

Daniel Fernando Fischer Lomonaco

**DE USUÁRIOS PARA USUÁRIOS:  
UMA (AUTO)ETNOGRAFIA**

Dissertação submetida ao Programa da Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas.

Linha de pesquisa: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira De Oliveira

Florianópolis  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

FISCHER LOMONACO, DANIEL FERNANDO  
DE USUÁRIOS PARA USUÁRIOS: UMA (AUTO)ETNOGRAFIA  
/ DANIEL FERNANDO FISCHER LOMONACO ; ORIENTADOR,  
WALTER FERREIRA DE OLIVEIRA , 2018.  
179 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva,  
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

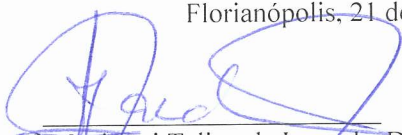
1. saúde coletiva. 2. Autoetnografia. 3.  
dispositivos das drogas. 4. reforma psiquiátrica.  
5. questão das drogas. I. , walter ferreira de  
oliveira. II. universidade federal de santa  
catarina. programa de pós-graduação em saúde  
coletiva. III. título.

Daniel Fernando Fischer Lomonaco


**DE USUÁRIOS PARA USUÁRIOS: UMA (AUTO)ETNOGRAFIA.**

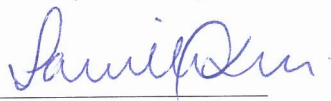
Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Mestre (a) pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

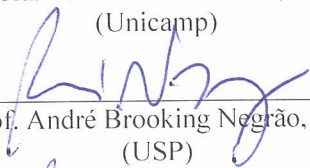
Florianópolis, 21 de fevereiro de 2018.

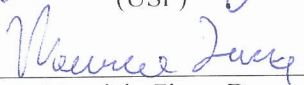
  
\_\_\_\_\_  
Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.  
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Walter Ferreira de Oliveira, Dr.  
UFSC (Presidente)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Taniele Cristina Rui, Dra.  
(Unicamp)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. André Brooking Negrão, Dr.  
(USP)

  
\_\_\_\_\_  
Maurício Fiore, Dr.  
(CEBRAP)



Dedico esta dissertação  
a todas as vozes presentes nessa narrativa.



## AGRADECIMENTOS

Um momento desafiador e potente, por ser singelo. Sem dúvidas, se há algo possível de se concretizar na pesquisa, que seja meus agradecimentos aos acontecimentos e atravessamentos durante o percurso. A narrativa remonta a tempos de outrora e a tarefa de nomear todos os co-incidires torna-se impossível.

O ponto mediano, com a solidez que sustenta os dois extremos num equilíbrio em detrimento daquele ponto que detesta os extremos, será de onde partirei.

É possível, que a feitura da pesquisa, já seja uma das grandes experiências que naveguei em Vida. Mas nada comparada aos alucinantes afetos oriundos da oportunidade de concomitante a essa pesquisa, aprender a se tornar Papai. À Moara, filha e mestrinha, agradeço os ensinamentos e afetos trocados.

Ao professor Fernando Lomonaco, além de pai, uma referência ímpar como pessoa e que ao longo desses percursos tem sido fundamental em incontáveis situações e essa pesquisa nutriu a admiração e respeito por sua pessoa e trajetória acadêmica, de fato inspiradora. À Dona Nair agradeço a abertura ao Mundo em múltiplos pontos e a inesgotável fonte de afetos que propicia a Nós. Ao Tio Léó da Moara, Simone e sobrinho (a chegar) alegria pela proximidade.

Ao meu orientador professor Walter, agradeço a oportunidade, apoio, independência e confiança durante esse processo de pesquisa.

Às interlocutoras e aos interlocutores, agradeço a abertura e o privilégio de compartilhar com pessoas sensíveis, afetadas e dedicadas ao tema.

Aos amigos, colegas e pessoas que colaboraram com essa pesquisa, seja por leituras, opiniões, e/ou revisões e de algum modo estão atravessados na narrativa, meus sinceros agradecimentos: Robertinha, Vinicius Costa, Alan Kornin, Eduardo Viana Vargas e Bruno Gomes. Ao Odilon de Castro e Altieres, que ademais dessas ações, se tornaram grandes referências e inspirações, meus amigos quarentões!

Aos amigos e colegas de trabalho, André Negrão e Bruno, minha admiração e desejo de estar com vocês durante longo período.

Ao pessoal da UFSC, agradeço o apoio e a oportunidade de encontrá-los: Davi, Fabrício, Maria Fernanda, Myrian, Sandra Caponi, Isadora Zuza e Alberto Groisman, em especial ao Bigi, que de algum modo, influenciou em minha escolha pela UFSC.

Agradeço aos companheiros e companheiras da Red Latinoamericana de Derechos Humanos y Salud Mental onde as Utopias são estratégias de habitação em especial, Andrés Techera.

Aos irmãos Marquito e Beijo, forte abraço! À Marina Sdoia, meus eternos agradecimentos. Adela Stopel, a gratidão incomensurável pela transferência analítica. Desa(r)mou a Bomba.

Aos amigos e amigas, Betinha, Helena, Thiago Michelluci, Zamur, Rafael Aiello, Vitinho, Bira e aos membros da Famiglia Tutto Nostro - herança dos tempos de graduação – agradeço as conversas, trocas e festas.

Agradeço aos professores que me inspiraram como não ser. Aos fracassos que me fizeram uma melhor pessoa e aos professores e professoras que me inspiraram: Adriana Marcondes, Lurdinha, Peter Pal Pelbart, Franklin Goldgrub (in memoriam) e Marcio da Fonseca.

Sou grato aos profissionais que foram fundamentais nesse percurso como referências éticas e técnicas. Em especial Laura Fracasso, que a dez anos atrás acreditou em um garoto, e foi, e é fundamental em minha trajetória profissional.

À banca examinadora, agradeço a disponibilidade e a oportunidade de ter pessoas tão inspiradoras e fundamentais nesse percurso. Em especial, Taniele Rui que há seis anos, acompanha com leituras, sugestões e críticas esse processo. Muito obrigado!

Agradeço às substâncias psicoativas pelos ensinamentos e a todas as pessoas com quem compartilhei situações de consumo, aos colegas do tempo de internação, com os quais ainda nós falamos e as outras tantas pessoas que de algum modo cruzaram minha existência com ensinamentos do que ser e do que não ser!

Por fim, um forte abraço ao Gustavo que, pela ignorância da sociedade, fomos impedidos de estarmos juntos durante o período da pesquisa.



“I would prefer not to”  
Bartleby, the Scrivener (1853)



## RESUMO

Esta pesquisa foi realizada entre os meses de agosto de 2015 e fevereiro de 2017. Foram acompanhados doze interlocutores–usuários de substâncias psicoativas ou usuários em recuperação–envolvidos direta ou indiretamente no atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas em instituições, programas e/ou atendimentos clínicos. Em um primeiro momento serão abordados aspectos históricos e culturais no que diz respeito à questão das drogas, como formas de uso em outras sociedades ao longo do tempo, e conceitos pertinentes ao assunto. A seguir, o pesquisador narra seu percurso como trabalhador e consumidor de substâncias psicoativas, e discorre sobre três ferramentas metodológicas comumente utilizadas nesta área de estudos – observação participante, entrevistas não estruturadas e cadernos de campo. Além disso, relata acontecimentos, passagens e trechos de conversas que compõem a tentativa de construção de uma cartografia dos diversos discursos e enunciados do campo em tela. A análise dos dados buscou identificar suas diferenciações e aproximações, em especial, as disputas, tensões e controvérsias em relação às propostas de atendimento a pessoas que apresentam transtornos supostamente decorrentes do consumo abusivo de substâncias psicoativas, e como tais impressões se desdobram num cenário referente à questão das drogas na atualidade.

**Palavras-chaves:** Questão das drogas. Saúde Coletiva. Reforma Psiquiátrica Brasileira. Autoetnografia. Dispositivo das drogas.



## ABSTRACT

This research was carried out between August 2015 and February 2017. Twelve interlocutors – users of psychoactive substances or users in recovery – involved directly or indirectly in the care of people with disorders resulting from the consumption of psychoactive substances in institutions, programs and/or clinical care, were followed. In the first stage of the narrative, historical and cultural aspects – forms of use in other societies over time – and concepts relevant to the drug issue are prioritized. Next, the researcher presents his course as a worker and consumer of psychoactive substances and discusses methodological tools of this area of studies – participant observation, unstructured interviews and field notebooks. It describes events, passages and excerpts from conversations that compose the attempt to construct a cartography of the various discourses and statements of the field on canvas. Data analysis was carried out in order to identify their differences and approximations, especially the disputes, tensions and controversies in relation to the proposals of care for people who present disorders that are supposedly due to the abusive consumption of psychoactive substances and how these impressions unfold in a scenario related to the issue of drugs today.

**Keywords:** Drug issue. Collective Health. Brazilian Psychiatric Reform. Autoethnography. Drug apparatus.



## RESUMEN

Esta investigación fue realizada entre los meses de agosto de 2015 y febrero de 2017. Se acompañaron doce interlocutores – usuarios de sustancias psicoactivas o usuarios en recuperación – involucrados directa o indirectamente en la atención a personas con trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas en instituciones, programas y/o en atención clínica. En un primer momento de la narrativa se prioriza aspectos históricos y culturales-formas de uso en otras sociedades a lo largo del tiempo- y conceptos pertinentes a la cuestión de las drogas. A continuación, el investigador presenta su recorrido de trabajador y consumidor de sustancias psicoactivas y discurre sobre herramientas metodológicas de esta área de estudios – observación participante, entrevistas no estructuradas y cuadernos de campo. Describe acontecimientos, pasajes y fragmentos de conversaciones que componen el intento de construcción de una cartografía de los diversos discursos y enunciados del campo en pantalla. Se realizaron análisis de los datos obtenidos buscando identificar sus diferenciaciones y aproximaciones, en especial, las disputas, tensiones y controversias en relación a las propuestas de atención a personas que presentan trastornos supuestamente derivados del consumo abusivo de sustancias psicoactivas y como tales impresiones se desdoblán en un escenario referente a la cuestión de las drogas en la actualidad.

**Palabras-clave:** Cuestión de las drogas. Salud Colectiva. Reforma Psiquiátrica Brasileña. Auto-etnografía. Dispositivo de las drogas





## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRAMD	Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudo sobre Drogas
ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Álcool e Drogas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APOT	Associação Promocional Oração e Trabalho
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas 24 horas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGI	Comitê Gestor Interministerial
CGMAD	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas do Ministério da Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COED	Coordenadoria de Políticas sobre Drogas
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	Comunidade Terapêutica
DBA	Programa De Braços Abertos
DEPEN	Departamento Penitenciário
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FSJ	Fazenda do Senhor Jesus
FSP	Faculdade de Saúde Pública
GAM	Gestão Autônoma de Medicação
GCM	Guarda Civil Metropolitana
GREa	Programa Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas

HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HI	Hospitais Instituições
IPH	Instituto Padre Haroldo
IPq	Instituto de Psiquiatria da USP
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
LSD	Ácido Lisérgico
MDMA	Metilenodioximetanfetamina
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
ONU	Organização das Nações Unidas
PCC	Primeiro Comando Capital
PM	Polícia Militar
PPGSC	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
PRATES	Complexo Prates
PRD	Programa de Redução de Danos
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REACT	Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia
SESC	Serviço Social do Comércio
SIC	Segundo Informações Colhidas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SP	São Paulo
SPA	Substâncias Psicoativas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TUCA	Teatro da Universidade Católica de São Paulo
UBA	Universidad de Buenos Aires
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade do Estado de São Paulo
UNIAD	Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas.
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

## **SUMÁRIO**

PRELÚDIO .....	21
1 INTRODUÇÃO .....	23
1.1 Dispositivo das drogas, sujeitos e modernidade .....	33
1.2 Modelos Hegemônicos de tratamento.....	40
1.3 Trans-disciplinariedade, etnografias e auto-etnografias .....	43
1.4 Percursos iniciais .....	49
2 MAIS SERÁ REVELADO .....	54
2.1 De usuário a residente.....	57
2.2 De residente a monitor.....	59
2.3 Da abstinência à reiteração no uso.....	61
2.4 Caminhos inevitáveis.....	62
2.6 Polifônia.....	64
3 LA VIDA ES UNA TOMBOLA.....	69
3.1 Idas ao campo: retorno dês-intencionado .....	69
3.2 Plano 2 .....	85
3.3 Plano 3 .....	89
3.4 Plano 4 .....	93
4 CONVERSAS INTERMITENTES.....	96
4.1 Comitê de ética em pesquisa: questão de autodeterminação .....	97
4.2 Técnicas de entrevistas .....	99
4.3 Categorias – Balizas .....	101
4.3.1 <i>Dispositivo das drogas: noções sobre</i> .....	102
4.3.2 <i>Itinerários de uso</i> .....	106
4.3.3 <i>Trajetórias profissionais, acadêmicas e formativas</i> .....	110
4.3.3.a <i>Formação e Educação Permanente</i> .....	112
4.3.3.b <i>Saúde do trabalhador e condições laborais</i> .....	121
4.3.4 <i>Modelos e Políticas de Drogas</i> .....	124

4.3.5 – <i>Modos de Existência</i> .....	136
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
5.1 (Auto)etnografia cartografada .....	143
5.2 Percurso: Mapear controvérsias.....	145
5.3 Modos de existência .....	155
5.4 Última ponta .....	160
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	163
APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	169
ANEXO 1–PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP I .....	172
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP II.....	175
ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP III .....	178

## PRELÚDIO

“Dilacerado, me refugio n’Ela, devido a Ela. O sentir transborda sem nenhum sentido, qualquer direção é apenas uma tentativa de sobreviver à imensidão do Eu. Não controlo, busco os artifícios presentes, mas nada se sustenta. Apenas a intensidade e a insegurança da perda da certeza me guiam. Necessito de veras disso? Ou, combatido pela presença do Outro, me dilacero e encontro a fragilidade do Eu? Tão seguro de mim, pobre arrogância!”. (ESCRITOS PESSOAIS, 2009).

O interesse pelas substâncias psicoativas acompanha-me desde tenra idade, incluindo um uso que, aos olhos da sociedade, seria certamente considerado como precoce. A alteração da percepção tem sido uma constante em minha vida. Minha trajetória profissional, iniciada em 2001 em uma Comunidade Terapêutica é, de algum modo, o desdobramento dessas experimentações.

A duração desta pesquisa foi de 30 meses e, de modo a facilitar sua leitura, divide-se em três partes. Primeiramente serão abordados aspectos históricos e metodológicos, devido à tamanha importância de tal tarefa para o pesquisador, ao ampliar seus saberes em relação ao tema e no que diz respeito ao método (auto)etnográfico e suas narrativas.

Ao encontrar vasta bibliografia, algumas certezas e idéias a respeito de questões que atravessam o fenômeno das drogas— amplo e complexo— transformaram-se (e seguem se transformando) para o pesquisador, influenciando em demais o percurso da pesquisa, desde o trabalho de campo, às escolhas dos interlocutores e análises subsequentes.

Essas justificativas se engrossam pela opção do método auto-etnográfico, inédito no campo da Saúde Coletiva/Pública no Brasil e são decisivas para a escolha dessa primeira seção teórica e conceitual, e pela presença de discursos e entendimentos de distintas naturezas sobre a questão das drogas na atualidade como, por exemplo, moral, religiosa, científica, e tantas outras.

Na segunda parte, dividida em três capítulos, se coletiviza, em um primeiro momento, o percurso do pesquisador, suas experimentações iniciais e o período em que passou institucionalizado, ainda adolescente, em uma Comunidade Terapêutica (local no qual o pesquisador, em

seguida, iniciaria seu percurso como trabalhador e pesquisador no campo, no ano de 2001). Num segundo momento, serão narrados trechos do trabalho de campo, das observações participantes e das entrevistas com os doze interlocutores – trabalhadores, sendo estes usuários ou ex-usuários<sup>1</sup> de drogas, que estão envolvidos diretamente com o tema das drogas (e que trabalharam comigo em algum momento).

Uma pergunta foi realizada a todos os interlocutores: “De quais maneiras a condição de usuário ou ex-usuário de drogas do trabalhador interfere no cuidado ao outro usuário?”, como forma de fomentar a discussão e iniciar um período de acompanhamento em suas rotinas de trabalho.

Essa pergunta se fundamenta em minha trajetória como usuário e trabalhador. Durante seis anos, exerci atividades relacionadas à temática enquanto usuário em recuperação. O retorno às experimentações de drogas ilícitas e álcool reforçou o desejo de prosseguir com o percurso no campo. Além disso, percebo que colegas de trabalho tendem a se aproximar do tema justamente por serem usuários ou ex-usuários de substâncias psicoativas. Obviamente, existem outros motivos de ordens pessoal, ideológica e afetiva que atravessam as escolhas profissionais, entretanto, ao trabalhar com diferentes perspectivas de atendimentos, nota-se que determinados trabalhadores da área, baseados em suas experiências de consumo pessoal com as substâncias, identificam-se com discursos e paradigmas presentes em distintos modelos de tratamentos no campo, reverberando em suas práticas. Essa hipótese será o ponto de partida.

Por fim, a terceira parte é redigida em forma de artigo, requisito obrigatório do PPGSC para a obtenção do título de mestre, e é dedicada a aprofundar e analisar pontos que emergiram durante o percurso da pesquisa.

Boa leitura!

---

<sup>1</sup> Ou *usuários em recuperação*.

## 1 INTRODUÇÃO

“Que generosa morfina – a loucura, quando regala os loucos com a ilusão de venturas, riquezas, glórias, poderes onnipotentes, na doirada utopia de que são milionários, reis, imperadores, heróis ou o próprio Deus..., Mas esta... – esta é uma das mais cruéis que a fantasia do criador de loucos pode conceber!”

(FERREIRA, 1999, p. 36)

É sabido que o fenômeno do consumo de substâncias psicoativas<sup>2</sup> acompanha a humanidade desde seus primórdios. Há relatos de diversas culturas que as utilizaram como parte de rituais místicos, ritos de passagens, cerimônias religiosas, de forma festiva e recreacional, entre tantas outras maneiras. Em geral, a utilização, relacionava-se a descoberta de segredos e mistérios da história da comunidade, ao contato com o divino ou o sobrenatural, recebimento de mensagens de entidades divinas, percepção e/ou conhecimento de si próprio, pelos efeitos medicinais e ao prazer que a maioria delas despertava.

No livro *História da alimentação*, Jean L. Flandrin e Massimo Montanari descrevem como se dava a utilização dos alimentos e seus derivados nas civilizações antigas. No Egito, por exemplo, o trigo e a cevada, que constituíam a base da alimentação da população, eram utilizados para a fabricação, tanto do pão quanto da cerveja, por meio de uma relação simbiótica: à massa do pão era acrescida uma levedura que provinha da fabricação da cerveja, também chamada de “pão líquido” (CARNEIRO; OLIVEIRA, 2016, p.71). As cervejas clara e escura de grande teor alcoólico (*bouza*)<sup>3</sup> e os vinhos de uva, tâmara, romã (*sciadeh*), figo, assim como os procedentes da Síria, tinham um lugar de destaque em ânforas nos rituais fúnebres, banquetes e refeições preparadas para o faraó.

Havia também um fruto amarelo, com sépalas verdes e gosto de pêra, chamado mandrágora que a pele continha toxinas de efeito: *narcótico e até alucinógeno* (FLANDRIN; MONTANARI, 2007, p. 73)

---

<sup>2</sup>“É o termo científico contemporâneo mais consensual para definir compostos, extratos, plantas, pílulas, bebidas, gases, enfim, qualquer excipiente que contenha moléculas às quais é atribuída a propriedade de alterar o funcionamento neural, o sistema nervoso, a percepção ou a consciência humana (FIORE, 2013, p.1)

<sup>3</sup>“Ainda hoje, produzida pelo mesmo método, no Sudão e no Egito, principalmente nos bairros populares do Cairo” (FLANDRIN; MONTANARI, 2007, p. 72).

– cujo consumo poderia explicar as qualidades afrodisíacas e o simbolismo erótico atribuídos ao antigo Egito.

Os fenícios tinham o hábito de beber vinho e importavam-no do Egito, estimulando as incipientes trocas mercantis da época. A tradição bíblica atribuiu a Noé a primeira experimentação dos efeitos do vinho e, então, estabeleceu restrições quanto ao consumo de bebidas fermentadas por sacerdotes e até mesmo pelos homens contratados para realizar os sacrifícios (em celebrações), com a finalidade de que não alterassem seu discernimento.

Na Mesopotâmia, havia cultos de oferendas alimentares (banquetes) aos deuses com carnes, pães, cervejas, vinhos e leites, dando origem à constituição de uma categoria de artesãos especializados na preparação desta comida, entre os quais, os cervejeiros. Existiam estabelecimentos onde se comia e bebia que poderiam ser considerados como *tabernas* (FLANDRIN; MONTANARI, 2007, p. 57). Estas tabernas, presentes em qualquer povoado que fosse, serviam comidas oriundas da horta e uma bebida alcoólica fabricada por seu proprietário a partir de tâmaras fermentadas. A função social desses estabelecimentos aparece nos rituais de purificação chamados *namburbû*:

Estes mostram que um indivíduo que foi submetido a uma cerimônia de exorcismo para se liberar de uma impureza física ou moral deve, uma vez liberado dessa impureza física ou moral e antes de voltar para seu domicílio, passar pela taberna e se juntar aos clientes que aí se encontram: assim, ele se reintegra simbolicamente à sociedade. (FLANDRIN; MONTANARI, 2007, p.58).

O livro aponta que descobertas arqueológicas recentes, por meio de análises químicas, confirmaram resíduos de bebidas alcoólicas em jarros de cerâmicas datados de 5.550 A.C., no período neolítico, no que corresponde ao atual território do Irã. Chocano (2016), em *La comida nativa en la Amazonia Peruana* demonstra o uso de artefatos de cerâmicas que estariam vinculados a preparação do *masato* – bebida fermentada de mandioca (yuca), utilizada há milênios de anos – e panelas (ollas) identificadas como: *ayawasqueras*, na bacia do Rio Tigre no Peru.

A utilização de plantas alucinógenas precede até mesmo a invenção das bebidas alcoólicas, na intenção de provocar estados de



embriaguez coletiva. Supõe-se que a arte de combinar diferentes substâncias na farmacopéia e nos preparados de natureza mágica (sem objetivos nutricionais) influenciou em muito as práticas culinárias e de modificação do sabor em detrimento de um simples procedimento de cocção.

Flandrin e Montanari (2017) defendem a tese de que o uso ritual e simbólico destas plantas, em geral, antecede a integração no universo cotidiano e afirmam, inclusive, que foram as próprias práticas rituais que deram origem ao consumo das bebidas fermentadas. Escotado (2008) afirma que não há nenhum grupo humano onde não tenha sido encontrado o uso de psicofármacos e: “si algo salta a la vista en este terreno es que constituye un fenomeno plural en si<sup>4</sup>” (ESCOHOTADO, 2008, p. 24).

Esta breve contextualização serve para que diferenciemos a *alteração voluntária e sistemática da consciência* – fenômeno presente na sociedade desde o período neolítico – dos distintos modos de consumir as substâncias psicoativas na atualidade; afinal, no que concerne à produção científica na área da Saúde Coletiva, esta distinção não é clara. Segundo Fiore (2013).

A questão das drogas, essa sim, pode ser considerada historicamente recente, tendo pouco mais de um século e se constitui como um problema social quando o consumo de algumas substâncias psicoativas – chamadas, a partir de então, de drogas – se tornou objeto de ampla atenção. (FIORE, 2013, p. 1).

Não são poucos os autores que diferenciam a questão das drogas do fenômeno de consumo de substâncias psicoativas pela humanidade. De fato, soa repetitiva essa contextualização que, para Vargas (2008), seria levada longe demais: senão à noite dos tempos, ao neolítico pelo menos. Para partir de algum lugar, o autor utiliza a afirmação de que o aparecimento mais ou menos repentino de palavras nas diferentes línguas indicaria mudanças no interior da própria cultura de um povo, ainda mais quando esses vocábulos vêm a se tornar importantes e de duração longa, como, por exemplo, o vocábulo *droga*. Dentre as variadas hipóteses suscitadas sobre sua etimologia – do latim *drogia*, do irânico *daruk*, do árabe *durâwa* e do celta *druko* – destaca a hipótese de

---

<sup>4</sup> “Se algo salta a vista nesse terreno é que constitui um fenômeno plural em si” (tradução minha)

que o vocábulo “deriva do neerlandês *droghe vate*, expressão que significa 'barris de coisas secas', e cujo emprego teria sido registrado ao menos desde o séc. XIV”. (VARGAS, 2008, p. 42).

Esta suposição permite situar a emergência do termo no contexto das Cruzadas, no qual o contato dos povos europeus com os do Oriente, “reiniciado” com certa intensidade no final da Idade Média, promoveu, entre outras coisas, a busca pelo “paraíso terrenal”, materializada na demanda por algumas mercadorias em específico: as drogas e/ou especiarias, substâncias estas que possibilitariam o encontro com Cocanha.<sup>5</sup> Para obterem essas substâncias exóticas (que exerceram um papel catalisador na transição da Idade Média para os tempos modernos, afinal não pertencia a nenhuma das épocas especificamente) inúmeros povos realizaram dispendiosos esforços, tendo como uma das conseqüências a “abertura” de novos e grandes horizontes no mundo.

O autor discorre sobre a *loucura das especiarias* através de críticas às interpretações históricas - superficiais e reducionistas – a respeito dos motivos pelos quais esses produtos foram tão valorizados, por exemplo, aquelas que atribuíam ao consumo delas marca de distinção social. Em seu entendimento, a interpretação mais confiável seria a de que o consumo destas drogas e especiarias, na concepção dos ocidentais, auxiliaria na conexão com Paraíso, nesse caso, o Extremo Oriente, local que despertava sonhos e desejos.

O declínio desse comércio coincidiu com a emergência de um novo grupo de alimentos de luxo, a partir do séc. XVI, denominados *alimentos-droga*: o café, o açúcar, o chocolate, as bebidas alcoólicas destiladas e o chá (não dizendo esses produtos tenham sido inventados nessa época, mas sim popularizados).

A crescente demanda social ocidental por esses “alimentos-drogas” obedece a certas razões de ordem prática que convém destacar: enquanto as bebidas quentes, leves, estimulantes, e não alcoólicas (como o chá, o café, e o chocolate adoçados) se conformam com os ditames do capitalismo emergente e seus reclamos por sobriedade, racionalidade e disciplina no trabalho, o tabaco e as bebidas destiladas tornam mais suportáveis a crescente (o)pressão disciplinar e as precárias condições de vida que se abatem sobre os mais pobres ao entorpecê-los. Enquanto isso, o

---

<sup>5</sup>Terra mitológica.

açúcar, rico em calorias, além de fornecer energia indispensável para o trabalho, adoça tudo com que ele se mistura... (VARGAS, 2008: p. 56).

Retornado a antiguidade clássica, Henrique Carneiro (2008) explicita como o postulado de autoconhecimento baseado no lema délfico<sup>6</sup> *conhece-te a ti mesmo* é fundador da filosofia ocidental. Essa atitude reflexiva destinada a formar homens para a vida social, *a posteriori*, tornou-se um princípio de gestão de si (de cuidados permanentes consigo), por meio de técnicas com finalidades de equilibrar os humores – escrita, a meditação, o uso de fármacos e alimentos.

Escohotado (2008) destaca a importância do santuário de Delfos como símbolo de uma unidade política dentro do pluralismo do mundo grego, mas atribui ao santuário de Elêusis a importância espiritual. Nesse local, realizavam-se rituais cerimoniais em que os aspirantes à iniciação (qualquer pessoa que falasse grego poderia participar) tomavam uma bebida chamada *kykeón*<sup>7</sup>, essa experiência levava o nome de *Mistério de Elêusis*, podendo o participante ingerir *kykeón* uma única vez. Não se tratava de uma religião, pois não havia credo e ninguém era convidado ou obrigado a realizar o ritual, embora haja relatos de que Platão, Sófocles e Aristóteles estiveram por ali. Este ritual, se iniciava e terminava em poucas horas “dentro de un marco que apunta más bien a una modalidad de muerte y renacimiento místicos” (ESCOHOTADO, 2008, p. 160).

Com o advento do cristianismo e outras religiões que ensinavam a crer na imortalidade com argumentos lógicos – sobretudo graças ao esforço da fé (acreditar nas coisas não percebidas) – começou a ser combatido, afinal, estava na contramão do modelo cristão, fundamentado na renúncia de si, com o foco na salvação da alma. Nesse sentido, a confissão e a penitência, além da realização de orações e peregrinações, foram técnicas impostas em detrimento ao uso dos fármacos e afins. Com a oficialização do cristianismo como religião oficial do Império Romano, o culto a religiões pagãs foi proibido, e seus templos destruídos. Este evento teve suas consequências no âmbito médico:

---

<sup>6</sup>Do latim *gnothi sauton* ou *noce te ipsum*

<sup>7</sup>“Nadie discute que el *Kykeón* contenía, cuando menos, ‘harina y menta molida’, y nadie discute tampoco que el símbolo de estos misterios era una espiga de cereal” (ESCOHOTADO, 2008, p. 164).

Perdeu-se o significado da terapia como uma reflexão filosófica no exercício de se auto-conhecer, e delegou-se, cada vez mais, a um corpo de especialistas com um saber técnico inacessível, o poder de decidir sobre as dietas da alma na busca de uma vida feliz. (CARNEIRO, 2008, p. 66).

O cristianismo, apesar de herdar do judaísmo um lugar para o vinho, demonstrou grande intolerância a outras substâncias psicoativas. Constituiu-se por meio de técnicas de internalização de controles sociais sobre o corpo e o espírito e combateu as antigas culturas – extáticas, dionísíacas, zoroastristas ou shivaístas – e as culturas indígenas xamânicas. Durante a época da Reforma e Contra-reforma, houve uma colaboração entre Igreja e o aparelho de Estado que estabeleceu uma “cruzada espiritual contra o paganismo indígena do Novo Mundo e, particularmente, contra o arsenal extático vegetal” (CARNEIRO, 2008, p. 71). A intenção de demonizar tais práticas era refinar um tipo de subjetividade, estruturado em automatismos morais e com o objetivo de forjar uma mentalidade anti-extática.

Ao longo dos séculos, preceitos platônicos<sup>8</sup> foram absorvidos e apropriados pelo cristianismo. Para Carneiro (2008), a noção das Sete Virtudes, baseada em Platão e desenvolvida por Santo Tomás de Aquino, incluía a temperança dentre estas – derivada da noção hipócrita-galênica da *teoria dos humores*. Acreditava-se que as temperaturas governavam os temperamentos e, por conseguinte, a resistência perante as tentações que levassem aos vícios. O homem seria livre para sofrer as tentações do excesso para que aprendesse a domar, moderar e temperar as solicitações “carnais”, na tentativa de resistir aos pecados. Sem a tentação, não haveria o mérito da resistência; “por isso, nem Santo Agostinho, nem São Tomás de Aquino, nem Lutero, nem Calvino, pregaram a abstinência do álcool” (Idem, p. 74). A abstinência era uma atitude muito rara nas sociedades<sup>9</sup> nas quais combatia-se os excessos.

As drogas foram usadas tradicionalmente com controles sociais que determinavam os locais e os momentos adequados para o seu consumo e muito

---

<sup>8</sup> Sobre o assunto ver o livro *A história do declínio e a queda do Império Romano* Vol. I, de Edward Gibbons, dentro de uma perspectiva história. Também o livro *A lógica do sentido*, de Gilles Deleuze demonstra a influência da metafísica platônica para o pensamento ocidental.

<sup>9</sup> Sociedade espartana excessivamente militarizada

poucas foram as sociedades que praticaram a abstinência. A maior parte das civilizações praticava e defendia o ideal da temperança, que significa moderação, condenando assim, não as drogas e bebidas em si, mas o seu uso excessivo (CARNEIRO; OLIVEIRA, 2016, p. 21).

Essa ética clássica de se consumir, não somente bebidas e alimentos, mas tudo, com moderação – inclusive a moderação – foi um ensinamento duradouro que influenciou as práticas e os costumes sociais. Todavia, a partir dos anos 1830, nos Estados Unidos, surge um movimento religioso que defendia a abstinência do álcool, simultaneamente à proibição por parte do Estado de todas as bebidas alcoólicas. Criaram o neologismo *teetotaler*<sup>10</sup> e ficaram conhecidos como Movimento da Temperança. Há uma clara distorção do significado da palavra *temperança*, como até então entendido pela filosofia ocidental.

Muitos dos grupos puritano-religiosos, não somente estabeleceram restrições ao uso de substâncias psicoativas, como também vincularam determinados grupos sociais minoritários ao consumo de drogas. Nos EUA, T. Rodrigues (2008) demonstra a associação direta de negros à cocaína, hispânicos à maconha, irlandeses ao álcool e chineses ao ópio. Philippe Bourgois (2015), em seu livro *En busca de respeito*, aponta como porto-riquenhos, um século depois, na década de 80, passaram a ser vinculados a uma incipiente droga surgida nas ruas de Nova Iorque – o crack. Estudos demonstram a correlação entre maconha e negros e pobres, que passa a ocorrer a partir no final do séc. XIX, no Brasil (cf. MACRAE; SIMÕES, 2000). Essa associação entre grupos de pessoas e determinadas práticas ocorreu também em vários outros momentos da história, como, por exemplo, quando as bruxas e suas poções eram queimadas pela Inquisição. Thomas Szacks (1971) destaca essa sobreposição histórica entre as bruxas de outrora e os “loucos” e “drogados” de agora.

Concomitantemente ao fortalecimento desse movimento nos EUA, na China o governo imperial iniciou a luta contra o livre comércio

---

<sup>10</sup> Indivíduo absoluta e totalmente contrário ao uso de bebidas alcoólicas. Em 1919, após uma intensa campanha, conseguiram a aprovação de uma emenda à constituição estadunidense proibindo o comércio de álcool. Essa lei seca foi revogada em 1933, mas o espírito da “proibição”, que pretende suprimir hábitos de consumo de produtos altamente demandado, perdurou e inspirou, mais tarde, outras proibições “ainda mais severas e abrangentes”. (CARNEIRO, 2008, p.74-75).

de ópio, com o fechamento dos seus portos e a proibição da entrada dessa droga – produzida por companhias ocidentais. Duas guerras<sup>11</sup> foram travadas com o exército inglês, e as derrotas fizeram os chineses reabrirem os portos.

T. Rodrigues (2008, p. 92) sinaliza que, cinco décadas depois, a China retomou as discussões sobre o ópio na Conferência de Xangai e, dessa vez, tinham um novo aliado, os Estados Unidos, que figuravam no “seleto” grupo de nações industrializadas a favor do livre-comércio, exceto no que dizia respeito às drogas.

Esse primeiro grande encontro internacional discutiu limitações impostas ao comércio do ópio a nível global. Restringiu-se a recomendações genéricas sobre a redução deste ao indicar a experiência das Filipinas que, sob a administração dos Estados Unidos (após terem conquistado esse território da Espanha), bloqueou o livre-comércio de ópio por meio de uma lei que interditava a importação e o mercado dessa substância. Tal fato, de acordo com Rodrigues, tinha como principais características: “a defesa do uso legal sob estrito controle para uso médico, e a ilegalidade para qualquer outra forma de uso (recreativos, hedonistas, etc.)” (T. RODRIGUES, 2008, p. 93).

Outros acordos internacionais, como o de Haia, na Holanda, em 1912, mais abrangente e restritivo em comparação com o de Xangai, foram fundamentais para a promulgação de leis domésticas nos EUA, sob a influência de determinados grupos sociais que eram contra o uso do álcool e de drogas em nome das práticas puritano-moralistas de castidade, sobriedade, religiosidade e comedimento. Grupos como a Liga Anti-Saloon reivindicavam o fechamento dos bares (*saloons*), lugares nos quais, em seu ver, concentravam-se prostituição, alcoolismo e outros vícios. Sem dúvida, apesar de não ser o único alvo a ser combatido nessa cruzada puritana, o álcool teve destaque dentre as outras substâncias psicoativas. Nesse bojo, é promulgada em 1919 a lei conhecida como *Volstead Act*, a famosa “Lei Seca”:

A aprovação da Lei Seca significava a vitória das práticas puritano-moralista, de um lado, e das estratégias de enrijecimento do controle social por parte do governo estadunidense, em marcha desde a Conferência de Xangai e que tinham se esforçado em enquadrar juridicamente um rol de

---

<sup>11</sup>Primeira Guerra do Ópio: entre os anos de 1839-1842; Segunda Guerra do Ópio: 1856-1860. Conflitos armados ocorridos entre a Grã-Bretanha e a China nos anos de 1839-1842 e 1856-1860 devido à, dentre outros fatores, proibição do tráfico de ópio pelo governo chinês

práticas sociais que envolviam usos de drogas (médicos, recreativos, religiosos), expondo-as à vigilância e repressão estatais. (T. Rodrigues 2008, p. 93-94)

Com o final da Lei Seca, com estruturas de combate criadas, os esforços para a erradicação e proibição do álcool foram desviados e intensificados para o combate de determinadas substâncias psicoativas. A década de 70 do século passado foi marcada pelo fortalecimento das políticas de enfrentamento às drogas, capitaneadas pelos Estados Unidos que, em nome de *Um Mundo sem Drogas*, passaram a combater o tráfico, prender usuários, promover a erradicação de suas plantações e a destruição de laboratórios nos países produtores, entre outras intervenções.

Em 17 de junho de 1971, Nixon apresentou em uma coletiva de imprensa seu primeiro grande pacote de medidas antidrogas, prometendo uma "ofensiva global". "O problema número um dos Estados Unidos é o abuso de drogas", declarou. Estava declarada a "guerra às drogas". (ARAÚJO, 2012, p. 77).

Escohotado (2008) agrega que a cruzada farmacológica é o desafio mais ostensivo que o Estado estadunidense assume na contemporaneidade e, por conseguinte, os demais estados modernos. Essa política pautada na repressão é chamada por seus críticos de “proibicionismo” – estratégia de banimento de práticas relacionadas ao consumo de determinadas drogas/substâncias psicoativas por meio de leis e da repressão policial e militar. De acordo com Luciana B. Rodrigues:

Caracteriza-se pelo controle da oferta, da produção e do consumo. Busca dissuadir o uso de determinadas substâncias através da coação e da ameaça de punição, em especial com pena de prisão, e tem por objetivo alcançar o ideal da abstinência.” (RODRIGUES, 2006, p. 45)

As justificativas para o consumo de substâncias pelas diferentes sociedades ao longo da civilização não foram consideradas pela grande maioria dos Governos Nacionais que, a partir de normas jurídicas e

espelhando-se no modelo estadunidense de *Guerra às Drogas*, impuseram, por meio da legislação penal, proibições e limitações ao uso de uma ampla gama de substâncias, estabelecendo punições para todos os que as comercializassem, pesquisassem ou fizessem uso das mesmas de qualquer forma que fosse. Nas palavras de Rodrigues:

Em outras palavras, as normas internacionais celebradas desde a Convenção Única da ONU sobre Drogas, de 1961, consagraram o proibicionismo como forma de tratar o “tema das drogas psicoativas” no mundo” (RODRIGUES, 2008, p. 98).

O autor situa o proibicionismo como uma das técnicas de assédio e aprisionamento destinadas às “classes perigosas”, cumprindo a função global da disciplina e contenção e renovando a guerra perdida às drogas, na eficaz justificativa de guerra contra pobres, imigrantes, negros, camponeses, entre outras “ameaças”, como já dito anteriormente. Argumenta que o proibicionismo é uma técnica interessante, pois é um instrumento que, ao mesmo tempo serve para disciplinar as práticas médicas – ao intervir nas condutas dos profissionais e em práticas de automedicação ou livre intoxicação dos sujeitos – e também auxilia em vigiar uma parcela da sociedade que deve ser: controlada, revistada, observada de perto, confinada. Ao proibir determinadas substâncias, indivíduos pertencentes a grupos passíveis de vigilância, ganham o acréscimo de periculosidade:

Porque, além dos crimes que poderiam cometer, passa a ser possível um novo crime, tão ameaçador porque é uma afronta ampla à sociedade. Um grande medo, um hediondo crime: ao mesmo tempo um problema moral, de saúde pública e de segurança pública. Com tal “potencial”, as técnicas de governo não poderiam descuidar do tráfico e do uso psicoativos ilegais como vetor de biopolítica. (RODRIGUES, 2008, p. 98).

Não obstante as duras penas e os longos anos de repressão e proibição ao consumo e comércio de determinadas drogas, não diminuiu seu consumo nas últimas décadas e o impacto do consumo, no que diz respeito às suas conseqüências para a saúde pública, segue sendo



devastador, afirma a ONU, no REPORT<sup>12</sup>. Também detalha a ausência de um aumento considerável nos últimos quatro anos do consumo de drogas de uso ilícitos de maneira proporcional ao aumento da população mundial, inclusive no Brasil.

### 1.1 Dispositivo das drogas, sujeitos e modernidade

O processo de criminalização do consumo de determinadas substâncias psicoativas estigmatiza os consumidores, tal fato implica em preconceito e na desconsideração dos direitos dos consumidores. Além dos processos históricos citados, os desdobramentos da psiquiatria contribuíram na construção no estigma.

Sandra Caponi (2014) considera a teoria da degeneração de Morel<sup>13</sup> fundamental na consolidação do domínio da psiquiatria para além-muro do asilo, ao classificar e patologizar os mais variados comportamentos, além de buscar prevenir e antecipar a loucura.

O Tratado de Morel embora afirmasse que o clima pudesse causar alterações nos organismos, tal fato se contrapunha às teorias vinculadas, sobretudo, à questão climática (de causas naturalistas), à problemática de raças e, também, às psiquiátricas de Pinel e Esquirol, focadas nos tipos de loucura referenciadas à sintomatologia e não à etiologia.

A degeneração era resultado de causas físicas, sociais, morais e intelectuais intercruzadas, sendo *a predisposição degenerativa (mórbida)* vinculada à *herança patológica*. Morel distinguiu seis tipos de causas para a degeneração, com destaque para a transmissão hereditária, causando uma *predisposição para a anomalia*. Postulava-se uma pluralidade de causas de degeneração, dentre as quais tínhamos os “efeitos nocivos de drogas como o haxixe ou o ópio, conforme indicam os informes deixados pelos missionários que habitaram a China” (CAPONI, 2014, p. 84).

Entretanto, dentre todas as causas intoxicantes pontuadas, as que provocavam as mais graves e radicais formas de degeneração era “a ingestão desmedida de álcool” (Idem, p. 84). As alterações ocorreriam no corpo dos indivíduos alcoólicos e condenaria seus descendentes, sendo os habitantes da Suécia, um exemplo de povo passível à degeneração pelo consumo abusivo de álcool.

---

<sup>12</sup>Disponível em

[https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD\\_DRUG\\_REPORT\\_2016\\_web.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf).

<sup>13</sup>Bénédict Augustin Morel (Viena, 22 de Novembro de 1809 – Ruão, 30 de Março de 1873) foi um psiquiatra franco-austríaco.

Morel é herdeiro do pensamento religioso que recupera os mitos da gênese e do pecado original, e são essas ideias que lhe permitem defender a tese de um tipo primitivo que se constitui como ‘obra-prima e resumo da criação’. Todo desvio dessa obra-prima representará uma degradação não só física, mas também moral, da humanidade. (CAPONI, 2014, p. 85).

Nesse sentido, tecnologias de controle dos corpos e desenvolvimento de disciplinas como a psiquiatria estavam inserido num contexto de desenvolvimento de um capitalismo incipiente. Midjavila (2015) defende que o conceito de biopoder é o legado mais importante de M. Foucault para pensar a modernidade e apresenta-o como uma mesma corrente com duas formas de poder constituintes:

(1) Uma anatomopolítica do corpo, por meio das disciplinas que atravessam a totalidade do tecido social; (2) uma biopolítica da população, centrada em uma grande variedade de controles e intervenções reguladora do bem-estar, dirigidas à população considerada como corpo espécie (MIDJAVILA, 2015, p. 118).

