



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

LETÍCIA ANDRIOLLI BORTOLAI

**DROGAS E REDES SOCIAIS DE SUPORTE:
UMA POSSIBILIDADE DE CUIDADO**

SÃO CARLOS

2020

LETÍCIA ANDRIOLLI BORTOLAI

**DROGAS E REDES SOCIAIS DE SUPORTE:
UMA POSSIBILIDADE DE CUIDADO**

Dissertação apresentada como um dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Terapia Ocupacional, no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos.
Linha de Pesquisa: “Redes Sociais e Vulnerabilidades”.
Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano.

SÃO CARLOS

2020



Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Letícia Andriolli Bortolai, realizada em 17/02/2020:

Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano
UFSCar

Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi
UFSCar

p/ Prof. Dr. Maurício Fiore
CEBRAP

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Maurício Fiore e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ao) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano

AGRADECIMENTOS

Agradeço a *Deus*, as infinitas oportunidades, a força necessária para continuar nos momentos difíceis e as bênçãos em toda a trajetória.

À minha orientadora *Ana Paula*, a confiança, a paciência, os diversos aprendizados e trocas. Mais uma etapa juntas! Você é inspiração.

Aos meus pais, *Sônia e Alfredo*, toda a compreensão, o carinho, o cuidado e o apoio. À minha *família*, por entender os momentos de ausência, de abdicação e de estresse, me ofertando todo o suporte que precisei, com muita dedicação e afeto, sempre.

Aos *amigos* que sempre estiveram comigo. Vocês me deram fôlego.

Aos *participantes* do estudo, sem vocês nada disso aconteceria. É por vocês.

Às *equipes*, principalmente do CAPS ad, pela disponibilidade e a colaboração. Em especial ao Victor, que me acompanhou nas atividades, pelas trocas e reflexões.

Ao PPGTO, aos *professores*, e aos integrantes do *Laboratório Metuia/UFSCar*.

À Banca de Qualificação e de Defesa: *Bel e Maurício*, com direcionamentos e sugestões, me auxiliando nesse importante processo de construção.

A *todos* que não foram citados, mas que foram fundamentais em mais uma etapa da minha vida.

À *CAPES*, o financiamento desta pesquisa.

Muito grata!

RESUMO

A “questão das drogas” tem sido compreendida como um fenômeno complexo que envolve diferentes dimensões, sendo que se destacam aqui aquelas eminentemente sociais. Uma das estratégias que tem sido debatida, com a possibilidade de agregar maior eficiência ao cuidado de pessoas que fazem uso de drogas, a partir de serviços de saúde e sociais, é a compreensão da temática das drogas sob os referenciais das redes sociais de suporte, entendendo as drogas como um dos elementos que integram a dinâmica das redes. As redes sociais de suporte fazem parte das dimensões que compõem a integração social dos sujeitos, com ênfase nas relações de trabalho e nas redes de sociabilidade, primárias e secundárias, incluindo-se, nesta última, os serviços executores de políticas sociais. Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi investigar, sob a visão das pessoas que fazem uso de drogas, como as redes sociais de suporte, formais e informais, são organizadas e estruturadas e quais são os principais elementos que as constituem. Operando o referencial teórico-metodológico da terapia ocupacional social, partindo, portanto, de uma compreensão social das drogas, foi realizado um estudo em um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS ad), pelo período de seis meses. Lançamos mão da observação participante, da realização de entrevistas e de grupos de atividades, associado ao diário de campo, como instrumento metodológico. Identificamos que as redes sociais de suporte de pessoas que fazem uso prejudicial de drogas são constituídas por diferentes elementos. A dimensão informal é composta pela família, pela igreja e pelo trabalho, incluindo as relações que são estabelecidas em cada local. Já no contexto formal, a ênfase foi dada às instituições, com grande centralidade ao CAPS ad. Entretanto, foram apresentados escassos suportes que efetivamente contribuíram para a inserção e a participação na vida social daquelas pessoas, associada à precariedade das políticas sociais. Como uma das consequências, aquelas pessoas sofrem processos de marginalização e recebem pouco suporte social, inclusive dos serviços públicos que deveriam buscar a garantia de seus direitos. Constata-se que é preciso ofertar um cuidado que diversifique as possibilidades de suporte às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, por meio da ampliação de suas redes sociais, auxiliando na criação de relações mais sólidas e considerando as subjetividades e as diferentes demandas dos sujeitos, apoiada na mediação do cuidado dos técnicos envolvidos. Argumenta-se, por fim, que a terapia ocupacional possui habilidades técnico-profissionais para contribuir com este processo.

Palavras-chave: Terapia ocupacional social. Prática profissional. Políticas sociais. Suporte social. Redes de apoio.

ABSTRACT

The “problem of drugs” has been understood as a complex phenomenon involving different aspects, especially the social situation. One of the strategies that has been debated is the understanding of the issues involving drugs in reference to social support networks. This knowledge is important for improving care for who uses drug in a prejudicial way related to health and social services. The social support networks are the dimensions that compose the social integration of someone, with emphasis on work relationships and sociability, primary and secondary, including social services. Based on this perspective, the objective of this study is to investigate, from the point of view of who uses drugs, how social support networks are organized and structured and what are the main elements that constitute them. Making use of the theoretical-methodological from the social occupational therapy, as well as the social understanding about drugs, a study was conducted in a Psychosocial Care Center - Alcohol and other Drugs (CAPS ad) for the period of six months. The study was conducted on the basis of observation, interviews and group activities, associated with the field diary containing all the data collected. It was identified that the social support networks from people who use drugs are composed of different elements. The informal dimension is made up of family, church, and work, including the relationships established in each location. In the formal context, the emphasis was social institutions, primarily to CAPS ad. However, for the most part, few supports are presented to contribute to an effective inclusion and participation in their social life, besides the lack of successful social policies. The consequences are people who use drugs in the path of marginalization and receiving insufficient social supports, including from public services that should guarantee the mediation to their rights. It was verified that it is necessary to have social services that offers different support for people who use drugs, expanding their social networks; helping them to have lasting relationships; considering their subjectivities and different care demands; supporting on the mediation by health professionals. In conclusion, the purpose of this study is to defend occupational therapy as a professional with abilities to contribute to the care process.