É por meio de diferentes mecanismos e *dispositivos* que o funcionamento bipolar penetra os corpos de modo detalhado, e controla as populações de maneira global. Caponi (2004) atenta que esse processo é complexo e busca o domínio do vital e os fenômenos correlativos à natalidade, morbi-mortalidade e reprodução sendo os direitos das mulheres, das crianças, e o reconhecimento básico à alimentação são a positividade desta biopolítica.

A face escura consiste na condição, dada a algumas pessoas, de uma vida sem significação, esgotada no ato de sobreviver. Esse “corpo espécie” não corresponde a nada senão a sua natalidade, reprodução e morte. Pertence ao registro biológico da pura corporeidade – precondição que possibilita a prática propriamente humana da cidadania e direitos – desse “corpo espécie” ou *vida nua*<sup>14</sup> (2002) único estatuto na biopolítica da população.

---

<sup>14</sup> Termo cunhado por Giorgio Agamben

De um lado, de toda uma anátomo-política do corpo humano voltado para seu adestramento, para a ampliação de suas aptidões, para a extorsão de suas forças, para fazer com que cresçam paralelamente sua utilidade e docilidade, para integrá-lo em sistemas de controle eficazes e econômicos – corpo tornado máquina, devidamente individualizado, disciplinado, docilizado; trata-se, de outro lado de toda uma biopolítica da população que faz do corpo, um suporte dos processos biológicos, que o transpassa com a mecânica do ser vivo, que o submete a intervenções e controles regulares – corpo tornado organismo, corpo-espécie, devidamente normalizado, modelizado, organizado (VARGAS, 1998, p. 127).

Por meio de técnicas para gerir a população que é um conjunto de seres vivos e coexistentes que: “apresentam traços biológicos e patológicos particulares e que, por conseguinte, dizem respeito a técnicas e saberes específicos” (Foucault, 2008, p. 494) – as políticas de saúde visam à higiene e saúde públicas, o controle das taxas, a prevenção de epidemias, e a intervenção nas condições de vida para, assim, modificá-las e impor-lhes certas normas. O corpo é visto como lugar de investimento de estratégias de controle da sociedade capitalista, com o objetivo de aumentar sua utilidade e docilidade.

As soluções propostas pelo Estado, saudáveis para o stress e as neuroses cotidianas da vida moderna, encarnadas principalmente no culto ao esporte de competição, têm como premissa a sobriedade dos participantes. Deste modo, o consumo de determinadas drogas é visto pelos critérios de quem gere o controle social como uma afronta à sociedade, ao partir do pressuposto de que a constituição psicossomática dos usuários seria lesada, traíndo as esperanças éticas, depositadas nos cidadãos pelo Estado “el criterio de quienes gestionan el control social entiende que, por definición, cualquier sustancia ‘psicotrópica’ es una trampa a las reglas de juego limpio”<sup>15</sup> (ESCOHOTADO, 2008, p. 16).

Torna-se indesejável o consumo de determinadas substâncias que possam comprometer a condição do sujeito moderno (a partir dessa concepção que privilegia o controle da conduta), na intenção (não planejada, mas estruturada) de conduzir os sentimentos humanos em

---

<sup>15</sup> O critério de quem administra o controle social entende que, por definição, qualquer substância é uma trapaça nas regras do jogo limpo. ( tradução minha)

uma direção específica. Segundo Vargas (1998), trata-se de uma tentativa de conservar a vida e eliminar a dor, ao valorizar modos de existência extensivos.

De outro lado, isso quer dizer, mais especificamente, que nem sempre os homens se servem de seus costumes de maneira ou segundo critérios extensivos, de salvaguarda ou sobrevivência, e que há fortes indícios de que aquilo que a experiência do consumo não medicamentoso de drogas – mas também, e em sentido perigosamente próximo, os esportes radicais que muitos de nós tanto apreciamos, das corridas de Fórmula 1 ao ‘surfe-ferroviário’ – coloca em jogo são outros modos de produção dos corpos, modos propriamente intensivos, onde o vigor do instante de vida se impõe sobre a duração da vida em extensão (VARGAS, 1998, p. 131)

Vargas (1998) reflete a respeito do fenômeno do consumo de substâncias psicoativas nas sociedades contemporâneas e, de como a *analgesia coletiva* ocasionado pelo consumo indiscriminado dessas substâncias, diminui a capacidade de enfrentar a dor. A sociedade demandaria então, um aumento de estímulos, seja por meio de esportes radicais, ou pelo uso abusivo das mesmas. Freud (2005) em *El malestar en la cultura*<sup>16</sup> indicava o consumo de substâncias psicoativas como um dos paliativos para suportar as aflições inerentes à condição do humano como ser social. Ao abrir mão de seus desejos incestuosos, o sujeito moderno, por meio dessas substâncias, busca suportar as dores da alma, próprias à sua condição. Escotado (2008) afirma que a opinião dos neurologistas é quase que unânime quando se trata das potencialidades da química farmacológica na eliminação das dores, inclusive as ditas da alma.

Nesse sentido, as sociedades ocidentais têm mantido uma relação paradoxal com essas substâncias: ao mesmo tempo em que incentivam o consumo de algumas, reprimem de outras. Vargas (2005, p. 602)

---

<sup>16</sup>“Tal como nos ha sido impuesta, la vida nos resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones, empresas imposibles. Para soportarla, nos podemos pasarnos sin lenitivos (‘No se puede prescindir de las muletas’, nos ha dicho Theodor Fontane). Los hay quizá de tres especies: distracciones poderosas que nos hacen parecer pequeña nuestra miseria; satisfacciones substitutivas que la reducen; narcóticos que nos tornan insensibles a ella.” (FREUD, 2005, p.19).

sinaliza que esse paradoxo constitui o cerne do *dispositivo das drogas* ao apontar como os expedientes repressivos obscurecem o outro lado de tal dispositivo, dando a impressão de que as sociedades contemporâneas se relacionaram de maneira, tão somente, a rejeitar tais substâncias. Longe de uma repressão ao consumo drogas, há uma *incitação* ao consumo de substâncias, de caráter lícito ou não, talvez como nunca antes visto na história: nossa sociedade testemunha a *invasão farmacêutica*.

Para Vargas (2008, 2009), o termo *drogas* não se restringe apenas à definição de substâncias químicas, naturais ou sintetizadas, que produzem alterações psíquicas e/ou corporais, sendo estas vezes controladas (no caso do álcool, tabaco e fármacos), vezes reprimida (no caso de drogas ilícitas em geral). A droga pode ser considerada também como uma categoria complexa e polissêmica, pois isola e separa matérias moleculares das mais variadas, muitas vezes de modo instável.

Nessa perspectiva, as drogas não se limitam às substâncias acima citadas, mas também inclui em sua categoria os alimentos-drogas, bem como aqueles que nome que nomeamos como fármacos ou *medicamentos*.

Essas matérias moleculares constituem:

Objetos sócio-técnicos que, embora sempre possam ser distinguidos conforme as modalidades de uso (matar, tratar, alimentar, por exemplo), não comportam diferenças intrínsecas absolutas ou essências, mas sempre e somente diferenças relacionais (VARGAS, 2008, p. 41)

Sugere que as drogas são objetos indeterminados até que sejam reportados a agenciamentos que os constituirão como tais. Conforme seu uso, objetos tornam-se armas ou ferramentas que servirão à destruição dos homens ou à produção de bens, não havendo uma diferença intrínseca em si, são submetidos às mesmas leis que definem precisamente a esfera comum, embora reconheçam diferenças interiores. Para Vargas (2005):

Em outros termos, nenhuma substância, considerada isoladamente, é droga: ela só pode se tornar droga na medida em que entre em contato com os corpos vivos. Mesmo aí, a rotulação de uma substância qualquer como droga (ou mediante alguma das categorias vizinhas) varia conforme a dose utilizada, o organismo específico

que a consome ou a ela se expõe e a cultura ou a sociedade considerada, Em suma, varia conforme o agenciamento que a mobiliza (VARGAS, 2005, p. 600)

Nesse sentido, o conceito de dispositivo definido por Michel Foucault, é útil. Ao pensar o sentido e a função do termo, demarca-o como um conjunto heterogêneo que engloba instituições, discursos, leis, enunciados morais, científicos e filosóficos, sendo o dito e o não dito os elementos constituintes: “o dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos” (Foucault, 2000, p. 244). Ao relacionarem-se dinamicamente, mudam de posições e modificam as funções, como um tipo de jogo, constituído historicamente para responder a urgências, com função estratégica dominante. Para Foucault o dispositivo sempre está:

Inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam. É isto o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles. (FOUCAULT, 2007. p.139).

O *dispositivo episteme*, em suas palavras, “permite separar, não o verdadeiro do falso, mas o inqualificável cientificamente do qualificável” (1979, p. 140). Um dos principais atributos do conceito *dispositivo*, para Midjavila (2015), é sua versatilidade, pois as propriedades narrativas do mesmo possibilitam comportar toda uma classe de discursos, viabilizando sua aplicação em diversos contextos espaços-temporais e, também, servindo de suporte para diversas estratégias e projetos políticos.

Ao entendimento de Vargas (2005), o sentido mais restritivo para o vocábulo drogas é o contemporâneo, talvez por isso a necessidade de pensá-la como dispositivo das drogas, pois escapam das perspectivas que: “busquem enquadrá-las sob um único ponto, de uma única mirada, mesmo que seja a perspectiva do estado que, por meio de normas e leis, formaliza esses controles” (Fiore, 2012, p. 2). O autor defende que não há controles sem linhas de escape – eis outro motivo das drogas serem consideradas como um dispositivo.

Tadeu de Souza Paula (2013) pensa o conceito de modo a levantar as dimensões atualizadas no *dispositivo das drogas*, composto por regimes de saber e poder, e agregado aos processos de subjetivação.

Propõe abordar as drogas como dispositivo, pois, assim, permite-se: “traçar que função as drogas ocupavam em diferentes diagramas de poder e traçar um diagnóstico das funções que este dispositivo passa a assumir nas sociedades atuais.” (p. 49).

Se é possível sustentar a existência de um ‘dispositivo da droga’ em sociedades como a nossa, de um dispositivo capaz de criar o próprio fenômeno relacionado a isto, enquanto fato extraordinário que goza o paradoxal estatuto social de ser tão reprimido quanto incitado, cremos também ser possível defender que certos consumos, paramedicamentosos ou não, de “drogas”, ao se efetivarem às expensas das relações de poder exercidas em nome dos códigos vigentes de Saúde Pública, configuram-se como modalidades dissidentes ou excessivas com relação aos cuidados que os saberes e as práticas médicas recomendam que se deva tomar com a vida...(VARGAS, 1998, p. 130)

A noção de dispositivo das drogas e os diversos atravessamentos que o constitui, além do paradoxal estatuto que o reprime e/ou incita, para Vargas (2008), estabelecem um terreno privilegiado para o estudo da *produção social* – material e simbólica – dos corpos humanos, “bem como das concepções e experiências de vida e de morte nela implicada” (VARGAS, 2008, p. 130). Para ele, não se trata de recriminar o uso das drogas, tão pouco de fazer apologia, mas de operar um deslocamento de perspectivas, as quais tornem possíveis, tanto avaliar a doença ou a droga sob o ponto de vista da saúde, quanto avaliar a saúde sob o ponto de vista da doença ou da droga.

Propõe analisar o problema sob a ótica da abordagem *epistemologicamente positiva* – uma proposta de análise dos problemas das drogas (lícitas ou ilícitas) com um olhar, como dito anteriormente, *nem de recriminação, nem de apologia*, mas com o intuito de analisar a experiência de consumo dessas substâncias a partir da produção de alterações corporais ou comportamentais e das experiências de produção do êxtase, semelhantemente ao que Gilles Deleuze defende em *As Duas Questões*, onde considerou o uso de drogas como uma forma de produzir intensidades:

Todas as drogas dizem respeito às velocidades, às modificações de velocidade, aos limiares de percepção, às formas e aos movimentos, às micropercepções, à percepção tornando-se molecular, aos tempos sobre-humanos ou sub-humanos etc. (DELEUZE, 1990, p. 23)

Nestor Perlonguer (1990) critica determinadas correntes que defendem que o consumo moderno e ocidental de drogas é *dessacralizado e desritualizado*, impossibilitando sua análise em termos de produção de êxtase. A. Groissman e J. Scheineder (2014) repercutem as propostas de Vargas, e propõem uma abordagem “epistemologicamente consistente”:

A ideia desta abordagem implica em considerar ambiguidades, tensões, dicotomias ou dualidades, adesões, rupturas, agenciamentos e outros aspectos associados – que em geral são tratados a partir de categorizações padronizadas – mas ampliando o interesse pelas singularidades, pelas pluralidades, pelos processos, mas também pelas articulações circunstanciais, pela abordagem nativa da experiência, enfim, menos como geradora de feitos, mas sim desencadeadora de interlocução legítima, relevante e produtiva. (GROISMAN; SCHNEIDER, 2014, p. 42).

Por fim, essa primeira etapa buscou demonstrar como a questão das drogas é construída historicamente e como, consumidores de determinadas substâncias, ao pautarem suas vidas em práticas de intensidade, arriscando suas próprias existências, questionam a produção de corpos baseado em um ideal de bem-estar e da vida em extensão. Para tanto, em alguns casos e com distintas justificativas, há pessoas que buscam tratamentos para as conseqüências do suposto abuso do consumo de drogas em suas vidas.

## 1.2 Modelos Hegemônicos de tratamento

No Brasil, nos últimos anos, há uma demanda crescente em relação à busca por tratamentos para pessoas com problemas decorrentes do consumo de drogas lícitas ou ilícitas. Diante da ausência e/ou ineficiência do poder público em enfrentar o problema, muitas das



iniciativas historicamente foram oriundas da sociedade civil por meio de instituições religiosas, de ONGs ou das irmandades fundamentados na “filosofia” dos Alcoólicos Anônimos, conhecidos como AA. Essa última, pressupõe que o dependente químico é portador de uma *doença progressiva, incurável e fatal* e somente a abstinência total da droga é capaz de livrá-lo do seu desejo "doentio" de uso. Para tais comunidades, o único requisito para fazer parte é o desejo de parar de consumir drogas ou álcool.

As instituições asilares também foram e são utilizadas no tratamento da dependência química e, em geral, suas intervenções se baseiam em terapias farmacológicas e, se justificaria pelo suposto conhecimento científico a respeito das estruturas e funções do cérebro, quanto da descoberta de substâncias que atuam predominantemente em áreas cerebrais que se acredita terem íntima relação com o processo de dependência, como os centros de prazer. Contudo esses modelos para Pratta e Santos (2009), devem ser observados com suspeita, pois:

A concepção reducionista de doença resume a mesma ao aspecto biológico do fenômeno, deixando de considerar outros elementos relevantes que podem interferir na mesma; a especialização, por sua vez, leva a uma fragmentação do corpo, no qual cada parte deve ser cuidada de acordo com um conjunto de saberes de domínio de especialistas. (PRATA; SANTOS, 2009, p. 206).

Desde os anos 1970 no Brasil, as Comunidades Terapêuticas (CT's) figuram como opção no tratamento da “dependência química”, ligadas a entidades da sociedade civil e atualmente figuram como parte da RAPS<sup>17</sup>. Há de se notar, que embora carreguem o mesmo nome, os modelos brasileiros para “dependentes químicos” não se assemelham as iniciativas anteriores que tiveram origens na Europa e Estados Unidos, no bojo dos movimentos da antipsiquiatria e, propunham romper com a lógica de cuidado centrada no hospital psiquiátrico, por meio de instituições abertas e com as decisões tomadas em assembleias democráticas, numa tentativa conforme Antonio Lancetti (2015), de desconstrução dos espaços-tempos institucionais. O debate a respeito das CTs é retomando amplamente na narrativa.

---

<sup>17</sup> Redes de Atenção Psicossocial para atendimento de usuários de drogas vinculada ao SUS.

Esses três modelos citados, embora apresentem distintos enfoques em suas propostas ditas terapêuticas, de comum partilham da premissa que os usuários de drogas necessitam do afastamento total e absoluto com determinadas substâncias psicoativas, ou seja, a abstinência é a condição *sine qua non* para o tratamento nesses modelos, a única regra possível e, torna qualquer outro modo que não esteja a ela submetida, uma “não regra”. Como define Foucault (2003):

A norma não se define absolutamente como uma lei natural, mas pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios que se aplica. Por conseguinte, a norma é portadora de uma pretensão ao poder. A norma não é simplesmente um princípio, não é nem mesmo um princípio de inteligibilidade, é um elemento a partir do qual certo exercício do poder se acha fundado e legitimado... a norma traz consigo ao mesmo tempo um princípio de qualificação e um princípio de correção... ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, uma espécie de poder normativo. (FOUCAULT, 2003, p. 62).

As poucas iniciativas das esferas públicas e as ações da sociedade civil historicamente estiveram relacionadas, de modo geral, ao paradigma abstencionista e à resolução de problemas associados ao consumo problemático de drogas baseado nos modelos, que em geral pautam como meta terapêutica parar de usar drogas. Nesse sentido, conforme Tadeu e Resende (2012), a norma médica e jurídica da abstinência como única estratégia possível para o tratamento de usuários de drogas é contraditório ao princípio da universalidade do SUS, uma vez que excluem as pessoas que não aceitam a abstinência como condição e meta de tratamento.

Entretanto, um modelo nascido com o objetivo de minimizar a contaminação de doenças infectocontagiosas difundiu-se na intenção de reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica ao usuário da droga conhecida como *redução de danos*, uma estratégia para o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas que objetive “melhores condições de saúde frente à fragilidade das terapias, orientadas pela abstinência”– (PACHECO, 2013, p. 28). Esta estratégia ficou conhecida popularmente pela substituição de uma droga mais “pesada” (como o crack) por outra mais “leve” (como a maconha), ou a

substituição da heroína por metadona, por exemplo. No entanto, ela não se resume a isso.

No Brasil, uma das experiências pioneiras, aconteceu na década de 1980, em Santos, onde equipes distribuíam seringas descartáveis e orientavam os usuários sobre o risco do compartilhá-las (na utilização para o consumo de drogas injetáveis), a fim de evitar a disseminação do vírus da AIDS. Entretanto, o Secretário de Saúde da época acabou sendo denunciado pelo Ministério Público como incentivador do uso de drogas.

Após duas décadas de difusão, a estratégia da redução de danos é, atualmente, uma proposta inserida em políticas públicas direcionada aos usuários de drogas, apesar de ainda enfrentar grande resistência por parte dos envolvidos nos programas de prevenção e tratamento do abuso de drogas, bem como por parte da sociedade

Esse panorama histórico dos modelos de tratamentos para usuários de drogas demonstra a variedade de opções e se relaciona com as experiências de campo da pesquisa, bem como na análise dos discursos dos interlocutores a respeito do dispositivo das drogas e seus desdobramentos políticos e éticos.

### **1.3 Trans-disciplinariedade, etnografias e auto-etnografias**

A escolha do pesquisador por utilizar sua trajetória pessoal como pano de fundo da narrativa coincide com o desejo de abandonar a escrita habitual, “hecha por nadie y desde ningún lugar”<sup>18</sup> (FELIU, 2007, P.), partindo para uma escrita na qual o pesquisador se engaje e se responsabilize pelos processos descritos. Dessa maneira, reviver emoções e afetos ligados à experiência pessoal auxilia na observação, captação e documentação dos processos de construção social da vida cotidiana:

La autoetnografía es un enfoque de investigación y escritura que busca describir y analizar sistemáticamente (grafia) la experiencia personal (auto) con el fin de comprender la experiencia cultural (etno)<sup>19</sup>. (ELLIS, 2015, p. 250)

---

<sup>18</sup> Feita por ninguém e desde nenhum lugar.

<sup>19</sup> A autoetnografia é uma abordagem de pesquisa e escrita que procura descrever e analisar sistematicamente (grafia) a experiência pessoal (auto), a fim de compreender a experiência cultural (etno). ( tradução minha)

As propostas autoetnográficas são desdobramentos da tradicional etnografia, descrita por Bronisław Malinowski (1976) em seu livro *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*, entendida como um método de investigação de campo utilizado no estudo das etnias e suas características antropológicas, sociais, econômicas, etc., buscando descrever “a vida comum de grupos sociais ou de alguns aspectos de sua experiência” (SOARES 1994, p. 230). Turato (2005) esclarece:

Esse antropólogo permaneceu alguns anos convivendo com nativos da Oceania, observando participativamente o que lá ocorria. A partir desse fato, a história da ciência atribuiu-lhe o pioneirismo na metodologia científica qualitativa, já que ele procurou descrever sistematicamente como havia obtido seus dados e como ocorria a experiência de campo (TURATO, 2005, p. 508).

Na pretensão de atingir o patamar de ciência, a Antropologia (com Malinowski), assim como a Sociologia, a Geografia e a Psicologia, aceitaram que as idéias, comumente conhecidas hoje em dia como positivistas, constituíssem as suas bases epistemológicas e metodológicas. Para Blanco (2012), a tentativa dos pioneiros das ciências ditas humanas não é motivo para desqualificá-los: este empreendimento, na verdade, deve ser glorificado, ao levarmos em conta que, na época, realizar ciência significava também lutar contra dogmas, ideologias e formas de racismo. Entretanto, no século XX, houve uma crise de confiança nas ciências sociais positivistas caracterizadas (mas não só) pela dúvida generalizada sobre “el propósito exacto de estas ciencias y la improbable consecución de sus objetivos mediante las técnicas predominantes em aquel momento<sup>20</sup>” (FELIU, 2007, p. 267).

Além disso, o autor critica a *colonização* do pensamento científico, referindo-se a países onde as pesquisas se desenvolvem em geral, com projetos colonizadores vinculados à expansão do capitalismo e com aspirações imperialistas. Nesse sentido, critica os pesquisadores e autores que formam e sustentam esses conglomerados.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> O propósito exato dessas ciências e a improvável realização de seus objetivos através das técnicas predominantes naquele momento. (minha tradução)

<sup>21</sup> Segundo o autor, a investigação se desenvolve, principalmente, em países que têm ou já tiveram aspirações imperialistas, em estados modernos com projetos colonizadores vinculados à expansão do capitalismo. O autor faz parte desse conglomerado.

El prestigio que se obtiene de trabajar en un determinado país, no es solamente un pago por la contribución a su enriquecimiento y grandeza, sino por la colaboración en el establecimiento de la verdad occidental. Al mismo tiempo, el autor sabe que tendrá el apoyo de este para proseguir sus investigaciones, para conseguir los medios para realizarla (aunque sea a costa de otros países) y para obtener la credibilidad que necesite<sup>22</sup>. (FELIU, 2007, p. 265).

Em sua concepção, os pesquisadores não deveriam reforçar, mas minar tais teorias colonialistas que não levariam em consideração a aparição de uma pluralidade de discursos de experiências pessoais e/ou grupais de “minorias”, como mulheres, negros, prostitutas e usuários de drogas, estimulando os conhecimentos fronteiriços, locais, marginais – até então negligenciados na intenção de “cuestionar historias canónicas – historias convencionales, autoritarias, y proyectivas que argumentan cómo deben vivir los “seres sociales ideales”<sup>23</sup> (Ellis; 2016, p. 259). Propõe a aceitação de outros saberes, com uma proposta da produção de conhecimento interdisciplinar que “respete y valore em igualdad de condiciones una gama de posibilidades epistemológicas y metodológicas”<sup>24</sup>. (BLANCO, 2012, p. 176).

Segundo Goldman (2003), a antropologia sempre foi capaz de valorizar a diferença, não como um objeto a ser explicado, mas sim como ponto de apoio para impulsionar o pensamento, “capaz de ao menos tentar apreendê-la, sem suprimi-la, pensá-la em si mesma” (GOLDMAN, 2003, p. 164). Daniela. B. Versiani (2002) sugere que, ao invés de falar *pelo* ou *sobre* o Outro, o pesquisador fale *com o Outro*; propõe que isso seja feito através de uma escrita dialógica e/ou polifônica, elaborada autoetnograficamente, sendo essa entendida como *uma alegoria* do encontro entre o(s) etnografado(s) e o pesquisador.

---

<sup>22</sup> O prestígio que se obtém de trabalhar em um determinado país, não é somente um pagamento pela contribuição a seu enriquecimento e grandeza, senão pela colaboração no estabelecimento da verdade ocidental. Ao mesmo tempo, o autor sabe que terá o apoio destes para prosseguir com suas pesquisas, para conseguir os meios de realizá-la (apesar de ser a custa de outros países) e para obter a credibilidade que necessita. ( tradução minha)

<sup>23</sup> Questionar histórias canónicas – histórias convencioneais, autoritárias e projetos que argumentam como devem viver os “seres sociais ideais”.

<sup>24</sup> Trata-se de impulsionar a práxis de uma verdadeira interdisciplinaridade que respeite e valorize em igualdade de condições uma gama de possibilidades epistemológicas e metodológicas.

Dessa forma, esta narrativa contém uma densa descrição do envolvimento do pesquisador com seu ambiente e assunto de pesquisa, além das possíveis variáveis que possam vir a influenciar seu olhar (apreensão dos fenômenos), detalhando, inclusive, o lugar do qual está falando:

Pesquisadores culturais devem manter, tanto quanto possível, uma postura auto reflexiva (auto etnográfica) atenta à construção intersubjetiva de sua própria subjetividade, circunstanciada por trajetórias intelectuais e pessoais singulares, através de sua inserção em diferentes grupos socioculturais, do imbricamento de curiosidades teóricas e escolhas racionais, afetivas e até mesmo casuais e contingenciais, elementos estes presentes na construção de seus objetos de estudo. (VERSIANI, 2002, p. 71)

Logo, pode-se dizer que a definição do lugar do pesquisador em relação ao objeto de estudo é central nas propostas autoetnográficas (mesmo que essa discussão já tivesse presente na Antropologia há décadas). Da Matta (1978) apresenta dois caminhos possíveis para pesquisas etnográficas: a tradicional técnica etnográfica de “transformar” aquilo que nos é exótico em familiar, assim como seu inverso: transformar o familiar em exótico. Um estuda outra cultura; outro estuda sua própria. Para melhor explicar as diferenças e semelhanças entre os dois métodos, o autor se serve de uma metáfora com as imagens do herói e do xamã: o primeiro viajará como um herói – realiza a missão e retorna ao seu grupo; o segundo – tal como loucos, santos e xamãs – realiza viagens à própria cultura, sem sair do lugar, de maneira vertical, chegando ao “fundo do poço” de suas culturas. Mas adverte: “As duas transformações estão, pois, intimamente relacionadas, e ambas sujeitas a uma série de resíduos, nunca sendo realmente perfeitas” (DA MATTA, 1978, p. 29).

Gilberto Velho (1978) explora a questão da *distância* entre pesquisador e objeto em seu método qualitativo etnográfico. Acredita na construção do conhecimento sobre situações e indivíduos a partir de um sistema de interações culturais, historicamente definido; afirma que o processo de conhecimento da vida social implica em um alto grau de subjetividade, com um caráter aproximativo, e não definitivo. O discurso do pesquisador, seja fundamentado na realidade familiar ou exótica, será sempre mediado por certo ponto de vista.

Como visto a discussão do lugar do pesquisador não é algo recente nas ciências humanas, e as propostas autoetnografias, ao questionarem bases do método de pesquisa tradicional (a partição epistemológica, a presunção da neutralidade e, sobretudo, a tão aclamada objetividade e o cientificismo exacerbado), rejeitam a ideia de que seja possível falar de algo de forma imparcial, sem levar em conta a influência de condição social, gênero, etc.

No intuito de romper com a dinâmica de uma única voz falar sobre algum assunto e promover as falas de grupos menos privilegiados, surge o conceito de lugar de fala, evitando, assim, que a fala de mulheres seja desconsiderada e apenas homens falem sobre machismo, por exemplo. A ideia não é calar ninguém, contrariamente ao que propõem algumas vertentes que, segundo Engelke (2017), ao promoverem a fala de determinados grupos, proíbem a fala de outros, igualmente reproduzindo a exclusão. No capítulo final retornaremos a essa questão a partir da experiência do trabalho de campo.

Determinadas propostas autoetnográfica também se utilizam do conceito de epifania (do grego *epiphania* - manifestação ou aparição) que possui distintas definições relacionadas à religião<sup>25</sup>, filosófica e literatura há muitos séculos, entretanto em tais propostas, relaciona-se a um fenômeno íntimo que a pessoa considera como uma experiência transformadora, enquanto outra, talvez não. A narrativa nesse caso forjaria maneiras de demonstrar como situações intensas e de efeitos duradouros poderiam tornar legível para outras pessoas, mesmo após o evento crucial ter supostamente terminado e, cujas nuances poderiam revelar ou iluminar aspectos culturais. Para Ellis et al (2015):

Una epifania constituye un fenómeno íntimo que una persona puede considerar como una experiencia transformadora, en tanto que otra, tal vez no, y muestra las maneras en que podrían manejarse “situaciones intensas” y efectos que perduran – recuerdos, imágenes, sentimientos – largo tiempo después que un evento crucial supuestamente ha concluido<sup>26</sup>. (ELLIS et al, 2015, p. 253)

---

<sup>25</sup> Epifania seria o momento ou a sensação de estar diante de Deus ou de alguma de suas manifestações. A Igreja Católica considera epifanias três eventos: a Epifania dos magos do oriente; a Epifania a João Batista no rio Jordão e a Epifania quando tornou-se conhecido pelo milagre de Caná.

<sup>26</sup> Uma epifania constitui um fenômeno íntimo que uma pessoa pode considerar como uma experiência transformadora, enquanto outras, talvez não, e mostra as maneiras em que se

Para Ellis et al (2015), esse modo de utilizar experiências pessoais similares a epifania é uma tentativa de ilustrar as características de uma cultura e fazer delas conhecidas, tanto para *próprios* (ou *insiders*), como para *estranhos* (ou *outsiders*). Salientam a necessidade de seguir o protocolo adotado e prescrito nas respectivas áreas de estudo e pesquisa, a fim de analisar as experiências relatadas.

Nesse sentido, o método autoetnográfico propõe maneiras de realizar uma investigação qualitativa – às vezes experimentais – e produzir resultados escritos que incluem a vivência do pesquisador em determinado grupo e/ou sociedade, propiciando, no dizer de Scribano e De Sena (2009), um modo privilegiado de trabalhar com informação. Também considera o processo de escrita uma atividade terapêutica, na qual o pesquisador vivência afetos e emoções que poderiam dar sentido às suas experiências, ademais de explorar aspectos literários, elementos performáticos, poéticos e até teatrais, nas narrativas. Para Blanco (2012):

Lo que implica no solo dar importancia a aspectos literarios. Sino a la reivindicación de la multiplicidad de maneras y formatos para llevar a cabo investigaciones en las ciencias sociales y humanísticas<sup>27</sup>. (BLANCO; 2012, p. 170)

Por fim, há de se notar que existem diversos tipos de autoetnografias, com enfoques distintos. Para Ellis et al (2015), os tipos de autoetnografia diferem segundo a ênfase que se coloca nos estudos de outros autores, no próprio investigador e sua interação com os demais, na análise tradicional, no contexto em que as entrevistas são realizadas, bem como nas relações de poder que as permeiam. Divide as narrativas em: *narrativas pessoais*; *narrativas co-construídas*; *entrevistas diádicas reflexivas*; *etnografias indígenas/nativas*; *etnografias reflexivas*; *informes multinível*; *entrevistas interativas*; *autoetnografias comunitária*; e, finalmente, as *etnografias narrativas*, abordagem utilizada na presente pesquisa.

---

podem manejar “situações intensas” e efeitos que perduram – recordações, imagens, sentimentos – bastante tempo depois que o evento crucial supostamente terminou.

<sup>27</sup> O que implica não somente em dar importância aos aspectos literários, senão à reivindicação da multiplicidade de maneiras e formatos para levar a cabo investigações nas ciências sociais e humanísticas (minha tradução)



Las etnografías narrativas son textos que se presentan en forma de historias y que incorporan las experiencias del etnógrafo en las descripciones y análisis de otros. Aquí se hace hincapié en el estudio etnográfico de los demás, lo cual se logra poniendo atención a los encuentros entre el narrador y los miembros de los grupos en estudio (Tedlock, 1991), articulando la narración con el análisis de patrones y procesos<sup>28</sup> (Ellis et al, 2015, p.256)

Já há diversas narrativas que recorrem ao método autoetnográfico. Beatriz Preciado, em seu livro *Testo Ionqui* (2008), registra micro-mutações fisiológicas e políticas provocadas pela ingestão de testosterona em seu corpo e as alterações de ordem física e teórica suscitadas pelas mudanças. Em outra narrativa, Dutta e Basu (2013), descrevem as experiências de mulheres que, como elas, presenciaram a dor de seus filhos desnutridos, no continente africano. Interrogam-se como transmitir tais afetos e permitir que mães que atravessam ou já atravessaram experiências semelhantes sejam escutadas e valorizadas, através do reconhecimento de suas palavras que, no caso delas, se deu em forma de poemas.

Da Silva (2016) coletiviza a experiência de sua pesquisa em sua comunidade de origem e os desafios que essa vivência lhe trouxe. Detalha suas impressões sobre os aspectos positivos e negativos dessa categoria de pesquisa, ainda *não balizada*, e convoca os pesquisadores a se debruçarem sobre “essas relações, com o mesmo ímpeto e seriedade, dedicados às nossas pesquisas” (DA SILVA, 2016, p. 51). Ao final, afirma que a condição do pesquisador não se reduz à dualidade – estrangeiro ou nativo –, mas é permeada por uma complexidade muito maior.

## 1.4 Percursos iniciais

---

<sup>28</sup> As etnografias narrativas são textos que são apresentados em forma de histórias e que incorporam as experiências do etnógrafo nas descrições e análises de outros. Aqui, a ênfase é colocada no estudo etnográfico de outros, o que é alcançado prestando atenção aos encontros entre o narrador e os membros dos grupos em estudo (Tedlock, 1991), articulando a narrativa com a análise de padrões e processos.

Minha trajetória pessoal e profissional no campo das drogas alimenta o desejo e interesse pela pesquisa. O estigma<sup>29</sup> sobre o sujeito usuário de drogas é demasiadamente arraigado na nossa sociedade, o que me fez pensar, em vários momentos, em distanciar-me da exposição pública exigida por este método de pesquisa. Entretanto, devido o interesse e afeto pelo tema, descrevo vivências pessoais e profissionais, entrelaçada com o trabalho de campo que inclui observação participante e entrevistas com os doze interlocutores (nove homens e três mulheres) – pessoas cujo trabalho se relaciona com a temática e são usuários/ex-usuários de substâncias psicoativas, além de terem trabalhado comigo em algum momento.

Fiore (2013) propõe uma postura metodológica heterodoxa em sua tese a partir de críticas e constatações, principalmente as que envolvem o tema *drogas*, pois esse aciona um conjunto de significados ligados ao exotismo e à marginalização. Lança luz sobre ferramentas metodológicas<sup>30</sup> das ciências humanas, a fim de construir descrições objetivas que ultrapassem a névoa do “exótico” e do “marginal”, e defende que os principais trabalhos antropológicos utilizaram desses recursos<sup>31</sup>. Critica, entretanto, o fato de os pesquisadores não exporem com clareza sua participação no fenômeno e sua relação com os observados: “distanciar-se do conhecido é um requisito para que uma observação ganhe objetividade e, assim, possa extrapolar seu recorte empírico para responder questões teóricas” (FIORE, 2013, p. 26). Trata-

---

<sup>29</sup>A presença desse “estigma” é o que alimenta o preconceito e a exclusão dos direitos sociais dos consumidores de certas drogas, conferindo a elas um sentido pejorativo e até mesmo criminoso.

<sup>30</sup>1. **Investigações de natureza quantitativa:** contribuem para gerar dados sistemáticos a respeito da extensão do fenômeno. Contudo, esse tipo de pesquisa dificilmente consegue aprofundar-se nos detalhes do fenômeno investigado;

2. **Investigações qualitativas a partir de entrevistas e histórias de vida:** a partir da imersão em contextos de consumo e de aproximação com os grupos pesquisados, buscando uma proximidade com o pesquisado, a fim de minimizar o estatuto desviante dessa prática. Todavia, ao conferir sentido e significado às suas práticas, o pesquisador ali já aplica certo filtro, editando e selecionando as sensações que lhe parecem mais pertinentes;

3. **Observação de natureza longitudinal:** essa forma de coleta de dados insere um componente temporal que privilegia o acompanhamento dos mesmos indivíduos por um período de tempo determinado, longo o bastante para serem observadas mudanças de trajetórias e de relação com as drogas. Porém, a busca de amostras significativas pode acarretar o mesmo problema citado no tópico um;

4. **Observações e observações participantes:** a observação direta do uso de drogas, ou sua participação no uso, é uma ferramenta metodológica que já se mostrou valiosa, conseguindo transpor as representações feitas do que acontece quando se usa drogas. (FIORE, 2012, p. 19)

<sup>31</sup>Em específico, dentro do antropologia, destaco o trabalho de Gilberto Velho “Nobres e Anjos – um estudo de tóxicos e hierarquia” de 1975.

se de uma tentativa de estranhar o familiar, nesse jogo permanente entre proximidade e distanciamento do olhar do pesquisador sobre questões consideradas *complexas*.

Embora esta pesquisa tenha sido *inspirada* na visão acima citada, as prioridades que darei na escolha das ferramentas metodológicas serão distintas.

Minha trajetória como usuário/trabalhador em si mesma influenciou na escolha da pergunta-base de minha pesquisa: *De quais maneiras a condição de usuário ou ex-usuário de drogas do trabalhador AD<sup>32</sup> interfere no cuidado ao outro usuário?*

De início, ao trabalhar em uma Comunidade Terapêutica como usuário em recuperação (ex-usuário), o modelo de tratamento adotado tinha ênfase na abstinência. Há muitos casos de usuários, como eu, que ao término do tratamento nas Comunidades Terapêuticas e/ou clínicas, seguem trabalhando nas instituições em virtude da experiência adquirida durante o período de internação e, em alguns casos, abrem suas próprias instituições de tratamento. A escolha dos interlocutores coaduna-se, portanto, a essa afirmação, na medida em que seis deles passaram por tratamentos feitos dentro do modelo abstencionista antes de se tornarem profissionais na área.

Após alguns anos, pude trabalhar em iniciativas norteadas pela estratégia de Redução de Danos, nesse momento, já havia retomado ao consumo pessoal de drogas ilícitas. Os Programas de Redução de Danos – os PRDs – também prevêem a possibilidade dos redutores de danos terem sido usuários provenientes do processo terapêutico e que, por esta razão, identificariam-se com seus pares e com o território onde as ações são desenvolvidas, sendo tão valioso quanto o dos Agentes Comunitários de Saúde – os ACSs.

Entretanto, foram poucas às vezes em encontrei trabalhadores/usuários que tenham passado pelo tratamento de PRD, em comparação com trabalhadores que residiram em Comunidades Terapêuticas, e que seguiram trabalhando com o tema. O grupo de interlocutores coaduna com essa observação: nenhum dos interlocutores é oriundo de PRD; já os trabalhadores que estiveram internados em CT somam seis, sendo *adictos* e/ou *usuários em recuperação*, como se autodenominam.

Esses termos utilizados por determinados interlocutores (*usuários em recuperação* e/ou *adicto em recuperação*) revelam em si uma tendência a ver o consumo de drogas como uma doença. A condição de

---

<sup>32</sup> Termo que designa trabalhador do campo álcool e drogas.

usuário de drogas em recuperação, dada e enfatizada pelos próprios sujeitos, independe do tempo de abstinência, ou seja, o sujeito pode estar abstêmio por um dia como por dez anos e sempre se considerado um usuário de recuperação. Assim, o fator estruturante e fundamental para a identificação do sujeito, nesses casos, independe de se usar ou não usar a droga: “A abstinência como contrária da droga, bebo não bebo, uso não uso, faz parte da dialética e da teologia do drogado” (LANCETTI, 2015, p. 64).

Gostaria de destacar que todos os informantes têm autonomia plena, e quenão se encontram em situação de vulnerabilidade, como muitas vezes pensa-se ao falarmos de usuários de drogas. Talvez alguns desses informantes tenham passado, em algum momento da vida, por questões pessoais relativas aos abusos de substâncias psicoativas, contudo, atualmente se encontram com suas vidas completamente reestruturadas. Cuidei de convidar apenas informantes que estivessem há pelo menos dez ano em abstinência.

Por fim, salienta-se que, durante seis anos – tempo que passei enquanto *adicto em recuperação*– transitei por territórios e saberes vinculados a uma visão de que a abstinência é a condição, por vezes indispensável, para trabalhar nesteramo. Ademais de trabalhador, você torna-se uma referência por sua trajetória em recuperação, e o retorno ao uso pode ser considerado um fracasso. A recaída é tratada como algo pernicioso, posto na ordem do fracasso pessoal, consequência do não cumprimento da “filosofia” que permeia este novo modo de vida longe das drogas. Entretanto, retomar o consumo de drogas possibilitou novos horizontes sem, contudo, negar todos os conhecimentos e saberes adquiridos nesses anos, tampouco as amizades.

Durante essas experiências de trabalho, confrontei-me (não me excluindo desse grupo) com profissionais que, na intenção de valorizar sua perspectiva de tratamento, necessitavam negar as demais propostas para seus colegas de trabalho e pacientes. Acredito que tal postura em nada auxilia a construção de pontes de diálogo entre as diferenças, sendo os usuários de drogas que, por algum motivo, encontram-se no tratamento, os verdadeiros prejudicados. Não gostaria de generalizar essa afirmação, tampouco rotular os participantes da pesquisa, mas essa questão, presente no meio acadêmico, talvez seja um divisor de águas nesta disputa de saberes e conhecimentos sobre o tema.

Algumas considerações parecem importantes, no que diz respeito à escolha metodológica. Por ser um método, diria, não convencional, optei por apresentá-lo de modo a trazer elementos que sustentassem minha escolha. Para tanto, busquei antecedentes epistemológicos que

ajudassem nessa tarefa, situando-o dentro de uma pesquisa de perspectiva qualitativa. Há uma metáfora da qual Latour (2015) se serve para pensar a (des)necessidade de um método completamente rígido: o autor recorre à imagem de um quadro e de como o pintor executa a obra, notadamente, nunca pela moldura (enquadre), mas pela tela, pelos movimentos e atravessamentos que surgem ao longo da tarefa. Cito o mesmo, em outra passagem a respeito da elaboração da pesquisa em ciências humanas:

Na nossa disciplina, o texto não é uma história, nem uma bela história, mas o equivalente funcional do laboratório. É o local dos testes, experimentos e simulações. Dependendo do que se passa nele, há ou não uma rede sendo traçada. E isso depende inteiramente da maneira precisa como ele é escrito – e cada novo tópico exige uma nova maneira de ser tratado por um texto. A maior parte dos textos são fatalmente chapados. Nada acontece neles. (LATOUR, 2015, p. 23)

A escolha por esse método vai de encontro às minhas inquietações advindas desses anos de envolvimento com o tema das drogas; para tanto, busquei no método uma forma de potencializar o texto, ao invés de restringi-lo. Confesso que outro motivo para tal escolha deriva de um incômodo a respeito dessa suposta neutralidade que a ciência hegemônica propõe em relação ao objeto de estudo, criando categorias que, geralmente, não correspondem à realidade. Nesse sentido, alguns questionamentos foram apresentados logo, relacionados a propostas que priorizam metodologias que buscam a separação, a partição sujeito/objeto, natureza/cultura na construção de suas pesquisas. Falo isso, pois, como dito no trecho supracitado, escolher a autoetnografia como método significa, também, questioná-la ao longo do trabalho, revisando conceitos e paradoxos, submersos até então. Por exemplo, no que concerne ao nome *autoetnografia*: essa partição sujeito/objeto, criticada pelos precursores de tal método, seria retificada pela inserção prefixo *auto*. Fiore (2013) denomina o método utilizado em sua tese de duas formas: *autoetnografia* e *etnografias de trajetórias compartilhadas*, justificando que a primeira se assemelha a uma proposta autobiográfica.