Keywords: Social occupational therapy. Professional practice. Social policies. Social support. Support networks.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Produto da atividade 1, “Varal das Importâncias”	60
Figura 2 - Produto da atividade 1, “Varal das Importâncias” (1)	60
Figura 3 - Produto da atividade 2, “Recursos da Cidade”	71
Figura 4 - Produto da atividade 2, “Recursos da Cidade” (1)	72
Figura 5 - Produto da atividade 2, “Recursos da Cidade” (2)	73
Figura 6 - Produto da atividade 2, “Recursos da Cidade” (3)	74
Figura 7 - Produto da atividade 2, “Recursos da Cidade” (4)	75
Figura 8 - Produto da atividade 3, “O CAPS”	85

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Cronograma de atividades do CAPS AD	50
Tabela 2 - Atividades desenvolvidas com os participantes	53
Tabela 3 - Novo cronograma de atividades do CAPS AD	54
Tabela 4 - Apresentação dos participantes	56

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS ij	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREAS POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CT	Comunidade Terapêutica
DRS	Departamento Regional de Saúde
EI	Etnografia Institucional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LA	Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida
NA	Narcóticos Anônimos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF	Proteção e Atendimento Integral à Família
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
PSE	Proteção Social Especial
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
1. INTRODUÇÃO	12
1.1 A QUESTÃO DAS DROGAS NO BRASIL.....	12
1.2 O CUIDADO A QUEM FAZ USO DE DROGAS	18
1.2.1 OS SERVIÇOS PÚBLICOS ESPECIALIZADOS DIRECIONADOS ÀS PESSOAS QUE USAM DROGAS	27
1.3 AS REDES SOCIAIS DE SUPORTE COMO POSSIBILIDADE DE CUIDADO.....	34
1.3.1 CUIDADO E TERAPIA OCUPACIONAL	38
2. PERCURSO DA PESQUISA	44
2.1 O CAMPO DE PESQUISA	45
2.1.1 CAPS ad.....	45
2.1.2 CREAS.....	46
2.2 ETAPAS DA PESQUISA.....	48
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
3.1 OS ATORES IDENTIFICADOS COMO CONSTITUINTES DAS REDES SOCIAIS DE SUPORTE PARA PESSOAS QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE DROGAS	59
3.2 OS SERVIÇOS ENVOLVIDOS NO CUIDADO DE PESSOAS QUE FAZEM USO DE DROGAS	76
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS	98
ANEXOS	104

APRESENTAÇÃO

A proposição deste estudo se deu a partir das experiências, dos aprendizados e dos questionamentos levantados durante a minha graduação em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), na qual ingressei no ano de 2012. Durante esse percurso, pude aprofundar-me na temática das drogas, possibilitado, principalmente, pelo meu envolvimento, entre 2014 e 2016, no programa de Iniciação Científica PIBIC/CNPq/UFSCar, articulado à pesquisa de mestrado de Cuel (2016); pela realização de estágio profissional no Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS ad); e pela participação no grupo de pesquisa vinculado ao Laboratório METUIA/UFSCar – Terapia Ocupacional Social, que se deu até o término da minha graduação, no ano de 2016.

De acordo com esse estudo (BORTOLAI; MALFITANO, 2016), há diversos atores que constituem as redes de suporte daqueles que fazem uso prejudicial de drogas, com ênfase às redes formais, por exemplo, serviços de saúde e de assistência social, Organizações Não-Governamentais (ONGs), comunidades terapêuticas, entre outras. Os resultados se basearam nas narrativas dos profissionais que fazem parte da rede de cuidado especializado dedicado à população que, naquele caso, vinculavam-se formalmente ao campo da saúde mental.

Naquele município em estudo, localizado no interior do estado de São Paulo, observei o surgimento de ações que estão na contramão daquilo que vem sendo discutido mais contemporaneamente sobre a temática das drogas, proporcionado, sobretudo, pela mudança da gestão municipal. Atualmente há um debate sobre a estratégia de internações de longos períodos, associadas, grande parte, às ações higienistas, principalmente quando se volta à população em situação de rua, com a necessidade de uma “resolução” rápida e visível do “problema”, mas que desconsidera realmente as necessidades dessa população e a garantia de acesso aos seus direitos básicos. Pude perceber, ainda, que as abordagens direcionadas àqueles sujeitos têm sido realizadas majoritariamente pelo âmbito da saúde e, embora necessárias, mostraram-se insuficientes quando realizadas de forma isolada.

Diante dessas discussões e das divergências percebidas entre teoria e prática – do plano teórico das políticas à sua execução cotidiana, optei por ouvir o que as pessoas que fazem uso de drogas e acessam serviços por este motivo têm a dizer sobre sua rede de suporte, buscando identificar, em suas perspectivas, quais aspectos são nomeados como importantes no processo de cuidado e como se dá a configuração dos serviços voltados a essa população, sob a ótica de suas vivências.