Outro ponto importante a se ressaltar é meu posicionamento frente às distintas alternativas de tratamento. Confesso que ambas as perspectivas de tratamentos (abstencionista e redução de danos) já me

seduziram ideologicamente, e, atualmente, acredito no potencial das duas. Assim sendo, não pretendo buscar “mocinhos e vilões”, tratando-se de temas tão múltiplos. Escotado (2008) adverte: “La frívola polarización contemporánea de actitudes promueve lo contrario, con un desfile de personas y grupos que se declaran a favor o en contra de una entelequia irreal como la droga”<sup>33</sup>. Destaca-se que os interlocutores foram escolhidos pelo respeito que tenho por cada trajetória.

O segundo capítulo é focado em minha trajetória; no terceiro, coletivizarei meu caderno de campo; no quarto capítulo, analisa-se as entrevistas por meio de cinco balizas (categorias); e no último capítulo se coletiviza as análises dos dados da pesquisa.

A título de glosa, baseado em reflexões de Feliu (2007) relacionadas à produção da obra, digo que, embora, haja muitos textos científicos de baixa qualidade, na realidade, a ciência se *escreve*, portanto é um *tipo de literatura*, gostem ou não os cientistas e os literatos. Pesquisadores escrevem para aprender algo, mas também para serem lidos. Assim, no final, a viagem só valerá à pena se conseguirmos descrever e transmitir nossas ideias, experiências e opiniões a mais pessoas. É disso que se trata essa produção.

---

<sup>33</sup> A frívola polarização contemporânea de atitudes promove o contrário, com um desfile de pessoas e grupos que se declaram a favor ou contra de uma entelequia irreal como a droga.

## 2 MAIS SERÁ REVELADO<sup>34</sup>

Los momentos de mi vida en los que yo he crecido tienen que ver con los fracasos; los momentos de mi vida en los que yo he empeorado, tienen que ver con el éxito. El éxito es deformante, relaja, engaña, nos vuelve peor, nos ayuda a enamorarnos excesivamente de nosotros mismos; el fracaso es todo lo contrario, es formativo, nos vuelve sólidos, nos acerca a las convicciones, nos vuelve coherentes. Si bien competimos para ganar, y trabajo de lo que trabajo porque quiero ganar cuanto compito, si no distinguiera qué es lo realmente formativo y qué es secundario, me estaría equivocando<sup>35</sup>. (Marcelo “El Loco” Bielsa, 2012)

A decisão final de por qual trilha narrativa seguir foi antecedida por mudanças e questionamentos. Retorno para minha época de adolescente, nos idos da década de 90.

Criado na zona oeste paulistana, em um bairro que, nos últimos anos, transformou-se profundamente (perfil sócio-econômico e faixa etária dos moradores, mudanças urbanísticas etc.), mas que sempre foi conhecido pela intensa vida boêmia, com seus bares, restaurantes, apresentações musicais e festas populares nas ruas. Essa região sempre foi relacionada ao consumo de drogas, como é, até hoje, principalmente quando acontecem grandes eventos, como o carnaval de rua, época em que o bairro é tomado por milhares de pessoas.

O ímpeto da adolescência, agenciada ao consumo considerável de substâncias psicoativas de consumo ilegal desde os treze anos de idade; (o álcool é anterior, tendo ocorrido à primeira experimentação aos oito anos); intensa circulação por territórios urbanos centrais e periféricos em São Paulo, baladas e futebol, deram a tonalidade desse período.

Esse último, desde sempre, me atraiu. Quando adolescente, jogava em diversos locais e acompanhava meu time em estádios,

---

<sup>34</sup> Alusão ao capítulo dez do livro azul de Narcóticos Anônimos que encerra com o seguinte dizer: *Narcóticos Anônimos oferece aos adictos um programa de recuperação, que é mais que apenas uma vida sem drogas. Esta maneira de viver não é só melhor do que o inferno em que vivíamos, mas melhor do que qualquer vida que tenhamos conhecido. Encontramos uma saída, e vemos que funciona com os outros. Cada dia, mais será revelado.*

<sup>35</sup> Trecho de palestra proferida por Marcelo Bielsa, à época técnico da seleção argentina de futebol. Tal palestra ocorreu em sua antiga escola secundária, localizada na cidade de Rosário, Argentina, antes da Copa do Mundo em 2002.

ambiente este em que o consumo de droga era “liberado”. A somatória do consumo precoce com a ânsia futebolística me abriu uma cidade para além do já conhecido território de origem. Ao mesmo tempo em que estabelecia redes para jogar futebol, também encontrava pontos de vendas de drogas – maconha e cocaína, em geral.

Em função dessas tantas circulações, foram criados relacionamentos com determinados grupos e pessoas que revelaram outros espaços urbanos, com tensionamentos, atravessamentos, conflitos, contradições, paradoxos e controvérsias fascinantes e aterrorizadoras, entremeados por códigos de conduta e ritos plurais. Abriam-se novos mundos, e, conseqüentemente, leques de opções para comprar droga – a princípio restrita ao consumo pessoal e ao de amigos próximos.

Entretanto, o processo foi evoluindo de pequenas transações – que incluíam levar pessoas para comprar drogas e compartilhar seu uso sem dispêndio de dinheiro, retirar ou receber pequenas porções de droga, ganhos financeiros para comprar drogas a terceiros, etc. – até a organização, junto com colegas, de um local de vendas a duas quadras de casa. Nada muito grande.

Deste modo, ademais das incríveis sensações proporcionadas pelo consumo, eu ainda ganhava dinheiro para subsidiá-lo sem precisar do dinheiro dos adultos, fato tornado em argumento para qualquer tipo de incômodo suscitado por meus pais – *Não pego o dinheiro de vocês!* Uma incongruência para um adolescente sustentado por eles.

A rua, fora dos eixos institucionais – família, igreja, clube e escola –, tornou-se um lugar de socialização. Não quero afirmar com isso que a rua seja uma instituição sem regras de condutas e de moral, mas sim que as regras certamente são diferentes das encontradas nos ambientes dos quais eu participava.

Embora nunca tenha passado de um “mero pároco na hierarquia” (BURROUGHS, 2017, p. 61) nesse emaranhado fui transpassado por alguns episódios de *paranoia*. Colegas se aprofundaram no comércio, em geral para sustentar o consumo, e seus cotidianos rapidamente foram sugados por tal rotina: estavam sempre *no corre*<sup>36</sup>. Esse conjunto de perturbações, atrelado ao evento em que fiz uso do chá de lírio<sup>37</sup> –

---

<sup>36</sup> Nesse caso, atividades relacionadas a obtenção, vendas e/ou consumo de substâncias ilícitas

<sup>37</sup> Plantas Solanaceas (nightshade). Nome científico: *Datura suaveolens* L.

Cujo nome popular é trombeta, trombeta-de-anjo, trombeta, cartucheira, zabumba, lírio, copo de leite, sete saias.



resultando em um estado de torpor dias a fio—foram fatores decisivos para a internação.

Desejava uma internação a longo prazo (de seis meses) para estabilizar-me. Embora o consumo fosse exagerado, questões associadas ao comércio e experiências extremamente próximas à morte e à loucura, foram os principais motivos dessa tomada de decisão.

Decorreram vinte e cinco dias entre a decisão e a internação. Após duas entrevistas na instituição, no dia 19 de dezembro de 2000, adentrei-a.

## 2.1 De usuário a residente

As características socioeconômicas, étnicas e familiares dos residentes eram diversas e os motivos das internações também: por desejo próprio, medidas socioeducativas, alternativas e cautelares, ou, alguns ali estavam *pela livre e espontânea vontade e pressão da família*, como costumávamos brincar. Fugas<sup>38</sup> e/ou pedido de *desligamento do programa*, aconteciam com regularidade. O fluxo de entrada de novos residentes<sup>39</sup> era regular. A maioria era oriunda do estado de São Paulo, mas havia também mineiros, brasilienses, mato-grossenses e gaúchos. A faixa etária variava de 15 a 21 anos. As acomodações eram coletivas, quartos com, no máximo, 5 beliches. Durante o período, o número de residentes naquela unidade<sup>40</sup> oscilou entre vinte e trinta adolescentes.

Desde o momento da chegada, eram repassadas as regras da instituição, primeiramente por meio da leitura da *Normas da Casa*. Uma revista íntima era realizada e um residente *apadrinhava*<sup>41</sup> o recém-chegado, com a intenção de ajudá-lo em sua adaptação. Havia dois grupos<sup>42</sup>, divididos pelo critério de *tempo de casa*, independentemente da idade. Para cada qual, havia um coordenador responsável e dois usuários em recuperação. Para identificação, usava-se um crachá com os nomes; estavam proibidos apelidos.

---

<sup>38</sup> Por ser uma instituição aberta e a unidade estar localizada no perímetro urbano do município.

<sup>39</sup> Conceito atribuído às pessoas em tratamento.

<sup>40</sup> Unidade Casa Jimmy

<sup>41</sup> *Nosso Texto Básico nos diz que “o coração de NA bate quando dois adictos compartilham sua recuperação” e apadrinhamento é, simplesmente, um adicto ajudando outro adicto. A via de mão dupla do apadrinhamento é uma relação amorosa, espiritual, compassiva, que ajuda tanto o padrinho quanto o afilhado.* Trecho extraídos do folheto – Apadrinhamento – da irmandade de NA.

<sup>42</sup> Primeiro grupo com os residentes com menos de 90 dias; outro com os residentes com mais de 90 dias. O tempo de internação previsto eram de 180 dias.

As visitas pessoais aconteciam mensalmente e somente pessoas com algum grau de parentesco estavam autorizadas; excluía-se namorados(as). O despertar ocorria às 5h30 e o recolher às 22h, quando se apagam as luzes das habitações. Havia uma grade de atividades, com horários estabelecidos para refeições, espiritualidade, atividades em grupo e laborterapia. A metodologia de tratamento baseava-se no tripé - *Espiritualidade, Conscientização e Trabalho*.

O período destinado à espiritualidade ocorria todos os dias, em dois períodos. Em geral, uma pessoa externa era encarregada das atividades, que variavam entre leitura bíblica e de livros de auto-ajuda, propostas de meditação e orações. Quando o padre Haroldo (ou algum outro padre) estava por lá, também ocorriam missas.

A atividade de laborterapia, realizada no período matinal, era organizada conforme a *escala semanal*, definida pela equipe técnica. As atividades iam do corte de grama à realização de refeições para toda a instituição (200 pessoas), além da limpeza geral nas habitações, banheiros e refeitório, entre outras.

A escala da cozinha era temida pelo grau de exigência: acordávamos às 4h50 da manhã e íamos dormir às 23h, estando sempre em seis internos (estes tinham que ter passado por, pelo menos, um mês de tratamento). Em contrapartida outras funções da escala, como auxiliar a secretária do padre, eram bastante cobiçadas, devido à tranquilidade do posto. Embora não fosse um fato explícito pela equipe técnica, muitas dessas funções serviam de penalidade aos *residentes inadequados*, um não-dito institucional, que nos exigia criar estratégias para escapar das funções mais exigentes na escala semanal, como corte de grama, limpeza dos banheiros e, em alguns casos, da própria cozinha.

As atividades referentes à conscientização se davam no período vespertino, com a realização, em geral, de grupos terapêuticos que variavam conforme o dia da semana. Também havia as reuniões matinais e a reunião de leitura do *livro de ocorrências*, onde eram registradas as ocorrências de indisciplina, individuais e coletivas. A inclusão de seu nome ali acarretava a possibilidade das temidas *educativas* e até, em alguns casos, o *desligamento do programa* (dependendo da gravidade da infração ou da assiduidade das ocorrências). Quando não havia *ocorrências graves*, doces eram distribuídos para premiar comportamentos adequados do coletivo.

As *educativas* significavam perda do horário livre, de uma hora e trinta minutos diários, para a realização de atividades de laborterapia além das incluídas na escala semanal. Dependendo da gravidade da infração, o adolescente ou a *Casa* inteira perdia os horários livres da

semana, além de atividades externas como o Futebol Society, para *pagar educativas*.

Outra punição utilizada era o retorno ao início dos seis meses de tratamento e no caso da ocorrência de determinadas infrações como fazer sexo, consumir drogas e arranjar brigas – também passíveis de exclusão. A instituição possuía uma unidade masculina e uma feminina, não sendo permitida a interação, exceto nos momentos de espiritualidade. O adolescente que mais tempo esteve em tratamento foi Júlio, devido ao um encontro noturno com uma *guadalupe*<sup>43</sup> (tendo sido este evento em seu quarto mês de tratamento, completou, no total, dez meses).

A partir do quarto mês, iniciava-se o período de reinserção social. Permitia-se a saída da instituição para atividades como idas ao shopping, grupos de apoio e o primeira retorno *à casa* – uma visita de três dias e no mês seguinte, uma de cinco dias. Em paralelo, iniciavam-se grupos terapêuticos específicos, como a *prevenção de recaída*<sup>44</sup> e atendimentos psicológicos individuais. Ao final de seis meses, concluía-se o tratamento.

Simplificadamente, essa é a descrição do cotidiano institucional – sem adentrar nos conflitos, tensões e afetos desse pulsante período de minha vida, repleto de casos. Um deles é anedótico. Um padre, já de cabelos brancos, morou conosco na Instituição durante um período. Foi nos apresentado como alguém que iria contribuir nos momentos de espiritualidade. Colegas comentavam que, em determinados momentos, sentiam o odor de álcool, fato que nunca presenciei. Tempos depois, amigos que lá trabalhavam relataram que, na verdade, o padre havia sido mandado para lá por seu superior com a intenção de ser tratado, devido ao consumo excessivo de álcool, e que, 18 meses depois, quando fora descoberto, deixou a instituição, sem nunca comentar o real motivo de sua estadia.

## 2.2 De residente a monitor

Convencido, após o período do tratamento, de portar uma *doença progressiva, incurável e fatal*<sup>45</sup>, optei por prosseguir na instituição, desta vez como *monitor*. Tinha, de modo geral, gostado da experiência de co-

---

<sup>43</sup> Apelido atribuído às mulheres devido ao nome da unidade feminina: Nossa Senhora de Guadalupe

<sup>44</sup> Livro ??

<sup>45</sup> Afirmação comum em instituições e/ou grupos baseados na irmandade de AA.

incidir e co-partilhar afetos com as pessoas dali. Considerando o tempo de tratamento e, posteriormente, o tempo como monitor, permaneci, ao todo, um ano na instituição – de 19 de dezembro de 2000 a 19 de dezembro de 2001.

Essa instituição, reconhecida no Brasil como umas das pioneiras nesse modelo de Comunidades Terapêuticas era, naquele tempo, constituída de cinco unidades – *Casa Jimmy* (cujo nome, segundo funcionários do IPH, homenageia um usuário em recuperação que comandava uma CT nos EUA), *Fazenda do Senhor Jesus (FSJ)*, *Casa do Meio*, *Casa Nossa Senhora de Guadalupe (mulheres)* e *Casa São José (ressocialização de adultos)*.

Iniciei a trabalhar na FSJ, localizada na zona rural de uma cidade vizinha, embora continuasse a morar em Campinas. Num primeiro momento, minha função era mais administrativa, contudo, também participava de atividades diárias com os residentes. Estava em fase de aprendizado e tal posição me manteve em um ambiente de adultos. Por algum motivo, sentia-me aliviado.

Recordo de uma manhã, em que acompanhei dez residentes para *pagarem educativas*. A atividade era cortar capim, umas das tarefas temidas. Nesse dia, tive medo. Numa posição similar à de capataz, imaginava a possibilidade de se rebelarem. Não me sentia confortável na função de cobrar e vigiá-los, talvez pelas lembranças das punições recebidas durante meu tratamento.

Ao retornar do expediente no final do dia, seguia para escola – um supletivo no qual tinha uma bolsa de estudos. Aos finais de semana, em geral, ia à cidade de São Paulo. Após quatro meses, transferi-me para outra unidade, no mesmo espaço rural, chamada Casa do Meio, específica para os *meninos de rua*, local que permaneci durante dois meses, praticamente morando. Defato essa experiência fora decisiva para minha trajetória profissional, talvez aquilo que autores do método auto-etnográfico denominam de *epifania* devido às situações intensas vividas e pelos efeitos decorrentes dessa experiência.

Vale destacar que durante o período, a condição de trabalhador era voluntária, porém, as responsabilidades não eram distintas daquelas dos trabalhadores assalariados. Durante o período, realizei o curso da FEBRACT para *formação de dirigentes* e participei de eventos e congressos. Devido à falta de perspectiva no trabalho, além do desgaste e do *stress* de trabalhar em situações tão delicadas e complexas, optei em deixar a função e regressar à minha cidade de origem.

### 2.3 Da abstinência à reiteração no uso

No retorno à cidade de São Paulo, passei a frequentar grupos de mútua-ajuda – Narcóticos Anônimos (NA). Ademais, realizava serviços abnegados à irmandade ao levar a mensagem ao *adicto que ainda sofre*, como preconizado nos 12 passos<sup>46</sup>. Durante três anos coordenei painéis de HI<sup>47</sup>, período em que, semanalmente, estive em unidades da Fundação Casa de SP.

Também participei do programa *Jovem Pan Contra as Drogas*, realizando palestras em escolas e em outros locais, acompanhado da jornalista responsável pela campanha e, em geral, por um psiquiatra. Permaneci quase sete anos abstinência – adicto em recuperação.

Ingressei na Universidade no ano de 2004, e, após dois anos, passei um ano no exterior. Num primeiro momento, estive na Argentina por seis meses como estudante na faculdade de Psicologia da UBA<sup>48</sup>, período em *querecaí*. Posteriormente, na Itália, realizei um estágio de dois meses em uma instituição franciscana<sup>49</sup> para tratamento de usuários de drogas (estes, em geral, usuários de heroína – heroínômanos), quando já havia retornado ao consumo de drogas.

A proposta de tratamento dividia-se em três etapas, totalizando dois anos de internação. O modelo era semelhante ao das Comunidades Terapêuticas, baseados no tripé *Conscientização, Oração e Trabalho*,

---

<sup>46</sup>1º. Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis. 2º. Viemos a acreditar que um Poder maior do que nós poderia devolver-nos à sanidade. 3º. Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós o compreendíamos. 4º. Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos. 5º. Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano a natureza exata das nossas falhas. 6º. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter. 7º. Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos. 8º. Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado, e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas. 9º. Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando faze-lo pudesse prejudica-las ou a outras. 10º. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente. 11º. Procuramos, através de prece e meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós, e o poder de realizar essa vontade. 12º. Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades. Disponível em: [http://na.org.br/os\\_12\\_passos\\_de\\_narcoticos\\_anonimos.html](http://na.org.br/os_12_passos_de_narcoticos_anonimos.html)

<sup>47</sup>Hospitais e Instituições (subcomitê de serviços de NA). “Levamos a mensagem de recuperação para adictos que não possuem a disponibilidade em vir à uma reunião. Nosso serviço é realizado em clínicas, hospitais, prisões, centros de recuperação e comunidades terapêutica” (Trecho extraído do site de NA).

<sup>48</sup>Universidad de Buenos Aires

<sup>49</sup> Disponível em: <http://www.olivotti.org/>

mas também contava com a utilização da metadona como terapia psicofarmacológica substitutiva da heroína. Em torno de noventa por cento dos *utenti*<sup>50</sup> consumiam-na, inclusive aqueles em processo de reinserção social. Considero essa experiência como a primeira na perspectiva de redução de danos, embora mesclada com modelo abstencionista. No retorno ao Brasil, realizei estágios em equipamentos de saúde<sup>51</sup> na faculdade vinculados a temática AD, direta ou indiretamente.

## 2.4 Caminhos inevitáveis

Ao término da graduação, comecei a trabalhar com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas (no CREAS) e em serviços de acolhimento, instituições estas vinculadas às diretrizes e normativas da assistência social. Há de se notar que esses equipamentos não são diretamente vinculados ao tratamento ou prevenção do uso de drogas, entretanto, eram lugares nos quais o consumo de substâncias psicoativas se fazia presente, seja pelo consumo ilícito ou lícito (no caso de medicações) de drogas.

Na sequência, trabalhei num projeto da Secretaria de Assistência Social e da Secretaria da Saúde da Prefeitura São Paulo, conhecido como Complexo Prates, próximo à região da Cracolândia. Devido a divergências éticas com a Organização Social que geria o espaço, afastaram-me, juntamente com outros colegas. A proposta da instituição era unir, em um único espaço, equipamentos da assistência social e saúde, como CAPS III, Centro de Acolhida, Centro de Convivência, UPA 24HS, Consultório na Rua, de forma a facilitar o atendimento a essa parcela da população. Projeto interessante que, por questões de gestão e políticas, tornou-se uma referência de “descuido”.

Trabalhei num outro projeto vinculado ao governo do Estado de São Paulo, com a especificidade de atendimento aos familiares de usuários, inclusive o usuário, vinculado ao Programa Recomeço<sup>52</sup>. O serviço durou dois anos e, talvez por não atender às exigências do Programa – produzir internações –, foi encerrado.

---

<sup>50</sup>Usuários

<sup>51</sup>Durante o estágio, optou-se por não fixar-me em uma função específica, inclusive, por minha experiência de *residente*.

<sup>52</sup>O Programa Recomeço foi uma iniciativa do governo do Estado de São Paulo para ajudar os dependentes químicos, principalmente os usuários de crack, oferecendo tratamento e acompanhamento multiprofissional ao paciente e aos seus familiares.

## 2.5 Percursos, mapeamentos e co-incidires

Após infrutíferas tentativas de ingresso em processos seletivos na pós-graduação, no ano de 2015 fui aprovado no PPGSC<sup>53</sup>. Por ter transitado entre distintas propostas de cuidado aos usuários, presenciei trabalhadores – usuários em recuperação – intolerantes a quaisquer formas de consumo de determinadas drogas.

O contrário também ocorria: trabalhadores – usuários de SPA<sup>54</sup> – negligenciavam pessoas em situação de consumo intenso que, talvez necessitassem abordagens intervencionistas. Essa aversão em relação a determinado modelo ou abordagem, sem considerar demandas específicas de cada sujeito, é um fato recorrente vivenciado por profissionais no campo AD e, nesse caso, fundamental na formulação da minha pergunta de pesquisa.

Com uma hipótese circunscrita, contatei possíveis interlocutores. A princípio, priorizei interlocutores que não via há tempos devido à dificuldade em encontrá-los e, também, pela dúvida de como seria recebido. Um deles, com quem ainda mantinha contato por redes sociais, foi o primeiro, e, por coincidência, tinha sido a pessoa mais próxima na minha época de *monitor* (dividíamos uma sala). Pedi seu contato telefônico e, após uma conversa na qual expus a proposta da pesquisa e o desejo de tê-lo como interlocutor, o pedido foi prontamente aceito. Pedi-lhe o contato de outras duas pessoas, especificamente, que em 2001 eram coordenadores de unidades no IPH, sendo um deles coordenador da unidade em que fui *residente*, que também se disponibilizou. O primeiro, depois de tentativas malogradas, convidei-o. Com uma voz desconfiada, pediu que retornasse a ligação em um mês, quando, enfim, aceitou.

Interlocutores mais próximos, com os quais convivi em empregos mais recentes, foram contatados. Não apresentaram resistências quando expliquei a proposta da pesquisa. Sentia-os, em geral, receptivos à experiência.

Alguns foram incluídos já com a pesquisa de campo iniciada. Entre eles, está uma psicóloga do Complexo Prates – CAPS AD III, guerreira, remanescente dos tempos que trabalhei por lá. Encontrei-a em um evento sobre os quinze anos da reforma psiquiátrica e, posteriormente, convidei-a. Outro convidado foi meu ex-padrinho dos

---

<sup>53</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

<sup>54</sup> Substâncias psicoativas

tempos de NA, com o qual participei de palestras e eventos. É psicólogo-clínico e há 20 anos *está limpo*.

Apenas um dos interlocutores desistiu do encontro. Já em seu local de trabalho, desconversou, após informar seu chefe o motivo de minha presença no local.

## 2.6 Polifônia

Todos os interlocutores foram convidados a se apresentarem por escrito. Entretanto três, por motivos não esclarecidos, não o fizeram. Para preservar a identidade dos interlocutores, foram selecionados pseudônimos.

**Rinha:** “Eu sou psicóloga, formada também em teatro, mas meu lado virginiano e nem sei mais bem o que, fez com que eu ficasse somente na psicologia. Concilio a psicanálise com a militância, apesar de já ter ouvido que essa combinação não faz sentido nenhum. Não vou entrar nesse assunto, mas a psicanálise que eu conheço é totalmente política. Enfim, desde cedo eu me sentia tomada pela miséria. Cheguei a ficar sem comer Mc Donald's e sem ver a Globo na adolescência, até perceber que minha profissão podia me conceder lugar melhor na luta por uma sociedade mais justa. Na faculdade descobri a saúde mental, escolhi fazer dela a minha luta. Bicho de Sete Cabeças é o único filme capaz de me fazer chorar todas as vezes que assisto. Meio sem querer, querendo na verdade conhecer um CAPS, assim que formada cai num CAPS AD pertinho da Cracolândia. Na verdade, a questão das drogas pouco me interessava, a não ser por uso pessoal, o que me fez inicialmente pensar que justamente por isso não seria este um bom campo de atuação. No fim é mais minha relação com a comida do que com as drogas que me aproxima dos usuários –sou uma verdadeira noia dos doces. Mas o fato é que a experiência me tocou de jeito: não poderia haver confluência mais preciosa entre o campo da saúde mental e da miséria do que este. A partir daí nunca mais consegui largar as drogas, quer dizer, o trabalho e a formação na área. Circulei por equipamentos da saúde e dos direitos humanos, passando pela área de pesquisa e formação também. Atualmente componho o Programa De Braços Abertos, atuo na clínica, na área de ensino (curso à distância para trabalhadores da rede AD) e, porque também faz parte desse ofício, lido com todas as angústias que essa atuação me provoca”



**Nhoque:** “Psicólogo, 33 anos. Trabalhei na Assistência a pessoas que fazem uso problemático de substâncias na região da Central de São Paulo entre 2011 e 2016. Hoje fujo da região. Continuo atendendo no meu consultório particular em parceria com colegas. Tenho me afastado dos debates acalorados sobre o tema e me aproximado cada vez mais da clínica. Sou mais potente na escuta do que na militância. Tenho olhado com atenção para possíveis interfaces entre clínica e psicodelia.”

**Zezé:** “Ex-morador em situação de rua e ex-usuário de crack. Educador social, especialista em Dependência Química pela UNIFESP. Tutor do Curso SUPERA/Unifesp em 3 edições. Membro do comitê intersectorial de políticas para população em Situação de rua. Membro do GT de discussão de políticas para egressos do DEPEN (Departamento Penitenciário Nacional). Membro da Abramd (Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre drogas). Autor do livro *Pedagogia do Comprometimento*, editora Todas as Musas, 2014, e coautor do Livro *Drogas e Políticas Públicas*, Edufba, 2015. Hoje, Adriano é assessor técnico na Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social”.

**Uva:** “Nasceu em São Sebastião – SP em 1989, feminista, negra, assistente social, pós-graduada na Faculdade Paulista de Serviço Social em Políticas e Práticas de Promoção Social às Famílias; atuação em Direitos Humanos, políticas públicas, militante racial e LGBT, em especial pelo reconhecimento das identidades de gênero. Atualmente exerce a função de assistente social no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e no Consultório na Rua da região Central de São Paulo”.

**Costinha:** “Fui batizado com o nome do meu avô, um cearense de Itapipoca que também se chamava Odilon. Os fluxos que envolveram minha vida, proporcionaram-me conhecer e utilizar substâncias lícitas e tornadas ilícitas em diferentes momentos do percurso. Confesso que a proibição me envolveu primeiro, sendo assim, a substância de eleição que mais me potencializou e fragilizou, foi o álcool. Porém, a partir dos fluxos que também envolvem os usos, fui convocado a compreender este confuso (voraz) e desejado uso de álcool, e esses mesmos fluxos de vida me ajudaram neste processo. Como trabalhador social, pesquisador, e usuário, atualmente tenho tido bons encontros com as substâncias, logo, acredito que pela aproximação positiva com as minhas experiências e de outros usuários, posso colaborar com o processo de (re)construção da política brasileira de drogas, posto que, ilícito, em minha concepção, seja não expandirmos a discussão sobre tais substâncias. Não temo as consequências deste processo, ao contrário, desejo, já que acredito que a minha experiência de uso, e a de tantos outros usuários, sirva como pilar

para a construção de uma política de drogas ética, onde a diferença política seja valorizada, mais do que as tramas morais, religiosas, e do capital. Tenho dito, devemos aprender com o uso de substâncias, não entre.”

**Ana:** “Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, campus Assis (UNESP ASSIS). Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública (FSP USP). Atua como psicóloga da Rede de Atenção Psicossocial em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III na região central de São Paulo e docente facilitadora no Curso de Atenção Integral em Álcool e Drogas no GREA IPQ HCFMUSP.

Durante a maior parte da graduação em Psicologia, concluída em 2003 pela UNESP Campus de Assis, nossa atenção e envolvimento em atividades de estágios eram direcionadas ao atendimento individual, porque assim compreenderíamos o sofrimento pela ótica do sujeito que sofre com sua forma singular de estar no mundo, mas, atuação esta que nunca esteve dissociada da compreensão daquele mesmo sujeito também como fruto de um processo de ordem sociopolítica, e que respondia a demandas culturais e comunitárias.

Sendo assim, nos envolvemos em trabalhos que discutiam as situações de desemprego da população periférica do interior paulista, o que, posteriormente, se desdobrou em um núcleo de apoio a catadores de materiais recicláveis, porque esta era a alternativa de trabalho mais sinalizada por aqueles que estavam sem ocupação e tinham que se manter de alguma maneira. Atualmente temos o conhecimento que aquela proposta, quase despreziosa, de intervenção da universidade na comunidade, se transformou em uma Incubadora de Cooperativas de Catadores de Recicláveis da Região Oeste do Estado”.

Seguindo-se a isso, em 2005 nos convidaram a compor o núcleo socioeducativo de outra incubadora de cooperativas de catadores de recicláveis, desta vez no interior do Estado da Bahia, na cidade de Vitória da Conquista – a terceira maior do estado, e lá pudemos atuar com junto de um alto nível de vulnerabilidade como nunca tínhamos visto. Vale destacar que naquela ocasião eram mais de 20 famílias trabalhando e algumas até mesmo residindo dentro do lixão da cidade, o que também era forma de renda quase exclusiva que se apresentava. Sem hesitar afirmo ter sido uma experiência magnífica; onde pude não só aprimorar em quanto (sic) ser humano, mas a satisfação de colaborar com formação da parceria entre a sociedade civil, a prefeitura municipal e os próprios catadores que hoje têm cooperativa legalizada e sede própria, convênio com a prefeitura e o que era lixão se transformou, por

lei, em aterro sanitário. Vale aqui ressaltar que isso foi possível por intermédio de Organização da Sociedade Civil – Pangea, na execução de um dos Projetos do Programa Petrobrás Fome Zero. Foi a partir deste trabalho que buscamos qualificar a formação através do curso de especialização em Meio Ambiente e Desenvolvimento. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus Itapetinga, 2008. Naquele momento a tentativa era refletir sobre que maneira as interferências do trabalho se davam, não apenas no meio ambiente, enquanto agentes ambientais *in loco*, mas principalmente as inquietações que tangiam a falta, se não, mais adequadamente dizer, a precarização dos cuidados em saúde daquele público tão vulnerável em condições tão desumanas.

Infelizmente por razões pessoais a possibilidade de atuação foi adiada, não pudemos concluir curso, e retornamos a residir em São Paulo no ano de 2010.

Parece redundante, mas não menos significativo, indicar que o fator mais comum entre todas essas realidades era o uso abusivo de substâncias; lícitas ou não. E no retorno à Paulicéia, tivemos novamente a oportunidade de trabalhar com a mesma população, mas em caráter mais atualizado ao território. Esta referência se dá por conta do trabalho feito como técnico em Centro de Convivência para a população em situação de rua, seguido atuação enquanto pesquisadora de campo em para estudos da vigilância epidemiológica (H1N1, entre outros) e também depois a atuação como assistente operacional no Projeto de Moradias Assistidas, um desdobramento da Ação do Projeto Centro Legal realizado no território central da cidade (popularmente conhecido como ‘cracolândia’).

Assumir um dos cargos de psicóloga em CAPS AD III naquele território aconteceu quase que naturalmente, e para nós responde parcialmente, enquanto prática da busca que se tinha por conciliar cuidado em saúde à população em alta vulnerabilidade, coma complementaridade do cuidado que se dá quando através das ações de matriciamento, seja de equipamentos de Atenção Básica ou outro que seja do território em que se tenha a demanda. por meio disso tudo podemos multiplicar conhecimento contribuir com a capacitação de outros profissionais em nosso cotidianodesafio de tornar singular o que há anos às políticas públicas dirigidas a essa população teimam em massificar. Para nós essa perspectiva é o que justificou buscarmos qualificar nossa formação pela especialização *lato-sensu* em Psicopatologia e Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo”.

**Luís:** “Psicólogo, formado em 2006. De 2004 a 2016 trabalhou na região da Cracolândia de São Paulo, pela ONG Centro de Convivência É de Lei, centro de convivência que trabalha na perspectiva da redução de danos. Neste período ocupou as funções de redutor de danos, coordenador de projeto, presidente e coordenação de articulação e ensino e pesquisa. Em 2006, 2007 e 2009 trabalhou como acompanhante terapêutico e psicólogo de crianças e adolescentes em situação de rua na região central de SP pelo Projeto Quixote. Fez estágio em 2006 em 3 serviços para usuários de drogas em Paris. Em 2007 fez estágio na Clínica Greenwood. Em 2011 terminou o seu mestrado em Saúde Pública na USP, sobre o uso de ayahuasca na recuperação de pessoas em situação de rua. Em 2014 fez estágio numa Associação de Usuários de Drogas em Nova York, chamada Vocal-NY. Atende em consultório desde 2007, e desde 2010 trabalha com o tratamento para dependência de drogas com a Ibogaína. Atualmente é doutorando na saúde coletiva da Unicamp”.

**Boca.:** “Casado, moro em Campinas há vinte anos e passei no processo de recuperação em 1998. Trabalho na área da dependência química há 19 anos e dou continuidade ao meu tratamento. Tenho 2 filhos, um filho do casamento do qual estou e o outro que ela já tinha, que eu cuido desde os 7 anos e hoje se encontra com 22 anos. Vim do interior de São Paulo, Santa Rita do Passa Quatro, daonde vim para me tratar no Instituto Padre Haroldo”.

### 3 LA VIDA ES UNA TOMBOLA

“La vida es una tombola  
De noche y de día  
La vida es una tombola  
Y arriba y arriba!”

(Manu Chao, 2007)

Pela circunstância dos interlocutores não trabalharem em Santa Catarina, agendei os primeiros encontros com antecedência. As idas ao campo foram realizadas no período de dezembro de 2016 a dezembro de 2017. Encontrei diversas vezes com alguns interlocutores, enquanto com outros, somente uma vez.

Priorizei os encontros com os interlocutores, quando possível, em seus locais de trabalho na intenção de acompanhá-los em suas atividades, entretanto, para não necessitar da autorização institucional, era proposta, como estratégia, uma conversa gravada.

Nos casos de quatro interlocutores – psicólogos – encontramos fora dos ambientes de trabalho devido à especificidade do *setting*, o que tornou qualquer forma de acompanhamento presencial delicada, diferentemente dos psicólogos que atuam em instituições (exceto um caso em que, embora a interlocutora trabalhe num equipamento na região central de São Paulo, não acompanhei-a em seu cotidiano por motivos de ordem pessoal e ética).

No caso de um dos interlocutores, não ocorreu contato pessoal, somente contatos telefônicos e virtuais, devido ao fato de atualmente mora no estado de Mato Grosso do Sul, onde possui uma clínica. Este interlocutor em questão esteve comigo institucionalizado no primeiro semestre de 2000 e também trabalha no campo AD.

Por fim, destaca-se que a agenda do pesquisador se adequou às imprevisibilidades dos cotidianos, e que os afetos emergidos pelos coincidires foram os ingredientes fundamentais para a materialização da pesquisa.

#### 3. 1 Idas ao campo: retorno dê-intencionado

*Sinto ansiedade pela condição de neófito no campo. Já realizei trabalhos semelhantes, contudo esse tem algumas particularidades. A necessidade de enquadrar circunstâncias familiares, com o justo distanciamento, adequando-as às exigências*

*do procedimento. Embarco em direção a meus informantes e a trechos de minha vida. A carga emocional se faz presente, há algum tempo espero por esses momentos. (Trechos do caderno de campo)*

Ao desembarcar na cidade de São Paulo, antes do sol nascer, caminho pelo tradicional Terminal Rodoviário do Tietê até os trens do metrô, ora vazios. Tomo um café da manhã na padaria antes de seguir.

Chego à residência de Costinha. Pesquisador do tema, finalizava sua tese de doutorado a respeito de familiares de usuários de droga. Apresentou-me sua companheira e, após instantes, convidou-me para comprarmos cervejas.

No retorno, o interlocutor se apressa e liga o gravador, que, por sinal, era dele; deixo-o à vontade. Por ora, não lhe apresento o TCLE<sup>55</sup>. Pela janela, observa-se o pôr-do-sol. Convido-lhe para comermos algo. Seguimos pelas arborizadas ruas do bairro até encontrar uma hamburgueria. Por ali, despedimo-nos para nos reencontrarmos, após dois dias.

Numa ensolarada segunda-feira, retorno. A conversa acontece em seu lugar de trabalho – livros, folhas e computador o revelam. Pela nossa proximidade, há momentos em que nossas posições são alteradas: ele o pesquisador, eu o “pesquisado”. Uma reflexão importante para a autoetnografia é descrever como os interlocutores reagem ao conhecer o suposto “saber” do pesquisador, ou seja, ao contrário da etnografia clássica, que supõe o desconhecimento do etnógrafo em relação ao tema, esse método implica o pesquisador no lugar de nativo (trabalhador e usuário), como também no lugar de etnógrafo (pesquisador).

\*

No dia seguinte, encontro Zezé, outro interlocutor. Continua trabalhando como educador social em equipamentos da assistência social na região central de São Paulo, onde nos conhecemos, embora, dias antes, tenha me comunicado que estava de licença médica por dois meses para “desestressar um pouco, devido a questões pessoais e profissionais”. Marcamos de nos encontrar num equipamento socioassistencial da Prefeitura de SP, localizada nas cercanias da Estação da Luz, local cujas ruas circulava quando adolescente, junto aos

---

<sup>55</sup> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

meus amigos, desde o final da década de 90, em geral de bicicleta. Costumávamos fumar *baseados*<sup>56</sup> na Praça Júlio Prestes, já naquela época local de fluxo de pessoas consumidoras de crack. Entretanto, a maior concentração de pessoas se dava nos arredores, na rua Guaianazes e rua do Triunfo.

O consumo de crack, em geral, era visto com reticências<sup>57</sup> por pessoas com as quais compartilhei o consumo de substâncias psicoativas, embora, no final da década de 90, tenha consumido, determinadas vezes, *mesclados*<sup>58</sup>, quando tal substância tinha uma certa aceitação em alguns círculos de amizades pessoais.

Falado isso, voltemos ao encontro. Ao chegar ao local combinado, onde sua companheira trabalha como assistente social, ambos já se encontravam; cumprimento-os e decidimos almoçar nas redondezas. Durante o percurso, iniciam críticas à gestão do (ex) prefeito Fernando Haddad devido ao "abandono em relação às políticas da assistência social, em especial às referidas aos moradores de rua". Na opinião do casal, o Programa de Braços Abertos (DBA) consumiu verbas em excesso da Secretaria, abandonando e marginalizando outros programas da pasta.

Convidam-me para ir ao *fluxo*<sup>59</sup> a fim de mostrar a condição e ordenamento da região. Vale lembrar que a companheira de Zezé foi suspensa durante quatro meses pela (ex)gestão, devido ao encaminhamento de famílias para ocupações relacionadas a movimentos sociais de moradia na cidade, afinal, segundo ela, *não havia opções de albergamento na cidade para uma família* (fato explorado pela mídia). Aproveitam para denunciar violações de direitos humanos e a suposta influência *dos irmãos do PCC* nos hotéis vinculados ao Programa. Relatam a respeito de “rebeliões” em equipamentos da assistência social por parte dos usuários, fato que eu mesmo presenciei, há 4 anos, enquanto realizava uma visita ao Complexo Prates, causando-me uma fratura no braço<sup>60</sup>.

---

<sup>56</sup> Cigarro de maconha

<sup>57</sup> Talvez influência do estigma em relação aos usuários dessa substâncias, inclusive por outras pessoas consumidores de drogas.

<sup>58</sup> Maconha com crack

<sup>59</sup> Concentração de pessoas consumindo crack no meio da rua.

<sup>60</sup> *Na última terça-feira fui fazer uma visita ao meu antigo trabalho – COMPLEXO PRATES, um equipamento fundado às pressas há aproximadamente 2 anos, após a catastrófica intervenção do governo na região central de São Paulo, mais especificamente na região conhecida como cracolândia, com intuito de cuidar dos usuários de drogas. Logo ao adentrar o lugar, escutei de inúmeros usuários que algo iria acontecer nas próximas horas. Estavam indignados pela falta de respeito da instituição, mais especificamente, do pessoal da*

Durante o percurso, em frente à magnífica Sala São Paulo observa-se um *enquadro*<sup>61</sup> da polícia em dois cidadãos, negros e bem vestidos, fato que não constrange os transeuntes que por ali circulam. Ao chegarmos a uma das tendas da prefeitura para moradores de rua, vinculada ao DBA, avisto técnicos do Programa Recomeço, entre eles uma ex-colega junto a qual participei de um grupo de acolhimento para usuários que desejavam internações em Comunidades Terapêuticas. Pensei em chamá-la para participar da pesquisa. Admiro-a como profissional.

Nesse íterim, cruzo o olhar com um usuário para o qual já fui referência técnica – Thiago – que, ao me ver, grita e caminha em minha direção enquanto limpa a mão para me cumprimentar.

Peço licença aos profissionais, escutando antes Zezé ironizar a presença de profissionais de um programa na frente do espaço de outro, devido à “suposta” contradição entre suas práticas de cuidado aos usuários: um preconiza a abstinência, outro a estratégia da redução de danos.

Converso com Thiago enquanto observo pessoas jogando futebol na rua e um intenso movimento na tenda, com pessoas deitadas, e muitas barracas distribuídas na rua. Zezé me chama.

Sigo-o até a esquina dessa rua onde há uma concentração imensa de pessoas. Zezé deseja mostrar-me a *feira livre* das drogas e, ao adentrarmos no *fluxo* (um verdadeiro formigueiro de gente), um moço conhecido, Yuri, interpela-me. Com o cachimbo na mão e sorridente, diz que fez uma *função*<sup>62</sup> para o patrão e *está de boa*. Despeço-me e vou em

---

*assistência social (SAEC), que apesar de receberem R\$ 220 mil reais ao mês, nos últimos meses nem sabonete, nem toalhas de banhos estavam fornecendo aos usuários, além de suspeitas de desvios de alimentos. Algo que nos últimos meses foi falado por mim a diversas pessoas que "poderiam" averiguar os fatos com mais clareza.*

*Após acompanhar um atendimento, fui me despedir dos usuários e trabalhadores, quando uma grande briga se iniciou. O coordenador do serviço e seus capangas, contra os usuários.*

*Observando a gravidade do fato e, vendo que 3 GUARDAS CIVIS METROPOLITANOS nada faziam, decidi, junto a outras pessoas, separar a briga. Depois de alguns instantes/minutos, esses guardinhas começaram a jogar gás de pimenta indiscriminadamente, atingindo inclusive crianças que lá estavam. Com os olhos entreabertos vejo aquelas crianças tossindo muito e decido perguntar quem jogou o gás. Logo um dos guardinhas se apresenta e digo a ele o quão equivocado está em tomar um atitude tão arbitrária e apenas aumentar a tensão. Foi quando ele se aproximou de mim e lascou uma porretada que, ao me "defender", quebrou meu braço em dois locais, resultando em 5 dias internados e uma cirurgia para inserção de pinos. Fica minha indignação e minha ingenuidade de que, um dia, as coisas poderão minimamente se harmonizar. 04/12/2013)". (Extraído de diário pessoal)*

<sup>61</sup>Abordagem policial

<sup>62</sup>Trabalho



direção às barracas, sem antes escutar um resmungo: "caso tiver RG para vender, nós compra".

Esse quarteirão, tomado por barracas no meio da rua, é semelhante a uma feira livre. Observo que cada barraca possui produtos distribuídos: pedras de crack fracionadas, tijolos de pedra, cocaína, maconha com balanças de precisão, oferecidas pelos comerciantes, até mesmo com indicação de procedência, como, por exemplo, a cocaína da Pilões<sup>63</sup>.

Acredito que eram aproximadamente 20 barracas. Nunca tinha observado essa organização que, ao conversar com colegas que trabalharam por lá mais tempo que eu, também desconheciam. Por detrás do susto, a surpresa pelo nível de organização daquele setor de vendas.

Paramos num restaurante em frente ao centro de referência DST-AIDS, vinculado à prefeitura, e comentamos a organização daquela feira livre. A entrevista ocorreu neste local. Ao sairmos, encontrei Carlão, lendário ativista da luta antimanicomial. Somos próximos. Durante sua detenção, fui por três vezes visitá-lo no Centro de Detenção de Guarulhos. Convido-o para acompanhar-nos ao CREAS, onde me despeço de Zezé e de sua companheira.

Carlão, beneficiário do DBA, convida-me para ir a um encontro no TUCA (PUC-SP), onde será discutida a manutenção do programa pela nova gestão eleita da prefeitura, que defende abertamente outro modelo de tratamento, mais alinhado ao Governo do Estado. Cansado, digo que não pretendo ir (outras pessoas já tinham feito o convite). Pergunto-lhe a respeito do programa do qual faz parte: "tá bom!", diz. Após esse encontro, sigo a pé pela avenida Rio Branco em direção à estação de metrô República.

Surpreendo-me ao relembrar das críticas ferrenhas compartilhadas por Zezé e sua companheira a respeito do DBA. Ambos se denominam "defensores da estratégia de redução de danos", entretanto criticaram o programa que preconiza tal modelo. Já em local de descanso, decido ir ao *ato em defesa do programa*, que se iniciaria em menos de uma hora. Caminho por aproximadamente 40 minutos.

Antes de adentrar no histórico teatro paulistano TUCA, pertencente à PUC-SP, observo a movimentação de pessoas conhecidas pelas cercanias. Carlão conversa com uma garota. Cumprimento colegas: alguns próximos, outros nem tanto. A maioria são trabalhadores do DBA.

---

<sup>63</sup>Favela dos Pilões, localizada na zona sul de São Paulo

O evento está atrasado e o TUCA escassamente ocupado. Sento-me ao fundo, mas pessoas envolvidas na organização insistem para que o público se agrupe mais adiante: "é para dar a impressão que está cheio!", se escuta.

Há ex-professores, amigos, e desafetos, embora note-se um reduzido número de beneficiários do programa. Michelangio, trabalhador de um dos hotéis do DBA, comenta que somente ele e outro trabalhador haviam trazido beneficiários do programa ameaçado de extinção. Nas palavras dele: "para ver umas minas na PUC", ou ainda "para sair um pouco do hotel, tomar um ar". O atraso para o início do evento irrita as beneficiárias que, a convite de Michelangio, sentaram-se próximas a nós. Uma delas, com um saco na mão (possivelmente contendo um tipo de solvente<sup>64</sup>), pergunta insistentemente, entre *baforadas*, o horário de início do evento.

Os apresentadores (um deles padrinho de minha filha) convidam treze pessoas para subir ao palco: dois beneficiários, intelectuais, militantes de movimentos sociais, políticos, etc. As mulheres próximas, logo na primeira fala, demonstram-se incomodadas com a duração dos discursos: "Que tédio!"

Um dos supervisores do programa, o psicanalista Antonio Lancetti, hoje já falecido e, há anos, nome importante na militância pela reforma psiquiátrica brasileira, afirma: "Esse é o único programa eficaz inventado, e sua a continuidade é uma necessidade". Encerra dizendo que o programa exige mudanças em várias áreas, inclusive nos serviços de acolhimentos da cidade.

Entre os tímidos aplausos da platéia, uma das beneficiárias do DBA desce as escadas e para diante do palco. Aparenta estar ansiosa. Começa a gesticular e falar alto. Uma pessoa (uma das interlocutoras) pede-lhe silêncio. De súbito, a beneficiária reage com gritos e xingamento, enquanto o psicanalista continua a falar, como se nada acontecesse. Cinco funcionários do DBA (segundo Michelangio havia me informado) interferem e levam-na para fora do histórico teatro. Escuta-se um inesperado, "fora Haddad" vindo da platéia. De Braços Abertos, *pero no mucho*<sup>65</sup>.

Após o tumulto, encerra-se a primeira fala. Os apresentadores, informam os nomes das personalidades e entidades presentes. Escuto um advogado e uma beneficiária. Essa, em nenhum momento de seu

---

<sup>64</sup> Substância facilmente introduzida no organismo por meio da aspiração.

<sup>65</sup> Mas, não muito

discurso, refere-se especificamente ao DBA, mas sim à *Dona Zilda* que foi, em suas palavras, "a pessoa que lhe salvou a vida".

Saio do TUCA acompanhado de Michelangio, incomodados com o ocorrido, porém, alegres pelo nosso encontro. Há tempos não nos víamos. Esse mesmo trabalhador, depois de quatro meses, foi demitido do DBA pelas críticas que realizadas.

\*

Dois dias depois, retorno à região central de São Paulo para encontrar uma interlocutora. Compartilhamos *casos* juntos e coordenamos um grupo que tratava da temática dos direitos humanos, durante um período no ano de 2013, quando trabalhamos no Complexo Prates. Foi demitida do equipamento pela Organização Social após questionar práticas terapêuticas presentes no local.

É tarde em São Paulo, o tempo está ameno. Encontro-a no local combinado: um equipamento da prefeitura de São Paulo ligado ao DBA, programa no qual estava vinculada. Do outro lado da rua, bem em frente, há um edifício do Programa Recomeço do Estado de São Paulo. Um movimento ininterrupto acontece: técnicos, educadores e usuários iniciam uma roda de samba; pessoas dormem com seus pertences embaixo de uma tenda; outras jogam futebol na rua.

Uma adolescente, com aparência de criança captura minha atenção. Vai e volta pelas pela rua, aspirando seu saquinho. Thiago, o mesmo de 2 dias atrás, aproxima-se. Pergunto-o a respeito da idade da menina: "A menina é novinha, novinha, Psico! Doze anos."

Thiago<sup>66</sup>, em geral, não costuma se adequar às normas das instituições, como horários e afins. Diz não estar vinculado a nenhum programa ou serviço embora siga utilizando as dependências dos equipamentos sócio-assistenciais para suas necessidades básicas. Idealizou uma *maloca*<sup>67</sup> em frente ao Complexo Prates quando eu trabalhava por lá, "perturbando" a instituição e as redondezas. É foragido, talvez por isso, evite cumprir rituais burocráticas, para ser acompanhado por políticas públicas. Mas também, é um corpo resistente a essas normas impostas, em geral, por políticas públicas verticais e de

---

<sup>66</sup>Uma das interlocutoras, que foi sua referência técnica, atribui-lhe uma frase célebre, ao relatar uma de suas sensações quando sob efeito do *crack*: "estou procurando sempre algo que nunca perdi".

<sup>67</sup>Nome dado a uma moradia improvisada.

gabinetes que estabelecem condições aos cidadãos acessarem seus direitos.

De fato, há queixas de usuários, movimentos e associações ligadas a populações atendidas a respeito dessa exclusão promovida pelas rígidas regras institucionais, presentes nos equipamentos de saúde e assistência social, por exemplo, em relação aos horários de entrada e saída dos albergues, e à ausência de espaços para cozinhar, lavar seus pertences ou guardar seus cães e carroças. Ou seja, espaços não adaptados às reais demandas, rígidos e autoritários, perpetuando a impossibilidade de acesso a instituições públicas por parte desse público. Contudo, onde há poder, cria-se resistência.

Quando a interlocutora chega, Thiago, com seus tiques, se despede e sai ligeiro. Cumprimento-a e antes de conversarmos sobre qualquer coisa, uma pessoa dispara a falar com ela. Relata do reencontro com um membro da família (um tio). A conversa se prolonga pelo entusiasmo do rapaz. Nota-se a interlocutora aflita, talvez preocupada comigo. Minha comunicação visual indica que estou sem pressa. Observo a animada roda de samba.

Depois de um tempo, a interlocutora o interrompe, e avis que tem fome. Convida-me para ir ao restaurante e pede agilidade para que nenhum outro usuário nos interpelasse. Fomos parados duas vezes antes de seguirmos.

Atorreado com a intensidade do local, acompanho-a silencioso, antes de compartilhar a angústia de presenciar a *garota de 12 anos* circulando por lá. A interlocutora relata o costume de se gritar "anjos"<sup>68</sup> quando crianças da região se acercam dos dezenas ou centenas de pessoas paradas na rua, em geral, filhas e filhos de usuários ou moradores das moradias e cortiços dos arredores, contudo diz que há tempos não presencia tal fato.

Chegamos ao restaurante, que, por sinal, é o mesmo que havia ido com Zezé. A conversa com Rinha, de início, foca nas suas relações de abuso com os alimentos (em especial, carboidratos), fato que eu, até então, desconhecia. Ao fim, não retornamos ao ambiente de trabalho. Com ela, pego uma carona até o metrô mais próximo.

\*

No dia seguinte, encontro o interlocutor Nhoque em um bar no centro de São Paulo, perto da Praça da República. Ele se dedica a

---

<sup>68</sup> Código utilizado para sinalizar que havia crianças por ali passando.

atendimentos clínicos particulares. Como dito, por realizar atendimentos individuais, a inserção no *setting* de trabalho foi restrita.

Ao contrário dos interlocutores anteriores, revela que a experiência de trabalhar com esse público influenciou, na sua utilização de substâncias de consumo ilegal, tema explorado com intensidade durante o encontro. Ao final, sua companheira chega ao local. Já trabalhamos juntos, contudo, atualmente trabalha em outra área. Retornava de um evento<sup>69</sup>, do qual também havia participado.

Antes de nos retirarmos do bar para irmos ao lançamento de um livro<sup>70</sup> ali nas redondezas, somos interpelados pela garçonete, que conhece o interlocutor, e nos comunica: "aquela garçonete (outra) comentou que o papo de vocês tinha a ver comigo, quando vi era você". Curioso, pergunto-lhe, de onde a conhecia. Participaram de cerimônias *deayahuasca* algumas vezes em um espaço em comum.

\*

No dia seguinte, encontro Luís, que, dentre todos os profissionais que trabalham com a perspectiva da redução de danos da pesquisa, talvez seja o que tenha maior experiência. Possui vasta bagagem como redutor de danos, supervisor de equipamentos, pesquisador, e como consumidor de SPA. Durante a pesquisa, realizava doutoramento em Saúde Coletiva na área.

Dali alguns meses, eu retornaria à casa para consagrar um ritual de ayahuasca, fato que já havia ocorrido outras vezes neste local (e segue ocorrendo até hoje). Luís é seguidor de uma das *doutrinas de ayahuasca*.

\*

As idas iniciais ao campo possibilitaram observações e interlocuções em cenários atravessados por tensões e conflitos – alguns deles descritos na pesquisa – que suscitaram dúvidas em relação à trajetória da pesquisa e, embora tenha retornado inúmeras vezes à região central de São Paulo, a pesquisa não se foca nesse território. Justifico a partir de um texto<sup>71</sup> a respeito do método desviante (fundamental na

---

<sup>69</sup>II Encontro de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial: avanços e desafios nos quinze anos da Lei 10.216

<sup>70</sup>O livro era: *Drogas: Clínica e Cultura, perspectivas clínicas*.

<sup>71</sup>Disponível em: <http://www.revistatropico.com.br/tropico/html/textos/2807,1.shl>

filosofia e demais ciências humanas) que defende não guiar as pesquisas e elaboração de seus problemas por alguns imperativos, entre os quais - *querer ser "atual" e estar na moda*. Nesse sentido as demasiadas repercussões ocorridas na cracolândia da cidade de São Paulo, sejam na mídia ou em pesquisas atribuem destaque a esse território paulistano há anos. Pontua-se que tais comentários não têm a intenção de desqualificar as excelentes contribuições de pesquisas realizadas neste território nos últimos anos.

Falado isso, sigo em direção a Campinas. O interlocutor Boca, com quem me encontraria, trabalha na FEBRACT, onde exerce a função de *visitador* de CTs conveniadas ao Programa Recomeço. As dependências do espaço físico da FEBRACT estão inseridas no espaço pertencente à Instituição Padre Haroldo.

Esse último, Padre Haroldo, é um dos pioneiros no modelo de CT atualmente em voga no Brasil, de tal modo que a metodologia praticada em sua instituição se tornou referência para inúmeras outras CTs. Pode-se pensar que a ligação simbiótica entre tais instituições – FEBRACT e Instituto Padre Haroldo – deva-se à tentativa de propagar tal metodologia terapêutica para as demais CTs, conveniando-as. É sabido que há outras federações que, nos dias atuais, agregam CTs de distintas origens, como a Federação Brasileira de CTs Evangélicas.

Ao chegar ao local, depois de uma hora de viagem, o porteiro (possível residente) informa-me que Boca saiu há tempos e ainda não voltou. Pergunto-lhe se posso esperá-lo no estacionamento e, de pronto, sou atendido, sem maiores complicações, o que me surpreende.

O movimento é de final de expediente. Funcionários da instituição, ainda do período que lá trabalhei, circulam pelo local, em especial, Math, que até minha saída ainda era um residente. Exerceu cargos na coordenação de unidades da instituição e naquele momento trabalhava na FEBRACT.

O carro da lavanderia entra e, após a entrega de matérias, sai rapidamente; o ordenamento temporal institucional ainda parece similar ao de anos atrás. O lusco-fusco se aproxima. Ligo para Boca, que me informa que teve percalços na visita à uma CT, localizada no município de Cajamar, e chegará em 40 minutos, contudo como já havia planejado uma segunda visita no dia seguinte, remarcamos nosso encontro.

Já em São Paulo, próximo à região da Faria Lima em Pinheiros, observo um colega com o qual compartilhei quarto quando internados. Luciano, negro, homossexual (por isso era sempre *zoadado*, ao que respondia com pouca docilidade), tornou-se cabeleireiro após a internação, seguindo um sonho que sempre comentava. Não-

alfabetizado, durante nossa estadia pediu-me para que o ensinasse a escrever; tivemos encontros que, devido a situações que não me recordo, não prosperaram. Encontrei-o uma vez em Santos, vendendo balas. Contou-me que tinha recaído e perdido tudo. Em outra ocasião, na região central de São Paulo, encontrei-o novamente. Afirmou ser gerente de uma *boca*<sup>72</sup> naquele tempo. Depois de meses voltaria a fim de encontrá-lo na região central de São Paulo. Corri atrás dele, mas não alcancei.

No dia seguinte, retornei a Campinas. Na portaria da instituição, quem me recepciona desta vez é Francis, residente da Instituição Padre Haroldo. Imediatamente nos reconhecemos. Estivemos juntos no mesmo local há dezesseis anos. Avisa que Boca saiu, mas deixou avisado que já retornaria. Estaciono o carro e vou ao encontro de Francis para conversarmos.

Diz que está internado há quatro meses, em fase de *ressocialização*. Mantém-se com a fisionomia de outrora, embora inchado e com movimentos corporais lentos, o que poderia indicar o uso de algum tipo de medicação. Para não deixar a questão em aberto, pergunto-lhe se minha impressão procede. “Estou sim”, responde. Lembrei-me, de imediato que Boca havia me comentado por telefone que Francis procurou-o *para pedir ajuda*. Disse-me, que Francis tinha chegado meio *pancadão*, falando que tinham colocado *chips* nele. Interessante notar que na época em que moramos juntos no IPH, era proibido o consumo de qualquer medicação psiquiátrica pelos residentes.

Abro um parêntesis para pontuar que, quando estive internado, também fiquei inchado, não por medicação, mas pelo excesso de sal que era colocado na comida. Tal evento resultou na exclusão do sal para uso coletivo, causando um mal-estar na instituição e, por conseguinte, a mim que ali residia, pela culpa que me foi atribuída pela decisão dos coordenadores.

Francis diz estar bem, e que permaneceu 13 anos *limpo*. Essa era sua segunda internação – tendo sido a primeira comigo há 16 anos. Esbraveja: “minha recaída foi fulminante, várias drogas chiques em Americana”. Situa a saída da casa dos pais como fator desencadeador do processo: “como é legal morar sozinho!”. Segundo ele, sua nova casa logo tornou um *point* para festas, e a locatária, sua vizinha de muro, passou a *investigá-lo e vigiá-lo*.

---

<sup>72</sup> Ponto de venda de drogas.

Permanecemos na guarita, local onde estava trabalhando, durante um longo período. Proseamos sobre alguns ocorridos de nosso tempo como residentes e questões banais do dia-dia. Questiono, em determinado momento, se havia procurado outra instituição de tratamento antes de retornar ao IPH, entretanto por sua expressão facial, percebo que não entendeu. Sua pergunta confirma: “espaços de tratamento?” Descrevo-o alguns outros modelos de tratamento, sobre os quais nunca havia escutado. Relata que o chefe deu como única opção que se tratasse (internasse), caso contrário, seria demitido.

Nesse momento do tratamento em que Francis está, é liberada as saídas para grupos de mútua-ajuda e *shopping centers*. Diz que o tratamento está tranquilo, pois não tem mais a *dureza* que havia no nosso tempo: “Virou SPA”. Francis é *rendido*<sup>73</sup> (substituído) no posto por outro residente para o lanche da manhã. Abraçamo-nos e combinamos de nos falarmos via redes sociais.

Dias depois, relembrei um episódio em que Francis, quando trabalhava como *monitor* na Instituição, há 17 anos, infringiu as regras institucionais ao relacionar-se com um funcionário. A consequência do ato foi o retorno à condição de *residente*, e demissão ao funcionário. Nota-se que a infração *fazer sexo* o fez retornar ao *tratamento*, embora não tivesse consumindo nenhuma droga. Curioso que, durante minha pesquisa, pude verificar que ambos haviam retornado ao IPH: um como residente, o outro como funcionário.

Perguntei a Boca por telefone, meses depois, como tal temática tem sido abordada atualmente. Contou-me que a regra institucional "não fazer sexo" permanece nas CTs conveniadas ao FEBRACT. No caso da população T, disse que de fato é uma desafio lidar com as questões relacionadas, em especial, às práticas sexuais dentro das instituições que, segundo ele, embora mais tolerantes com essas práticas, ainda são casos que excluem a pessoa do tratamento (através do desligamento). Comenta que existe cota para esse público, tal qual existe para *deficientes*, pelo motivo das instituições não estarem preparadas (em termos de estruturas física e técnica) para acolher esses públicos.

No caso do IPH, as mulheres transexuais ocupam o espaço físico da instituição destinado ao público feminino, entretanto habitam em quartos separados das demais mulheres. Uma questão delicada e que mereceria ser mais profundamente debatida.

Quando o interlocutor Boca chega, acompanhado de mais três pessoas, avisa-me que a conversa não poderá acontecer naquele

---

<sup>73</sup>Conceito militar.



momento. Está ocupado com o trabalho e, em especial, com o grande evento sobre drogas que será realizado na cidade, com organização da FEBRACT, conhecido como FREEMIND<sup>74</sup>. Combinamos de nos *re-encontrarmos* ao final do dia.

Então vou ao encontro de Peixe, outro interlocutor, em outra unidade da Instituição, a Casa Verde<sup>75</sup> (nome da unidade), localizada no centro da cidade de Campinas. A instituição trabalha com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, além de usuários de drogas.

Ao chegar na entrada da instituição, encontro Viola. Ex-residente, há mais de 20 anos trabalha na instituição como motorista. Conversávamos com frequência. Há uma estima recíproca, embora o longo período sem nos encontrarmos. Foi detido por tráfico de drogas durante longos anos antes do período em que estive internado nesta mesma Instituição. Com idade avançada, passou mais de metade dos anos de sua vida morando em instituições – totais ou semi-fechadas –. Atualmente vive em casa própria. Não tem filhos, nem companheira fixa. Iniciou o curso de psicologia há poucos anos, mas não o concluiu.

Já o interlocutor Peixe era coordenador da Unidade Casa Jimmyno período em que estive internado. Era jovem e cursava psicologia naquela época. Agora casado, com filhos, e psicólogo, tem um semblante de serenidade, diferentemente de outrora.

Ao chegar, vejo Peixe conversando com outros profissionais. De súbito, pede para um funcionário averiguar algo. Cumprimenta-me e me informa que havia adolescentes fumando maconha no banheiro, e que havia pedido para o educador intervir.

Depois de instantes, um adolescente é indagado a respeito do acontecido. Cabisbaixo, desvia do assunto. Entretanto o interlocutor exclama: “o que já fumei de maconha daria para fazer um baseado daqui ao Japão, não me faça de tonto!”. O adolescente fica sem respostas e adentra a instituição, que, por sinal, é aconchegante e digna. Após conhecê-la, saímos para almoçar e aproveitamos para realizar a conversa.

De retorno à instituição, somos interpelados por Ronaldo, um jovem que transborda alegria ao encontrar Peixe. Diz que está há *quatro meses limpo* e que frequenta grupo de mútua ajuda. Peixe pergunta se

---

<sup>74</sup>4º Congresso Internacional Freemind, o maior evento sobre drogas no Brasil, segundo organizadores.

<sup>75</sup>Serviço de transição para crianças e adolescentes vinculado à Secretaria de Assistência Social, no centro de Campinas.

me conhece, em sua memória, estivemos internados na mesma época, mas logo descobrimos que a informação é falsa. Ronaldo, aos sete anos, foi levado a primeira vez à *Casa do Meio*, em 2001: contudo, isso fora antes de eu trabalhar por lá, quando ainda era residente da Casa Jimmy. O afeto de Ronaldo com relação ao interlocutor é notável.

Chegamos à instituição e, de pronto, Peixe é chamado pelos técnicos. Sou cuidadoso, na tentativa de não ser invasivo com a equipe. Estão com “problemas” com o adolescente de antes. Peixe pede desculpas e diz que precisa resolver essa questão. Deixa-me à vontade por lá. Sem dúvidas, ele é uma referência, tanto para os adolescentes quanto para a equipe técnica.

Saio para conversar com Viola e um *flanelinha* da região. O primeiro, dentre outras coisas, afirma, assim como Francis e Boca que destaca “a moleza do tratamento atual” em comparação com “nossa época”. Ambos verbalizam as dificuldades de envolvimento dessas crianças e adolescentes em qualquer atividade, e observam seu movimento de idas e vindas ao serviço. Nessa perspectiva, atribuem *sucesso* à permanência deles no serviço de acolhimento (*3 meses no máximo*, conforme o interlocutor disse).

Despeço-me das pessoas, sem antes notar intenso movimento na entrada da instituição, desde entregas de verduras à saída dos adolescentes. Por fim, uma viatura policial que circula nos observa incansavelmente, ali no meio fio onde nos encontramos.

Ao retornar à sede central da IPH, um show de *blues* encerra-se. Noto que conheço um dos artistas, Lucas. Conversamos brevemente enquanto aguardava os interlocutores. Eram dois que possivelmente viriam: Boca e Roberto, este atualmente trabalha na Unidade Casa São José – específica para residentes em fase de ressocialização.

Boca caminha freneticamente e sinaliza para que esperasse-no, enquanto envio mensagem para Roberto lembrando, de nosso encontro. Na verdade, até hoje não recebi resposta a minha mensagem. Tínhamos nos encontrado pela manhã, e ele, confirmado o encontro, inclusive convidando-me para que realizar uma reunião com os residentes. Intuo que, ao comentar sobre o tema com o chefe, foi impedido de participar.

Cruzo com Dimas, ex-residente que presta serviços à instituição vendendo livros em eventos da FEBRACT, e afins. Conhecia-o de vista, entretanto, nunca havíamos conversado. Comenta que Boca falou sobre minha presença. Em um primeiro momento, imaginava que ele se ofereceria para participar da pesquisa. Ledo engano. Pergunta-me se há emprego como pesquisador, pois diz ter experiência na área: *já fui entrevistador em algumas pesquisas*, diz, relatando suas vivências na

área de pesquisa de mercado. Então, explico a ele a distinção entre as finalidades dos dois tipos de entrevista. Diz ter entendido. Despedimo-nos, sem antes ser lembrado por Dimas: “caso tenha uma vaga para pesquisador, me chama!” Acho que não me fiz entender.

Sento com Boca no quiosque, como nos velhos tempos. A instituição está tranquila, são mais de 17h e o frenesi notado ao longo do dia havia se encerrado. Ali, agora, só havia residentes e alguns poucos funcionários.

Apesar de atualmente não trabalhar diretamente com os usuários, repete enfaticamente que os tratamentos estão *uma moleza*. A conversa decorre tranquilamente. Ao final, Dimas aproxima-se novamente para fumar um cigarro conosco.

Chamou-me atenção o envolvimento e as movimentações pré-congresso FREEMIND, que se realizará em dias e tem a FEBRACT como um de seus organizadores. Inclusive Boca, que a partir do dia seguinte, voltaria sua atenção aos preparativos do evento (em seu caso, buscar convidados no aeroporto).

Embora haja mudanças em relação a outrora, alguns aspectos são ainda semelhantes, por exemplo: as atividades seguem rotina e horários determinados, como no caso de render o residente para o lanche (Francis estava ansioso e contando os minutos para tal), até o silêncio institucional após as 17h, quando encerram-se as atividades externas da Instituição.

\*

Desta vez encontro com Etiópia. Nossa relação é antiga, contudo, há tempos não nos relacionamos com assiduidade. Realizamos palestras e participamos de inúmeras atividades conjuntas por meio do Narcóticos Anônimos e do Programa Jovem Pan contra as Drogas<sup>76</sup>. Ele foi meu *padrinho* no NA.

Apresenta-se há 20 anos limpo. Trabalha no atendimento clínico a usuários de drogas e realiza grupos terapêuticos em clínicas e/ou residências terapêuticas privadas. É curioso que, em uma reportagem, meses depois desses encontros, Etiópia, juntamente a outra interlocutora da pesquisa, apareceram falando sobre a Cracolândia e as intervenções

---

<sup>76</sup>Idealizado pela jornalista Izilda Alves, o projeto ganhou diversos prêmios. Possui um viés proibicionista.

do novo prefeito de SP, João Dória. Durante o período na pesquisa, Etiópia participou de palestras e programas de rádio<sup>77</sup>.

Logo no início de nossa conversa, ironiza a RD<sup>78</sup>, nomeando-a como *política de retardo dos danos*; fundamenta seu discurso em questões biológicas e aparenta uma posição intransigente em relação ao uso de qualquer droga. Ressalta durante a entrevista, todos os malefícios das drogas, e de como os jovens estão se matando e “esquizofrenizando” pelo consumo das mesmas e, em especial, de *cannabis*.

Destaco um momento em que o interlocutor taxativamente categoriza a maconha como droga alucinógena. Consumidor frenético que sou, rapidamente o questiono. De fato, Etiópia tinha razão. Claude Olievenstein (1985) utiliza a classificação das substâncias de Lewis<sup>79</sup> como parâmetro e insere o cânhamo indiano e seus derivados no grupo *Phantastica* – grupo dos agentes alucinantes. Entretanto, a noção de dispositivo das drogas e/ou objeto híbrido, possivelmente forjem entendimentos e enunciados distintos a respeito do tema.

Voltaria a encontrá-lo meses depois em uma reunião de NA, em Florianópolis.

\*

Retorno ao centro de São Paulo, próximo à Estação da Luz, para encontrar com a interlocutora Ana. No início da pesquisa, não figurava; contudo, um dia a encontrei durante um evento e fiz o convite. Negra, militante de movimentos sociais e trabalhadora do CAPS AD III, no Complexo Prates, complexo este do qual fui demitido. Por esse e outros motivos, não pedi para acompanhá-la em sua rotina.

Ao chegar no local de encontro, observo um movimento estranho. Constatado que há uma pessoa morta no chão, coberto com papel laminado, rodeado por policiais militares. Ao ver a interlocutora se aproximar, dirijo-me a ela e explico o ocorrido. Sugeri que fôssemos a um bar a duas quadras dali, onde, após duas horas, finalizaríamos nosso encontro.

Despedimo-nos, e sigo ao encontro de Uva, outra interlocutora. Já são mais de oito da tarde. Apesar de não ter sido gravado, foi um encontro tenso, com discussões ideológicas acaloradas. Também militante do movimento negro, recorre à temática por diversas vezes durante seu discurso. Destaca esse ponto como um dos fundamentais na

---

<sup>77</sup>Rádio CBN

<sup>78</sup>Redução de danos

<sup>79</sup>Gilbert N. Lewis (1875-1946). Foi um físico-químico norte-americano.

problemática da questão das drogas, já que as estatísticas anunciam que as grandes vítimas da consequência do proibicionismo são os jovens negros, moradores das periferias das grandes cidades, envolvidos na cadeia comercial do tráfico de drogas.

\*

Pelo motivo do seguinte interlocutor morar no estado do Mato Grosso do Sul, realizamos o encontro virtualmente. Há algum tempo não nos falamos; a última vez foi quando ele ainda vivia na Espanha.

Garcia, após dois anos trabalhando em uma clínica que aceitava internação involuntária e compulsória, abriu sua própria clínica de na cidade de Dourados/MS. Surpreendo-me com sua formação. Trabalhou em dois projetos de redução de danos: um na Espanha (*Proyecto Hombre*), outro na Irlanda. Entretanto, trabalha com perspectiva que vê o uso de drogas como doença, fundamentado nos saberes e conhecimentos que sustentam tal crença. Fala do processo de construção do projeto de tratamento, que é baseado nas demandas individuais dos residentes e destaca que, em sua instituição, todo interno tem um *tablet* para visualizar suas atividades semanais (rotina), construídas em conjunto com a equipe terapêutica.

Esse encontro virtual com Garcia foi decidido, por ser o único que esteve internado comigo e possui percurso semelhante na área profissional.

### **3.2 Plano 2**

Depois de um período afastado do campo, transcrevi observações e ruminei acontecimentos. No transcurso da pesquisa, estabeleci diálogos constantes com muito dos interlocutores, fato que não ocorria há anos.

Vou ao município de Itapira, a fim de encontrar Almir. O primeiro contato havia ocorrido seis meses atrás. Encontro-lhe em seu trabalho, onde coordena uma reconhecida comunidade terapêutica, vinculada ao um conhecido Instituto Psiquiátrico. Conhecemo-nos há anos, quando ele era coordenador em uma das unidades do IPH (antiga APOT). Ao longo desses anos, não mantivemos relações, apenas nos vimos em um evento no Palácio dos Bandeirantes relacionado ao Programa Recomeço. Também acompanhei declarações suas na mídia.

Um dia antes do encontro, havia procurado o endereço da CT e achei somente uma referência no site do Instituto, do qual faz parte. Ao telefonar para pedir-lhe informação de como chegar na CT, orientou-me a me dirigir à sede do Instituto (zona urbana de Itapira) às 10h da manhã do dia seguinte para *seguir* o ônibus que levava os funcionários para a CT, localizada numa área rural do município.

Inúmeras placas indicavam a localização do Instituto pela cidade: compartilhava letreiros com outros locais da cidade, como a prefeitura e a rodoviária. Essa cidade é conhecida pela quantidade de instituições psiquiátricas que ali se instauraram, algumas com mais de 80 anos.

Estaciono em frente ao Instituto. Instantes depois, observo um carro branco lentamente se aproximar. Seu motorista freia e pergunta-me se sou o Daniel. Pede para eu esperar enquanto estaciona o carro. Apresenta-se como Cristiano, *conselheiro* da CT.

Informa que o ônibus sairá em instantes. Pergunto se não gostaria de ir me acompanhando no carro e escuto que não, pois isso quebraria regras institucionais. Sai e retorna rapidamente. Avisa estar liberado para me acompanhar.

Saímos em direção à CT e, após breve apresentação, começa a falar, sem parecer interessado no que faço por lá. Comenta, gesticula e, num tom emotivo, fala de sua vida sem qualquer censura. Parece que somos amigos há anos. Cristiano informa que "está há quatro anos limpo, e que já passou por mais de 10 tratamentos". Pergunto por quais e me responde enfaticamente: "Todos!"

Pergunto por quais locais passou: "comunidades terapêuticas, clínicas psiquiátricas, todos os tipos...", finaliza. Indago se conhece CAPS AD e diz que não. Semelhante a Francis, ambos desconhecem modelos que não preconizam, exclusivamente, a abstinência como meta. Tal fato poderia indicar que práticas como a redução de danos, e outros que não enfatizam a abstinência como meta, ainda são desconhecidos pela maior parte dos usuários de drogas que buscam tratamentos.

Conta-me de suas conquistas: que está concluindo o segundo grau, a construção da casa própria, e que, atualmente, está noivo. Diz que antes era impossível sonhar com qualquer coisa como essas, e que ainda "não viu ninguém chegar para a internação como ele, um trapo".

Pergunto-lhe se sua condição de ex-usuário interfere em sua prática cotidiana "somente um adicto sabe o que outro passou", e afirma ter encontrado o "caminho da verdade". Atribui as conquistas à

frequência em grupos de mútua-ajuda, nesse caso, Amor-Exigente<sup>80</sup>, que ajuda voluntariamente, coordenando reuniões.

Após 30 minutos em estrada de terra, chegamos à Instituição. Destaco a admiração e respeito de Cristiano pelo interlocutor Almir, seu atual patrão.

Uma secretária aponta a localização do escritório de Almir após informá-lo de minha presença.

Sigo pela Alameda da Sobriedade, nome curioso para quem está internado em uma CT. Há várias casas para os *residentes* ao longo desse trajeto. Depois, o interlocutor me explicaria que, quanto mais próximo do portão de entrada está a casa em que o residente se encontra, mais adiantado no tratamento está (sendo a sobriedade a tema a ser alcançado). As casas, situadas lado a lado (aproximadamente de 10 a 12 delas) a partir da recepção, são nomeadas de forma que homenageiam pessoas importantes para eles, desde Gandhi, a Bill e Bob (fundadores do AA). A aparência do local é de conservação, limpeza e organização.

Depois de percorrer um longo caminho com árvores, chama-me a atenção o tamanho da cozinha em que residentes preparavam o almoço. De súbito, aproxima-se um grande grupo de residentes, que caminham em minha direção. São uns 50. Cumprimento-os, sem muita correspondência. Aquele grupo de pessoas causou-me certa aflição, mais

---

<sup>80</sup> “Desde 1984, a ONG Amor-Exigente (AE) atua como apoio e orientação aos familiares de dependentes químicos e às pessoas com comportamentos inadequados. Através de um eficiente programa de auto e mútua ajuda, o Amor-Exigente desenvolve preceitos para a reorganização familiar, sensibilizando as pessoas e levando-as a perceber a necessidade de mudar o rumo de suas vidas a partir de si mesmas, proporcionando equilíbrio e melhor qualidade de vida. Como diz o seu lema: torná-las CADA VEZ MELHOR! Este programa, que há mais de 3 décadas funciona e dá certo, é praticado por meio de 12 Princípios Básicos, 12 Princípios Éticos, Espiritualidade Pluralista e Responsabilidade Social, através de reuniões semanais, cursos e palestras, sempre com a dedicação e comprometimento dos milhares de voluntários espalhados por todo o Brasil, Argentina e Uruguai. Visando maior abrangência do seu movimento de proteção social, o Amor-Exigente expandiu seu programa, dando origem aos projetos especiais: Prevenção – visa desestimular a experimentação e uso de tabaco, álcool e outras drogas através de uma abordagem educativa, junto a pais, avós e professores, para ajudar na formação de seus filhos, netos e alunos; Sobriedade – esse trabalho com abordagem distinta, destina-se especialmente às pessoas em processo de recuperação pelo uso e abuso de álcool e outras drogas; Amor-Exigentinho – proposta voltada para o público infante-juvenil que utiliza os Princípios Básicos do Programa de forma lúdica, clara e objetiva, visando auxiliá-lo a adotar atitudes responsáveis e saudáveis; Sempre É Tempo – focado nos adultos da Melhor Idade que muitas vezes passam pela “síndrome do ninho vazio” ou com o desafio de cuidar dos netos enquanto os pais trabalham e/ou estudam.”(Trecho extraído do site oficial do Amor-Exigente. Disponível em: <https://amorexigente.org.br/>).

pelo número de pessoas do que por outro motivo. A imagem de uma tropa poderia metaforizar.

Alguns instantes depois, cruzo com Robson, oriundo da Baixada Santista. Eu tinha sido seu profissional de referência no Complexo Prates. Costumava ficar nervoso ao perder pra mim no pingue-pongue. "Tá tranquilo, Daniel. Cheguei há 20 dias", avisa. Na sequência, pergunto-lhe qual dos dois espaços é o melhor: "aqui, óbvio". Aproveito para me informar sobre o local de trabalho de Almir. O lugar é imenso.

O escritório fica localizado no alto de uma colina. Tem-se dali, visão total da Instituição. Ao lado, encontra-se uma pequena igreja/capela. Com uma arquitetura colonial, o *escritório-sede* aparenta já ter servido como casa, devido a seu tamanho grandioso e acabamento em madeira. Entretanto, transmite simplicidade, talvez pelos poucos móveis ou pelo ambiente rústico.

O interlocutor se encontra em uma sala ampla, com uma pequena biblioteca e uma mesa com papéis e um computador. Este é o cenário do encontro, tendo sido este denso, com explicações conceituais importantes sobre a questão. Ele há tempos trabalha com usuários de drogas. Possui o título de doutor pela UNIFESP, e atualmente realiza o pós-doutorado. Ministra aulas pela FEBRACT e se destaca como um dos grandes estudiosos de comunidades terapêuticas atualmente.

Somos interrompidos pela secretária, que pede determinadas documentações. Em alguns momentos, Almir parece contrariado com a mulher. Informa-me que nesse dia ocorrerá a reunião de equipe geral, e por isso não poderei acompanhar as atividades no período vespertino.

Minha sensação ao sair da Instituição é que poderia ter sido utilizado como um espaço para internação de pessoas com doenças como a lepra devido à estrutura do local. Contudo, ao buscar possíveis referências históricas, não as encontro. Foram cinco os asilos-colônias construídos na primeira metade do século XX no Estado de SP e, por curiosidade, um desses asilos colônias, o Santo Ângelo em Mogi-Guaçu, tornou-se um polo de atendimento para usuários de drogas, atualmente.

\*

No dia seguinte, encontro Uva em seu trabalho pelo período da tarde, dirigido à população LGBT e conveniado à Prefeitura de SP, próximo a Praça da República.

Na recepção, três transsexuais dialogam. Uma explica os benefícios e malefícios da hormonoterapia, e comenta que tal tratamento exige uma disciplina rígida em relação a exercícios físicos cotidianos.



Conclui que a terapia hormonal não adiantaria caso ela não praticasse exercícios físicos. As outras concordaram.

Depois tive oportunidade de debater com a interlocutora sobre o fato. Ela fala que são utilizadas estratégias de redução de danos para tais substâncias, pois o uso delas por este público é alto e com grande risco a saúde, assim como o uso de silicone industrial para aumentar seios e nádegas.

Ao encontrá-la, também revejo dois colegas, uma psicóloga que trabalhou comigo, e outro contemporâneo dos tempos de faculdade. Abatidos, dizem que esse projeto está sendo encerrado pela nova gestão que assumiu a Prefeitura de SP no início de 2016. Sigo com Uva para uma sala, e ali se realiza a conversa.

### **3.3 Plano 3**

De volta a São Paulo após alguns meses, logo no primeiro dia de campo, dois interlocutores desmarcaram os encontros por questões emergenciais do trabalho: Uva, devido ao óbito de um usuário que acompanhava no Consultório na Rua, e Zezé, já em um trabalho diferente do de meses atrás, afirma que o secretário da assistência social refez sua agenda pela manhã, impossibilitando o encontro. Percebe-se que trabalhar neste campo exige flexibilidade dos pesquisadores, devido aos imprevistos oriundos da área.

No dia seguinte, sigo em direção à tenda da Prefeitura de SP, ao encontro da interlocutora que, no dia anterior, havia desmarcado o encontro. Já tinha acompanhado Uva em seu outro emprego, meses antes.

Ao desembarcar na estação da Luz, noto inúmeros policiais nas imediações, divididos em blocos de seis, indo até a Praça Júlio Prestes. A impressão transmitida é de barreiras, posicionados de maneira organizada. Uma suposta operação policial.

Uva, acompanhada de um colega de trabalho, convida-me a irmos ao SESC Bom Retiro. Ao adentrar o espaço, sinto-me em uma redoma, protegido. A tensão daqueles poucos instantes atrás se dissipa. Crianças circulam, pessoas descansam e outras lêem. As paredes de vidro trazem a sensação de estarmos num aquário. O cheiro de cloro das piscinas corrobora a mesma.

Durante o almoço, a coordenadora do Consultório na Rua, ao qual a interlocutora é vinculada, estava ali presente e nos convida para almoçar. Após um longo silêncio, pergunto-lhe sobre a conjuntura atual

do território e como isso reverbera nos trabalhadores. “A coisa está feia”, desabafa. Compartilho sobre minha sensação das supostas barreiras policiais ao adentrar no território.

A coordenadora atende a um telefonema. Ao desligar, diz que precisa retornar à tenda, pois um suposto membro do PCC alertou aos trabalhadores que encerrassem o serviço devido a um iminente confronto com as forças policiais. Relata ainda, que o homem instruiu os trabalhadores, a caso estejam nas ruas no momento da invasão, direcionassem-se às laterais da rua (calçadas), na intenção de se protegerem dos disparos que possivelmente daria em direção aos policiais. De fato, dias antes ocorreram disparos oriundos do local. A conversa desenrola-se sem nenhum constrangimento em relação a minha presença. Aparentam naturalidade.

Ao se despedir, a coordenadora sinaliza, com gestos corporais, a sobrecarga sofrida pelas condições de trabalho. Este foi um fato observado em diversos momentos neste trabalho de campo, não sendo algo exclusivo dessa trabalhadora. Pergunto à interlocutora sobre a normalidade com a qual a conversa se desenrola em minha presença; então, visivelmente desconfortável, diz que confia em mim.

Uva comenta que o trabalhador que também estava durante o almoço é estagiário de serviço social no programa DBA e, durante um período, viveu pelas ruas consumindo crack. Segundo ela, o rapaz relaciona o crescimento do número de pessoas e o fortalecimento do tráfico de drogas nos últimos tempos na região, com a maior quantidade de dinheiro que circula pelo local após o início do DBA. A justificativa é a seguinte: antes, a economia era influenciada pelas trocas e escambos entre os usuários, e agora, com a estruturação do DBA, o dinheiro impera. Uva me diz que determinados membros (*disciplinas*) do PCC acompanham determinados beneficiários/usuários na retirada de seus benefícios financeiros para saldar as dívidas contraídas durante os dias anteriores.

Ao retornarmos à tenda da prefeitura, o clima entre os profissionais é de apreensão. Observo três grupos de profissionais conversando, dentre os quais trabalhadores vinculados ao Programa Recomeço. Pergunto a Uva qual é a situação, e pede para que aguardemos as decisões dos supervisores para saber se as atividades previstas para o dia continuariam.

Enquanto aguardo, observo educadores e usuários jogando capoeira na rua, enquanto outras pessoas pintam a tenda de azul (cor da atual gestão municipal). Uva ironiza: “a troca é devido às cores atuais representarem o Programa DBA vinculado à antiga gestão”. Pergunto se

há uma cor específica relacionada ao DBA e diz não saber. Outra interlocutora, tempos depois, me informou que cada equipe “tinha”<sup>81</sup> uma cor de uniforme dependendo da secretária, e confirma que não havia uma cor vinculada ao próprio DBA.

Os grupos de profissionais permanecem por ali, enquanto Uva é interpelada por uma pessoa transexual. Já se passaram 30 minutos desde o retorno do almoço. De repente, há uma explosão e uma correria se inicia. Escutam-se bombas: não o são. O barulho vem de uma construção ao lado que implodiu algo. A situação se diluiu em instantes e tudo retorna ao “normal”.

É notada a chegada de policiais militares com um homem, saindo de um terreno abandonado ao lado do prédio do Programa Recomeço. Usuários assobiam como um sinal, informando a presença de policiais. Gera-se uma apreensão coletiva.