Partindo de uma concepção social das drogas e compreendendo que essa rede de

suporte deve ser intersetorial, pretendeu-se utilizar como campo de pesquisa os serviços especializados de saúde e de assistência social, com objetivo de identificar como os principais setores envolvidos na temática trabalham com esses sujeitos. Entretanto, na realidade do município em questão e pela forma que os serviços da assistência social estão organizados, associado ao tempo disponível para a coleta dos dados, não foi possível acessar as pessoas que fazem uso de drogas e utilizam os serviços da assistência social. Por isso, os dados de campo ficaram concentrados apenas ao contexto da saúde, em específico ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad). A situação, em si, já reflete informações importantes para a discussão.

Com base nestas condições, o presente texto foi estruturado da seguinte maneira:

O primeiro capítulo introduz os principais conceitos e referenciais que informam a compreensão da temática das drogas aqui empregada. Este capítulo foi subdividido em três subitens. No primeiro momento, apresenta os percursos encontrados na discussão sobre drogas no país. Já o segundo discorre sobre como têm sido ofertadas as possibilidades de cuidado e quais são os serviços especializados direcionados a pessoas que fazem uso de drogas. Por fim, o último subitem enfoca as redes sociais de suporte e como esse conceito pode ser considerado uma possibilidade de cuidado, incluindo apontamentos que o articula com a prática da terapia ocupacional. No final deste capítulo são descritos os objetivos do estudo, que se dedicou a compreender, sob a perspectiva das próprias pessoas que usam drogas e acessaram um serviço em decorrência do uso, como as suas redes sociais de suporte são organizadas e estruturadas.

O segundo capítulo faz uma apresentação dos percursos da pesquisa, enunciando o campo e as etapas desenvolvidas. São ilustradas as contribuições do referencial teórico-metodológico da terapia ocupacional social, que se baseia na abordagem sócio-histórica por meio da apreensão da realidade local. A escolha é justificada pelo fato da terapia ocupacional social apresentar uma recusa em compreender problemas que são sociais como questões puramente de saúde, que é o que acontece, muitas vezes, com a temática das drogas. Durante o percurso da pesquisa, mobilizou-se a observação participante, lançando mão do diário de campo; a realização de entrevistas; e a proposição de grupos de atividades com aqueles que frequentam as instituições.

O terceiro capítulo descreve e analisa os resultados obtidos, optando pela categorização das principais temáticas selecionadas para o debate: quais são os atores identificados como suporte para as pessoas que fazem uso prejudicial drogas e como os serviços envolvidos no cuidado àquelas pessoas são estruturados para a oferta das diferentes

modalidades de acompanhamentos.

O quarto e último capítulo propõe que é preciso ofertar um cuidado que diversifique as possibilidades de suporte das pessoas e que auxilie na criação de relações mais sólidas com os diferentes atores, o que pode ser realizado por meio da mediação técnica. Ainda apresenta as limitações relacionadas ao campo de pesquisa e a possibilidade de outros estudos ampliarem a sua abrangência.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A QUESTÃO DAS DROGAS NO BRASIL

Para abordar a questão das drogas é preciso, antes de tudo, compreender que há diferentes formas de dialogar sobre a temática. Atualmente existem duas abordagens centrais que não são dissociáveis, se dedicam a compreender componentes diferentes do mesmo fenômeno. A primeira delas parte de uma concepção social do uso de drogas, considerando os diferentes aspectos que constituem os cotidianos dos sujeitos, com ênfase no contexto político e sociocultural em que estão inseridos, para além dos efeitos específicos das substâncias. A segunda perspectiva é baseada na lógica biomédica, ou seja, supõe um sistema estruturado, composto de elementos que buscam entender os mecanismos de funcionamento e construir um sistema de diagnósticos e de intervenções terapêuticas. Aqui há uma cobrança social de compreensão dos processos bioquímicos para, assim, resolver a denominada “questão das drogas”. Parte-se do princípio, portanto, de que descrever os mecanismos de ação das substâncias pode resultar na contenção do uso prejudicial de drogas, uma vez que esse “abuso das substâncias” é considerado a principal “problemática” vivenciada por aqueles sujeitos (CAMARGO Jr., 2005; FIORE, 2013). Apesar de apresentadas como duas abordagens distintas, é necessário assinalar a indissociabilidade entre os elementos sociais e biológicos acerca do uso de drogas.

A multiplicidade de abordagem da temática já é percebida na própria definição do que são as drogas. No senso comum popular, a expressão é carregada de sentidos negativos, por estar associada ao vício e a todos os aspectos prejudiciais que estão relacionados com o seu uso. Trata-se, porém, de uma perspectiva parcial, visto que as drogas, lícitas ou ilícitas, não necessariamente levam a usos problemáticos. Em termos farmacológicos, é considerada como “droga” toda substância que provoque alguma mudança fisiológica em um organismo, sendo dispensável para a sua sobrevivência. A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende como “droga” toda substância que modifica uma ou mais das funções do ser, com exceção daquelas necessárias para a manutenção da saúde considerada normal (LEITE; ANDRADE, 1999; FIORE, 2002; BARDI, 2013; TORCATO, 2016). Na busca de definições encontra-se ainda o termo “substância psicoativa”, que se refere às substâncias que agem sobre o Sistema Nervoso Central. Contudo, questiona-se que há substâncias as quais não são denominadas de “psicoativas”, embora causem alterações neurológicas. Trata-se do termo científico que

abrange “os compostos, extratos, plantas, pílulas, bebidas, pós, gases, ou qualquer excipiente que contenha moléculas às quais são atribuídas a propriedade de alterar o funcionamento neural, o sistema nervoso, a percepção ou a consciência humana” (FIORE, 2013, p. 1).

Por sua vez, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) apresenta a seguinte definição:

As substâncias psicoativas são aquelas utilizadas para produzir alterações nas sensações, no grau de consciência ou no estado emocional, de forma intencional ou não. As alterações causadas por essas substâncias variam de acordo com as características da pessoa que as usa, de qual droga é utilizada, em que quantidade, do efeito que se espera e das circunstâncias em que ela é consumida (SENAD, 2017, p. 04).

O termo “drogas” vem sendo amplamente utilizado, ainda que apresente pouca precisão em comparação aos demais descritos (FIORE, 2013). Observa-se que enquanto os estudos das ciências humanas e sociais têm preferido a sua utilização, aqueles que dialogam mais com o campo da saúde, sobretudo com a medicina, têm optado por adotar o termo “substância psicoativa”. Todavia, ainda é recorrente que ambos sejam empregados como sinônimos.

As divergências entre os termos expressam dois fenômenos relacionados às drogas: a alteração voluntária da percepção e da consciência humana, que historicamente esteve presente na sociedade, e a denominada “problemática das drogas”, debate mais recente, em que o uso de substâncias, com ênfase àquelas consideradas ilícitas, passou a ser considerado como um problema social, que precisa ser controlado e contido, se tornando objeto de ampla atenção, principalmente por parte do Estado (FIORE, 2013).

Nesta direção, estudos do campo das ciências humanas e sociais têm se dedicado a compreender o uso de drogas a partir de outras perspectivas, para além dos efeitos biológicos destas substâncias. O que foi inicialmente produzido pelas pesquisas socioantropológicas apresentava-se de forma complementar aos estudos médicos em desenvolvimento, que se preocupavam, por sua vez, em entender e resolver os problemas da dependência química, do crime e da desagregação social. A sociologia abordava o consumo de drogas a partir do desvio de comportamentos socialmente aceitáveis, mas, conforme ampliava seus estudos e novas abordagens emergiram, foi pautado se seu objetivo deveria ser “apenas” realizar a descrição das diversas formas de desvios que eram associados ao uso de drogas e, assim, direcionar os esforços para a prevenção/contenção de sua disseminação. Foi a partir de tais tensionamentos que as drogas se tornaram objeto sociológico relevante, apresentando uma participação mais importante no debate, mesmo que inicial. O fato das drogas comporem o rol

de objetos de estudos das ciências sociais, não foi suficiente para alterar uma característica fundamental da temática, que era a legitimação das ciências da saúde, em especial da medicina, como campo mais autorizado a tratar da questão, ainda que os estudos sociais partissem da relativização e da não associação direta do uso como um comportamento desviante (FIORE, 2013).

[...] caberia às ciências sociais o estudo de tudo aquilo que envolvesse (no sentido literal do termo, “estar em volta de”) o consumo de drogas, sejam os seus aspectos socioculturais, sejam as suas causas e conseqüências sociais imediatas, como o tráfico e a violência. Na rubrica aspectos socioculturais, inclui-se fatores relacionados ao consumo, mas não ele próprio, já que as drogas seriam um objeto sob o qual as ciências biológicas e da saúde têm a primazia epistemológica (FIORE, 2013, p. 6).

As diferentes formas de compreensão de uma mesma problemática proporcionaram à temática das drogas um embate político e disciplinar entre as ciências humanas e sociais *versus* as ciências biológicas e da saúde. Entretanto, é de fundamental importância ressaltar a impossibilidade de reduzir o fenômeno da “drogadição” apenas a elementos sociais ou biológicos. Há uma composição desses fatores, com diferentes influências, evidenciando a complexidade que permeia a questão das drogas. Quando há o uso de drogas, os sujeitos o fazem como pessoas que são inerentemente constituídas por elementos naturais e culturais. O que ocorre é que o uso de drogas é sistematicamente observado e interpretado a partir de diversas abordagens. Atualmente, a abordagem do uso de drogas, a partir do viés social, compreende que não há uma substância e nem um indivíduo com elementos similares e de forma objetiva, mas que há contextos sociais e culturais distintos, utilizando substâncias diferentes e, sem a devida atenção a essas diferenças, não é possível se compreender a temática em sua totalidade (FIORE, 2013).

Antes de tudo, os indivíduos não podem ser tomados como seres isolados no mundo que, em dado momento, decidem ou são induzidos a consumir determinada substância, aprendendo sozinhos a consegui-la, prepará-la e, principalmente, alcançar os efeitos que desejam. [...] Desde antes de adquiri-la, aprende-se como se deve usar uma substância e que efeitos se deve (e não se deve) esperar de seu consumo. Para se evitar o indesejável e alcançar o desejável, compartilham-se técnicas e doses, mas não só: há contextos específicos, que poderiam ser definidos como rituais, nos quais as drogas são consumidas e que são decisivos para determinar os efeitos experienciados dessas substâncias (FIORE, 2013, p. 8-9).

Diante deste debate, optamos por adotar o termo “drogas”, buscando um termo mais abrangente acerca de uma perspectiva social de seu uso. Compreende-se que frequentemente o uso da expressão “drogas”, no senso comum popular, remete às substâncias ilícitas, como a cocaína, a maconha e o crack, demonstrando a clara alusão pejorativa do termo, visto que não

é tão empregado para as substâncias lícitas, como medicamentos, álcool e tabaco. É preciso reconhecer a diferenciação no imaginário social, entre o lícito e ilícito, o “bom” e o “ruim”. Aqui será utilizado o termo “drogas” como referência independente a qual condição legal se refere (FIORE, 2002, 2013; BARDI, 2013). A opção integra a abordagem social da temática, elevada como elemento central para a compreensão do fenômeno, abrangendo aspectos que incluem as relações e as dinâmicas de vida, considerando toda a complexidade e singularidade dos sujeitos envolvidos nas situações de uso de drogas, situando a pessoa e o seu meio de convívio em um plano de igual importância.