De imediato, recorro a conversa do almoço, já indo em direção à calçada. Os educadores que estavam na rua jogando capoeira encerram suas atividades e entram na tenda, assim como profissionais e usuários.

Os seis PMs acompanham o homem até um carro estacionado. Aguardam-no entrar no carro e sair calmamente, conforme as pessoas descongestionavam a rua. Tudo retorna ao normal. Sinto alívio. Homens retornam a tirar peças de um carro abandonado, já quase inteiramente *depenado*.

Após o incidente, Uva me informa que os serviços não fecharão e atividades programadas ocorrerão. Sou convidado a acompanhá-la em uma visita aos hotéis vinculados ao programa, com anuência de sua coordenadora.

Em frente à estação Júlio Prestes, encontramos Lu, uma colega de faculdade, trabalhadora de um serviço com crianças e adolescentes na região. Escuto reclamações e relatos da ausência de equipamentos públicos para lidar com a demanda das crianças e adolescentes em situação de rua.

Em simultâneo à conversa, uma senhora japonesa caminha com dificuldade e feições de dor. Aponto a cena e, no mesmo instante, a outra colega oferece ajuda e a senhora agradece. Logo a ajudamos a sentar e, com uma fala pausada, mostra o ferimento em seu pé. Aparenta estar inflamado. Sinto-me na liberdade de indagar Uva, que já compartilhou inúmeros casos comigo, quais providências tomará. Sem rodeios, pega o celular e chama a enfermeira, no caso, sua coordenadora.

---

<sup>81</sup> Aspas por minha conta, pois apesar de dizer que o programa havia sido encerrado, ele seguia funcionando com 400 beneficiários.

A senhora relata que vive na zona leste da cidade e que não pode ser atendida na região. Afasto-me, enquanto as duas seguem sentadas no degrau, bem em frente à entrada da Sala São Paulo. Uma base comunitária da polícia militar, a poucos metros dali, é indiferente à situação.

A coordenadora-enfermeira chega acompanhada de outra profissional e, ao olhar o pé da senhora, chama o motorista da *kombi* para encaminhá-la à UBS<sup>82</sup>. Em menos de 5 minutos o veículo chega: uma agilidade interessante. Um território que, pelas suas características, possui uma rede de serviços de saúde e sócioassistencial – bem estabelecidos e amplos –, talvez um dos atrativos dessa região para os usuários, além da tão interessante oferta de drogas pelas ruas.

Seguimos aos hotéis sociais vinculados ao DBA. Encontramos o coordenador de hotel Ricardo sentado numa minúscula sala com dois outros trabalhadores, mais um beneficiário do DBA. Uva pergunta a respeito de pessoas que não se encontram. Ricardo relata o clima de apreensão: "qualquer helicóptero já penso que está ocorrendo confronto".

Sou convidado a conhecer o hotel. Ambiente lastimável, sujo, fétido, insalubre, além de sem ar, claustrofóbico. No último quarto, escuro, uma pessoa sentada na cama nos observa. O coordenador comenta que ontem ele estava com duas facas tentando agredir a mulher, e os trabalhadores tiveram que intervir. *Não está fácil*, suspira Ricardo. Ao fundo, quadros pendurados nas paredes desgastadas.

Já no hotel ao lado, deparo-me com duas mulheres no balcão. Uma fuma cigarro tranquilamente. A outra, como Uva teria me informado depois, é pastora e mandou o PCC atacar um rapaz que teria agredido uma beneficiária. Não tem vínculo empregatício com o programa.

Numa sala ao lado encontra-se a coordenadora do hotel e outra conhecida minha da faculdade, Julinha, que trabalha como supervisora do DBA. Cumprimento-as com cordialidade. Esse hotel tem a especificidade de priorizar o atendimento às mulheres e a pessoas com transtornos mentais.

Pouco diferente do outro, ainda menos decorado e arejado. A interlocutora também não encontra quem estava procurando. Um cachorro circula pelo lugar enquanto observo Carlos, meu conhecido do Complexo Prates, subindo as escadas. Pergunto se lembra de mim, diz

---

<sup>82</sup> Unidade Básica de Saúde

que sim. Sua mulher estava por ali o tempo todo, mas não havia a reconhecido.

Despeço-me de todos. Tento contatar Zezé, que novamente avisa que está ocupado e não poderá me encontrar. Vale notar que, ferrenho crítico do programa DBA, no momento trabalhava como assessor do secretário de assistência social na gestão da prefeitura que finalizou o programa e, instituiu o *Programa Redenção*.

\*

Por fim, após mais alguns dias de trabalho de campo junto a dois interlocutores, numa noite de quinta-feira, consagramos o *chá de ayahuasca* em um local onde, quinzenalmente, realizam-se trabalhos com a substância. Sincronizados, possibilitaram-me uma experiência intensa.

### 3.4 Plano 4

Como mantive contato com os interlocutores, quando surgiram dúvidas, solucionava via telefone. Em um desses contatos, Etiópia me convidou para uma reunião temática do NA<sup>83</sup> em Florianópolis, na qual seria o palestrante. O presente relato foi compartilhado e averiguado pelo interlocutor, o qual também opinou a respeito.

O Grupo Lagoa de NA fica localizado ao lado de uma igreja (como em geral), no bairro da Lagoa da Conceição. Há tempos não ia a uma reunião de NA. Ao longo dos 6 anos em que estive na Irmandade, frequentei, possivelmente, mais de mil reuniões; conheci inúmeros grupos, inclusive em outros países. Participei de convenções da Irmandade, além de serviços com a intenção de *levar a mensagem ao adicto que ainda sofre pelo consumo de drogas*. Segundo a filosofia de NA, este é o único propósito da existência da irmandade – décimo segundo passo e décima segunda tradição.

Entretanto, desde 2006, em raras ocasiões fui, em geral, para acompanhar momentos festivos. Os rituais que envolvem a irmandade seguem padrões, obviamente com algumas especificidades do local. Quando chego, a reunião está em andamento. Etiópia interrompe sua fala e agradece minha presença de maneira enfática; cita outro

---

<sup>83</sup> Reunião Temática NA: Recuperação, comorbidades associadas e medicamentos.

companheiro ali presente, há 13 anos limpo, que freqüentava grupo sem São Paulo, e atualmente vive na Grande Florianópolis.

As 15 pessoas presentes escutam atentamente, enquanto um companheiro circula com uma jarra de café servindo os demais.

O público é heterogêneo: homens, mulheres, velhos e novos. “Um ambiente democrático”, segundo o interlocutor, no sentido de que qualquer pessoa pode participar, sendo o único pré-requisito *a vontade de parar de usar drogas*.

O interlocutor enfatiza em sua fala, a condição de adicto em recuperação, há 22 anos limpos e portador de uma doença. Afirma que o conceito de adicção é mais utilizado do que antigamente, sendo o NA um dos primeiros a utilizar o conceito.

Outro ponto diz respeito a sua opinião atual mais tolerante em relação ao consumo de medicamentos, porém num tom nostálgico, recordou que em seu tempo “se desintoxicava na enxada”. Diz não negar a ajuda da medicina e que o consumo de medicamentos prescritos, em alguns casos, não configura uma recaída quando receitados por psiquiatras e outros médicos especialistas.

Entretanto, ressalta a importância de procurar outros médicos e/ou partilhar na reunião quando essa prescrição “parecer suspeita”. A automedicação de remédios de uso controlado (psiquiátricos) é entendida como recaída, além de qualquer medicação usada como *muleta*. Da mesma forma, quando se refere ao consumo de ayahuasca, afirma ser completamente contrário e relata um episódio que desconsiderou o tempo limpo, de uma companheira, pois utilizava ayahuasca, o que, considera uma droga. Posteriormente uma participante retomou o assunto, dizendo que havia ingerido tal substância “sem querer”, e não disse não ter sentido o “barato”. Ele não respondeu e pedi que o procurasse ao término da reunião.

Por outro lado, fala da importância da sétima tradição<sup>84</sup>: “dinheiro daqui pinga lá na cracolândia e ajuda no propósito de levar a mensagem ao adicto que ainda sofre” e enfatizou muitas vezes a gratidão que sente por estar vivo: “já ganhei na mega-sena, estou vivo”.

Depois da fala de Etiópia, a segunda parte da reunião foi aberta para perguntas e partilhas dos demais membros. Nesse ponto, o *familiar tornou-se estranho*. Quase todos se referiram ao consumo de medicinas e afins, desde retrovirais para HIV até *ayahuasca*, mas principalmente

---

<sup>84</sup> Todo o grupo de NA deverá ser absolutamente autosuficiente, declinando quaisquer doações de fora.

medicações prescritas. A maioria dos presentes, disseram utilizar medicações receitadas por psiquiatras e outros tipos de medicações de indicação restrita. O motivo da estranheza: apesar da liturgia ser a mesma de outrora, quando frequentava com assiduidade a Irmandade de 2001 a 2006, o consumo de tais medicações era visto com resistência pela maior parte dos membros. Já havia literatura sobre a questão na época; contudo, as restrições em relação ao consumo dessas substâncias por parte dos companheiros eram enormes. Um rapaz aproveita para perguntar a respeito do açúcar e seus poderes viciantes: “não seria também uma droga também?”.

Por fim, um presente indaga se não é contraditório, o interlocutor sendo psicólogo, acreditar que a adicção é uma doença, tal *como* preconizada pela irmandade, levando em consideração que algumas linhas da psicologia questionam a categorização do usuário como doente. De modo breve, o interlocutor responde que sua visão pessoal complementa a acadêmica e vice-versa.

No dia seguinte, por telefone, trocamos algumas impressões. Etiópia esclareceu que o fenômeno (alto uso de medicamentos) não se restringe a esse grupo, apesar dele também ter ficado impressionado com a quantidade de relatos sobre o tema. Relacionou o aumento do consumo de medicamentos a grande quantidade de comorbidades decorrentes do consumo. Etiópia também perguntou o motivo de minhas anotações e disse que alguns dos membros ali presentes estranharam tal postura. “Estava fazendo anotações para a pesquisa”. Pelos instantes que tardou a responder, aparentou surpresa; porém, ao final exclamou: “bacana!”.





## 4 CONVERSAS INTERMITENTES

Se ao longo do capítulo anterior foram descritas passagens de conversas não gravadas, além da observação participante e registro do caderno de campo, neste é coletivizada trechos e análises das entrevistas realizadas com todos os interlocutores.

Essa estratégia possibilitou acompanhar determinados interlocutores em seus cotidianos, sem a necessidade de autorização das respectivas instituições; acreditava ser inviável realizar a tarefa em todas, tendo em vista a diversidade de instituições e/ou programas.

Com exceção das especificidades dos interlocutores relatadas no capítulo anterior, não ocorreram objeções, tanto ao acompanhá-los em suas rotinas quanto nas entrevistas. Antes de coletivizar trechos e análises das entrevistas, será descrito um fator de entrave para a realização da pesquisa, referente ao processo de submissão no Comitê de Ética em Pesquisa para sua aprovação.

### 4.1 Comitê de ética em pesquisa: questão de autodeterminação

Depois do projeto ter sido aprovado pela banca de qualificação, iniciei os trâmites necessários na Plataforma Brasil. Com as sugestões e críticas analisadas e com as modificações devidas, no dia 15 de setembro de 2016 submeti o projeto ao Comitê de Ética da UFSC, via Plataforma Brasil (tendo em vista que as idas ao campo se dariam no início de dezembro).

No dia 23 de novembro, portanto setenta dias após a submissão, a decisão do Conselho de Ética foi pela não aprovação do projeto. Fato curioso, pois este não parecia ser um procedimento constante nos pareceres devolvidos.

O parecer substanciado (Anexo 1), em seus itens *Comentários e Considerações sobre a Pesquisa e Recomendações; Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações*, apontou para dois pontos principais:

1. Critica os aspectos teóricos e, principalmente, metodológicos do projeto, sugerindo *definição e clareza para que possa ser desenvolvido na prática* (CEP)<sup>85</sup> e;

---

<sup>85</sup> Comitê de Ética em Pesquisa

2. Enfatiza problemas com a abordagem ética e bioética da pesquisa. *Trata-se de pesquisa em população que se encontra em situação de vulnerabilidade social e protetora que fragiliza sua posição de autonomia e ação.* Opta pela não aprovação devido à *fragilidade da pesquisa em seus aspectos éticos e bioéticos e a perspectiva de "vieses éticos" por parte do pesquisador, pois pesquisas não podem ser realizadas com participantes em situação de vulnerabilidade e sem autonomia plena, pois consideramos ao aprovar pesquisa o respeito à dignidade humana e especial proteção aos participantes de pesquisa científicas envolvendo seres humanos.* (CEP).

No que concerne à primeira consideração, depois de projeto qualificado e com sugestões e mudanças propostas por três reconhecidos especialistas no método etnografia e no tema das drogas, é no mínimo questionável um membro do CEP inviabilizar a pesquisa, sem permitir e/ou sugerir correções, sendo, muitas vezes, oriundos de campos distintos das ciências humanas.

A segunda diz respeito à concepção de ausência de autodeterminação dos usuários de SPA. É importante ressaltar que os usuários em recuperação estavam *limpos* há mais de 10 anos, e os demais trabalham e possuem autonomia plena de suas vidas. Como pensar que não possuem capacidade de autodeterminação em suas vidas pessoais e profissionais somente por terem sido ou serem consumidores de substâncias psicoativas?

Langdon et al (2016) questionam os procedimentos presentes dos Comitês de ética em pesquisa baseados no biocentrismo, ligado à própria origem e formação desses espaços, e destacam que qualquer voz dissonante (soam absurdas e francamente contrárias aos princípios dos Comitês) que busque relativizar os procedimentos e instrumentos, como a necessidade do TCLE em pesquisas que utilizam o método etnográfico pois, conforme as autoras, o método resolveria grande parte das questões éticas na medida que, ao contrário do viés biomédico, que pesquisa *em* seres humanos, a antropologia pesquisa *com* seres humanos,

onde os sujeitos passariam da condição de cobaias para sujeitos de interlocução.

Como já havia estabelecido datas de encontros e comprado passagens, fui a campo, enquanto submetia novamente o projeto. Todos os interlocutores foram informados da recusa inicial pelo CEP. Não ocorreram resistências ou indagações sobre a questão. Somente Almir, com sutil ironia, disse que tal fato poderia “acarretar uma recaída”. Citou o exemplo de um conhecido que havia recaído, após 12 anos limpo.

Submeti o projeto novamente no mês de março de 2018, acrescentando itens com aspectos éticos e bioéticos da pesquisa. Tais elementos estavam descritos no projeto desde o início, criando-se, portanto, somente um subitem.

Depois de dois meses, uma devolutiva positiva fora emitida ao indicar que a pesquisa poderia “colaborar para o conhecimento generalizável sobre o tema”. Sugeriu-se uma pequena mudança no TCLE (anexo 2). Mais três meses de espera e uma carta foi enviada ao coordenador do CEP com o pedido de vista do processo, para que, por fim, o projeto pudesse ser aprovado. (anexo 3).

Destaca-se que, no período compreendido entre a primeira e segunda submissão, os integrantes do CEP foram substituídos. Os distintos pareceres podem indicar mudanças no entendimento a respeito de métodos científicos pouco usuais, uma vez que os projetos enviados não eram diferentes. Além disso, cabe aqui uma crítica quanto à eficiência e agilidade, uma vez que decorreram 353 dias entre a solicitação inicial e a liberação final da pesquisa, com todos os percalços de ordem temporal e emocional causados pela primeira decisão do Comitê de Ética.

## **4.2 Técnicas de entrevistas**

Realizaram-se 13 entrevistas, gravadas (e posteriormente transcritas) entre os meses de dezembro de 2016 e março de 2017. Trechos anteriores ou posteriores a essas entrevistas também serão acrescentados quando necessário.

As entrevistas foram realizadas em diversos lugares. Priorizaram-se os ambientes de trabalho dos interlocutores, ainda que algumas das entrevistas tenham ocorrido em bares e restaurantes. No caso da interlocutora Rinha, sair do ambiente de trabalho foi a única opção, tendo em vista o grande fluxo de pessoas que a procuravam.

O TCLE continha uma pergunta disparadora, estratégia que reverbera a sugestão de Groisman e Schneider (2013) de considerá-lo e convertê-lo em um *instrumento de pesquisa*. A intenção é que a somente a leitura sirva como dispositivo de estímulo à fala –*fala aberta*–, na tentativa de minimizar a interferência do pesquisador e emergir a agenda dos interlocutores.

No caso desta pesquisa, a proposta foi a de uma *entrevista aberta e não estruturada*, com uma pergunta<sup>86</sup> disparadora contida no TCLE, sem outros roteiros de perguntas preestabelecidas. De modo geral, as pessoas retornaram ao TCLE para iniciarem as falas. Zezé não se ateu à pergunta no TCLE, pois, segundo ele: “estava preparado para uma entrevista, com perguntas preestabelecidas”.

Cabe destacar que itinerários de uso e profissionais de determinados interlocutores da pesquisa se cruzam em momentos sem a mediação do investigador e determinados aspectos discutidos por interlocutores também são referidos por outros. Luis Almeida Vasconcelos demonstra que os itinerários apresentados em sua pesquisa conversam entre si, “ainda que mediados pelo etnógrafo, os itinerários apresentados também dialogam entre si” (VASCONCELOS, 2003, p. 124) – e que o ofício do antropólogo é fundamentado em uma audiência (ouvinte) “que se deixa envolver pelo enredo e pela forma como algumas histórias são contadas” (VASCONCELOS, 2003, p. 18).

Uma das intenções dessa narrativa é costurar diálogos e expor conflitos e controvérsias dos encontros etnográficos e co-incidires. Goldman (2003) propõe o exercício da humildade de aceitar que as pessoas, quaisquer que sejam, tem algo de importante a dizer sobre as suas próprias vidas. Bateson (1971) define epistemologia como os aspectos da rede de premissas que governam a adaptação (ou má adaptação) entre humano e ambiente físico, e diz ser impossível separar ontologia e epistemologia na história natural do ser humano:

O homem vivente encontra-se, portanto ligado a uma rede de premissas epistemológicas e ontológicas que – independente da verdade ou falsidade últimas – tornam-se parcialmente auto-avaliadoras para ele. (BATESON, 1971, p. 45)

---

<sup>86</sup>De quais maneiras a condição de usuário ou ex-usuário de drogas do trabalhador AD interfere no cuidado ao outro usuário?

Embora a estratégia de entrevistas seja controversa nas propostas etnográficas, pesquisas como de Rui (2014), Groisman e Schneider (2013) e Vasconcelos (2003) utilizam-nas com distintos objetivos. Neste sentido, essa pesquisa lança mão desta técnica na tentativa de contemplar os diversos entendimentos (redes de premissas) a respeito do fenômeno das drogas e seus desdobramentos. Vasconcelos pontua, referindo-se a entrevistas abertas que poderiam indicar fissuras nos discursos e redes de premissas dos interlocutores:

Enquanto expressão de uma experiência passada, o discurso dos informantes corresponde, portanto, tal como o de qualquer outra pessoa em situação de inquérito antropológico, a um processo de reavaliação da sua vida. Ora a recusa de um positivismo ingênuo não significa aceitar que da relação funcional entre aquilo que é analisado e as situações onde tal vem a acontecer resulta a produção de um todo discursivo linear, completamente integrado e coerente. É também sobre algumas fissuras que qualquer discurso apresenta que é possível ir discutindo com as pessoas que o constroem a sua própria experiência. Em alguns casos, os informantes podem até ser estimulados a pensarem e a discutirem assuntos aos quais, até esse momento, não tinham dado grande importância. (VASCONCELOS, 2003, p. 26)

Fato reverberado por interlocutores em alguns trechos do trabalho de campo, como, por exemplo, por Rinha e Uva quando afirmaram que nossos encontros possibilitaram questionamentos de algumas certezas delas, e por Zezé ao dizer nunca ter pensado a respeito de alguns dos assuntos tratados.

#### **4.3 Categorias – Balizas**

Vasconcelos (2003) propõe que a leitura (interpretativa) seja realizada no trânsito entre as diferenças constatadas e algumas das características comuns aos diversos contextos dos usos de heroína identificados nas entrevistas para encaminhar e definir o procedimento analítico. Para isso, foram utilizadas balizas que demarcam trechos de

depoimentos e abrigam determinados conteúdos relevantes sob determinada rubrica. O motivo da escolha por baliza segue as sugestões:

Devido à centralidade e relevância desses conteúdos tanto nas interrogações que foram emergindo na análise dos depoimentos, quanto da importância atribuída pelos participantes da pesquisa nas questões relacionadas a esse tema (GROISMAN; SCHNEIDER, 2013, p. 44)

A divisão dos conteúdos emergidos nas entrevistas por balizas é uma tentativa de expor os saberes que sustentam as redes de premissas epistemológicas dos interlocutores, por meio dos conteúdos emergidos e analisados a partir das diferenças constatadas, características comuns e pela relevância atribuída pelos interlocutores a determinados conteúdos. As balizas, em geral, dialogam e se desdobram umas nas outras. São elas: 1. Dispositivo das drogas: noções sobre; 2. Itinerário de consumo; 3. Trajetórias profissionais, acadêmicas e formativas; 4. Modelos e Políticas de Drogas; 5. Modos de existências.

#### *4.3.1 Dispositivo das drogas: noções sobre.*

O termo *droga* é utilizado para nomear globalmente as substâncias psicoativas, ainda que com pouca precisão, mas extrema eficácia adverte Fiore (2013). Os interlocutores citaram substâncias como: *maconha, cocaína, crack, heroína, ayahuasca, ibogaína, MDMA, hormônios* e afins.

Com exceção de Garcia, que se restringiu ao comentário: *não bebo, não fumo, não vou à balada ou aonde tem droga*; os demais interlocutores descreveram suas compreensões a respeito das substâncias e as alterações provocadas na consciência, percepção e comportamento. A *noção sobre drogas* se apresentou ambivalente, influenciada pelas relações pessoais e as distintas crenças sobre o objeto. Vejamos:

**Uva (1):** *Hormônio anticoncepcional que compra em farmácia, muitas mulheres elas aplicam esse anticoncepcional na veia, porque diz ter mais efeito. – Perlutan -, que é um dos hormônios que inibe o desenvolvimento do hormônio masculino. A gente trabalha muito com elas essa questão. Inclusive, a gente fez uma oficina aqui sobre redução de danos, em relação ao processo de transição. Então, em relação ao*

*hormônio, em relação ao silicone industrial, a gente não fala assim: "não coloque silicone industrial, entendeu?". Quem sou eu pra falar pra pessoa não colocar silicone industrial? A gente vai explicar pra ela todas as questões que envolvem a colocação do silicone industrial. Prestar a atenção se a "bombadeira" tá usando uma seringa, uma agulha limpa, como que ela tá fazendo aquilo, enfim, essas questões que a gente vai trabalhando com elas, em nenhum momento de proibição. Então, (narrando) "do hormônio e tal, quero tomar o hormônio feminino. Quero tomar o hormônio feminino, só que eu não vou numa UBS, porque é muito burocrático: demoro 6 meses pra tomar hormônio, com isso minha barba cresce, eu vou ficando menos feminina e eu não vou esperar esse processo todo pra tomar hormônio, é com acompanhamento de uma endocrinologista, entendeu?". Então, a gente fala assim: como que é possível dosar isso né? Você não vai tomar cinco cartelas (de PERLUTAN) num dia, aí a gente vai fazer essa negociação com essas pessoas nesse sentido.*

**Peixe (1):** *E aí acabam dando, receitando, e volta aqui semana que vem e o bichinho vai lá. Mal conversam com ele, uma etiqueta de medicação pra semana inteira. E aí eu me questiono, realmente. Isso não faz sentido, ele está sendo drogado do mesmo jeito e não tá sendo olhado, né?*

**Rinha (1):** *Outra coisa que eu penso muito é que, sei lá, eu escolhi o alimento como meu objeto de escolha, que me acalma. Eu me sinto uma puta traição, sabe, porque você escolhe uma coisa que é seu objeto de amor e que, ao mesmo tempo, é seu objeto de destruição, e eu nisso, eu me identifico bem, é e muito foda você gostar de uma coisa e depois é a mesma coisa que te faz muito mal, e aí é muito diferente de a gente usando, aí é muito diferente de eu usando droga entendeu? Eu não tenho questão com droga. Quando alguém me fala "nossa, estou há 20 dias sem beber", pra mim isso é fácil. É meio chato, às vezes, ir nas festas e não poder beber, mas ficar 20 dias sem comer carboidrato eu sei do que essa pessoa tá falando!*

**Etiópia (1):** *Começa a tomar remédio pra estudar: Modafinil, Concerta. Pego muito paciente que começa a tomar um Rivotril um dia porque a vó morreu, deram Rivotril. Começou a tomar pra pegar avião, começou a tomar pra pegar elevador, começou a tomar quando brigava com a namorada. Começou a tomar porque gosta de tomar, agora ficou viciado. Então, é um quadro que aparece bastante dentro das drogas lícitas.*

Esses trechos ilustram como diferentes substâncias configuram sob a rubrica de drogas, e seus distintos modos de utilização. O

anticoncepcional, substância ligada à revolução feminista e à autonomia dos corpos das mulheres, é utilizado no contexto da *população T*<sup>87</sup> como alternativa ao processo de hormonioterapia. Além disso, muitas desenvolvem estratégias<sup>88</sup> para utilizarem o silicone líquido industrial (SLI) para transformar o corpo e construir suas identidades, como observado por Uva.

O consumo de determinada classe de alimento, carboidratos, segundo Rinha, provoca em si uma sensação de insaciedade angustiante: *Isso me atravessa muito. A gente fala muito da redução de danos, mas na prática eu sou uma noia pautada na abstinência entendeu? Eu tenho muita dificuldade do meio-termo.* Reconhece ser impossível parar de consumir carboidratos devido à necessidade orgânica do ser humano

Em relação às medicações prescritas, Peixe e Etiópia acreditam nos benefícios da terapia farmacológica, entretanto demonstraram reticências com determinadas maneiras de consumo que causam efeitos adversos e prejudiciais, quando não *bem acompanhada* e/ou *autoadministrada*. Boca destacou o excesso de medicação nas CTs – 90% dos internos utilizam algum tipo de medicação – e ironizou: *consumi droga durante longo tempo e nem por isso faço uso de medicação.*

Determinados modos de uso de medicamentos, embora questionados, apresentaram, em geral, maior aceitação em relação a outros tipos de drogas, como heroína (quando citada, foram destacado somente seus aspectos negativos). Almir foi taxativo: “é a droga dos vínculos terríveis”; e Uva demonstrou-se preocupada com o uso por grupos de africanos no centro de São Paulo devido à capacidade destrutiva dessa substância. No caso de outras substâncias e suas distintas formas de consumo, os entendimentos são controversos:

**Etiópia (2):** *Eu sou muito crítico no primeiro momento, como eu disse, até em relação aos medicamentos, sou super atencioso com isso, por que eu acho muito difícil tratar, pra resumir droga com droga. Porém, como eu disse, em alguns casos, alguns medicamentos ajudam alguns pacientes. Pode ser ainda, mas não me convenci. Todos os pacientes que caíram no consultório, que atendi em clínica, ambulatório, residência terapêutica, todos que fizeram tratamentos, seja*

---

<sup>87</sup> População trans

<sup>88</sup> *Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil.* Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00113316.pdf>



*tratamento com daime, com ayahuasca ou com ibogaína, todos que eu atendi até hoje, os que eu atendi, retornaram ao uso.*

**Nhoque (1):** *Até então o meu uso de drogas, ficava muito restrito a um porre, a uma bebedeira, a fumar um cigarro ou um tabaco sabe? Eu só comecei a usar substâncias, começar a usar drogas, por exemplo, maconha ou cocaína ou alguma droga psicodélica...*

**Nhoque (2):** *Pensando meu uso, você sabe que, pelo menos a cada 15 dias, eu tomo ayahuasca, tomo chá, e veja bem que nem coloquei (havia tomado fazia uma semana) esse dia como sendo um dia que eu usei drogas de maneira intensa, apesar de ser um trabalho super intenso, mas eu não coloquei esse dia, como sendo um dia que usei drogas, eu não coloco no mesmo lugar. Não tô colocando no mesmo lugar, aí falando como Nhoque, falando como cara do uso, mas é uma droga, eu entendo que o daime, que a ayahuasca se encaixa como sendo uma droga alucinógena, mas...*

Etiópia comentou que não *trocou a ficha*<sup>89</sup> de uma afiliada de NA que frequentava a igreja para consagrar o *chá do Santo Daime*, pois, em seu entendimento, consumir essa substância, não a faz limpa. Entretanto, não é tão rigoroso nos casos de sujeitos que frequentam NA e utilizam drogas prescritas. É enfático quando afirmou nunca ter visto alguém parar de usar drogas utilizando ibogaína e ayahuasca (em outro trecho, critica terapias com MDMA), e que tais substâncias não melhoram o caráter, como o programa de NA. Destacou que os consumidores de substâncias alucinógenas, incluindo a maconha, se tornam *mentirosos* com consumo prolongado dessas substâncias.

Em contrapartida, Nhoque não considera o chá de ayahuasca como uma droga. Contudo, afirmou que, enquanto psicólogo, sabe que isso é uma meia-verdade. Costinha, que com frequência introduziu o tema do *bom uso das substâncias*, entende-as como propiciadoras de aprendizados, noção semelhante a dos outros que realizam uso de ayahuasca.

Assim como o ayahuasca, que até hoje não é permitido para fins terapêuticos e médicos, sendo permitido somente para fins de uso religiosos no Brasil, outras substâncias, como a maconha e MDMA, tem ganhado espaço para uso terapêutico e médico, de tal modo que vale nos

---

<sup>89</sup> Quando um membro da irmandade de NA conclui um período limpo – tradição emprestada da irmandade de AA. Curioso que esse acontecimento inicia-se no Brasil, pelo fundador, Herbert L.D., que trouxe a filosofia para o país. Disponível em: <http://www.aacarmosion.com.br/2011/12/historia-do-uso-das-fichas-no-aa.html>

indagarmos: como a indústria farmacêutica e corporações médicas reagem frente aos usos terapêuticos destas substâncias?

Outros trechos de interlocutores que trabalham na região da cracolândia em São Paulo relacionam o motivo do consumo de drogas à pobreza e atribuíram à miséria e ausência de acesso a direitos fundamentais os principais fatores a serem enfrentados. Rinha diferenciou tal fenômeno do que nomeou clinicamente de *curto-circuito*, causados pelo consumo de drogas em usuários que as condições materiais e simbólicas são suficientes.

Zezé situou as condições de miséria dos usuários da cracolândia como a principal demanda a ser enfrentada. Disse não conhecer nenhuma pessoa que tenha usado crack de maneira compulsiva, retomar o uso de maneira recreativa. W. Burroughs (2016), diz algo semelhante em seu livro *Junky: uma vez junky, sempre junky, você pode parar de tomar junk, mas depois da primeira dependência ficará marcado para sempre*.

Em contrapartida, outros trechos atribuíram ao consumo da substância à causa de determinados comportamentos e ações, capazes de afetar o discernimento em seus consumidores, conduzindo-os à deterioração. Para Almir, o consumo de determinadas drogas faz as pessoas perderem a capacidade de decisão devido à desorganização causada pelo consumo: *pra mim, a desorganização está aqui, entendeu? A droga afeta a comunicação dos neurotransmissores, entendeu? Afeta as áreas do cérebro*. Indicou que o grande problema na área é a discussão ideológica, filosófica e antropológica que não considera a dependência química como uma doença e/ou transtorno: *um dependente químico na Cracolândia, ele não é “sujeito”, Daniel! Ele não é sujeito, ele é escravo! Ele é escravo da droga*. Nesses casos, a internação involuntária é uma opção, devido à capacidade das drogas de afetarem a autodeterminação dos sujeitos-usuários.

Essa baliza buscou coletivizar distintas noções sobre drogas e como são compreendidas a partir dos diferentes modos de consumo dos interlocutores, e influenciadas por suas formações e práticas cotidianas.

#### 4.3.2 Itinerários de uso

Esta baliza é comentada por todos interlocutores devido ao fato da pergunta disparadora problematizar se a condição de usuário e/ou ex-usuário interfere em suas práticas. Nenhum interlocutor questionou o termo de usuário/ex-usuários, com exceção de Rinha que, inicialmente, dissera não se considerar usuária, e que seu problema era com a comida,

embora, mais adiante na pesquisa, revelaria seu consumo de álcool e ecstasy.

Dos interlocutores, seis estiveram institucionalizados em comunidades terapêuticas para tratamento e, no caso de Zezé, também no sistema prisional. Denominaram-se como usuários em recuperação, e os relatos de seus itinerários de uso foram marcados pelo conjunto de atividades empreendidas para a efetivação do consumo e como tais hábitos os levaram ao *fundo do poço*. Em geral, os motivos de *estarem em recuperação* é o desejo por *qualidade de vida*. Para tal, a condição *sine qua non* é distância do consumo de drogas.

Garcia é o mais novo dos que estiveram institucionalização – 37 anos. Possui três passagens na Instituição Padre Haroldo, tendo sido uma delas comigo: *tenho experiência daquela época, porque que tive três internações no Padre Haroldo*. Após a última, em 2004, começou a trabalhar na área. Afirmou não frequentar lugares e nem relacionar-se com pessoas que utilizam drogas. Ademais, preserva anônima sua trajetória passada como consumidor de drogas: *eu não abro minha vida pra todo mundo, não me coloco como ex-usuário a todo o momento*. Entretanto, disse que a condição de usuário em recuperação é um fator positivo em seu trabalho. Já Peixe disse não se incomodar com o fato de ter usado drogas e ter sido internado. Fora isso, ressaltou as dificuldades iniciais do processo de recuperação para adaptar-se a um modo de vida sem consumi-las.

Almir atribuiu ao consumo de álcool e maconha a causa do abandono da faculdade, e disse que a repetição do hábito de consumir drogas leva os usuários a adquirirem outra cultura, pautada na *dificuldade de esperar por recompensas*. Em sua opinião, quanto maior o tempo distante do consumo, maior a possibilidade de enfrentar circunstâncias que levam às recaídas, pelo repertório de estratégias adquiridas em abstinência.

Peixe (tabagista) e Zezé disseram não consumirem drogas, devido aos problemas que causaram em suas vidas, porém se mostraram tolerantes em relação ao consumo alheio em comparação com os demais quatro que estiveram internados se apresentaram limpos de todas as drogas. Zezé, como relatado, acompanhou-me a lugares com grande exposição ao consumo, além de realizar rituais religiosos com ayahuasca.

Etiópia quando realiza algum procedimento médico em que comumente se utiliza de anestesia, comunica o profissional a respeito de sua doença adicção, evitando ao máximo a ingestão. Relatou o caso de um paciente que se dizia experimentador de LSD, entretanto, conforme

o interlocutor, ao consumir mais de 30 vezes, já não considera a pessoa experimentadora. *Isso aí já não é mais experimentar, é 1, 2 ou 3 vezes no máximo.* Embora nunca tenha utilizado tal substância, é contrário ao consumo em quaisquer circunstâncias.

De comum, evitaram relatar experiências de uso *dos tempos da ativa*, talvez pelo tempo distante do consumo (todos há mais dez anos *limpos*, exceto Zezé). Entretanto, os itinerários de uso, metaforizados por Boca como *garras das adicção ativa*, estão presentes como um período superado em suas vidas e, ao negá-lo, afirmam seus novos modelos de vida, autoproclamando-se como usuários e/ou adictos em recuperação.

De fato, o consumo de determinadas substâncias e as suas consequências pessoais, incluindo períodos institucionalizados, podem influenciar as noções depreciativas destes interlocutores sobre drogas e o consumo pessoal.

Nesse sentido, Luís e Nhoque destacaram que talvez compreendam e aceitem o consumo de drogas pelo motivo de não terem passado pelo processo de institucionalização. Os itinerários deles e de outros dois interlocutores são atravessados pelo consumo de ayahuasca (Luís não falou a respeito nas entrevistas, mas em diversos outros momentos comentou sobre seu consumo de ayahuasca).

Luís enfatizou a necessidade de escutar os usuários e as distintas formas de uso na tentativa de superar o estereótipo de que todo usuário de determinada droga, ao começar o uso, terminará na sarjeta. Disse que seus pacientes sentem medo e aflição da possibilidade de um dia viverem em *uma cracolândia*, fato creditado por ele a uma construção social fantasiosa, tendo em vista que há somente uma ínfima parcela dos consumidores nessas situações.

Costinha relatou que, depois de um ritual religioso com ayahuasca, seu consumo de álcool diminuíra, substância esta que experimentou aos sete anos de idade, chegando a consumir por 16 horas seguidas em determinados momentos de sua vida, o que acarretou, problemas físicos. *Claro que me ajuda. Pra caralho. É assim que eu considero um crescimento bonito, saca? Foi um dia feliz da minha vida, uma noite bem feliz. O chá é muito bom.*

Desde a infância, nas ruas da zona leste de São Paulo, presenciava agressões policiais aos consumidores de drogas. Comparou os códigos compartilhados de consumo drogas em seu bairro de origem a outros contextos, em que as crianças podiam estar próximas às *rodas de fumo de maconha*. Foi o interlocutor que mais destacou seu itinerário de uso, e atribuiu ao consumo de drogas um lugar de destaque em sua

vida, como propiciadoras de saberes e conhecimentos. Como usuário e profissional, disse estar atento às peculiaridades que cada pessoa estabelece com as substâncias de predileção.

Diferentemente, Uva relatou sentir culpa ao consumir substâncias, pois sua prática profissional é atender pessoas em situações de extrema vulnerabilidade pelo consumo destas, embora em outros momentos atribua à pobreza e a outros fatores os motivos das pessoas estarem em situações degradantes de vida. Rinha disse que quando iniciou a trabalhar em um CAPS AD, sentiu desconforto devido a seu consumo pessoal.

Nhoque relatou um episódio, em uma despedida de solteiro, onde se colocou em risco após consumir álcool abusivamente. Não se preocupa em tornar-se um usuário abusivo, mas teme que excessos de uma noite possam acarretar problemas, e explicitou a importância do ambiente e dos rituais envolvidos como fundamentais para o consumo seguro. A questão do ambiente foi destacada pelo interlocutor como importante, e nos indagamos, em determinado momento, como a experiência de consumo de substâncias dos sujeitos poderia ser influenciada pelo ambiente e ritos envolvidos.

Nhoque, desconforme todos os demais interlocutores, disse que sua trajetória de consumo de drogas ilícitas, como maconha e afins, iniciou-se após trabalhar no campo, e que antes usava apenas álcool e tabaco. Sua justificativa foi que, embora tenha se deparado com situações problemáticas de consumo entre seus atendidos, havia conhecido profissionais que realizavam bom uso das substâncias. Citou o ambiente universitário como *careta*, e que tanto os colegas quanto as disciplinas não discutiam o tema das drogas: *é interessante mesmo, eu acho que trabalhar com essa população influenciou o meu uso*. Mais adiante acrescentou:

**Nhoque (3):** *Eu só fui me considerar usuário de drogas mesmo, depois de eu começar a trabalhar com essa população e não antes, porque, até então, meu uso de drogas ficava muito restrito a um porre e a uma bebedeira, a um fumar um cigarro ou um tabaco sabe? Eu só comecei a usar substâncias, começar a usar drogas, por exemplo maconha ou cocaína, ou alguma droga psicodélica, depois que eu comecei a trabalhar com essa população, que foi por volta de 2010, 2011 por aí assim.*

Nesta baliza, buscou-se alçar trechos – implícitos e explícitos – dos itinerários de uso. Esta baliza conecta-se tanto com a anterior como

com as próximas. A divisão por balizas facilita a análise das entrevistas, porém, não se pretende exauri-las no item correspondente. Ou seja, as balizas se atravessam e se complementam, como nos discursos dos interlocutores. Na próxima baliza, sobre trajetória profissional, ver-se-ão as duas anteriores sobrepondo-se. A tentativa é diluí-las umas nas outras.

A título de informação, durante algumas entrevistas, compartilharam-se substâncias como álcool, no caso de Nhoque e Ana, e maconha, no caso de Luís e Costinha.

#### *4.3.3 Trajetórias profissionais, acadêmicas e formativas*

Todas as entrevistas contêm trechos referentes à trajetória profissional dos entrevistados. De todos os interlocutores, apenas Ana e Peixe permaneceram nas instituições em que trabalhamos juntos. No caso do último, embora em outra unidade, já está há 20 anos por lá. Boca, durante o trabalho de campo, trabalhava na FEBRACT, exercendo o cargo de visitador técnico de CTs.

Uma das circunstâncias que me levaram a escolher e co-incidir com os interlocutores é a (a)filiação institucional, ademais das experiências de trabalho e dos percursos de uso compartilhados em outrora. As escolhas abarcaram distintos locais de atendimento público e privado aos usuários, familiares e comunidade às quais os interlocutores estão vinculados, na tentativa de traçar os **elos da rede** de atenção e cuidado a essa população. Alguns interlocutores exercem atividades laborais em mais de uma instituição e outros realizavam pesquisas e atendimentos psicoterápicos clínicos.

Há percursos profissionais compartilhados entre interlocutores em diversos momentos. Rinha e Uva, por exemplo, com vínculos empregatícios com uma Organização Social da área da saúde, conveniada à Prefeitura de SP, após a mudança de gestão municipal de 2017, foram rearranjadas no Núcleo Gestor de Casos (articulador da RAPS<sup>90</sup>), migrando do antigo programa DBA para novo programa da gestão atual da prefeitura, denominado Redenção.

No processo de seleção, não foi considerado o status profissional dos interlocutores, embora alguns deles sejam pessoas públicas no debate das drogas, com percursos que variam de 5 a 25 anos no campo. Salvo Garcia, dono de uma clínica no estado do Mato Grosso do Sul

---

<sup>90</sup> Rede de Atenção Psicossocial

(porém com trajetória profissional no estado de São Paulo), todos os interlocutores realizam suas atividades predominantemente no eixo São Paulo – Campinas, cidades estas que possuem, em linhas gerais, uma vasta rede de equipamentos, serviços e programas municipais e estaduais direcionados aos consumidores problemáticos de drogas e álcool.

Vale lembrar que, embora determinadas cidades no Brasil já tivessem iniciativas e programas de atendimento aos consumidores de SPA (em 2001, Costinha trabalhava no CAPS AD Diadema), é somente em 2005 que os CAPSs AD foram "criados" oficialmente.

Pouco foi falado a respeito das atividades profissionais anteriores, no que concerne a outras experiências fora do campo. Para alguns, os primeiro emprego pós-formados foi na área; outros não estabeleceram carreiras, casos como o de Peixe, Garcia e Almir, que se internaram ainda jovens. No caso de Etiópia, embora desenvolvesse atividades na área desde o início da recuperação, suas fontes de sustento provinham de outros meios, como, por exemplo, quando trabalhara como garçom nos EUA. Entretanto, há 10 anos dedica-se exclusivamente à temática. Realiza atendimentos clínicos, predominantemente com viés cognitivo-comportamental (A diversidade na escolha por abordagens psicológicas é evidente: Rinha e Nhoque trabalham com a psicanálise, enquanto Luís envereda-se pela fenomenologia. Já Peixe, assim como Ana, não demonstrou predileção por uma linha específica).

Costinha e Boca falaram de suas experiências profissionais progressas. O primeiro trabalhou em fábricas na cidade de São Paulo (o que, posteriormente, viria a ser o tema de sua dissertação de mestrado), e Boca trabalhou como corretor de imóveis. Assim como em meu caso, sua escolha profissional foi um desdobramento do período institucionalizado:

**Boca (1):** *Eu comecei a trabalhar em 99; assim que eu terminei o meu tratamento, eu comecei a ser voluntário no instituto, no qual eu passei como interno, e por um ano eu fiquei como motorista, ajudando a instituição. Após, comecei a trabalhar na fazenda (Fazenda do Senhor Jesus). Ali é uma das primeiras etapas do tratamento da dependência e comecei a trabalhar de monitor lá.*

Todos os interlocutores que foram institucionalizados concluíram os estudos e realizaram cursos superiores (Serviço Social, Psicologia e Pedagogia) após o tratamento. Somente Boca optou por realizar um curso técnico (auxiliar de enfermagem), não sem antes concluir o ensino

médio, pois havia parado de estudar na 8ª série: *nessa área, as pessoas acabam motivando a gente a estudar. Alguns vão para área do serviço social, outras pra psicologia. Eu acabei indo pra área da enfermagem.*

Os demais interlocutores, ao concluírem o curso superior, por motivações diversas – desde o consumo pessoal ao interesse pelo campo da saúde mental – escolheram trabalhar com essa temática. São mais jovens (média de 30 anos) em relação aos que atravessaram o processo de institucionalização, e há presença de interlocutoras. Apenas Costinha já havia atingido quatro dezenas de vida. Este último, logo no início da graduação, relatara a mim a importância de estagiar no CAPS-AD em Diadema.