Hoje, a grande preocupação é que pouco se tem caminhado para uma resolutividade efetiva daquilo que se entende por “problemática das drogas”. No cenário político tem-se observado a temática a partir de dois pontos centrais de abordagem: sua crescente incidência e os desafios para se encontrar formas eficientes de “tratamento” quando necessário, e sua representação unilateral no imaginário social classificada como um “perigo” para a sociedade, o que implica a associação subjetiva direta com a criminalidade e com a violência urbana, sendo algo que precisa ser contido (SIMÕES, 2008).

A partir das principais discussões no âmbito público, são notados encaminhamentos por parte do Estado, motivados por um discurso moralista, criminalista e punitivista, o que impede uma reflexão crítica e aprofundada da problemática. Essa perspectiva constrói culturalmente o cenário de “guerra às drogas”, marcado pelo proibicionismo e pela repressão, tendo como objetivo controlar e conter o consumo de algumas substâncias (SIMÕES, 2008; FEFFERMANN et al., 2017). Como consequência, essa visão não raro está presente nos serviços públicos especializados destinados a população que faz uso de drogas, sendo este o campo de estudo dessa pesquisa.

As políticas de proibição das drogas foram constituídas ao longo da história do país, sendo que as primeiras leis proibitivas foram instituídas em um contexto plural no âmbito internacional, no século XIX, no qual o Brasil estava incluído, coexistindo com diversos tipos de controles instaurados pelo mundo. Naquela época, o monopólio médico era reconhecido, esbarrava, porém, nos interesses das pequenas indústrias farmacêuticas que sustentavam uma cultura de automedicação. Foi o discurso médico que fundamentou a proibição, baseando-se nas premissas da racionalização do uso e da contenção do abuso de determinadas substâncias (TORCATO, 2016).

A proibição no Brasil ocorreu em diferentes períodos, com características que lhes são próprias, iniciado sua institucionalização na década de 1930, com a consolidação das leis penais, no sentido de densificar e complexificar as condutas com postura contrária à saúde

pública. Esse sistema se consolidou no Código Penal de 1940, cujo arcabouço legal se estendeu até a década de 1960, momento em que o país ingressou definitivamente no cenário internacional de combate às drogas, também conhecido por “guerra às drogas” (TORCATO, 2016).

Entre as décadas de 1960 e 1980, várias conferências e eventos internacionais foram realizados para debater o assunto, elaborar critérios para definição da periculosidade das substâncias oferecidas no mercado lícito e as substâncias que deviam ser banidas. Os mais importantes eventos internacionais foram: Single Convention on Narcotics Drugs (1961); Convention on Psychotropic Substances (1971); United Nation Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (1988) (TORCATO, 2016, p. 315).

Alguns historiadores dividem o período de proibição no Brasil, por meio da reconstituição das políticas de drogas, evidenciando as suas várias fases constitutivas e mostrando os interesses profissionais e econômicos que estavam envolvidos em cada período. Para Torcato (2016), essas fases são: o liberalismo brasileiro (1824-1904); o proibicionismo federalista (1904-1932); o proibicionismo centralista (1932-1964); o proibicionismo punitivista (1964-1999); e a crise do proibicionismo (2006 - até hoje). Sem a pretensão de nos aprofundarmos nas fases descritas, buscamos apenas evidenciar a quanto tempo as políticas de proibição das drogas estão presentes na história do país. Nota-se, neste sentido, que a fase nomeada como “crise do proibicionismo” é, em termos históricos, recente, ainda em processo de debate e construção. Por isso, o caminho para a superação das políticas proibicionistas não é inevitável, há na sociedade brasileira diversos aspectos que contribuem e demonstram o arraigamento do proibicionismo no país.

Fiore (2012, p. 10) aponta que o paradigma proibicionista é composto por duas premissas fundamentais: o uso de drogas ilícitas é considerado prescindível e danoso por si só, portanto não pode ser permitido; e, no segundo momento, advoga que a melhor forma do Estado lidar com a “problemática” do uso de drogas é “perseguir e punir seus produtores, vendedores e consumidores”. Tendo estas afirmações como ponto central do proibicionismo, uma série de estudos e de críticas a esse modelo de guerra às drogas surgiu tensionando essas premissas e constituindo debates, o que resulta no período atual denominado como “crise do proibicionismo” ou “modernização do paradigma”. Entre os fenômenos que contribuíram para a necessidade de modificação das políticas sobre o uso de drogas estão: os desenvolvimentos recentes da indústria legal de psicofármacos; os novos paradigmas epistemológicos de saúde; os custos sociais do tráfico ilícito; a demanda crescente por parte da população por maior autonomia; o fortalecimento dos movimentos sociais, a consolidação das instituições

democráticas, entre outros (FIORE, 2012; TORCATO, 2016).

Com relação às críticas direcionadas às principais premissas que sustentam a ideia do proibicionismo, Fiore (2012) questiona os potenciais danos individuais e sociais do uso de drogas, defendendo que tais elementos não justificariam a sua proibição, visto que tanto as drogas lícitas quanto ilícitas são danosas. Além disso, devido aos riscos que o uso prejudicial de drogas pode apresentar, este uso sempre foi marcado por controles e interdições sociais, não sendo necessária a criminalização e a punição como medida por parte do Estado para o seu controle. Argumenta, pois, que seria mais efetivo promover ações de autocuidado e de controle social, dado que, ao proibir determinadas drogas, o Estado potencializa um mercado clandestino e cria novas problemáticas.