Ana enfatizou que um dos motivos de trabalhar no campo é por ser oriunda de universidade pública: *Como eu venho da universidade pública, então, pra mim, faz muito sentido fazer com o grupo, com a comunidade, devolver pra comunidade.* Também critica as pessoas que se formam "moldadas" por uma questão de mercado: *pessoas saem acreditando que, na nossa profissão, só é possível (psicologia) clínica ou organizacional, né? Ou que saúde pública é algo limitado”.*

Rinha, graças ao interesse em Saúde Mental despertado na Universidade, foi trabalhar em um CAPS AD. Como dito, devido ao seu consumo pessoal, essa ideia não lhe agradava: *no começo eu não gostava, não gostava dessa questão, achei que eu teria que repensar meu uso se eu fosse trabalhar com isso. Gerava certa resistência, assim.* O consumo do ex-companheiro foi, inicialmente, indicado como outro complicador para trabalhar na área: *me deixou bem biruta. Fiquei pensando, assim, nas leituras que a gente faz dos familiares, não tem como alguém ser bem analisado numa situação dessas.*

Nesta parte do trabalho, para melhor sistematização da narrativa, a presente baliza dividir-se-á em duas menores: a) *Formação e Educação Permanente;* b) *Saúde do Trabalhador e Condições de Trabalho.*

#### 4.3.3.a Formação e Educação Permanente

Almir, citado pelos interlocutores como referência nacional em metodologia de CTs, é professor dos cursos de formação da FEBRACT – *gente vem falando na FEBRACT há muitos anos* – e realizava pós-doutorado em Epigenética na UNIAD. Enfatizou seguidamente a necessidade de ser especialista no campo, pelo motivo de que somente a



formação universitária não é capaz de, por si só, formar um profissional capacitado para trabalhar na área.

Citou dois psiquiatras-pesquisadores como suas referências profissionais e técnicas. Ambos são vinculados à UNIAD<sup>91</sup>, centro de pesquisa e formação de profissionais no campo AD, e um deles é bastante influente na elaboração de políticas públicas, como no caso do Programa Recomeço, vinculado ao governo do estado de SP. Almir enfatizou: *essas pessoas conhecem dependência química, sabem que a internação é uma opção se a pessoa tiver o perfil. Então, primeiro nós precisamos escutar eles!*

Vale destacar que a CT na qual o interlocutor é coordenador foi idealizada por ambos e inspirou a criação do programa Recomeço, servindo, supostamente, de modelo para as novas CTs conveniadas ao Programa<sup>92</sup>. O psiquiatra ainda mantém vínculo empregatício como supervisor técnico na instituição, a qual, conforme Almir informou, também possui setenta vagas conveniadas ao programa Recomeço.

Retornando aos conteúdos referentes à especialização em dependência química, é fato que outros interlocutores, todos ex-usuários, ecoaram noções semelhantes, como Etiópia ilustrou: até porque tendo mais conhecimento, ter feito uma especialização me ajudou muito, e é um tema que sempre gostei de estudar, na verdade.

Garcia, que no momento da conversa finalizava o curso de psicologia iniciado na Espanha, disse, com orgulho, que após 13 anos limpo e se preparando profissionalmente, fundou seu próprio espaço, o Instituto Oxford. Destacou seu período como profissional na Instituição Padre Haroldo, na qual realizou cursos de formação, com destaque para os da Daytop<sup>93</sup>, referência e parceira da instituição. Relembrou que a instituição fora considerada a terceira melhor do mundo em 2006 e se vangloriou de seu período por lá: eu peguei uma época, e você sabe disso, que tinha muito recurso lá no Padre, pra treinamento: *Eles tinham uma equipe que era fudida*. Depois, foi para outros países – Irlanda e Espanha –, e trabalhou inclusive com PRD: *eu trabalhei algum tempo na Espanha, num projeto que se chama Proyecto Hombre, que é um dos*

<sup>91</sup> Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas

<sup>92</sup> “A Comunidade Terapêutica Rural Santa Carlota foi idealizada pelo Dr. (...) que, junto com o Estado de São Paulo, em 2012, convidou o Instituto Bairral de Psiquiatria e eu (Almir) para construirmos esse modelo que, inicialmente, atendia a todo estado e, depois, como CT inspiradora do Programa Recomeço de 2013, passou a fazer parte, capacitando outras CTs através da FEBRACT e da COED. Digamos que somos a CT que inspirou também o Dr. (...) a levar a proposta de incluir as CTs na Rede de Atenção do Estado de São Paulo”. (Almir)

<sup>93</sup> <http://www.nytimes.com/1989/11/13/nyregion/a-pioneer-in-residential-drug-treatment-reaches-out.html?pagewanted=1>

*maiores da Espanha.* Embora tenha vivido longos anos na Europa, contou que acompanhara as mudanças ocorridas nas CTs desde que estivemos internados, em 2000: *eu estou nesse tempo inteiro da transação.*

Quando retornou ao Brasil, iniciou a trabalhar em uma clínica e determinados procedimentos inadequados ali presentes o incomodaram, questões referentes à alimentação – *quando eu cheguei lá, a cuba (essas de alimentos) que põem pra esquentar a água, tinha inúmeros pães velhos boiando* – e ao método empregado nas internações involuntárias, ainda que em seu espaço atual possua uma equipe para remoções involuntárias.

Os interlocutores que realizaram os cursos da UNIAD e da FEBRACT (curso de formação para conselheiro em dependência química) são exclusivamente usuários em recuperação, citando com mais frequência o segundo. Boca havia realizado novamente o curso da FEBRACT meses antes dos nossos encontros. Recordou que, quando o realizamos juntos pela primeira vez, em 2001, das 25 pessoas presentes, no máximo duas não estiveram internadas em CTs, e comparou com o cenário atual, em que há inúmeros profissionais e interessados oriundos de outros contextos. Aproveitou para decretar o fim do tabu de que somente adicto é capaz de auxiliar outro adicto. Almir enfatizou que somente os especialistas em dependência química tem a prerrogativa da ajuda:

**Almir (1):** *Tinham lá 500/400 pessoas metendo o pau em Comunidade Terapêutica, nisso e naquilo. Trabalhando com dependência química, mas ninguém era especialista em dependência química, como é que eu posso dizer o que é melhor para um dependente químico se eu não sei nem o que é dependência química?*

A figura do especialista em dependência química, independente de sua formação acadêmica, emergiu como um lugar de suposto saber qualificado a respeito do tema. O fenômeno da especialização não é exclusivo desta área, e se baseia em concepções científicas que privilegiam técnicas que reduzem fenômenos, objetos e correlatos complexos a partes constituintes mais simples a fim de explicá-los, em contraposição a perspectivas sistêmicas e transdisciplinares de apreensão da realidade.

Quanto ao campo de AD, diríamos que as ciências biológicas, cognitivas e comportamentais encarregam-se da parte clínica, especializada nos efeitos de substâncias no corpo e nas causas de dependência química – esta entendida como uma doença, na qual a cura

é a total abstinência, como fora repetido diversas vezes por interlocutores. Já as ciências sociais privilegiariam aspectos sociais e econômicos relacionados ao tema. Rinha explicitou essa divisão ao pautar os direitos humanos como eixo central do debate em relação a pessoas em situação de vulnerabilidade social e com consumo problemático de drogas, embora com ressalvas:

**Rinha (2):** *Eu sinto que é um luxo falar disso (formação acadêmica) nos tempos políticos que a gente vai enfrentar, mas enquanto que aspolíticas que tentam defender direitos humanos, também massificam, também produzem vulnerabilidade.*

A criação da FEBRACT, vinculada historicamente à Instituição Padre Haroldo – umas das instituições pioneiras nesse modelo de CTs centradas no tratamento a usuários de drogas – foi fundamental para divulgar, influenciar e expandir a metodologia da Instituição e, por conseguinte, noções que privilegiavam paradigmas que atribuem à dependência química o caráter de doença. Peixe trabalha há 20 anos no IPH e destacou a importância da instituição como *formadora de quadros*:

**Peixe (2):** *Por exemplo, a dificuldade de você ter pessoas qualificadas para exercer a função não se tem: são poucas as pessoas e você precisa capacitar essas pessoas. Isso demora e a hora que você consegue de alguma maneira capacitar essas pessoas, e essas pessoas estão respondendo bem no trabalho por uma questão financeira, elas pedem a conta pra trabalhar em um outro lugar e ganhar mais. Então é isso, a gente capacita as pessoas para trabalhar em outros lugares.*

Laura Fracasso (2016) remonta à década de 70, à introdução desse atual modelo como alternativa ao tratamento em manicômios, e reflete as mudanças ocorridas ao longo do tempo, como a introdução do paradigma denominado modelo psicossocial<sup>94</sup>.

---

<sup>94</sup> O Modelo Psicossocial das CTs pressupõe a compreensão de que: o indivíduo é um agente ativo na dependência; o contexto social é um importante aspecto na definição dessa dependência; a compreensão da dependência está, portanto, na interação entre a droga, o usuário e o contexto social. Sendo assim, um dos principais instrumentos terapêuticos da CT é a convivência entre os pares, na qual o usuário tem que mediar o seu comportamento individual com as exigências do coletivo e da interação com os outros que lhe cercam, relação que produz resultados na percepção de si e provoca mudanças de comportamento nos sujeitos em situação de dependência de drogas. É importante destacar que a perspectiva psicossocial aqui descrita

De fato, os interlocutores que trabalham ou trabalharam em CTs, em diversos trechos relataram como as mudanças de paradigmas ocorridas foram assimiladas. Viola e Francis que, embora não entrevistados, durante conversas no trabalho de campo lembraram com nostalgia os tempos de outrora. Peixe também comparou as épocas: havia um desejo de estar ali e havia um objetivo: parar.

Almir denominou de arcaicas as práticas de 17 anos atrás: *parecia que a gente estava num quartel general fechado, ninguém entra, ninguém sai. Quer dizer, se quiser sair, saia, mas saia logo. Lembra como era?* Boca confessou que não é fácil se adequar às mudanças. Cunhou o termo Nova Comunidade para denominar o local após tais mudanças, umas delas sendo a entrada das medicações psiquiátricas, que as CTs passaram a aceitar nos últimos anos: *eu falo que agradeço, que não tenha tido uma dor de dente, não tive uma dor de cabeça no tratamento. O cara ia pro médico se ele estivesse morrendo!* Etiópia corroborou com a necessidade de mudanças nos paradigmas de tratamentos que privilegiam as terapias farmacológicas no campo AD.

Zezé, que realizou os cursos da FEBRACT e UNIAD (o primeiro logo após a passagem pela Casa de Recuperação), reconheceu as contribuições para sua formação profissional. Entretanto, foi o único a criticá-los por defenderem uma sociedade livre das drogas (ilícitas, no caso). Afirmou que a mudança em sua visão sobre o fenômeno se dera em outro espaço.

Vejamos alguns trechos:

**Boca (2):** *Pra mim, no começo foi muito estranho. Eu não aceitava muito, que eu também, não tomei muitos remédios, e usei 16, 17 anos de droga! Fui usuário de crack! E assim é, então eu não tomei medicamento, e às vezes pra mim não fazia sentido, só que com o tempo, aí que entra as reuniões que eu ia.*

**Etiópia (3):** *Eu acho que consegui nos últimos tempos trabalhar com psiquiatras mais íntegros. É uma dificuldade que eu sempre encontrei e uma crítica que eu tenho, ferrenha, enfim, à própria indústria medicamentosa como um todo, e é o trabalho dos psiquiatras e até mesmo de alguns neuros (neurologistas), e com esse conhecimento maior de formação, pra mim é claro que eu não gosto; eu gostaria que*

*todos os pacientes não precisassem ser medicados, ou que nenhum precisasse ser medicado.*

**Boca (3):** *Quando eu falo “Nova Comunidade”, isso é meu: (significa) as mudanças que tiveram, porque assim, eu aprendi que no suor, saía as toxinas. Eu acho que hoje a gente tem outras maneiras, de você tirar as toxinas; eu acho que tem outras maneiras, mas na comunidade antiga, Daniel, não entrava remédio!*

**Peixe (3):** *De parar de usar substância, encontrar uma possibilidade que permitisse isso acontecer e de que forma acontecia! Havia o interesse e as pessoas que hoje chegam pro serviço de acolhimento chegam porque não tem pra onde ir, chegam porque alguém mandou, porque o juiz determinou. Então é aí que tá a diferença, no trabalho. Então as pessoas muitas vezes não querem estar ali, mas uma outra questão é que naquela época é que, embora tinha um número de pessoas muito pequenas pra fazer a questão do RH das comunidade terapêutica, da Casa do Meio, era um grupo pequeno de RH só com as pessoas comprometidas. Pessoas que na grande maioria, que além da experiência e vivência de ter passado por ali, de ter vivenciado na pele o que é a dependência química, de que forma que conseguiu para os caminhos que deram. Eles acabavam ficando trabalhando, se capacitando, melhorando dessa condição e a gente conseguia fazer um bom trabalho naquela época com um número reduzido, e isso fazia com que as pessoas ficassem.*

**Zezé (1):** *Você foi novinho, né, cara? Em 2006, 2007, 2008... eu fiz os três módulos. Essa visão de conhecimento que eles dizem “acadêmico” é bem parecido com da comunidade terapêutica. Depois que eu fui fazer a especialização em dependência química e fui conhecer a pesquisa é que a visão mudou um pouco, porque na própria academia ainda existe umas visões, e muitas delas proibicionista, por exemplo a UNIAD que se posicionou proibicionista contra a questão da legalização, contra a questão do antiproibicionismo e tal, contra estas questões. Eu me afiliei à ABRAMD há 6 anos, há 7 anos. ABRAMD me deu uma visão um pouco mais sensata com respeito ao uso de droga, eles são antiproibicionistas. Fui começar a colocar isso na balança, pra ver o que é e o que não é. O trabalho com a população em situação de rua me mostrou realmente que eu tava completamente errado em algumas questões. Quais uma, que “o mundo sem droga” irá existir: isso é mentira! Eu vi que, isso não vai acontecer porque não existiu nenhuma sociedade em que o uso de droga não estava presente. Aí o desafio é, sabendo do lado proibicionista, sabendo do lado mais da*

*redução de danos, dessa dicotomia que também eu acho muito pobre, pra poder entender a complexidade do usuário de droga.*

Nhoque, a despeito de não ter sido institucionalizado, também refletiu a respeito da formação de ex-usuários como trabalhadores no campo, de início, como *monitores* das instituições em que estiveram internados. Os cursos da FEBRACT e UNIAD são pontos de formação para esse público, valorizando o lugar da fala dos sujeitos e tornando-os especialistas.

Luís refletiu a junção de papéis de trabalhador e ex-usuário como potencial instrumento de trabalho – *o cara vai incorporar o ex-usuário* – e comparou com a dificuldade que alguns trabalhadores encontram de assumirem que usam drogas ilícitas, como em seu caso. Mais adiante indagou a respeito da qualificação e funções exigidas para os redutores de danos e constatou a ausência de usuários nesta função. Há de se notar a reduzida oferta de cursos de formação para redutores de danos em comparação às especializações, cursos e afins baseados no paradigma abstencionista.

**Nhoque (5):** *Discurso daquele cara que tava usando com o discurso intelectual da redução de danos, agora, a igreja que tá lá. O pastor consegue resgatar esses caras. Uma potência que o Estado não consegue, né? É só você ver um CAPS, cara, um CAPS AD do Prates (Complexo Prates). O Prates não conseguia resgatar, não conseguia fazer nada com os caras, sabe, não conseguia fazer nada. A gente vê os caras recebendo um cuidado muito ruim. É que eu considero ruim, por exemplo na Cristolândia, muito mais identificados com aquele lugar, e que o cara, chama as potências, responsabiliza o cara, e dá uma camiseta pro cara e fala pro cara "Meu, você agora é um cara que está aqui, melhorou".*

**Luís (1):** *Então eu acho que a partir do momento que a pessoa é identificada como usuário de drogas, ela perde um pouco da sua voz. Assim, ela é um legítimo que se fale, daí depende do contexto em que você está. Isso pode acontecer de uma forma mais ampla ou não. Uma coisa mais reduzida... hoje em dia a gente tem grupos de usuários que vão ganhando mais voz, né? Por exemplo, estou dando aula num lugar, hoje em dia estou trabalhando mais com atendimento individual, pra profissionais, pra equipes, assim. Daí normalmente é isso, umas tiazinhas, ensino médio, nunca trabalhou na área e tal, aquela coisa – Datena e igreja –, cabeça assim, né! Se eu sou identificado como usuário, o que eu falo é facilmente e rapidamente combatido, entendeu?*

(Narrando) *"Ah, então está falando isso porque é usuário", entendeu? Perde um pouco do valor do que você tá falando.*

**Luís (2):** *Então a discussão é o usuário... ele, para ser o redutor de danos, precisa ser usuário? Precisa ter sido usuário? É bom que ele tenha parado de usar? Se ele tiver usando dá pra ele trabalhar? Como dá pra ele trabalhar? Tinha toda uma discussão em torno disso daí, né? E como se você se voltava para uma regulamentação do redutor de danos, bastante na época e tal, principal bandeira da **ABORDA**, 2004, 2005 e 2006. Quando eu entrei, não era isso assim, e daí como é que é? Você coloca numa do... pedido, na abertura de vagas? Você fala que tem que ser usuário de drogas, como que o cara vai provar isso? Entrava em discussões, assim, desse caráter oficial disso, sabe? E daí, conforme foi minguando o trabalho de redução de danos na AIDS, que tinha já um pouquinho mas já com essa discussão que tava falando, e daí o que foi reaparecendo a redução de danos na Saúde Mental e na atenção básica, mais essa coisa da saúde. Daí você tecnicizou a redução de danos, então é o Agente de Saúde que não tem que ser usuário de drogas. Se pega umas tiazinha que não conhecem, às vezes não conhece, não viveu muito isso e tal. Equipe de consultório na rua, de CAPS e tal, é os técnico – tem enfermeiro, tem psicólogo, tem o médico –, e daí se tiver uma abertura para o usuário, é o cara que vai abrir o campo, ele vai ali. Ele é o cara que serve o que, pros outros que vão fazer o trabalho poderem entrar, então não tem o lugar do usuário, hoje em dia trabalhando né? não sei.*

Os trechos destacados lançam luz aos diversos entendimentos e percursos relacionados à formação profissional trilhados pelos interlocutores, embora se note entre os ex-usuários espaços de formação convergentes, como a UNIAD e a FEBRACT. Esse fato poderia ser explicado por quatro deles e eu termos trabalhado no IPH, que incentivava a realização dos cursos, inclusive com bolsas integrais; entretanto, dois deles, provindos de diferentes instituições e com distintas abordagens, também realizaram. Os seis profissionais trabalham há 20 anos no campo AD e realizaram suas formações nessas instituições (mas não só) que fundamentam o paradigma no tratamento baseado na abstinência total.

Em comparação aos demais interlocutores que se consideram usuários (com menor idade e tempo de experiência, exceto Costinha), depois de egressos dos cursos superiores não realizaram formações ditas *específicas* para o campo AD como os demais. Tampouco realizaram formações para redutores de danos, talvez pela escassez de locais que

oferecem tal formação, embora tenham realizados outros distintos. Por exemplo, Costinha e Luís realizaram etnografias em suas pesquisas de doutorado e mestrado, respectivamente, com a temática das drogas.

O que se destaca de comum nas entrevistas foram as queixas dos interlocutores sobre a ausência de formação específica dentro da Universidade. Defenderam as formações e capacitações como *ferramentas* importantes nas mudanças e *progressos* em suas visões sobre o fenômeno, e transmitiram a sensação que os conhecimentos atuais são mais consistentes que os anteriores. Peixe resumiu essa impressão: *acho que a gente vai aprendendo ao longo do tempo. Daí a gente vai fazendo opções, tanto no trabalho quanto pra própria vida.* Uva enalteceu o saber técnico e a importância dessa ferramenta em determinados momentos, já que lhe cabe a tarefa de formação de profissionais, assim como a Costinha, Luís, Zezé e Almir. Os dois últimos, juntamente com Garcia, usuários em recuperação, afirmaram inclusive que propõem inovações ao formularem novas cartilhas, assimilarem tecnologias ao cotidiano institucional e desenvolverem métodos de trabalho.

**Uva (2):** *Meu trabalho é mais voltado a essa coisa de agentes de saúde, entendeu? Meu, de pensar estratégias de cuidado com aquelas pessoas, para além da questão da droga, entendeu? É um trabalho bem de base, assim mesmo, de tipo que a grande maioria dos agentes de saúde aqui, a grande maioria mesmo, não tem ensino superior, não que precise ter ensino superior, mas é que quando você está em espaço, que você está ali pra pensar, pra problematizar, pra ver o mundo de uma outra forma, pra fazer umas outras discussões, entende? Você amplia a maneira como você vai pensando as coisas e você vai conseguindo relativizar muita coisa, então, quando essas pessoas entram lá? E a gente desconstruir toda uma concepção do que as pessoas falam do que é família, do que é o uso das drogas, qual que é a relação que você estabelece com isso, do que que é legal, do que que não é legal... Então assim: beber pode, a pessoa pode beber muito, mas aí usar crack não pode? Então assim, a questão é justamente isso, problematizar isso, por que que o álcool pode e o crack não pode, né? Aí pensando, sei lá, várias estratégias para conseguir alcançar um cuidado com essa pessoa que faça sentido para o outro, e não que venha uma intervenção de cima pra baixo. Então o meu trabalho está mais voltado para essa questão com os agentes, então não tô muito nesse momento... infelizmente, eu não tô muito de perto com as pessoas, entendeu?*



**Zezé (2):** *E isso me deu ferramentas pra poder elaborar minha metodologia de trabalho que você conhece, que é da pedagogia do comprometimento. Hoje eu estou abstinência por diversos fatores... não quer dizer que eu vou permanecer abstinência, né? Se eu ver no ponto de vista de querer escolher usar droga, não sei daqui a um ano, dois anos, não sei, não sei.*

**Garcia (1):** *O que que eu tô fazendo, Daniel, você vai falar "é coisa de louco". Meu tratamento é: nós pegamos o livro do Padre Haroldo, e junto com o Amor Exigente, não tá pronto ainda. Eu estou fazendo as perguntas do primeiro passo, e perguntas do primeiro princípio, para que o paciente comece a ter mais facilidade de entender o primeiro passo e os princípios do Amor Exigente, como tem no guia de Narcóticos Anônimos. Eu vou usar aqui 12 passos, prevenção à recaída e algum outro material. Eu tenho uma biblioteca armazenada, dentro de um computador. Por exemplo, na clínica, cada paciente vai ter um tablet desse, porque eu consigo individualizar o tratamento mais fácil e o "tratando" chega nele e vai falar (narrando) "Irmãozinho, hoje tem atualização de trabalho terapêutico pra você", encontrando o Joãozinho com extrema dificuldade.*

#### 4.3.3.b Saúde do trabalhador e condições laborais.

É bem verdade que os trechos referentes à baliza não emergiram recorrentemente entre os interlocutores. Entretanto, as idas ao campo, as experiências passadas como trabalhador e o fato de todas as interlocutoras terem abordado o tema, com ênfase nas questões relacionadas aos desgastes oriundos do trabalho, embasaram a escolha. É sabido que, em uma sociedade patriarcal como é a brasileira, as mulheres enfrentam diferentes formas de opressão e o trabalho é a extensão do *modus operandi* cultural.

Uva e Rinha, vinculadas ao DBA, durante o trabalho de campo se encontravam ameaçadas de perderem seus empregos<sup>95</sup> devido à mudança de gestão. A primeira, durante um dos encontros, em um de seus locais de trabalho<sup>96</sup>, havia informado que o projeto seria interrompido. Essa instabilidade profissional contribuiu para a ausência de sentido em relação ao trabalho. Uva desabafou a respeito do DBA: *de verdade sei: estou pensando seriamente, muitas coisas, inclusive o*

---

<sup>95</sup> Foram remanejadas para o novo programa municipal *Redenção*

<sup>96</sup> Transcidadania

*sentido de estar ali.* Mais adiante, assim como Ana, enfatizou a importância dos serviços possuírem estratégias de cuidado aos trabalhadores para - *o bom exercício do trabalho.* Vale notar que Zezé, durante um período do trabalho de campo, esteve afastado por licença médica do trabalho. Os três trabalham na região central de São Paulo há anos, território caracterizado por tensões e conflitos, convivendo com situações de extrema vulnerabilidade social em suas jornadas de trabalho.

No que concerne aos outros informantes, psicólogos ou com cargos de chefia, como Almir e Garcia, nada se falou do tema. O primeiro interrompeu em dois momentos a conversa para pedir à secretária pessoal uma documentação e, em outro momento, questionou-lhe algo.

**Rinha (3):** *Eu acho que pode ser, eu tô com as minhas questões na minha vida e esse sempre foi o meu sintoma, antes de eu trabalhar com isso, mas eu imagino que tenha, as coisas que me pegam grudam nesse sintoma e fazem um outro negócio”.*

**Uva (3):** *Se a gente vê os trabalhadores, a gente vê e for perguntar quanto que é um salário de um agente de saúde que fica ali 9 horas, no fluxo, 1.300 reais, entendeu? É isso, dessas pessoas que estão cuidando dessas outras pessoas, entendeu? Então, de quem tá lá e faz uso e você tem que cuidar, 1.300 reais que essas pessoas ganham, com os descontos, com desconto vai dar quanto? 1.000 reais. Entendeu?*

**Uva (4):** *É porque é isso, né Daniel? Eu acho assim, que as pessoas não se preocupam também com quem tá cuidando dessas pessoas, entendeu? Colocam essas pessoas lá, e não escutam, se você botar um monte de agente de saúde, com agente social, com educador social, esses caras tem muita história pra contar. Assim, muita riqueza no que eles fazem, e eles não são valorizados, e aí se você não é valorizado, não motivado, como que você consegue atender aquela pessoa de uma maneira também mais adequada? Entende? Tipo, no sentido de porque a grande maioria das pessoas ali você não consegue ter uma continuidade no trabalho, entende?*

**Ana (1):** *E com tudo isso eu acho que tem uma coisa que se fala muito pouco também que é o cuidado com quem faz esse trabalho, sabe? Se fala muito pouco com o cuidado com o profissional que cuida da saúde mental, assim, as pessoas pressupõe que todo mundo tem aptidão, formação e que quando atravessadas por situações críticas, de que são suficientemente capazes de se manter, de se sustentar. Precisa cuidar de quem cuida, é urgente! Esses anos que estou aqui vi várias*

*peças desistirem, várias pessoas adoecerem. Adoecerem com laudo psiquiátrico, com uso de medicação.*

Por fim, Ana e Uva salientaram as dificuldades em relação aos distintos procedimentos que os conselhos profissionais exigem dos trabalhadores e as dificuldades de adequar a CLT aos manejos clínicos específicos do campo AD. Peixe questionou a *massificação* dos atendimentos, em que são exigidos profissionais da área da saúde, em especial médicos.

**Ana (2):** *Uma coisa vai estar atravancada à outra. Se eu não tenho respaldo, cuidado com quem vai fazer esse trabalho, o que vier depois é só consequência. Eu posso ter uma instituição pública legalizada, com um grupo de imbecis trabalhando, que muitas vezes são aprisionados pelos seus próprios conselhos. Tem uma questão no CAPS III que é que sempre gera conflito, que são os leitos de hospitalidade. Quem admite? Quem organiza, né? Quem dá conta enquanto o sujeito estiver? Aí tem condutas que vão sendo motivo de briga. Porque a equipe tem um entendimento, e a equipe de enfermagem tem outro, porque com o COREN, se dá de uma outra forma. Você enquanto profissional da área multi, se o cara chega pra você, está com ideiação suicida, etcetera e tal, você acha que pelo seu vínculo, pelo que você entende dele, ficar aqui um pouquinho vai ajudar, só que a enfermagem diz: (narrando) “Não! O cara está com piolho ele não vai entrar, o cara está com tuberculose ele não pode ficar, tem outras pessoas. Se ele está com ideiação suicida a gente não tem condição de ter retaguarda, ele tem que ser internado num hospital”.*

**Ana (3):** *A falta de cuidado em meio aberto, de articulação de rede, de ampliar repertório, para que um profissional vinculado à CLT possa fazer isso, ele tem que ter condições de trabalho que furem, que sejam alternativas pra construção dessa rede, e aí a CLT não deixa. Como é que fica?*

**Ana (4):** *E aí eu preciso entrar mais cedo no meu trabalho, pra eu poder articular ou encaminhar o sujeito pra determinada região pois é uma necessidade dele, aí a minha empresa por uma questão de banco de horas não me permite! O grupo de usuários dizem pra gente que o mais crítico é o final de semana. Seria fundamental poder ter atividades no sábado e domingo, e a CLT da minha empresa não me permite.*

**Peixe (4):** *A grande maioria nem olha pra tua cara, né! É isso: o cara tá lá, tem consultório, tem que trabalhar no hospital, tem que trabalhar não sei onde, e no CAPS tem 3 horas, 6 horas por semana,*

*tem que dar conta de 40 a 50 pacientes. Então é isso, é muito complicado também julgar o trabalho do outro cara. Acho que vai muito da condição de cada pessoa. Tem pessoas que conseguem, de boa, fazer essas observações, acompanhar de uma maneira mais delicada, e tem outras que não, tem outras que estão ali pra fazer a função delas e nada mais, nada além disso. É pago pra isso e "é isso que vou fazer e se não tiver bom me manda embora". Mas eu acho que nós estamos lidando com vidas, né, que na sua grande maioria, o Estado, embora teoricamente está acompanhando lá há anos, mas foram desassistidos, não foram observados na sua totalidade, permaneceram durante anos num serviço de acolhimento.*

#### 4.3.4 Modelos e Políticas de Drogas

Conteúdos referentes à baliza foram centrais nas falas dos interlocutores e, de algum modo, já explorados em trechos anteriores. Alguns se exaltaram em determinados momentos da entrevista ao defenderem suas práticas e criticarem determinados modelos de tratamentos.

É fato que há no campo AD conflitos e tensionamentos entre os distintos saberes e discursos a respeito do fenômeno que se materializam nas *linhas de cuidado*, segundo Groisman e Schneider (2013), divididas em paradigmas absenteístas e reducionistas. Tal fato definiria o perfil da demanda condicionando à concorrência pelos bens materiais e simbólicos e, por conseguinte, o fluxo dos recursos para esses modelos. Uva denominou *blocos de cuidado* à *disputa* das linhas de cuidados na região central de São Paulo, onde há um programa definido por paradigma: *Não se tem uma continuidade, uma fluidez no cuidado, entendeu? Não tem uma linha de cuidado. Sabe, são blocos. Pá...Pá...Pá!*

Essas disputas foram ainda mais evidenciadas durante o período das mudanças ocorridas em dezembro de 2017 na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. Uma resolução alterou a RAPS com a criação de novos equipamentos e modelos de financiamento, além da integração das CTs na RAPS via Ministério da Saúde. Interessante notar que foi atribuída à experiência paulista do Programa Recomeço o embrião dessa mudança, denominada como *Segunda Reforma Psiquiátrica* para entidades que apoiaram como FEBRACT e UNIAD, e *Contra-Reforma* para outras que não apoiaram. Durante o trabalho de campo da pesquisa acompanhei a transição da gestão municipal em São

Paulo, presenciando disputas e tensões entre modelos e linhas de cuidado priorizadas nas políticas públicas, como fora fartamente descrito.

Nesse sentido, esta baliza contém trechos referentes às premissas que estruturam as práxis cotidianas dos interlocutores. Para Bateson (1971), os filósofos têm reconhecido e distinguido dois tipos de problema: os relativos aos *problemas ontológicos* (que abordam questões como: "o que é uma pessoa?" ou "que tipo de mundo é este?"), e os relativos aos *problemas epistemológicos* (abordando as questões: "como nós podemos conhecer alguma coisa?" ou, mais especificamente, "como nós sabemos que tipo de mundo é este, e que tipo de criaturas nós somos que podemos conhecer alguma coisa, ou talvez nada, sobre a questão?").

Entretanto, para o autor não é possível tal divisão na história natural do ser humano vivente, pois o homem vivente encontra-se ligado a uma rede de premissas epistemológicas e ontológicas inseparáveis, que independem de serem verdadeiras ou falsas – são parcialmente *auto-validadoras* – e, é a partir dessas regras que os indivíduos constroem a experiência. Utiliza o termo epistemologia para denotar ambos os aspectos da rede de premissas que governa - a boa ou má adaptação - entre o humano e o ambiente

Assim, as escolhas e práticas profissionais se fundam nas redes e premissas que os interlocutores constroem para si, sendo as escolhas sempre éticas e política e não possível explicá-las a partir de uma causa única, mas sim a partir de todas as práticas vizinhas que se ancoram e das relações estabelecidas. Deste modo, os trechos a seguir referem-se a modelos de tratamentos, mas também às premissas que sustentam as práticas que expressam as convicções dos interlocutores a respeito dos modelos adequados de atenção e cuidado aos usuários de drogas. Etiópia foi um dos interlocutores que mais enfatizou conteúdos relacionados a essa baliza.

**Etiópia (4):** *O meu objetivo com qualquer paciente é a abstinência, mesmo tendo a mente mais aberta hoje pra redução de danos, que eu costumo chamar de "provocação de danos"[...]. Lido muito com essa questão, com a realidade dos tratamentos de qualquer metodologia, o índice de recaída é muito alto, o índice de abstinência é muito baixo. Então eu trabalho com metas de curto prazo com alguns pacientes, e se esses em um primeiro momento não conseguem abstinência, começa-se aí com metas de curto prazo visando à abstinênciae nunca à substituição.*

**Etiópia (5):** *A minha crença é minha experiência. Se os pacientes ou familiares me procuram, então tende à maioria dos pacientes chegarem sem uso naquele dia. Alguns que não chegam, se é um primeiro ou segundo atendimento, sem problema, tolerância, eu já vou deixando isso claro para o paciente desde o primeiro atendimento, porque eu acredito que dificilmente conseguirei atender um paciente sob efeito. Não é nem tanto pelo risco da minha recuperação pessoal, em sujar-me. Pra dar um exemplo, talvez um pouco grotesco, mas parece que eu tô falando com a cocaína, e não com o paciente. Se é um paciente em abstinência, ele pode estar há um dia, algumas horas, alguma coisa, mas já é diferente. Também está gritando a cocaína, o crack, a maconha, mas há um respeito maior pelo tratamento. É o que eu sinto, dá pra sentir mais verdade geralmente.*

Garcia, Almir e Boca reverberaram trechos semelhantes ao de Etiópia, a respeito do paradigma da clínica da abstinência, embora esse último, não tenha tido experiências de trabalho em CTs. Enfatizaram que os tratamentos nas instituições se atualizaram em diversos aspectos em comparação com nosso tempo, em 2001; segundo Garcia: *um tratamento principalmente humano, diferente do que a gente tinha lá. Quarto individual, quarto duplo, triplo. É outra coisa.* Disse utilizar metodologia própria em sua clínica, mas segue os padrões de CTs: *parecido com renomadas comunidades terapêuticas, mas uma adaptação para a realidade de 30 pessoas.* Almir enfatizou não ocorrer *educativas* (punições) no tratamento como outrora e explicou a divisão dos 120 residentes em grupos terapêuticos para evitar falso positivo<sup>97</sup>.

**Almir (2):** *Eu acredito que é a abstinência é a melhor maneira disso; isso eu não tô dizendo que é porque a dependência química, se você pegar uma pessoa que tem hipertensão, se você pegar uma pessoa que tem diabetes o médico vai falar (narrando): “Olha, a melhor coisa pra você é realmente evitar o uso de de açúcar, de doce, de óleo, de sal, disso daqui”, essa é a melhor maneira, entendeu? Claro que a opção é da pessoa, entendeu? E é claro que é sobrevida para pessoa, evitando todas essas situações, aumento na qualidade de vida, aumenta muito! Se a pessoa respeitar essa dieta e essa manutenção prescrita por médicos,*

---

<sup>97</sup> Um exemplo de falso-positivo é quando se mistura residentes idosos com histórico de múltiplas internações com jovens sem histórico de internação. Neste caso, os jovens poderiam ser compelidos a pensar que terão outras oportunidades de internação e/ou que são jovens demais para parar, em comparação com os idosos crônicos.

*na dependência química é a mesma coisa, aqui não é uma questão nem ideológica, aqui é uma questão clínica mesmo, evitar o uso é a melhor maneira de você evitar disparar esse mecanismo que volta a compulsão, entendeu? Não estou defendendo ideologicamente, estou falando de uma forma muito pragmática, cientificamente comprovada, que é: as pessoas vivem melhor se elas pararem de usar, de todas as maneiras, de todas as maneiras”.*

**Garcia (2):** *Na verdade assim, Daniel, quando eu falo do modelo atualizado, mas é claro, a minha referência sempre vai ser: Santa Carlota, Maurício Landre, Matheus Praça Leite, Federação Brasileira de Comunidade Terapêutica, Juliano, Fazenda do Senhor Jesus. Matheus era coordenador quando tava chegando no tratamento, Juliano morou junto comigo em Campinas, o Maurício era meu conselheiro, trabalhamos juntos, então, eu por ter vivido a questão da rotina numa CT, tenho facilidade de montar uma rotina, em montar um tratamento. É atualizado quando eu consigo pegar referências desses lugares e junto da questão da experiência também – Proyecto Hombre, Coolmine<sup>98</sup> na Irlanda – e literatura, DeLeon (George) comunidade terapêutica... agora esqueci até o nome do livro<sup>99</sup>, aquele livro de aconselhamento da UNIAD. A questão é de abordagem que realmente seja efetiva, que seja para alguma coisa, né! Então assim, eu tenho uma estrutura também moderna, como eu te falei, todos os quartos têm TV, é um processo motivacional, o quarto individual não para aquele que tem dinheiro e o que tem seis é pro cara que não tem, o quarto individual é para o cara, que faz a parte dele e no momento ele vai para aquele quarto.*

Boca destacou a experiência de identificação biométrica em residentes das CTs conveniadas ao poder público, de modo a evitar “fraudes”. Também disse que atualmente noventa por cento dos residentes de CTs consomem drogas prescritas e comparou com o período em que trabalhamos juntos na CT, quando o consumo não era permitido entre os residentes, como Rui (2014), a partir de sua pesquisa de mestrado em 2006, descreveu: “não a uso de medicamentos; apenas a administração de remédios receitados pelos médicos particulares dos que recebem tratamento, chamados de residentes”. (RUI, 2014, p. 94).

---

<sup>98</sup> <http://www.coolmine.ie/>

<sup>99</sup> Possivelmente referia-se ao livro: Comunidade Terapêutica – teoria, modelo e método.

Etiópia foi taxativo ao relatar o aumento considerável do consumo de medicamentos em tratamentos repudiavam tais práticas<sup>100</sup>, como NA, e, embora seja extremamente crítico em relação ao elevado número de pacientes que utilizam medicamentos prescritos, indicou essa potencialidade em determinadas situações: *é muito difícil sair de um surto sem medicamento, quase impossível, e mesmo com medicamento alguns não volta, uma porcentagem não volta*. Ana, em contrapartida, criticou as equipes de CAPS que, em casos de *surto* dos pacientes, recorrem às intervenções medicamentosas instantaneamente.

Nesses casos de surtos, ou da “suposta” perda de autodeterminação, interlocutores suscitaram a necessidade de internações involuntárias e compulsórias. Garcia afirmou realizá-las em sua instituição com o aval médico: *como aqui eu montei uma equipe para a remoção, o médico fala para internar involuntário, nós fazemos*.

Boca enfatizou que não há internações desse tipo em instituições conveniadas à FEBRACT: *não há internações involuntárias e compulsórias nesses espaços e o livre-arbítrio de estar lá é primordial*. Relatou um caso que interveio durante uma vistoria de uma CT: um residente pediu-lhe para ir embora pois os funcionários da CT impediam-no. *Ele quer ir embora, é um direito legal de ir e vir. Vamos acertar? Vamos ver passagem e por ele no ônibus*.

Almir não realiza em sua CT essa modalidade de internação, embora seja favorável, denominada por ele *modelo intervencionista sofisticado*, cabendo ao Estado esse tipo de intervenção, e comparou a questão da dependência química a uma doença que necessita de lugares específicos de tratamento.

**Almir (3):** *Ele é escravo da droga, você já deve ter ouvido isso, (narrando) "eu quero parar", mas no outro dia você não encontra ele, no outro dia ele está arrebitado, aí depois ele pede internação, aí o que que acontece, por ideologia, por uma série de coisas algumas pessoas que estão lá falam "não, você não precisa, você precisa é reconfigurar, você é uma pessoa livre, você precisa sair e tal" e impede esse desejo dessa pessoa porque não reconhece este outro lado, aí fica uma coisa que esbarra por exemplos (...). Qualquer doença, dependendo do grau de comprometimento, você precisa de alguma coisa mais sofisticada, mais intervencionista, por exemplo: quantas pessoas não querem ir para o hospital, os filhos falam: "você vai, pai"*

---

<sup>100</sup> Durante o trabalho de campo, tanto no caso de Francis quanto na reunião de NA em que participei, ficou evidente o consumo de drogas prescritas nesses espaços.



*e então ele vai na marra, isso é meio involuntário, mas o cara tem que ir! Isso não é reconhecido na dependência química. Isso é reconhecido como se fosse um abuso dos direitos humanos, é como se fosse, e não é verdade, não tem nenhum lugar no mundo, você conhece o mundo: não tem lugar no mundo que não tenha internação, não tem! Não tem nenhum lugar aonde não tenha comunidade terapêutica, não tem nenhum lugar no mundo aonde não tenha um ambulatório. Estou falando de países desenvolvidos, que tem a redução de danos, entendeu? Todos os equipamentos são importantes, depende do grau.*

As interlocutoras questionaram quaisquer práticas de internações, embora não neguem a importância destas em determinadas situações. Uva enfatizou pensar na opção de internação em último caso: *não vai ser internado direto para uma comunidade terapêutica, pode ir para um hospital, ficar um tempo do lado, pra mim tem uma série de antes de comunidade.* Depois de algum tempo me telefonou revendo tal postura. Em geral, as justificativas por não optarem pela internação se basearam no fato de julgarem serem secundárias as problemáticas consequentes do consumo em relação às demandas sociais e econômicas, como bem expressou Rinha: *eu até acho mesmo que eu não trabalho muito com droga, acho que é miséria o que a gente tá falando.* Zezé também foi nessa direção: *é falta de moradia, falta de emprego, oportunidade, escolarização, a droga é só um detalhe.* Enfatizaram que o cuidado em liberdade é a melhor opção, e as internações estariam atreladas a responder às demandas de cunho social.

Nesse sentido, Luís trouxe à tona potencialidades da estratégia de RD como contraponto às práticas de internações. Comentou sobre experiências de países nos quais o Estado subsidia o consumo e experiências de RD focadas no pragmatismo da redução de índices sociais indesejados, por exemplo, a diminuição da *perturbação do ambiente: se a vizinhança está se incomodando menos, se está encontrando menos corpo de gente morta na rua, menos lixo, menos seringa, entendeu?*

No entanto, criticou a ausência de pragmatismo nos PRDs e experiências inovadoras no Brasil: *eu não vejo nada de muito revolucionário.* Conteúdos contrastantes com os trechos a respeito das mudanças ocorridas nas CTs. Rinha defendeu o modelo do *Housing First (hotéis sociais) presentes no DBA* como inovador e pautou a questão da moradia como motivo de muitas pessoas ainda desejarem internação: *muitas vezes é uma demanda de moradia.* Almir, ferrenho

crítico dos PRDs, decretou seus fins, pois, em sua visão, os usuários sempre recorreram a lugares protegidos do uso para se tratarem.