Este processo, ancorado no proibicionismo, tem resultado em um paradigma dividido entre guerra contra o tráfico e o tratamento para o “viciado”. Contudo, em função dos interesses econômicos que se desenvolvem em torno do mercado ilegal de drogas, parece que a intenção política não é a superação do modelo proibicionista. Juntamente com o tráfico de armas, a produção e o comércio de drogas ilícitas compreendem o maior negócio criminoso do mundo, sendo que o alto volume de dinheiro que o tráfico movimentava encontra formas legais de circular pelo mercado, alimentando a economia (FIORE, 2012).

Todo o cenário relacionado com as políticas sobre drogas no país, com ênfase no proibicionismo, tem relação direta com as formas que as pessoas que usam drogas são vistas, tanto no imaginário social quanto nas proposições de cuidado e de tratamento para aqueles que pedem ou não acesso a esses serviços. Com a “modernização” do proibicionismo, há uma ênfase para a necessidade de tratar aqueles que usam drogas ilícitas, independente de qual seja a sua escolha, haja vista que “o encarceramento de usuários/dependentes foi sendo mais e mais considerado uma ação estatal anacrônica e desumana. Em vez de puni-los com prisão, o Estado deveria tratá-los, mesmo que contra sua vontade” (FIORE, 2012, p. 16). Tal ação é legitimada pela primeira premissa, que observa que o uso de drogas é intrinsecamente danoso e deve ser contido.

Uma vez dependentes, os indivíduos perderiam sua capacidade de livre escolha, permanecendo presos à “escravidão” da compulsão pela droga. Porém, mesmo que se reconheça que a dependência é um quadro dramático, a incapacidade de julgamento é controversa. Mais importante, essa condição não justifica a supressão do direito de escolha de outros indivíduos. Além de a interdição do uso não se sustentar pela existência do abuso, ela própria não é capaz, no caso das drogas, de impedi-lo (FIORE, 2012, p. 13).

Com base nesse cenário, assinalando a relevância e a influência dos cenários político, histórico, econômico e cultural no contexto de uso de drogas, o próximo item se dedica a fazer uma discussão sobre como foi constituído o cuidado para as pessoas que fazem uso de drogas e acessam, voluntária ou involuntariamente, diferentes serviços para seu possível tratamento.

1.2 O CUIDADO A QUEM FAZ USO DE DROGAS

O cuidado ofertado para as pessoas que fazem uso de drogas, foco principal desta pesquisa, tem sido abordado, historicamente, por uma ótica predominantemente médica, com ênfase à psiquiatria. O que é justificado, conforme discutido, pela premissa de que as ciências biológicas e da saúde seriam aquelas com maior autoridade a incidir sobre a temática, devido à ênfase dada aos aspectos biológicos que estão envolvidos no uso de drogas, sem correlacioná-los aos aspectos socioculturais intrínsecos à discussão.

A associação entre distúrbios mentais e uso de drogas era a tônica da abordagem oferecida a quem buscava, ou era conduzido, a um tratamento. Os sujeitos frequentemente eram vistos a partir de um lugar de passividade frente à sua condição, sofrendo intervenções de controle e de exclusão, compreendendo historicamente a institucionalização e o confinamento como as únicas formas de “tratamento”, na direção de privação de liberdade e de escolha, instituindo a condição de doente para aqueles que faziam uso de drogas (DELGADO, 2014; COSTA et al., 2015; CUEL, 2016). O resultado de tais ações foi a superlotação de hospitais psiquiátricos, com um número significativo de pessoas em uso de drogas e/ou com sofrimento psíquico. Essas eram internadas e, por vezes, lá abandonadas, sem qualquer intervenção terapêutica que visasse efetivamente sua recuperação e posterior reinserção social (DELGADO, 2014; CUEL, 2016).

Este cenário crescente, juntamente com outros acontecimentos que estavam ocorrendo no país, por exemplo, a luta contra a ditadura militar e a favor do processo de democratização, que impulsionaram o movimento de desinstitucionalização para que se repensasse as ações direcionadas àqueles sujeitos. A divulgação da experiência italiana de Trieste, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, a organização de movimentos sociais, a luta pela redemocratização do país e a crise do proibicionismo são alguns exemplos que estiveram envolvidos neste processo (BALLARIN; CARVALHO, 2007). O desafio do movimento contrário à institucionalização era sanar a situação de violência e a ineficácia de um sistema

assistencial hospitalocêntrico e asilar, que transformava a loucura e os problemas relacionados ao uso de drogas em mercadoria, contribuindo com uma visão preconceituosa e estigmatizante sobre o sofrimento mental (DELGADO, 2014; CUEL, 2016).

Em 1987, no II Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, foram redigidas as primeiras diretrizes que comporiam a Reforma Psiquiátrica brasileira, incluindo a proposição de fechamento dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços de acolhimento diurno (DELGADO, 2014). Apesar de essas discussões terem se iniciado no país entre os anos de 1980 e 1990, a lei da Reforma Psiquiátrica e a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico só se efetivou como política pública promulgada no Brasil em 2001, com a aprovação da lei nº 10.216, conhecida como lei “Paulo Delgado” (BRASIL, 2001). A referida lei prevê a garantia de direitos para todo usuário de serviços de saúde mental, consolidando uma rede comunitária e territorial de serviços de saúde mental, incluindo a formulação de uma política do Ministério da Saúde para usuários de álcool e outras drogas (DELGADO, 2014; CUEL, 2016). Na ocasião, iniciou-se uma separação sobre o cuidado às pessoas com transtornos psíquicos e às pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de drogas. No âmbito ainda das normatizações legais, iniciaram-se as diferenciações de populações com necessidades distintas e que precisariam de acompanhamentos especializados diferenciados.

Desde então, há a tentativa de se investir na política de prevenção, de tratamento e de educação para o uso de álcool e outras drogas. Para isso, prevê-se sua construção em interface entre programas do Ministério da Saúde com outros Ministérios, bem como com setores da sociedade civil organizada, mediante ao planejamento de programas que contemplem as grandes parcelas da população. Esse modelo propõe que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários, ao buscar ações que visam a diminuir o uso, bem como ofertar tratamento para aqueles que têm essa necessidade. Nesta proposta, as ações territoriais são prioritárias, em especial aquelas desenvolvidas por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2003).

Com a criação dos CAPS, em especial dos CAPS ad, referindo-se à modalidade especializada para a atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, iniciou-se um novo modelo de cuidado para aqueles em uso de drogas, cuja expansão dos serviços se deu no Brasil todo. Os CAPS são serviços de saúde criados por meio da Portaria 336, de fevereiro de 2002, com a finalidade de gerenciar as ações em saúde mental (BRASIL, 2002, 2004).

A ênfase aqui dada à saúde mental é justificada porque, majoritariamente, é dentro

desse contexto que o cuidado de pessoas em uso de drogas tem sido feito. Entretanto, o desenvolvimento dessas novas estratégias de cuidado, ainda não foram suficientes para extinguir todo o processo histórico de institucionalização existente no país. Ainda é possível visualizar que os modelos permanecem em disputa, coexistindo e assumindo tendências distintas de acordo com os contextos social, econômico, político e cultural.

Dentro das perspectivas de cuidado a quem faz uso de drogas, uma das estratégias possíveis e regulamentada é a abordagem baseada nos princípios da Redução de Danos, sendo uma das políticas indicadas pelo Ministério da Saúde, que se baseia na diminuição dos riscos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautando-se no respeito ao sujeito e ao seu direito de escolha (FOSSI; GUARESCHI, 2015; RIBEIRO; MINAYO, 2015).

De acordo com Passos e Souza (2011), a primeira vez que a prática de Redução de Danos (RD) foi adotada como estratégia de saúde pública foi no ano de 1989, quando altos índices de doenças de transmissão sanguínea se relacionavam com o uso de drogas injetáveis. Inicialmente foi proposta como uma estratégia tática de prevenção à disseminação do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) via a utilização e compartilhamento de seringas injetáveis para o uso de drogas. Com seu maior conhecimento e utilização, a Redução de Danos foi, ao longo dos anos, se tornando uma estratégia para abordar o uso de qualquer droga, alternativa às possibilidades pautadas unicamente na lógica da abstinência.

Com esse modelo de atenção, embora também possa almejar a abstinência, ela não se coloca como prioridade ou como principal objetivo a ser alcançado. A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) (2010, p. 1) define redução de danos como “um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas”. De acordo com a SENAD (2010), o programa de RD se apresenta como um conjunto de princípios e de ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas, uma vez que é considerado comum que ocorra diminuições, interrupções ou recaídas durante o acompanhamento dos sujeitos, mas, por meio do estabelecimento do vínculo terapêutico e do engajamento do paciente no tratamento, as mudanças vão se tornando mais sólidas e consistentes. Segundo os princípios da Redução de Danos, o tratamento não é interrompido para as pessoas que não querem ou que não conseguem cessar o uso da substância.

Assim, as ofertas de cuidado em saúde para pessoas em uso de drogas sofreram uma significativa mudança a partir de 2003, quando as ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornam uma prática norteadora da política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, priorizando o

cuidado em liberdade e o reconhecimento da autonomia dos usuários. Em 2005, as ações de Redução de Danos relacionadas ao uso de drogas foram regulamentadas por meio da Portaria nº 1.028/2005, estabelecendo o desenvolvimento de ações de saúde dirigidas a usuários que não podem, que não conseguem ou que não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no uso. Ainda estabelece que as ações de redução de danos podem ser feitas em todos os espaços de interesse público em que há o uso de drogas (BRASIL, 2003). Essa lógica de acompanhamento passa a integrar a Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas.

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. [...] Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por que? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário (BRASIL, 2003, p. 10).

As diretrizes se tornaram uma possibilidade de acompanhamento para quem está em tratamento pelo uso prejudicial de drogas, inclusive para os serviços em Saúde Mental, que propõem um acompanhamento territorializado e em meio aberto, como é o exemplo dos CAPS, da ampliação da Atenção Primária em Saúde, da internação em hospital geral, entre outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS foi instituída nacionalmente como diretriz pela portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. É compreendida como a articulação de pontos de atenção à saúde voltados para pessoas com sofrimento e/ou transtornos psíquicos ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Suas diretrizes são:

[...] respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; ênfase em serviços de base

territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011, s/p.).

A RAPS é constituída por sete níveis de atenção que devem atuar territorialmente e de forma articulada. Entre eles, estão inclusos a Atenção Básica em Saúde; a Atenção Psicossocial Especializada; a Atenção de Urgência e Emergência; a Atenção residencial de caráter transitório; a Atenção hospitalar; as estratégias de desinstitucionalização; e a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Em 2017, a Portaria Nº 3.588/2017, apresentou alterações na composição da RAPS, incluindo a oferta de suporte hospitalar e de atenção às urgências, com a inserção de: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas; Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico Especializado; Hospital dia; e instituiu a criação de uma nova modalidade de CAPS, o CAPS AD IV, com a finalidade de proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, com assistência a urgências e a emergências, contando com leitos de observação. Essas alterações estão na contramão dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e não condizem com os objetivos descritos pela RAPS, que propõe um cuidado ampliado, de forma territorial (RAMÔA; TEIXEIRA; BELMONTE, 2019). As modificações apresentadas incentivam o isolamento como modalidade de atenção e, ainda, propõe a redução do financiamento das outras modalidades de CAPS, priorizando a nova modalidade de CAPS IV.