**Luís (3):** *A redução de danos na Europa tem essa perspectiva bem sanitária e de prevenção de doenças e de overdose, de redução lá de algumas coisas. É, eu acho que aqui tem uma questão, às vezes uma perspectiva mais social, né, da redução de danos, assim, pensando assim no âmbito dos direitos humanos e tal, e tem uma divisão, acho que se vê, nos EUA tem – Harm Reduction and Recovery – na recuperação e tratamento. Na Europa também tem aí uma certa divisão, não se pensa tanto essa redução de danos nesses outros âmbitos com certeza.*

**Luís (4):** *Na França tinham as boutiques, que era um lugar tipo um centro de convivência que tem uma máquina de lavar roupa, tem um café, ele pode comer alguma coisa, tem assistente social, psicólogo e tal. No Canadá tinha que eu achei genial! Que é aqueles centros de convivência e com albergue com uso controlado de álcool que são serviços de assistência.*

**Luís (5):** *Redução de danos, quem que tem? CAPS, alguns que tem que estão trabalhando na perspectiva de redução de danos. Tem alguns consultórios na rua e de rua, que tentam trabalhar numa perspectiva de redução de danos e não são todos, né, tem agente do É de Lei<sup>101</sup> que fica lá batendo cabeça, tentando construir nossa perspectiva de redução de danos, e acabou! O resto do Brasil mesmo.*

**Almir (4):** *Eles (PRDs) estão perdendo força, porque só está aumentando o problema e não adianta só você ter lei ou não ter lei, as pessoas vão procurar um lugar pra se proteger do uso. Então, pode pôr o nome que pôr, casa de acolhimento pode, tirar comunidade terapêutica pode pôr o que for,*

**Rinha (4):** *Porque é importante pra você que não está no DBA lutar por isso também, porque isso tem a ver com o modelo, não sei o que lá, a gente foi indo nisso, de garantia de direitos, que esse foi um programa que tentou com todos os seus defeitos pensar que é um problema multifatorial, que não é só a saúde que vai resolver, que não é só uma questão de internar, que é uma questão de garantia de direitos lá. A gente caiu nessa questão da moradia, e aí eu fiz essa pergunta pra tentar me explicar melhor, e aí eu falei assim: "se no lugar de falar de porque tinham vários falando 'ah, que internação é bom, ah, que internação não sei o que lá', eu falei 'se no lugar de internação te*

<sup>101</sup> Centro de convivência relacionado à perspectiva de Redução de Danos.

*oferecessem uma casa, o que que você ia preferir? ”, e tinha, sei lá, umas 7 pessoas, um preferiu a internação. Esse um, não é pra gente falar “oh, tá vendo, esse um, é eu, que precisa mesmo de um cuidado em relação a isso”.*

Há diversas críticas direcionada ao CAPS AD, equipamento central nas políticas públicas na área AD baseado no modelo de atenção psicossocial para pessoas com transtornos mentais. Almir criticou não apenas os equipamentos, mas também a política nacional de álcool e drogas como um todo. Porém em outros momentos se contradisse ao focar as críticas aos profissionais que trabalham nessas instituições. Defendeu que os CAPSs AD não ocupem centralidade na RAPS (fato que viria a ocorrer depois com as mudanças na política em dezembro de 2017), pois não há dados que comprovem sua eficácia – *não há pesquisa de adesão, de retenção, de continuidade das pessoas que melhoraram em CAPS no Brasil, pesquise! Não existe! Não existem dados*. Quando questionado a respeito de pesquisas que demonstrariam dados relativos aos tratamentos nas CTs, desconversou. Assim como Etiópia, se utilizou de pesquisas pessoais, com uma parcela de ex-residentes com os quais mantém contato – *primeira turma da CT* –, aproximadamente 10 pessoas.

Ana defendeu o CAPS como um lugar de acolhimento e *porto seguro* ao enfatizar a importância do vínculo dos usuários com as equipes.

**Almir (5):** *E o cara tá lá com um monte de gente que acabou de usar, aquele fedor, trocando comprimidos, o cara desmotiva ou recai, entendeu? Então os CAPS precisam se reorganizar. Eu não tenho nada contra o CAPS, eu tenho contra pessoas que gerenciam o CAPS, sob a mentalidade de que o CAPS foi criando pra ele, entendeu? O CAPS é muito mais! Ele pode ser muito mais do que ele se manifesta hoje.*

**Almir (6):** *Ele (CAPS) é mal utilizado, ele foi distorcido, justamente por esta frente ideológica que entrou em 2005, quando saiu a Política Nacional sobre Drogas, que até então era “anti-drogas”, e assim em todas as áreas, em todos os 5 eixos, trata prevenção, tratamento, recuperação, reinserção, redução de danos, redução de oferta, pesquisa e ciência, em todas as áreas ele incluiu estratégias de redução de danos, na prevenção. Olha só, cartilha pra ensinar menino a usar, com segurança, entendeu? Então foram umas cagadas fenomenal, entrou no tratamento, também estratégia de redução de danos, só que*

*não é estratégia, virou um programa, e na política nacional de 2005 ele está separado da redução de danos, do tratamento e recuperação, claro, isso é ideológico e personalista.*

**Ana (5):** *Sujeito mantém também a sua inabilidade de lidar com frustrações, com negativas, com estratégias mal construídas de planejamento de vida, e aí o porto seguro dele acaba sendo aquela equipe que acolhe, que respeita, que tenta não julgar e que muitas vezes literalmente alimenta. Que dá banho, que cura ferida!*

Diversas falas de interlocutores criticaram serviços, modelos e políticas, em especial os distintos daqueles que sustentam as redes de premissas e apoiam as práticas cotidianas. Recorreram ao termo *ideologia* para desqualificar modelos e visões; se por um lado alguns argumentaram que os aspectos clínicos individuais são negligenciados, por outro lado outros questionaram ausência de políticas que abarquem as questões sociais e econômicas. Zezé criticou PRDs e os modelos que privilegiam internações, mas se definiu antiproibicionista – *um mundo sem drogas não existe e de que a maioria dos usuários de droga não tem problema com o uso de droga a maioria, seja ela qual for*. Uva deixou subentendido que são incompatíveis as propostas de tratamentos presentes na RAPS com as das CTs, assim como Almir.

**Uva (5):** *Essa questão de CAPS não encaminhar é porque é lógico. Porque o CAPS funciona numa lógica, se a gente for pensar que CAPS AD III possui leitos, hospitalidades para uma possível desintoxicação, e se a princípio você quer que aquela, a princípio, né assim, avaliando o caso, você deseja que aquela pessoa fique um tempo sem fazer uso pra que você consiga problematizar com ela algumas questões, se a hospitalidade funcionou, pra que você vai encaminhar para comunidade terapêutica? Estou te perguntando.*

**Almir (7):** *Alguns que procuram não encontram resposta do CAPS, porque eles não tem mecanismo pra trabalhar com pessoa que está em abstinência há 4, 5, 9 meses, entendeu? Tem que começar do zero? Que nem Campinas, por exemplo: (narrando) "Ah, ele é novo por aqui? Ele tem que começar do zero".*

Boca expressou o clima inamistoso entre as partes, embora com tom de esperança: *cara, eu defendo a comunidade, que é onde eu estou, que salvou minha vida, mas assim, eu acredito que as coisas estão caminhando, que está engatinhando ainda*. Luís se disse pessimista e concluiu que a disputa não considera o sujeito: *enquanto a gente não*

*conseguir entender o que a galera está precisando, pensar serviço é a partir disso. Além disso, enfatizou que a ausência de pesquisas que avaliem a eficácia dos modelos facilitaria a disputa ideológica no campo.*

**Luís (6):** *Porque a gente não tem avaliação nenhuma, ninguém nunca mediu que consequência tem o trabalho de um CAPS, de um consultório na rua? De uma comunidade terapêutica, a gente não tem nada. Então fica uma discussão ideológica, assim, e daí fica criando essa polarização, redução de danos contra o tratamento, redução contra a internação, redução versus abstinência ou redução de danos e proibicionismo, tipo, isso é mó nada a ver na verdade, né!*

Nesse sentido, selecionou trechos que exaltaram conflitos e controvérsias em relação aos modelos de atenção, embora longos, são importantes para evidenciar a polarização das linhas de cuidados e dos discursos e saberes no campo AD.

**Almir (8):** *Não há diálogo por parte deles, entendeu? E aí uma parte das comunidades também cansou de tentar ir e também não quer diálogo, então o não-diálogo realmente é um problema sério,*

**Almir (9):** *Os casos de sucessos deles (CAPS) são os nossos fracassos, cara, são os nossos fracassos, os nossos casos de sucesso, os caras tão voando, cara, estão trabalhando, tão cuidando dos seus filhos, tão empregado, tão estudando, entendeu? Cara, que nem você, que nem eu, sabe? Estão na rua, tão ajudando, tão frequentando grupo, tão frequentando sua espiritualidade de escolha, entendeu? Tão fazendo coisas maravilhosas, esses são nossos casos de sucesso, entendeu?''*

**Etiópia (5):** *Eu tenho comunidade que está que tá com 5 vagas do CAPS da cidade e os caras não encaminha, isso essa semana eu tive numa reunião com a comunidade visitando e ela falou: (narrando)"eu tenho 5 CAPS e não encaminham" e eu falei "por quê?", e falou "porque chega lá o médico não encaminha ou é uma resistência".*

**Rinha (5):** *Sabe qual que é o grande problema da luta antimanicomial no campo AD? É que a gente não tem os usuários do nosso lado, na hora que a gente fala "fora internação!", e como a gente não tem moradia eles querem a internação. Se você ouve direito, muitas vezes o que eles querem é um lugar para morar, eles querem ter um lugar pra morar. E aí?*

**Luís (7):** *Muita vaga pra pagar com dinheiro público assim... e a questão é que assim, não é que pra mim é questão ideológica contra*

*comunidade terapêutica, mas tem umas coisas bizarras. Vocês foram visitar, na época o **Recomeço** só coisa bizarra, é uma ou outra, assim, que tem a galera bem-intencionada e que está bem estruturada minimamente assim, mas esmagadora maioria são lugares assustadores, eu escuto assim, os pacientes, todo mundo passou por um lugar zoadado.*

**Uva (3):** *É lá em cima que tem um problema. Isso, na hora da disputa política, eu acho sim que a gente tem que saber que lado que a gente toma, porque eu não vou lutar por ter financiamento de Comunidade Terapêutica pra um cara lucrar com isso.*

**Rinha (6):** *Isso eu quero pensar lá no mestrado, quero pensar na minha análise, na minha supervisão, mas aqui no campo da política é difícil falar isso, porque se eu falo isso eu estou criticando o Braços Abertos, e aí eu tô dando munição pro Recomeço, dizer daí (narrando) "meu, tem que calar a boca porque também não dá", é mó foda, assim, eu estou num turbilhão, minha cabeça tipo, tem lugares aonde você não pode falar certas coisas se você não quer gerar certas coisas.*

Expostas as discordâncias, há conteúdos em que os interlocutores traçaram uma interlocução entre os modelos. Nhoque relembrou que algumas propostas de cuidado foram iniciativas dos usuários: *muitas delas surgem através dos próprios usuários. Os 12 passos é uma iniciativa que é dos caras. A redução de danos é uma iniciativa que vem dos caras.* Disse conhecer redutores danos que aceitam a internação como opção, entretanto, em sua experiência nunca viu um encaminhamento nessa direção. Rinha, embora tenha ressaltado repetidas vezes trabalhar com a miséria e o problema clínico ser secundário na maioria dos casos em que acompanha, afirmou que utiliza ferramentas oriundas de paradigmas abstencionistas, como prevenção da recaída<sup>102</sup> e grupos de mútua-ajuda. Luís criticou essa “suposta” oposição entre os modelos.

Peixe trabalha com adolescentes. Assim como Zezé, disse que sua visão foi alterada e afirmou ser possível o diálogo entre equipamentos que preconizam linhas de cuidado diferentes. Luís, embora tenha criticado ambos os modelos, defendeu: *então acho que uma coisa não é contra a outra, não é contra internação, não tem essas oposições assim e aqui a gente fica nessa discussão meramente ideológica, entendeu?*

---

<sup>102</sup> *Prevenção de Recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos.* G. Alan Marlatt; Dennis M. Donovan; Editora Artmed.

**Zezé (7):** *Eu acredito que as duas – a redução de danos e abstinência – são metodologias de tratamento. Só que você considera a complexidade do ser humano e do usuário de droga, está muito além da redução de danos e muito além da abstinência, cara. Ele transita por essas duas, às vezes ele reduz o uso dele por durante um tempo e durante um tempo ele se abstem, "não quero mais usar, isso não deu certo", passa um tempo ele volta ao uso mas não deixa de ter uma vida produtiva. Então eu acho que essas duas visões, essas duas metodologias de trabalho, e poderia surgir uma outra, que não pregava nem a redução de danos e nem abstinência, mas sim a vontade do usuário, o perfil do usuário, o momento do usuário.*

**Peixe (5):** *O que é possível de se conversar, com quem defende essa ideia da abstinência total de que a pessoa tem que se submeter a tudo em nome de estar limpo. Eu fico meio perdido no sentido, eu acho que as pessoas são livres pra fazer da vida delas o que elas bem entendem e, a partir do desejo de usar ou não, é uma questão muito individual de cada um, mas vejo isso acontecer dentro da rede, as pessoas que defendem uma ideia, ou outras que defendem outras, mas eu particularmente eu tento olhar pra isso de outra forma muito tranquila, muito natural. Se a pessoa quer entrar de fato numa questão de abstinência, maravilha, vamos trabalhar pra isso. Agora se ela não quer que eu vou fazer?*

**Rinha (7):** *Eu acho que essa discussão às vezes exclui uma discussão clínica da droga que a gente também precisa fazer. É disso que eu tô dizendo dessa sensação de vazio, que a gente aprendeu a criticar muito, que é o Laranjeira que vai fazer essa discussão e que vai usar isso pra dizer que precisa de financiamento de clínica, pra dizer então que não precisa garantir direito nenhum. Aí a gente desencana disso, mas o fato é que se a gente for honesto a gente tem um problema clínico também que a gente precisa cuidar, e que talvez aparece mais o nosso brother, entendeu? E não um cara daqui que tá todo fudido e a droga é uma das coisas da vida dele.*

**Nhoque (7):** *Às vezes o cara precisa realmente de uma internação, uma internação como política, ou não-internação como política, aí eu acho muito distante do que eu acredito sabe? Acho muito distante e por mais que eu veja pessoas da redução de danos falando que tem alguns casos que tem que internar, eu vi muito poucas pessoas falando "interna!", "vamos internar mesmo", e vi muito poucas pessoas que não eram da redução de danos: "ah, vamos tentar ajudar esse cara a melhorar a qualidade de vida". Eu tento ser nem tanto céu, nem tanta*

*terra, sabe? Qual que é o mal-estar que esse cara tá passando? Como que a gente consegue ajudar esse cara a atravessar esse momento, saca?*

Por fim, dois pontos emergiram como plano comum entre os interlocutores referente à questão da reinserção social e da necessidade de modelos baseados em equipes compostas por profissionais oriundos de diversas áreas do conhecimento, como suporte para os profissionais, usuários e familiares.

A reinserção social com enfoque no trabalho (geração de renda) foi defendida como finalidade primordial, e os interlocutores criticaram equipamentos e serviços que somente realizam atividades terapêuticas em detrimento de atividades de geração de renda. Ana citou um sujeito que se encontra há seis anos no CAPS AD e indagou se esta relação não é manicomial e, de algum modo, causada pela ausência de estratégias de geração de renda. Almir atribuiu o sucesso do tratamento à reinserção no trabalho e o retorno à família.

No que condiz às equipes composta por diferentes profissionais, preconizadas por diversos interlocutores e manuais/diretrizes, embora similares em suas proposições, possuem várias compreensões a respeito de suas formações. Garcia possui uma infraestrutura em sua instituição que atende desde a remoção até a ressocialização do indivíduo, e contrata serviços terceirizados quando não ali disponíveis. Justificou tais práticas ao dizer que no estado do Mato Grosso do Sul não há RAPS estabelecida: por isso a oferta dos serviços. Apareceram conceitos como multidisciplinaridade e transdisciplinaridade, que determinados interlocutores utilizaram para referirem-se a distintas questões, desde trabalhos entre a própria equipe até no que diz respeito a uma mentede trabalho multidisciplinar.

O fator pessoal ainda exerce papel importante diante das fragmentadas ações e políticas, a nível micro e macro. Luís salientou que a descontinuidade de programas e políticas dificultam o estabelecimento de vínculos entre equipes e usuários. Peixe afirmou que os usuários geralmente estão vinculados a pessoas, assim como Uva disse que as redes são formadas por pessoas, não por serviços.

#### *4.3.5 – Modos de Existência*

No que diz respeito à pergunta disparadora, que contem em si a palavra *usuário*, os interlocutores não se reprimiram ou negaram tal



condição, tampouco se incomodaram ao serem assim chamados. Contudo, com exceção de Costinha, os demais não relataram experiências de uso com intensidade. De modo geral, fizeram diferenciações entre o consumo dos atendidos e seus próprios, e como lidam de maneiras distintas. Zezé retornava de um *lapso de uso* e afirmou que foi devido às exigências da rotina que havia *freiado* o uso, pois há partes de sua vida ocupadas como trabalho, família e amigos que o impediam de dar a importância que outrora dera à droga.

**Zezé (6):** *Esses modos de existências das ciências sociais me ajudou hoje a responder diferente, será que ele escolheu ou ele foi vítima? Dessa vida que ele tá escolhendo, né? Que às vezes a gente culpa muito o usuário, você está assim ou grande maioria do senso comum culpa o usuário de ele estar nessa condição, mas a gente num vê que essas condições sociais, muitas vezes, a própria política, a própria desigualdade empurra o cara a essa condição... um é diferente do outro, todo mundo é empurrado, mas tem pessoas que têm predisposições familiares, genéticas, psicológicas e sociais. Nem todos conseguem, por isso uns conseguem lidar com isso e outros não conseguem. Vão lá para o fluxo, cara!*

A temática desta última baliza esteve presente em inúmeros trechos anteriores, direta ou indiretamente. É bem verdade que há uma substancial quantidade de termos elencados referindo-se aos consumidores de SPA: adictos, dependentes químicos, usuários recreativos, usuários, nóia (referência pessoal), sujeitos, escravos, pacientes, experimentadores, e outros tantos adjetivos pejorativos como mentirosos, inaptos, manipuladores e impulsivos também emergiram. Etiópia estabeleceu uma relação de causalidade entre o consumo de drogas alucinógenas (inclusive maconha) e o ato de mentir destes usuários, produzindo defeitos de caráter.

Costinha, diferentemente, relatou-me a importância dessas substâncias em sua vida e que através dos afetos bons produzidos por estas, pode melhorar e superar dinâmicas pessoais destrutivas. Relatou um acontecimento dos tempos em que trabalhava no CAPS AD Diadema em que um usuário, em um grupo terapêutico, ensinou os outros a *injetar* com determinada tecnologia: *tinha um saber em cima da própria prática, que eu achei demais! Parei eu parei assim no ar! Vixe, o bagulho é mais intenso, né? O bagulho é mais louco.*

Ana e Luís propuseram focar nas singularidades de cada sujeito, e foram enfáticos ao afirmarem a necessidade de mudanças nessas

terminologias. Luís disse: *o lugar de quem fala a partir do seu uso cai rapidamente nesses lugares do “manipulador”, do “cara fraco”, do “cara desorganizado” e tal.* Uma das consequências dessa categorização é alçar usuários à condição de incapacidade de autodeterminação, ou seja, – *sem autonomia plena e em vulnerabilidade* –, palavras do Comitê de Ética ao negar o parecer de pesquisa com essa população, exigindo a autorização das instituições. Pressupõe-se que os usuários de substâncias psicoativas, assim como suas escolhas de modo de existência, necessitariam de tutela pois o indivíduo não tem controle sobre suas emoções e em alguns casos necessitaria de intervenções mais sofisticadas e intervencionistas – *internações involuntárias e/ou compulsórias* –, no caso da pessoa que se tornou *escrava da droga*.

Para Ana, as pessoas atendidas, no geral, desejam ser tuteladas e sua sensação é a de que os próprios usuários se resignam ao lugar do infeliz, do desprotegido. Criticou os estereótipos associados aos usuários, mas, de algum modo estabeleceu padrões aos seus atendidos para justificar a necessidade do CAPS AD como um *porto seguro*, por exemplo, diante da inabilidade para lidar com frustrações e com estratégias mal construídas de planejamento de vida.

Também vinculou esse lugar do resignado semelhante às considerações de Olievenstein (1985), onde sugeriu a expressão “o idiota da família”<sup>103</sup>. Para ela, o sujeito passa a acreditar que é ovelha negra da família: *nada que ele fizer dá certo e ele merece ser castigado, mesmo quando ele mesmo vai buscar tratamento.* Mais adiante prosseguiu: *como se indiretamente, eles concordassem com esse lugar mal-visto. “No fundo no fundo eu sou uma pessoa ruim, por isso que essas coisas acontecem comigo”.* Propôs um grupo sobre gestão econômica/financeira em seu serviço para orientar os usuários:

**Ana (6):** *A maioria das pessoas mal tem o ensino fundamental, então elas não aprenderam, elas não sabem interpretar texto, elas não sabem fazer conta, elas ficam na dependência de outras pessoas e precisam criar estratégias muito primitivas de sobrevivência, entre você ser esperto e/ou ser roubado ou morto.*

A seguir, coletiviza trechos referentes a esta baliza que será retomada no capítulo final.

---

<sup>103</sup> Conceito utilizado por Claude Olievenstein em seu livro *O Destino do Toxicômano* (1985).

**Etiópia (6):** *Hoje é uma dificuldade que a gente encontra, uma realidade em consultório que é os pacientes mais mentirosos comportamentalmente se generalizando. São os usuários de alucinógenos, especialmente, e esse é o tipo de paciente que a gente trabalha muito a questão da motivação, enfim, que a negação é como era do usuário das outras substâncias, era como era do alcoolista há muito tempo atrás.*

**Almir (10):** *Hoje está ocorrendo uma série de descobertas através da epigenética sobre alterações cognitivas, nos gens do DNA devido a traumas, estresse e outros tipos de fobia, etc. Sofrimentos que as pessoas passam através de negligências, violência doméstica, etc. E isso já está indo pro campo da dependência química, mas se nós pegarmos o conceito que é a dependência química, é uma desorganização biopsicosocial e espiritual, como a Organização Mundial da Saúde preconiza, que afeta o sistema de recompensa. Traduzindo pra, na realidade, um dependente químico, ele desenvolve uma outra cultura, com mecanismos pra manter essa necessidade compulsiva do uso, então são pessoas que tinham a vida regrada, organizada. Provavelmente tinham alguns tipos de dificuldades, eu acho que a droga ou o álcool, elas fazem um papel, elas têm um significado: ninguém é má gente, a maioria das pessoas não usam droga por nada, elas vão procurar alguma coisa na droga, ou prazer ou reconhecimento ou relaxamento ou desestressar ou esquecer problemas; mas é uma série de coisas, a droga tem um papel. A pessoa usa para alguma coisa, e isso ninguém imagina, que essa solução que a droga dá, ou o prazer que a droga traz vai disparar depois uma obsessão, uma compulsão muito grande, através das glândulas ali do núcleo accumbens. Então, essa pessoa passa a criar respostas pro abuso, criar motivos pro uso em horários inadequados, e a medida que ela vai se comprometendo, ela vai... é... desenvolvendo mecanismos que reforçam a obtenção a qualquer preço. Estamos falando já, entrando num quadro, posso até dizer do meu quadro de dependência, que saiu de um uso recreativo de uma experimentação, por um uso social, por um uso recreativo pra abuso, e depois desenvolve dependência mesmo, e aí a partir daí começou a comprometer toda a vida.*

**Almir (11):** *É muito fácil a gente ver esses meninos, a impulsividade, a dificuldade de adiar a gratificação, a negação, o medo e a mentira, a omissão, todas essas características é às vezes também em algumas pessoas, às vezes desenvolvidas, mas na dependência química isso é reforçado muito, porque você precisa disso pra manter o uso entendeu? Você tem e é muito difícil achar uma pessoa que não*

*tenha que mentir, ou que não tenha que se desfazer de alguma coisa, ou pedir dinheiro, ou inventar alguma história pra poder fazer o uso, e isso vai também anulando ou contraindo esse teu lado emocional; inclusive passa de prazer pra alívio, então quando você entra em abstinência, faz um tratamento, entra em abstinência, aí que eu acredito que seja a grande solução pro problemaentendeu?”.*

**Almir (12):** *As pessoas que, que param? A percepção ainda está distorcida, você enxerga ainda a realidade de uma forma um pouco diferente, você lida com a emoção de forma diferente, porque você não tem mais droga, você não tem mais alívio e há muito tempo você não sente esse tipo de situação, raiva, medo, confusão, dúvida, e lidar com a expectativa, de sucesso, frustração, todas essas situações... é... sem o uso de droga, elas mexem com a pessoa, internamente, e aí quando você trabalha com dependência química, e você é exposto a estas situações, onde você tem que ter um equilíbrio pra ajudar as pessoas que estão numa fase de transformação, isso pode afetar. Então muitas vezes, a pessoa, o dependente em recuperação novo, ele acaba muitas vezes... é... transferindo, contratransferindo sintomas, sinais e sentimentos por conta de sua inabilidade de separar. Aí entra muito essa questão da ética e do profissionalismo, mas não porque a pessoa não é ética e profissional, é porque a pessoa ainda não criou, não desenvolveu habilidades sociais, entendeu?*

**Almir (13):** *Viver com qualidade é difícil. Abdicar da liberdade que a gente tem de fazer o que quiser hoje por conta da sua saúde, da sua família, do seu trabalho, da sua integridade... é difícil lidar com essas situações, pra um dependente químico, que já tem dificuldades de lidar com situações, entendeu, que está “destreinado”, que ainda não está totalmente adaptado, aquilo fica mais difícil. Então ele muitas vezes pode tomar uma decisão precipitada, equivocada, e enxergar diferente, entendeu? A pessoa pode comprometer a escuta, entendeu? Pode comprometer a compreensão dele em relação às pessoas.*

**Almir (14):** *As pessoas são diferentes, eu tenho que entender, que o que é risco pra você, pra mim é defesa entendeu? É fator de proteção. Eu tenho que entender que a sua dependência química é uma impressão digital e a minha dependência química... é... a minha impressão digital da dependência química não são iguais.*

**Peixe (6):** *Eu conseguia agir com as pessoas no uso, embora em sua totalidade também eram usuários, mas eu conseguia trocar uma ideia, eu conseguia me encontrar no meio de tudo aquilo. Quando eu parei, eu já não conseguia mais. Aquele mundo já não pertencia mais e esse outro mundo eu não conheço, eu não sei. E aí tinha muitos*

*momentos que eu tinha dúvida, se eu devo entrar? Não devo? Eu tinha medo do que iria acontecer se eu entrasse, por exemplo, a voltar a estudar, universidade, será que eu vou dar conta? E se eu não der conta, o que vai ser? O que as pessoas vão falar de mim? O que que a minha família vai pensar de mim? Que rumo eu vou dar para a minha vida? É essa identidade, você deixa de ser uma coisa e passa a ser outra que você não sabe o que é, desconhecida, e até você passar a conhecer são anos! E mesmo assim você não conhece na totalidade e eu acho que, naquela época tinham pessoas que diziam entre eles, o Walter, o Seu Waldir<sup>104</sup>, pessoas que tavam dentro da comunidade, dentro dos grupos anônimos, eles diziam (narrando) “você vão entender as coisas quando você empatar o tempo de uso com a abstinência”, e isso faz sentido. Naquela época os caras, pra mim, estavam louco, mas de fato, é isso: quando você consegue empatar o tempo limpo com o tempo de uso.*

---

<sup>104</sup> Seu Waldir foi membro de AA por 40 anos. Tive o prazer de conviver com esta pessoa tão generosa e íntegra enquanto era monitor na FSJ.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS<sup>105</sup>

Uma teoria etnográfica tem o objetivo de elaborar um modelo de compreensão de um objeto social qualquer (linguagem, magia, política) que, mesmo produzido em e para um contexto particular, seja capaz de funcionar como matriz de inteligibilidade em outros contextos. Nesse sentido, permite superar os conhecidos paradoxos do particular e do geral, mas também os das práticas e normas ou realidades e ideais. Isso porque se trata de deixar de levantar questões abstratas a respeito de estruturas, funções ou mesmo processos, e dirigi-las para os funcionamentos e as práticas (GOLDMAN, 2003, p. 460).

A narrativa relatou discursos e acontecimentos para ampliar o escopo a respeito da complexa temática da questão das drogas, o que torna qualquer solução simplista, duvidosa. Optou-se por falar de muitas coisas sem, necessariamente, aprofundá-las, pois, o “máximo a que uma teoria etnográfica pode pois aspirar é explicar razoavelmente (no sentido de explicitar) um número relativamente grande de coisas” (GOLDMAN, 2003, p. 460). Neste derradeiro capítulo, coletiviza-se sobretudo as análises dos capítulos anteriores, adensado-os com conceitos como *cartografia*, e controvérsias ainda não discutidas.

### 5.1 (Auto)etnografia cartografada

O trabalho é fundamentado no itinerário do pesquisador como trabalhador do campo das drogas que se iniciou há 17 anos em uma Comunidade Terapêutica, como usuário em recuperação (ex-usuário), na qual o modelo de tratamento preconizado tinha ênfase na abstinência. *A posteriori*, trabalhei em locais que preconizavam a estratégia da Redução de Danos como perspectiva de cuidado ao usuário de drogas. Nesse momento, havia retomado o meu consumo pessoal de drogas.

A pesquisa foi realizada no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2018. As idas ao campo iniciaram-se em outubro de 2016 e desdobraram-se até dezembro de 2017, onde foram acompanhados 12 interlocutores em suas atuais instituições (quando possível), todos, ex-

---

<sup>105</sup> Esse capítulo é realizado em forma de artigo como requisito obrigatório para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva no PPGSC.

colegas de trabalhos e projetos. Foram realizadas entrevistas com todos, com uma pergunta disparadora: **"De algum modo a condição de usuário/ex-usuário de drogas interfere na sua prática cotidiana ao trabalhar com o tema em questão?"**

Dos 12 interlocutores presentes na pesquisa, seis são usuários em recuperação (ex-usuários) e outros seis são consumidores de substâncias psicoativas. Possuem curso superior completo, exceto Garcia, que concluiu o curso de psicologia e Boca, técnico de enfermagem. Vale notar que a grande parcela é composta por homens (nove), e esse fato se relaciona à minha experiência em comunidades terapêuticas onde a separação por sexo geralmente era uma regra e, por conseguinte, a maioria dos pares de trabalho nesse local eram homens. Apenas um dos interlocutores não trabalha no estado de São Paulo, contudo é nascido lá e trabalhava até recentemente no estado.

A tarefa de descrever os diversos lugares de trabalhos e históricos pessoais foi densa devido ao entrecruzamento de funções e inserções no campo de atuação. Como visto, muitos deles possuem mais de um emprego, exercem cargos distintos de suas formações acadêmicas e são ligados a movimentos sociais e entidades no campo AD.

O etnógrafo deve articular os diferentes discursos e práticas parciais (no duplo sentido da palavra) que observa, sem jamais atingir nenhum tipo de totalização ou síntese completa. Nosso saber é diferente daquele dos nativos não porque seja mais objetivo, totalizante ou verdadeiro, mas simplesmente porque decidimos a priori conferir a todas as histórias que escutamos o mesmo valor. (GOLDMAN, 2003, pág. 456).

A habilitação no campo por meio do trabalho de campo (observação participante, diário de campo e entrevistas transcritas) forjou-se por diversos pontos de entradas, como a participação em seminários e congressos, apresentação em eventos, presença em manifestações em apoio a programas de tratamento (De Braços Abertos), leituras de artigos e livros, encontro com usuários em tratamento e entrevistas na tentativa de captar e evidenciar os posicionamentos dos agentes participantes do campo AD, “assim como seus posicionamentos e estratégias em busca de construir uma verdade científica a respeito do tema das drogas” (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1440). A tarefa de visibilizar as redes de premissas dos interlocutores foi estratégica na narrativa para transformar observações e



frases captadas na experiência de campo em conhecimento, não descobrindo ou desvelando algo/alguma coisa, mas procurando expressões. Esses agentes, heterogêneos em suas funções nos trabalhos, direcionam os fluxos do tratamento aos usuários de drogas por meio de uma lógica de cuidado formada “sobre uma suposta linha de cuidados que se dá nos projetos terapêuticos singulares” (CARVALHO; FRANCO, 2015, p. 864).

Esta pesquisa também estabeleceu conexões com a intenção de atravessar os *elos da rede* de cuidado aos usuários de drogas construídas por pessoas “capazes de tentar construir uma rede de potencialidades e possibilidades de vida” (CARVALHO; FRANCO, 2015, p. 864); foi cheio de encontros simpáticos que permitiram ao pesquisador agir próximo do que Barros e Kraupp (2009) afirmam, ou seja, que a simpatia permite tanto ao etnógrafo quanto ao cartógrafo entrar em contato com os heterogêneos que o cercam, para agir e escrever sobre esses. Discutem a cartografia e as aproximações e diferenças com outros métodos, inclusive o etnográfico.

Diferente do método da ciência moderna, a cartografia não visa isolar o objeto de suas articulações históricas nem de suas conexões com o mundo. Ao contrário, o objetivo da cartografia é justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente (BARROS; KRAUPP, 2009, p.57).

## **5.2 Percurso: Mapear controvérsias**

É consensual o histórico da ausência de políticas públicas e iniciativas direcionadas a pessoas com problemas decorrentes do consumo de substâncias psicoativas no Brasil. Somente no começo da década de 2000, políticas públicas e programas em áreas como saúde e assistência social iniciaram atividades a nível federal.

Interlocutores relataram a inexistência de CAPSs AD e afins na época em que iniciaram suas trajetórias profissionais em comunidades terapêuticas. Com o avanço de leis e diretrizes nas políticas públicas, em especial com o fortalecimento dos modelos de RD e da atenção psicossocial, e com a criação de novos serviços, iniciaram-se controvérsias e disputas no campo AD, de algum modo captadas ao

longo da pesquisa e, em geral, pautadas na contraposição das práticas, ideias e políticas entre os modelos abstencionistas e reducionistas (que se autoprotoclaama alternativo ao primeiro).

Nesse sentido, o artigo de (TEIXEIRA, M. et al, 2017) é um importante compilado histórico dos modelos e das abordagens que permearam o desenvolvimento das políticas públicas sobre drogas no Brasil no âmbito do poder Executivo Federal desde o ano 2000. Os paradigmas *proibicionista* e *antiproibicionista* são utilizados para dividir as políticas na área da segurança pública/justiça, e na saúde e assistência social a divisão ocorre conforme suas práticas — asilar, psicossocial e RD. A categoria analítica considerada é a tipologia dos modelos de Marlatt e suas respectivas influências na organização dos serviços de saúde: 1. modelo moral/criminal; 2. modelo de doença; 3. modelo da RD.

Os primeiro e o segundo modelos têm sintonia com o paradigma proibicionista, enquanto o terceiro tem a ver com o paradigma antiproibicionista. Percebe-se certa aproximação entre os modelos de políticas públicas apresentados e os paradigmas asilar e psicossocial, que foram problematizados por autores do campo da Reforma Psiquiátrica e que podem manter as políticas públicas sustentadas em uma lógica que aprisiona, reprime e isola o sujeito que faz uso de drogas a um modelo pautado na ideia de exclusão como forma de tratamento e de suposto cuidado e um outro modelo que se sustenta na relação entre as drogas e os contextos e promove rompimento com estigmas, que é o modelo da RD e psicossocial (TEIXEIRA, M. et al, 2017, p. 1457).

Além disso, os autores analisam a dimensão da intersetorialidade presente nas políticas, classificando-as em três tipos — *inexistente*, *incipiente* e *robusta* —, categorização considerada relevante à complexidade do problema e da necessidade de abordagens sistêmicas e integradas entre os setores para uma compreensão ampliada de saúde e de seus determinantes. As análises se fundamentam em documentos elaborados e utilizados por setores governamentais envolvidos na questão: Ministério da Saúde (MS), Presidência da República, Gabinete da Segurança Institucional (Secretaria Nacional sobre Drogas - SENAD; Conselho Nacional sobre Drogas - CONAD e Casa Civil); Ministério da

Justiça (SENAD). Dez documentos foram publicados pelo Ministério da Saúde, sete pela Presidência da República e um pelo Ministério da Justiça. Do total dos 22 documentos que regulam a formulação das políticas públicas identificadas acerca do tema, 18 foram selecionados para análise por atenderem aos critérios de elegibilidade. Documentos não normatizados em portarias, leis e decretos foram excluídos.

A partir das análises de leis e documentos, indicam que as políticas públicas a respeito da questão das drogas são sensíveis aos fluxos de informação (interesses e disputas) dos especialistas, grupos de interesses ativos e setores políticos que compartilham arenas decisórias nas instituições governamentais. Destacam as ações de especialistas governamentais, de instituições de ensino e pesquisa, e de grupos de defesa de setores sociais vulneráveis, como coalizões de defesa de seus interesses, além de outros grupos que também desempenham papel importante nos desfechos e nas trajetórias das políticas. Ao analisar o panorama a nível federal, afirmam que tendências conservadoras centradas na repressão e nos modelos de cuidado e tratamento baseado nas doenças e presentes nas CTs darão o tom nos próximos anos, o que de fato já ocorre com mudanças ocorridas no final de 2017.

Essas disputas têm sido acompanhadas por diversos posicionamentos, tanto de apoio quanto contrários a tais mudanças, oriundos de diversos setores da sociedade, desde centros de pesquisas, associações e grupos de interesses ativos, que defendem ou criticam tais mudanças. Vale destacar que algumas que manifestaram apoio às mudanças, como a FEBRACT e a UNIAD, e que se demonstraram contrárias, como foi o caso da ABRAMD, foram mencionadas por interlocutores.

No que concerne à dimensão da intersetorialidade, defendem a possibilidade de ampliar as alianças entre setores para o desenvolvimento de projetos que identifiquem as competências necessárias para a implantação de ações efetivas, e para lidar com disputas políticas e pessoais por espaços de poder. Asseguram que tanto a Política Nacional sobre o Álcool, de 2007, quanto o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que deu origem ao Programa *Crack, é Possível Vencer*, de 2011, deram maior visibilidade à intersetorialidade e à integralidade das ações. Esse último programa promoveu políticas de indução à intersetorialidade ao propor o trabalho integrado por meio de comitês intersetoriais com investimento financeiro substancial e com ações que envolveram diretamente as políticas de saúde, assistência social, segurança pública e educação,

propondo como diretriz a integração das ações dos eixos de cuidado, de autoridade e de educação.

Segundo os autores, as políticas sobre drogas não deveriam ter como foco somente no consumo ou as tentativas de eliminar a sua produção, como direcionam as políticas proibicionistas, mas sim o investimento na educação e prevenção às drogas, com informação clara sobre seus efeitos para que os sujeitos possam usá-las sem causar maiores danos a suas vida, e que, para aqueles que fazem uso abusivo das mesmas, seja garantido acesso aos cuidados no modelo da atenção psicossocial a partir das premissas da RD. Aponta-se os danos causados pela criminalização, como o aumento da população prisional, das doenças infectocontagiosas e as mortes relacionadas às drogas que, em 2013, aproximaram-se de 200 mil no mundo.

Delgado (2005) questiona a divisão entre drogas de consumo lícito e ilícito, e explicita que umas das consequências da partilha moral para o cenário brasileiro foi a negligência de propostas para pessoas com transtornos decorrentes do consumo abusivo de álcool. Atribui aos grupos de mútua-ajuda e às internações psiquiátricas o papel de cuidado diante da ausência do Estado (não cita os nomes das CTs). As iniciativas, no geral, foram direcionadas aos consumidores de drogas ilícitas, sendo historicamente pautadas na pedagogia da abstinência e na repressão ao consumo, com os esforços de diversos setores do governo na repressão ao tráfico e campanhas educativas que erigiam essas substâncias como um mal absoluto a ser extirpado do ambiente cultural.

Bastos e Fonseca (2005), assim como o interlocutor Luís, comparam experiências de políticas de RD no Brasil com as de outros países; o último disse que a visão no Brasil é restrita, enquanto, por exemplo, nos EUA a RD é pragmática e visaria diminuir os índices de *perturbação urbana*. Apontou ganhos ao longo dos últimos 20 anos para o *movimento de RD*, mas criticou a ausência de iniciativas inovadoras de cuidado no PRDs. Também questionou a transposição do lugar do redutor de danos para o agente comunitário de saúde.

Destacou as iniciativas do DBA, como o *housing first*, que inovam, ainda que sua aplicação apresente problemas. Durante o campo, estive em dois hotéis vinculados a essa iniciativa acompanhado de Uva, que afirmou ter dificuldade em ver algo de terapêutico no espaço, embora seja radicalmente contra as internações em CTs. Em relatório (RUI et al, 2016) a respeito do extinto programa DBA em que esta experiência fora utilizada, há sugestões de aprimoramento nas condições dos hotéis sociais pelas constantes queixas dos beneficiários, e propõem

mudanças em relação a essas moradias. Rinha defendeu com ênfase a iniciativa do *housing first*.

Almir criticou as iniciativas dos PRDs no Brasil, restritas a poucas experiências e locais, e disse ser uma barbaridade estabelecer a RD como norte da política nacional de drogas; qualificou as iniciativas de RD na área da prevenção como desastrosas, como a distribuição de cartilhas em escolas a respeito da temática sobre drogas pautadas nessa proposta pelo Ministério da Saúde.

Os interlocutores, em inúmeros conteúdos, remeteram ao histórico da constituição das “políticas de drogas”, em especial aos modelos de atendimento oferecidos a tal população. De fato, muitas iniciativas de PRDs foram criadas nos últimos vinte anos, e o programa *Crack é possível vencer*, através de políticas de indução, fortaleceu iniciativas na direção desses modelos. Esse programa se enquadra, no processo de descentralização da política de saúde no Brasil a nível federal e cria instâncias de negociação e decisão na figura dos Comitês Gestores do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack<sup>106</sup>.

Não obstante, Viana et al (2013) defendem que a concretização do SUS depende do fortalecimento dos três níveis de governo (municipal, estadual e federal) e de reformas amplas (tributárias e político-administrativas), e destacam que as características do processo de descentralização, no qual se insere o programa *Crack é possível vencer*, são altamente questionadas devido à forte indução a nível central por meio de normas e estímulos financeiros e à adesão baseada em critérios nacionais e condicionada à avaliação e decisão das instâncias de pactuações entre os níveis de gestão.

Algumas consequências dessas ações seriam: a vinculação dos recursos transferidos a programas e políticas diminuindo a autonomia de formulação de políticas mais adequadas para as realidades locais (caráter de tutela); e a dificuldade para a montagem de modelos de integração das redes municipais de modo a garantir a assistência à saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, acarretando maiores danos às populações e grupos vulneráveis.

---

<sup>106</sup> As CIB, atuantes no nível estadual desde 1993, de composição paritária, formadas por representantes das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde indicados pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde no estado (Cosems); a CIT, atuante no nível nacional desde 1991, também paritária, formada por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde indicados pelo Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e das secretarias municipais de saúde indicados pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasem).

Nesse sentido, embora essas políticas estimulem a implantação de tecnologias de cuidado, como os consultórios de rua, concomitantemente desestimulam a criação de iniciativas locais e territoriais específicas, ao priorizar as políticas de indução de financiamento. Claude Olievstein (1985), ao pensar a clínica do toxicômano, inclui os elementos tempo e espaço como fundamentais nesse campo; ademais, faz uma analogia se utilizando da mecânica dos fluidos e sólidos e explicita as similaridades da primeira com a clínica da toxicomania, esta baseada em flutuações, turbulências e turbilhões em, ou seja, maleável e dinâmica que co-incida com as multiplicidades presentes no campo, em comparação à mecânica dos sólidos e por conseguinte, políticas públicas engessadas.

As políticas públicas têm se mostrado pouco integradas e com barreiras no acesso, acentuando as iniquidades para as pessoas que utilizam SPA (não apenas as que apresentam problemas decorrentes do consumo) e se encontram em extrema vulnerabilidade social. Rinha indagou a respeito de como as políticas públicas focadas nos direitos humanos são massificadoras e questionou as estratégias generalistas para essa população. Zezé, embora favorável às políticas de redução de danos, afirmou que a Prefeitura de São Paulo, por meio do DBA, definiu o público a ser atendido e negligenciou outras iniciativas e propostas para pessoas que não se encaixavam no perfil do programa. Ao invés das estratégias de atendimento se adequarem às distintas demandas são os desejos dos sujeitos que necessitariam se enquadrar num perfil de linha de cuidado, bem como aos trabalhadores e gestores restaria a escolha por uma destes modelos de tratamento.

As políticas públicas voltadas a essa população, necessitaria fluidez e agilidade, para que respeite e promova as práticas locais. As estratégias de avaliações são necessárias para a continuidade, além de ajustes que forneçam informações a fim de regular as intervenções e na formulação de novas políticas, programas ou propostas similares.

Rui (2014) defende que há inúmeras práticas e ideias na disputa por intervenção e terapêutica do abuso de drogas que compõem o cenário e oferece uma *visão contrastiva* entre os modelos de PRD e CTs. Nesse sentido, como apresentado por Fracasso (2016), as primeiras iniciativas das CTs com esse modelo datam do início da década de 1970, sendo alternativas às internações em hospitais psiquiátricos e manicômios. Localiza esse processo no bojo das reformas psiquiátricas brasileiras e na garantia de direitos dos usuários, e afirma que tais instituições aderiram ao modelo da atenção psicossocial. Entretanto, desde a década passada, essas instituições enfrentam resistência e

críticas por parte de inúmeras entidades pela sua inserção na RAPS. É bem verdade que são entidades sob uma rubrica heterogênea, vinculadas a federações, associações e confederações diversas. Críticas a tal modelo não são raras:

Estado brasileiro é laico e democrático e, por isso, não deverá, a pretexto de tratamento, impor crença religiosa a nenhum de seus cidadãos. Compete ao Estado respeitar e promover a cidadania dos usuários, recusando todas as propostas que violem seus direitos, como a internação compulsória e a restrição da liberdade como método de tratamento. As CT, apesar de fazerem parte da RAPS não compartilham dos mesmos critérios éticos e técnicos, pois não trabalham com a noção de território, com o conceito de saúde ampliada, nem com critérios de acolhimento pautados na lógica da RD. (TEIXEIRA et al, 2016, p. 1463)

Os autores ainda refletem as disputas e utilizam categorizações de modelos e abordagens para analisar os documentos. O modelo da doença considera a dependência de drogas uma doença biológica — *progressiva, incurável e fatal*. Assim, a meta é a abstinência total, e seus dispositivos refletem as filosóficas de AA, NA e Modelo Minnesota, também se coadunando com as crenças de interlocutores como Etiópia, Almir, Peixe e Boca. Entretanto, pelo fato de restringir as análises a documentos oficiais, não atentaram para as novas configurações. Pontuam apenas que determinadas leis e documentos apresentam dupla característica de modelos, embora não avancem em análises como a inserção da prática medicamentosa nas CTs nos últimos anos, como notado em algumas ocasiões no trabalho de campo.

Ao encontrar com um colega que esteve internado comigo em 2001, depois de 16 anos encontrava-se em sua segunda internação na mesma instituição, sob efeito de remédio psiquiátrico já em fase de ressocialização. Boca cunhou o termo Nova Comunidade (Terapêutica) para essa tendência. Vale notar que a prática medicamentosa não se restringe às CTs, como notado em uma visita a um grupo de NA, quando o interlocutor Etiópia ministrou uma palestra com a temática *Recuperação, Comorbidades e Medicação*, a pedido de membros do grupo, devido aos problemas pelo consumo excessivo de drogas prescritas. Uva ironizou os “supostos” benefícios das propostas

vinculadas à filosofia de 12 passos, e associou-as às práticas presentes nas CTs para deslegitimar tais grupos.

Sem dúvida, há inúmeras vertentes que já se utilizam desta filosofia e seus usos e adaptações escapam a esses comentários. Princípios dessa filosofia se mesclam com princípios religiosos. Nos EUA, a relação desses grupos com a medicalização da dependência química é posta em xeque:

Um dos principais fatores que contribuiu para a medicalização da dependência química foi a própria militância de usuários, principalmente o grupo de Alcoólicos Anônimos, pois com um novo estatuto de doença, houve também uma mitigação da responsabilidade do doente sobre sua própria aflição (PONTES et al, 2015, p.1444).

A questão do consumo de drogas prescritas não é exclusiva das práticas associadas ao paradigma proibicionista, mas presente em práticas associadas a atenção psicossocial e RD, pois é parte de algo mais amplo, que Vargas (2008) denomina de *invasão farmacêutica* — processo de medicalização dos corpos e da vida como decorrência do processo contemporâneo de desenvolvimento do capitalismo —. Além disso, demonstra que, a partir da década de 40, o aumento no consumo de medicamentos foi ininterrupto, quando introduzidos nos tratamentos pela farmacoterapia. A *Farmacracia*, segundo Escotado (2008), impõe ao bem comum seus interesses particulares ao promover o consumo das drogas legais, e acredita que caso os adultos não reivindicarem o direito inalienável da automedicação, esse modelo se perpetuará. Nesse caso, o lugar do especialista detentor do conhecimento e a autoridade para medicar é questionado.

Retornando ao assunto das CTs: além da presença da terapia farmacológica, outras mudanças foram presenciadas, como a inserção do projeto terapêutico individual — PIA/PTS —, que controla a porcentagem de atividades realizadas pelo residente e o fim das temidas *educativas* (punições por regras infringidas). Boca destacou as experiências de identificação biométrica em CTs vinculadas a políticas públicas estaduais. Há também a inserção de dispositivos tecnológicos nesses espaços, como *tablets*, que disponibilizam a rotina de tratamento e apresentam determinados conteúdos para os residentes, como no caso da Instituição de Garcia, embora seja clínica, baseada em metodologia



de CT e nos 12 passos. Essas mudanças, para alguns, tornou o processo do tratamento *light*, um SPA em comparação com outrora.

Ao habitar novamente essas instituições, o controle do cotidiano por meio das regras e controles de horários é notado. Sirenes soam regendo o horário e, num piscar de olhos, a saída dos trabalhadores traz o silêncio e o canto dos pássaros impera. O toque das 12hs indica o horário do almoço, o das 17hs o final do expediente dos trabalhadores. Como sinos de igreja em cidades, num só tom colonizam os corpos ali presentes. A disciplina, embora *light*, é notada com grupos de residentes deslocando-se para atividades em *rebanhos*, *trocas da guarda* e passagem de turnos dos profissionais.

Agambem (2014), em *Altíssima Pobreza*, analisa o cenóbio (monastério), espaço caracterizado, sobretudo, pela divisão horária integral da existência, em que cada momento corresponde à uma oração, leitura e trabalho manual, de tal modo que o tempo e vida são sobrepostos intimamente, quase co-incidindo. O tempo é visto como forma de sentido interno, nesse caso o elemento que permite agir sobre a vida de cada um e da comunidade com eficácia incomparavelmente maior do que aquela que podia ser alcançada pelo cuidado de estóicos e epicuristas. Defende que, se hoje somos capazes de articular nossa existência segundo horários rigidamente prescritos e de considerar a vida inteira um decurso temporal linear — em detrimento da alternância de *unidades discretas e heterogêneas*, que são medidas conforme critérios éticos e ritos de passagem —, é consequência da experiência, ainda da Idade Média, da prática de *orar e trabalhar*.

A rotina diária das CTs referente a cada atividade corresponde a uma atividade do tripé: oração, trabalho e conscientização. Esse escalonamento da rotina institucional talvez sirva como um instrumento poderoso de adaptação para os residentes, facilitando a introjeção das regras a famosa, disciplina da casa. Vale lembrar que as unidades em que estive são referência na área, e os interlocutores há tempos trabalham com o tema e possuem densa formação teórica.

A partir da exposição de conteúdos referentes a determinados modelos de tratamento e às redes de premissas dos interlocutores que sustentam tais práticas, evidencia-se tensões e disputas por linhas de cuidado que influenciam os esforços classificatórios ainda por demais inspirados por esta dicotomia, que parece servir emblematicamente para definir o “perfil da demanda” (GROISMAN; SCHNEIDER, 2013, p. 42). Essa atitude também condiciona o fluxo dos recursos de pesquisa para viabilizar a busca pelo conhecimento. Este conflito por linhas de cuidado obscurece iniciativas que poderiam auxiliar na compreensão da

questão, ampliar as possibilidades das formas de tratamento e contribuir com iniciativas inovadoras. Como visto, embora tenham ocorrido mudanças, os fundamentos das CTs baseados no tripé permanecem há décadas e as iniciativas de programas de redução de danos ainda são incipientes e insuficientes para atender a demanda. Escotado enfatiza ser esta disputa “una frívola polarización contemporánea de actitudes<sup>107</sup>”. (ESCOHOTADO, 2008, p. 23).

As consequências dessa disputa são a negação das possíveis ferramentas terapêuticas oriundas dos distintos modelos, onde estratégias da clínica da abstinência podem ser úteis em circunstâncias singulares, o que não justificaria políticas públicas que generalizem tal modelo de cuidado. Rinha fez ressalvas às internações em CTs, no entanto enfatizou a importância das técnicas oriundas da clínica da abstinência; assim como Nhoque e Zezé, que, embora tenham se proclamado antiproibicionistas, aceitam a internação como ferramenta em determinadas circunstâncias. Este último interlocutor durante o trabalho de campo ironizou ao perguntar a uma equipe vinculada ao Programa Recomeço *o que faziam em território inimigo*, quando próximos de um equipamento de atendimento do DBA.

São imensos os desafios de articular saberes e conhecimentos, estabelecer pactos e alianças, e que as ações dos setores envolvidos na questão das drogas não se restrinjam a apenas uma parcela das pessoas, que por distintos agenciamentos, dos biológicos aos sociais, dos econômicos aos químicos, apresentam transtornos decorrentes do consumo de SPA, ilícitas ou lícitas. Diante da complexa e emaranhada questão das drogas na atualidade e da noção da partilha moral dentro das áreas de conhecimento, em que determinadas disciplinas cuidam de aspectos sociais e econômicos e outras dos biológicos e clínicos, levando em consideração a vocação da saúde coletiva para a transdisciplinaridade, indagaria: *as práticas e saberes presentes nesse amplo escopo denominado saúde coletiva são capazes de formular estratégias e iniciativas para enfrentamento da questão para além da noção de consumo como algo danoso, e que se diferencie das correntes práticas que atribuem aos consumidores ares de doente e/ou criminoso, diante dessa enrijecida burocracia pública? Os medicamentos psiquiátricos dos quais encontra-se índices maiores de consumo nas últimas décadas são, de fato, objetos de preocupação da Saúde Pública no Brasil?*

---

<sup>107</sup> Uma frívola polarização contemporânea de atitudes (minha tradução)

### 5.3 Modos de existência

Dos 12 interlocutores, seis consideram-se usuários em recuperação ou adictos em recuperação e os demais usuários. A categoria usuário/ex-usuário contida na pergunta, não foi questionada quando, ao assinaram o TCLE. A condição de (ex)usuário não foi determinada pela intensidade, quantidade e/ou tempo de consumo, nem se as substâncias de predileção são (foram) de consumo lícito e/ou ilícito.

Nos casos dos *usuários em recuperação*, a escolha por estarem limpos (abstinentes), os tornam referências pela sua trajetória há mais de 20 anos em recuperação. Zezé comparou-se a uma médica obstetra que, por ser mulher, conhece a realidade distintamente de um médico obstetra que nunca passará pela experiência de parto. Criticou quem desqualifica esse lugar de fala – *É pura inveja*.

Quando encontrei Peixe, em seu local de trabalho, um serviço transitório para crianças e adolescentes na cidade de Campinas vinculado ao IPH, após instantes da minha chegada interpelou um adolescente ao sair do banheiro, indagando-lhe se havia consumido maconha. Após negativa, Peixe o repreendeu, a partir de seu conhecimento passado - *Não queira mentir pra mim, o que já enrolei de baseado de maconha vai de Campinas ao Japão*.

Rinha, a única interlocutora que, de início titubeou em assumir ser usuária, pois atrelou essa condição ao sofrimento causado pelo consumo. Disse que sua compulsão alimentar é fonte de sofrimento em sua vida, o que facilita compreender a vontade insaciável ao uso que algumas pessoas apresentam. Costinha atribuiu ao consumo de determinadas substâncias um papel importante em sua vida e atribuiu ao consumo de ayahuasca, o freio necessário, para diminuição de seu apetite alcoólico. Nhoque, embora tenha feito ressalvas pela sua condição de psicólogo, disse não considerar essa substância uma droga conforme a maneira que utiliza. Interlocutores, consumidores de SPA atestaram que o consumo de substâncias psicoativas, deixam-os sensíveis aos sofrimentos do outro e mais tolerantes com as opções alheia.

Em contrapartida, Etiópia foi enfático ao afirmar ter convivido com centenas de pessoas que utilizaram ayahuasca e ibogaína e não alcançaram os objetivos pretendidos pois para ele: *o problema é que não muda o caráter, como os grupos de mútua-ajuda*. Inclusive disse não atender pacientes sob efeitos de drogas pois acredita falar com cocaína.

É notado que trajetórias marcadas por intenações, tornaram os interlocutores menos tolerantes ao consumo de drogas, por exemplo, fato esse, que poderia ser entendida a luz de Bateson (1971). Ele atribuiu a sobriedade dos membros de AA, mais que parar de usar, a uma mudança involuntária na epistemologia inconsciente profunda – o despertar espiritual - que o sujeito atravessaria uma mudança no modo de conhecer a personalidade-no-mundo, rompendo com personalidade que o levaria a intoxicação alcoólica (o estilo sóbrio de alguma forma é errado), que por sua vez, exerceria algum tipo de correção, ainda que subjetiva, a esse erro ou patologia (estar sóbrio significaria a possibilidade de beber novamente). Nesses casos, os interlocutores que viveram esse despertar espiritual e tiveram suas redes de premissas radicalmente mudadas, até como estratégia de preservação, evitam retornar as lembranças e ações que disparem a velha personalidade tóxica.

Entretanto a baixa tolerância não foi relacionado exclusivo aos ex-usuários, Uva, assistente social e usuária esporádica de substâncias de consumo ilícito (diz ter culpa de usar), comentou a respeito da suposta *venda de heroína* na região central de São Paulo por imigrantes africanos. Rechaçou energicamente quando compartilhei minha vontade de usar tal substância e atribuiu ares *mortais a essa droga, enfatizando seus supostos efeitos devastadores*, fato no mínimo curioso para uma interlocutora que há anos trabalha com populações extremamente vulnerabilizadas – pessoas em situação de rua e população T - e com grande consumo de substâncias como o crack e de outras drogas.

Esse e outros conteúdos narrados poderiam indicar maior permissividade ao consumo de substâncias prescritas em comparação com as de consumo ilegal. O foco é a substâncias e seus efeitos deletérios e as consequências destrutivas para quem as utilizam, nesse caso, os produção social (material e simbólica) dos mesmos. Vale destacar que muitas dessas substâncias associadas a degradação, em outros momentos da história eram usadas sem maiores discriminações em contrapartida outras, como o álcool, ocuparam esse papel durante os séculos XIX e XX, inclusive por grupos ditos progressistas como demonstra Escotado (2008):

Vale destacar que essas associações, mais adiante se tornaram partido político com candidatura própria a presidência - Partido Proibicionista – e em determinados momentos, receberam apoios de grupos progressistas como as sufragistas e negros,

que viam no consumo de álcool ameaças a suas autonomias, seja pela mulher agredida e lares destruídos pelo consumo dos homens ou dos negros perdidos pelo consumo abusivo. (ESCOHOTADO, 2008, p. 511)

Nesse sentido, os sujeitos consumidores de substâncias psicoativas consumo ilícito, ademais dos já citados estigmas e preconceitos tem suas capacidades de autodeterminação questionadas e torna-se um sujeito suscetível a intervenções. Almir denominou de escravos determinados usuários de drogas e, assim como Garcia e Etiopia, é a favor de internações involuntárias e compulsórias devido a incapacidade (produzida pela droga) da pessoa de tomar alguma decisão respeito da sua vida, tampouco escolher se deseja tratamento ou não. De modo geral, os interlocutores com o entendimento de que a *dependência química é uma doença* que merece intervenção, fundamentam suas redes de premissas em modelos biológicos e comportamentais. O discurso hegemônico da terapêutica é a de que o sujeito não é mais responsável por seus atos. A presunção de que nossos semelhantes não são plenamente conscientes de seus atos, cria um amplo campo de desvios de personalidades, incluso os da automedicação “considerada um crime de lesa humanidade<sup>108</sup>” (ESCOHOTADO, 2008, p.1128)

Essa noção de incapacidade de autodeterminação não se restringiu aos interlocutores, como por exemplo, durante a pesquisa esperei mais de um ano pela autorização do CEP. O primeiro parecer negado tratava os interlocutores *sem autonomia plena e em vulnerabilidade* exigindo autorização das instituições atribuindo um lugar de tutela. Interessante notar que, até os interlocutores abstêmios (seis) há mais de dez anos foram colocados na mesma condição.

Contudo, como Bicalho et al (2016) atenta a ausência de responsabilidade sobre o uso de drogas é matéria de disputa e aberta a controvérsias: caracterizada como uma rachadura que abre a possibilidade dos enunciados serem interpelados, serem contraditos, abrindo espaço para a recalctrância, para que algo de diferente seja dito, a produção de desvio do já posto. Há iniciativas promotoras de rachadura nesses enunciados que agregam elementos a essa discussão que questionam esse entendimento, estudos que demonstram os benefícios de determinadas substâncias psicoativas e a retomada de

---

<sup>108</sup> Considerado um crime de lesa-humanidade (minha tradução)

práticas e tecnologias milenares de consumo, confirmam os horizontes de novas possibilidades.

Constatam-se também iniciativas de movimentos de usuários e familiares, questionando os paradigmas vigentes que organizam os modelos de tratamentos pautados no entendimento de que determinadas substâncias produzem danos e atreladas a modos de vida errantes, que ainda dão o tom aos enunciados e discursos que atravessam o consumo de tais substâncias, com destaque para as ilícitas.

Substâncias como a ibogaína classificada como uma substância controlada nos Estados Unidos desde 1970 e não aprovada para tratamento de dependência (ou qualquer outro uso terapêutico) por causa de seus efeitos colaterais alucinógenos, neurotóxicos e cardiovasculares, bem como a escassez de segurança e dados de eficácia em seres humanos, se demonstram eficazes em circunstâncias específicas. Inclusive como alternativa à metadona, uma droga exclusivamente adictiva, largamente preconizada na cura de usuários de heroína: “miserable cárcel química distribuída hoy coativamente, como terapia para un tipo de adicto que invento la própria proibición<sup>109</sup>” (ESCOHOTADO, 2008. p.1160)

Outras substâncias como ayahuasca, psilocibina, LSD, MDMA sinalizam novas aberturas no campo, embaçadas em pesquisas e práticas que nos últimos anos ressurgiram e presente, em trechos de interlocutores. Essas práticas são fundamentadas na crença dos supostos benefícios do consumo de substâncias renegadas a categorias negativas e que, atualmente, são utilizadas para ajudar consumidores problemáticos (é não só) em tratamentos para “dependência química”.

Nesse sentido, ainda que utópico e diante dessa cruzada farmacológica que vivemos, é abominável pensarmos na educação ao consumo, processo que os antigos denominaram de – *familiarización* (ESCOHOTADO, 2008. P. 1153). O autor realiza uma analogia com aqueles que preferem não se alfabetizar para evitar leituras danosas e, nesse caso, ao invés do aprendizado ao consumo, nossas sociedades se propõem a ignorância e ficam à mercê da avalanche midiática em torno das bebidas alcoólicas, tabaco e medicamentos prescritos.

Por fim, durante o percurso da pesquisa, em específico, questões relativas ao CEP refletem a noção histórica da incapacidade de autodeterminação dos consumidores de determinadas substâncias. Nos últimos anos inúmeras iniciativas demonstram quanto está aberta a

---

<sup>109</sup> Miserável cárcere químico distribuída hoje como terapia para um tipo de adicto que foi inventado pela própria proibição.

controvérsia, entretanto ainda há estigma e, por conseguinte, a ideia de ausência de autodeterminação por determinados sujeitos. Falo isso pelo fato de que, embora reticente em utilizar o termo (método) auto-etnográfico no título, será (*mantido*). Insistir no termo talvez seja a tentativa de produzir desvios nos já ditos-reproduzidos e trincar fendas que permitirão emergir novas formas de pensar, pesquisar e escrever, incluso no campo da saúde coletiva.

Os questionamentos em relação ao método devem-se ao privilégio dado ao lugar de fala, que, em geral, tem sido entendido como o lugar da autoridade dada ao sujeito a partir de sua vivência em relação ao assunto. Convicto de que o percurso da pesquisa não tenha privilegiado o suposto lugar de fala do pesquisador, como usuário que é, sobretudo pela prerrogativa de ser branco, homem e economicamente privilegiado, em que, muitas vezes o lugar de fala é utilizado como autorrepresentação discursivas de grupos historicamente marginalizados e dos mais pobres e segregados e sua legitimidade atrelada ao sujeito discriminado historicamente (minorias). Contudo, esses entendimentos a respeito do lugar de fala que desautoriza aquele que não sofreu na pele a condição de ser membro de uma suposta minoria marginalizada, talvez não leve em consideração postura ética e privilegia representação, ou seja, um homem nunca poderá representar uma mulher, contudo seu lugar de fala poderá assumir questões éticas relacionadas a combater o machismo.

No caso dos usuários de SPA percebem-se situações paradoxais importantes. Por exemplo, quando grupos adversários incorporam o lugar da fala para deslegitimar a luta de outros movimentos. É o que ocorre no campo das drogas, em que ex-usuários que atravessaram circunstâncias pessoais complicadas com o consumo de substâncias que os levaram a *estarem limpos*, utilizam dessa condição de sobreviventes da *adicção ativa* para reivindicar legitimidade de criticarem movimentos sociais de usuários, familiares e interessados que buscam legalizar e/ou descriminalizar substâncias renegadas a ilegalidade durante o séc. XX e por motivos distintos de ordem ética, política e pessoal propõe mudanças nas legislações.

E se, levarmos em consideração a dificuldade de definir os que são drogas conforme as amplas e distintas classificações e/ou se pensarmos a partir das relações que cada indivíduo estabelece com as substâncias e de que maneira como as utilizam - arma ou ferramentas? - definir, privilegiar e atribuir autoridade a um determinado lugar de fala soa complexo e paradoxal.

## 5.4 Última ponta

As drogas, medicamentos e psicofármacos, independentemente de serem lícitos ou ilícitos, constituem um conjunto de redes sociotécnicas que as colocam como objeto de análise de inúmeros domínios de saberes como medicina, antropologia, química e demais. Nesta pesquisa, foram trilhados diferentes caminhos na tentativa de captar os múltiplos fios de um novelo constituído por elementos heterogêneos.

Esses objetos sociotécnicos, ao depender do uso, são utilizados como arma ou como ferramentas, abrindo campos quase inabarcáveis de possibilidades e formas de uso, incluindo usos equivocados que se pagam com a própria vida. Nesse sentido, para responder à pergunta norteadora da pesquisa, é válido trazer esses elementos, pois, conforme os relatos de interlocutores, suas opções por se afastarem do consumo de determinadas drogas se deram devido às experiências negativas e destrutivas que as mesmas lhe causaram, e por serem portadores de uma doença.

Ao seguirem trabalhando na área, suas histórias de consumo influenciam em suas práticas, até mesmo por encontrarem respaldos em saberes que auxiliam na construção de suas redes de premissas, que, como dito, foram drasticamente alteradas para se manterem *limpos*. Noções tal qual a de que a abstinência seja a única estratégia para estacionar a doença da adicção e evitar a “primeira dose” de droga a qualquer custo, reproduz de algum modo, o que lhes fora transmitido enquanto estiveram internados.

Há nuances entre esses interlocutores com históricos de tratamentos, Zezé que criticou as noções que compreendem a dependência química como doença e disse ter tido um lapso de uso recente, apresentou-se mais tolerante que os demais cinco, que há mais de 10 anos seguem limpos, como no caso de Almir, Etiópia e Garcia que disseram em suas vidas pessoais evitar qualquer aproximação com pessoas e ambientes convenientes ao consumo. Profissionalmente, além de defenderem intervenções drásticas para aqueles usuários que segundo eles perderam o controle de suas vidas, assim como eles perderam um dia, também enfatizaram a necessidade da abstinência como condição de tratamento.

No que concerne aos demais interlocutores que fazem uso de SPA, não há relatos de que exijam de seus atendidos alguma condição para se tratarem ou que influenciem o consumo dos mesmos. Nhoque foi



o único que relacionou sua condição de usuário ao trabalho na área pois, conforme disse, embora tenha usado antes, suas experiências e aquisição do hábito de consumo se deram após encontros com colegas de trabalho que demonstraram ser possível realizar bons usos dessas substâncias.

Em geral, disseram-se em desacordo com noções que atribuem aos usuários ditos problemáticos, portadores de doença, e relacionam às condições desfavoráveis socioeconômicas os fatores determinantes para muitos de seus atendidos se encontrarem em situações de vulnerabilidade, que não é o caso de nenhum deles. Vale destacar que, por nunca terem recorrido à internação em suas vidas pessoais, apresentaram-se céticos em relação a essas estratégias; entretanto, com a exceção de Uva, todos levam em consideração essa opção em determinados casos, diferindo dos demais interlocutores usuários em recuperação, salvos Zezé e Peixe, são mais intolerantes com propostas de tratamentos que não tenham a abstinência como meta sine qua non



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio. **Altíssima Pobreza:** regras monásticas e formas de vida. 1ª edição. São Paulo: Boitempo, 2014.

ARAÚJO, Tarso. **Almanaque das drogas.** 1ª edição. São Paulo: Leya, 2012.

BARROS, Laura P. E. KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In Passos, E.; Kastrup, V.; Escócia, L. (Orgs). **Pistas do método da cartografia:** Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 1ª edição. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009. pp. 52-75.

BATESON, Gregory. **Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre.** Buenos Aires: Lohlé-Lumen, 1971.

BLANCO, Mercedes. **Autoetnografia:** una forma narrativa de generación de conocimientos. Andamios, Ciudad del México, v. 9, n. 19, p. 49-74, maio/ago 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.

BOURGOIS, Philippe. **Em busca de respeito:** vendendo crack em Harlem. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentina, 2015.

BURROUGHS, W. S. **Junky.** Edição definitiva. São Paulo: Companhia das letras, 2017.

CAPONI, Sandra. A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(2):445-455, 2004.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados.** Uma genealogia da psiquiatria ampliada. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

CARNEIRO, Henrique. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. in: B. C. Labate, S. L. Goulart, M. Fiore, E.

MacRAE, & H. Carneiro (Orgs.). **Drogas e Cultura:** novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 65-90.

CARNEIRO, Henrique; OLIVEIRA, Walter F. O uso de drogas na sociedade. In: BOING, Antônio F.; ASSIS, Fátima B. **Álcool e outras drogas:** da coerção à coesão. Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis: Ministério da Saúde, 2016

CHOCANO, Daniel Morales. LA COMIDA NATIVA EN LA AMAZONÍA PERUANA. *Amazonica – Revista de Antropologia*, [S.l.], v. 1, n. 1, abr. 2016. ISSN 1984-6215. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/143/216>. Acesso em: outubro de 2016.

DELEUZE, Gilles; GUATARRI, Félix. Duas Questões. In: CHÂTELET, François; DELEUZE, Gilles; GENOVOIS, Erik; GUATTARI, Félix; INGOLD, Rudolf; MUSARD, Numa; OLIEVENSTEIN, Claude. **Où il est question de la toxicomanie**. Bibliothèque des Mots Perdus: Alençon, 1978.

DELGADO, Pedro. G. *Drogas: o desafio da saúde pública*. In: Acselrad, Gilberta (Org). **Avessos do Prazer:** drogas, Aids e direitos humanos. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 165-182.

ELLIS, Carolyn; BOCHNER P. Arthur; ADAMS Tony. **Autoetnografia:** un panorama. *ASTROLABIO*, Nueva Época., v. 14, p. 249-273, Jan 2015.

ESCOHOTADO, Antonio. **História General de las Drogas**. 8ª edição. Madrid: Espana, 2008.

FELIU, Joel. Nuevas formas literarias para las ciencias sociales: el caso de la autoetnografía. *Athenea Digital*, 12, 262-271. 2007. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/447>. Acesso em: maio de 2016.

FERREIRA, Reinaldo. Memórias de um ex-morfinómano. 1ª edição. São Paulo. Dantes, 1999.

FIORE, Maurício. **Uso de drogas:** substâncias, sujeitos e eventos. Campinas, UNICAMP, 2013. 210 p. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

FONSECA, E M. e BASTOS, Francisco. I. *Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira.* In. Acselrad, Gilberta (Org). **Avessos do Prazer:** drogas, Aids e direitos humanos. 2º edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.p. 289-310.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 23ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FOUCAULT, Michel. **O Poder Psiquiátrico.** 1ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Os Anormais.** 1ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População.** 1ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRACASSO, Laura. **Comunidades Terapêuticas: Histórico e Regulamentações.** SENAD: Brasília, 2016.

FREUD, Sigmund. **El Malestar em La cultura y otros ensayos.** 7ª reimpressão. Madrid: Alianza Editorial, 2005.

GOLDMAN, Márcio. **Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos.** Etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. REVISTA DE ANTROPOLOGIA, SÃO PAULO, USP, V. 46 Nº 2, 2003.

LANCETTI, Antonio. **Contrafissura e plasticidade psíquica.** 1ª edição. São Paulo: Hucitec, 2015.

LANGDON, Jean L., MALUF, Sônia W., TORNQUIST, Carmem M. Ética e política em pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In Langdon, J; Grissoti, Márcia (Orgs.) **Políticas públicas:** reflexões. 1ª edição. Florianópolis: Editora ufsc. 2016. p. 105-124.

LATOUR, Bruno. Como terminar uma tese de sociologia: pequeno diálogo entre um aluno e seu professor (um tanto socrático). *Cadernos de Campo*, n. 14/15, p. 1-382, 2015.

MACRAE, Edward; SIMÕES, Júlio Assis. **Rodas de fumo**: o uso da maconha entre camadas médias. Salvador: EDUFBA, 2000.

MITJAVILA, Myriam. Medicalização, risco e controle social. *Tempo soc.*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 117-137, June 2015 <http://dx.doi.org/10.1590/0103-20702015015>.

OLIEVENSTEIN, Claude. **O Destino do Toxicômano**. 1ª edição. São Paulo: ARTMED, 1985.

PACHECO, Maria E. A. G. **Política de Redução de danos a usuários de substâncias psicoativas**: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE. 2013. Dissertação (Mestrado) – Centro de Estudos Sociais Aplicados – Universidade Estadual do Ceará.

PERLONGHER, Néstor 1990[1994] “Droga e êxtase”, *Religião e Sociedade*, vol. 16(3): 8-23.

PONTES, Alexandre K.; MEZA, Ana Paula S.; BICALHO, Pedro P. G. Ciência e política das drogas: as controvérsias em torno das políticas públicas de internação compulsória. **Estudos, pesquisas e psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. especial, p. 1433-1450, dez.2015.

PRATTA, Elisângela M. M. e SANTOS, Manoel A. dos O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online]. 2009, vol.25, n.2, pp. 203-211.

RODRIGUES, Luciana B.F. **Controle penal sobre as drogas ilícitas**: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. 2006. 273 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo.

RODRIGUES, Thiago. Tráfico, Guerra, Proibição. In: B. C. Labate, S. L. Goulart, M. Fiore, E. MacRAE, & H. Carneiro (Orgs.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 91-104.

RUI, Taniele. **Nas tramas do crack**. 1ª edição. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

RUI, T.; FIORE, M.; TÓFOLI, L.F. “**Pesquisa preliminar de avaliação do Programa ‘De Braços Abertos’**”. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). São Paulo, 2016.

SCRIBANO, Adrián; De SENA, Angélica. Construcción de conocimiento en latinoamérica: algunas reflexiones desde la auto-etnografía como estrategia de investigación. **Cinta Moebio**, Córdoba, n. 34. 2009. p. 1-15.

SOARES, Luis E. 'O Santo Daime no Contexto da Nova Consciência Religiosa', In: SOARES, L. E. **O rigor da disciplina**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

SOUZA, Tadeu de P. **A norma da abstinência e o dispositivo "drogas"**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde. Campinas, UNICAMP, 2013. 351 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

DUTTA, Mohan. J; BASU, Ambar. **Negotiating our postcolonial Selves from the ground to the Ivory Tower** in: STANCY, Hollmam. J.; TONY Adams; CAROLYN, Ellis. **Handbook of Autoethnography**. 1<sup>o</sup>edition. CA: Left Coast Press, 2013.

TEIXEIRA, M.B; RAMÔA, M.L; ENGSTROM, E.; RIBEIRO, J.M; Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(5): 1455-1466, 2017.

TURATO, Egberto R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, Campinas, v. 39, n.3, p.507-514, 2005.

VARGAS, Eduardo V. Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: Duarte LFD, Leal OF, organização. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 121-36.

VARGAS, Eduardo V. Problemas Sociais: Armas ou ferramentas? In: MINAYO, MCS., e COIMBRA JR, CEA., orgs. **Críticas e atuantes:** ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 708 p.

VARGAS, Eduardo. V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In B. C. Labate, S. L. Goulart, M. Fiore, E. MacRAE, & H. Carneiro (Orgs.). **Drogas e Cultura:** novas perspectivas. Salvador: EDUFBA. 2008. p. 41-64.

VASCONCELOS, Luis. A. **Heroína. Lisboa como Território Psicotrópico nos Anos Noventa.** Lisboa. Imprensa de Ciências Sociais. 2003.

VERSIANI, Danielle B. **Autoetnografia:** uma alternativa conceitual. Letras de hoje, Porto Alegre, v. 37, n.4, p.57-72, dez 2002.



## APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE  
SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Apresento esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com o item IV. 3 da Resolução CNS 466/2012, referente a sua participação voluntária na pesquisa intitulada “DE USUÁRIOS PARA USUÁRIOS: UMA AUTOETNOGRAFIA”, cuja proposta é entrevistar usuários e ex-usuários de substâncias psicoativas que trabalhem com a temática álcool e outras drogas por meio da pergunta disparadora: **De algum modo a condição de usuário/ex-usuário de drogas interfere na sua prática cotidiana ao trabalhar com o tema em questão?** Os dados serão coletados em entrevistas abertas, aplicadas individualmente. As entrevistas serão gravadas e transcritas. Após a análise dos dados a publicação de materiais escritos a eles referentes ocorrerá apenas no âmbito acadêmico, sem quaisquer fins comerciais. A identidade dos participantes será mantida em sigilo e serão utilizados recursos para garantir a não identificação dos participantes. A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para participar da pesquisa destacamos a importância de estar acontecendo em um local de fácil acesso para você, portanto, você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa.

Além disso, lhe é garantida a liberdade de não participar ou de desistir da participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. Caso sinta-se de alguma forma prejudicado garantimos encaminhamento para orientação sobre seus direitos e para busca de seus direitos legais, de acordo com o seu caso específico, assim como garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa. A qualquer momento você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, órgão

responsável e que aprovou e autorizou a realização dessa pesquisa. Ambos os contatos estão listados abaixo.

Durante a entrevista e o processo de pesquisa aspectos desagradáveis podem acontecer. Seguem alguns possíveis danos da pesquisa: cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; constrangimento ao se expor durante a realização da entrevista; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante a gravação de áudio; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sua prática profissional e seu ambiente de trabalho. Caso você verifique que exista a necessidade, todo o auxílio psicológico será disponibilizado.

Assim, se você tiver interesse e disponibilidade em participar como sujeito desta pesquisa, autorize e assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que lhe é apresentado em duas vias, permanecendo uma delas com você.

**Pesquisador: Walter Ferreira de Oliveira**

Endereço: Nossa Senhora de Fátima, nº 226, Campeche, Florianópolis, 88.066-020 Telefone: (48) 9922-9026 – E-mail: walteroliveira.ufsc@gmail.com

**Contato Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – UFSC**

Endereço: Campus Universitário – Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, Florianópolis, 88.040-900 – Telefone: (48) 3721-9206 / 9696 – E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, portador(a) do RG: \_\_\_\_\_, mediante este documento, confirmo ciência e anuência em participar da pesquisa intitulada “DE USUÁRIOS PARA USUÁRIOS: UMA (AUTO)ETNOGRAFIA”, autorizo minha participação conforme a metodologia e os termos propostos, assim como a gravação do áudio da entrevista. Declaro que fui informada (o) e esclarecida (o) acerca do objetivo da pesquisa, dos procedimentos nela envolvidos, possíveis riscos e benefícios decorrentes dela e de todos meus direitos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

---

Assinatura do Interlocutor Assinatura do Pesquisador

## ANEXO 1–PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** De usuários para usuários: Uma autoetnografia

**Pesquisador:** Walter Ferreira de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66503517.6.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** FUND COORD DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUP

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.256.192

#### Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado que pretende entrevistar 10 sujeitos participantes, abstêmios há mais de 10 anos ou usuários recreativos, diretamente ligados à pesquisa, gestão de serviços e/ou atendimento a usuários de drogas.

#### Objetivo da Pesquisa:

Segundo os autores:

A hipótese é que a condição de ex-usuário ou usuário influencia de algum modo, as práticas cotidianas desses trabalhadores do campo do álcool e drogas.

Objetivo Primário:

Esta pesquisa pretende subsidiar as análises e discussões sobre a questão do consumo de substâncias psicoativas no campo da Saúde Coletiva, com ênfase nas propostas de atendimento oferecidas pelas políticas públicas. O método etnográfico será utilizado como procedimento de pesquisa buscando responder a seguinte questão: "A condição de ex-usuário ou usuário recreativo interfere nas práticas cotidianas de trabalho com consumidores de drogas psicoativas?" Ressalte-se mais uma vez que todos os participantes da pesquisa gozam de plena autonomia e não se encontram em situação de vulnerabilidade, com suas vidas pessoais e sociais organizadas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.256.192

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Podem colaborar para o conhecimento generalizável sobre o tema.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Corrigidos e adequados

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pela aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_898274.pdf	12/06/2017 18:45:24		Aceito
Outros	Carta_de_resposta.docx	12/06/2017 18:44:47	Walter Ferreira de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	23/03/2017 21:38:55	Walter Ferreira de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/03/2017 21:37:33	Walter Ferreira de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.docx	23/03/2017 21:34:52	Walter Ferreira de Oliveira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANÓPOLIS, 03 de Setembro de 2017

Assinado por:  
Ylmar Correa Neto  
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.256.192

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retórica II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

## ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** De Usuários para Usuários: Uma Autoetnografia

**Pesquisador:** Walter Ferreira de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 60451016.1.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.833.376

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFSC intitulado De Usuários para Usuários: Uma Autoetnografia

O Projeto é sobre consumidores de drogas, sejam usuários cotidianos ou usuários em recuperação – abstêmios, que trabalham no atendimento e cuidado a outros usuários de drogas e/ou que estejam envolvidos diretamente com a questão. Por meio do método autoetnográfico, buscar-se-á descrever como a condição de usuário de drogas expressa-se em suas práticas cotidianas de atendimento a outros usuários, a partir da experiência do próprio autor, trabalhador no campo das drogas e também usuário. Conceitos como dispositivo, substâncias psicoativas e drogas serão considerados à luz de autores das ciências humanas, mormente, mas não exclusivamente, a antropologia. Aspectos históricos do fenômeno em estudo também serão abordados

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Esse trabalho propõe-se, por meio do método autoetnográfico, escutar um grupo de trabalhadores, com formações e ocupações distintas, a respeito de como sua condição de usuário/ex-usuário influencia em suas práticas cotidianas de cuidado a outros usuários

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.633.376

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: O pesquisador não indica nenhum riscos de acordo com o preconizado na Resolução 466/2012 apenas refere em sua descrição que "Não vislumbramos riscos decorrentes da pesquisa, vez que os participantes serão solicitados voluntariamente a falar sobre suas experiências/vivências no cuidado de usuários de drogas."

**Benefícios:**

A pesquisa buscará contribuir para discussão da questão das drogas dentro da Saúde Coletiva e também as potencialidades do método autoetnográfico para estudar tal fenômeno

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O Projeto encontra-se de forma inicial em seus aspectos teóricos e principalmente metodológicos necessitando melhor definição e clareza para que possa ser desenvolvido na prática bem como aprofundamento e reflexão em sua abordagem ética e bioética pois trata-se de pesquisa em população que encontra-se em situação de vulnerabilidade social e protetora que fragiliza sua posição de autonomia e ação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O pesquisador apresentou Projeto, Relatório, Folha de Rosto, TCLE, Cronograma, Orçamento. Não apresenta carta Declaração Instituição.

**Recomendações:**

Recomendamos que o Pesquisador leia e reflita a Resolução 466/2012 nos artigos referentes o que é um Protocolo de Pesquisa, TCLE, Riscos e Benefícios e Responsabilidades do Pesquisador.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Concluo indicando a não aprovação do Projeto considerando a fragilidade da pesquisa em seus aspectos éticos e bioéticos e a perspectiva de "vieses éticos" por parte do pesquisador pois pesquisa não podem ser realizadas com participantes em situação de vulnerabilidade e sem autonomia plena pois consideramos ao aprovar pesquisa o respeito a dignidade humana e especial proteção aos participantes de pesquisa científicas envolvendo seres humanos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Rietoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.833.376

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_792754.pdf	27/09/2016 21:40:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Detalhado.docx	15/09/2016 16:49:53	Walter Ferreira de Oliveira	Aceito
Investigador				
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/09/2016 16:44:40	Walter Ferreira de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.docx	15/09/2016 16:42:54	Walter Ferreira de Oliveira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Não Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Novembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
(Coordenador)

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

## ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP III

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** De usuários para usuários: Uma autoetnografia

**Pesquisador:** Walter Ferreira de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66503517.6.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** FUND COORD DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUP

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.076.608

#### Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado que pretende entrevistar 10 sujeitos participantes, abstêmios há mais de 10 anos ou usuários recreativos, diretamente ligados à pesquisa, gestão de serviços e/ou atendimento a usuários de drogas.

#### Objetivo da Pesquisa:

Segundo os autores:

A hipótese é que a condição de ex-usuário ou usuário influencia de algum modo, as práticas cotidianas desses trabalhadores do campo do álcool e drogas.

Objetivo Primário:

Esta pesquisa pretende subsidiar as análises e discussões sobre a questão do consumo de substâncias psicoativas no campo da Saúde Coletiva, com ênfase nas propostas de atendimento oferecidas pelas políticas públicas. O método etnográfico será utilizado como procedimento de pesquisa buscando responder a seguinte questão: "A condição de ex-usuário ou usuário recreativo interfere nas práticas cotidianas de trabalho com consumidores de drogas psicoativas?" Ressalte-se mais uma vez que todos os participantes da pesquisa gozam de plena autonomia e não se encontram em situação de vulnerabilidade, com suas vidas pessoais e sociais organizadas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Fietoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.076.608

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Podem colaborar para o conhecimento generalizável sobre o tema.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE de forma geral bem redigido, mas não prevê ressarcimento e nomeia o participante como informante, o que é inadequado.

**Recomendações:**

Correção obrigatória do TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendente para correção do TCLE, enviado com carta resposta.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 888274.pdf	30/03/2017 12:23:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	23/03/2017 21:38:55	Walter Ferreira de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/03/2017 21:37:33	Walter Ferreira de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.docx	23/03/2017 21:34:52	Walter Ferreira de Oliveira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Avaliação da CONEP:**

Não

FLORIANÓPOLIS, 22 de Maio de 2017

Assinado por:  
Ylmar Correa Neto  
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br