Nesta direção política atual, a estratégia da abstinência se coloca como um caminho prioritário para a “recuperação” e o tratamento, diminuindo as possibilidades de utilização da Redução de Danos, regulamentada em 2003 e caracterizada formalmente como uma possibilidade de cuidado para quem se identificasse com sua abordagem. Contudo, por mais que os serviços que constituem a RAPS se valham dos princípios da redução de danos, a abstinência ainda é, em muitos casos, o objetivo principal do acompanhamento realizado.

A representação institucional da lógica da abstinência é consolidada pelas Comunidades Terapêuticas (CT), que declaram oficialmente operar exclusivamente com esses princípios, se contrapondo totalmente aos preceitos da Redução de Danos. As Comunidades Terapêuticas, também conhecidas como “Centro/Clinica de Recuperação”, são serviços de internação, na modalidade de moradia, para pessoas que usam drogas. O período de

internação varia entre 3, 6 ou 12 meses. Predominam três modelos de CT: religioso-espiritual, com atuação de religiosos e ex-internos; científico, com médicos, psicólogos e assistentes sociais; e misto, que une as modalidades anteriores. Algumas diretrizes básicas são notadas em todas as propostas: as CT são construídas por um sistema estruturado, com limites, regras, horários e responsabilidades claras e, geralmente, se encontram em locais afastados dos centros urbanos. Baseiam-se na disciplina e em normas estritas, como: afastamento da comunidade, trabalho em grupo, laborterapia, abstinência das drogas e aplicação de penalidades aos desvios. Os internos “recuperados” têm função de apoio no tratamento dos demais e grande parte do trabalho é voluntário. Muitas CTs seguem o modelo de tratamento preconizado pelo programa dos Alcoólicos Anônimos (AA)¹, que se baseia na abstinência completa enquanto o eixo básico do tratamento é o intercâmbio das experiências entre os participantes (FOSSI; GUARESCHI, 2015; RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Alguns autores apontam que sua organização parte de um modelo de instituição total, como definiu Goffman (2003), consoante com os estudos etnográficos sobre o funcionamento institucional de seu cotidiano (NUNES, 2016). Os indivíduos se mantêm em um ambiente residencial por 24 horas, segregados da sociedade, o que provoca uma ruptura com os papéis sociais anteriormente exercidos. As visitas dos familiares são restritas e o contato com o mundo externo é inexistente, inclusive, no que diz respeito às atividades escolares e profissionais (FOSSI; GUARESCHI, 2015; RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Inicialmente, dentre os serviços previstos para atuar com essa população, as

¹ Com base no método *Minnesota*, o tratamento é feito por meio da abstinência total e da incorporação de valores espirituais e disciplinares, fundamentado no programa denominado “12 passos”. Os 12 passos, utilizados pelos grupos de autoajuda dos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, segundo a regional brasileira de Narcóticos Anônimos, são:

- 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 nos dispusemos a fazer reparações a todas elas.
 - 9º. Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo pudesse prejudicá-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 o 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: <https://www.na.org.br/>. Acesso em 10 de Julho de 2019).

comunidades terapêuticas não faziam parte da rede de atenção, já que não eram consideradas serviços públicos, mas instituições privadas, em sua maioria religiosas. As CTs ganharam espaço institucional formal em função da escassez de políticas públicas e do discurso acerca da pouca “efetividade” dos tratamentos disponíveis para a interrupção total do uso de drogas. Pitta (2011) apresenta que é no vazio de ofertas e de possibilidades de serviços que constituem as redes de atenção ao usuário de drogas, que os equipamentos de natureza não estatal encontram espaço para se fixarem como alternativas e como respostas viáveis ao tratamento dos que usam drogas. Ainda há um protagonismo político de seus atores na construção de políticas sobre drogas, destacando que as instituições religiosas conseguiram exercer pressão política junto aos órgãos governamentais, colocando-se como opções prioritárias de modelo de tratamento (ALBUQUERQUE et al., 2018).

Associado a este cenário, há o apoio de uma concepção ideológica presente no imaginário social que se posiciona a favor de iniciativas que possibilitam a internação dos sujeitos que fazem uso de drogas. Essa ideia é corroborada pela mídia ao apresentar que todas as pessoas que fazem uso de drogas são ou “doentes” ou “bandidos” e, por isso, tem a necessidade de um tratamento afastado e distante da família e da comunidade (ALBUQUERQUE et al., 2018).

Em 2001, as comunidades terapêuticas passaram a ser submetidas às normas jurídicas da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), regulamentadas pela Resolução nº 101, se tornando instituições de tratamento e caracterizando-se como serviços de saúde (ANVISA, 2001). Destaca-se que sua presença no cenário brasileiro é anterior à formulação das políticas públicas direcionadas para o uso de álcool e outras drogas, em 2003. Eram, em sua maioria, de cunho religioso, embasadas nos princípios religiosos e comportamentais. Nos anos seguintes foram iniciados convênios com o SUS e grande parte das CTs passou a ser financiada ou cofinanciada pelo Estado (FOSSI; GUARESCHI, 2015; RIBEIRO; MINAYO, 2015). Nota-se, no entanto, que o Estado vem transferindo a responsabilidade de cuidar dos que fazem uso de drogas para a sociedade civil como um todo (ALBUQUERQUE et al., 2018).

Se de um lado, o Ministério da Saúde indicava a Redução de Danos como diretriz para a política de álcool e outras drogas, por outro, o Ministério da Justiça, através da SENAD (Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas) prioriza a internação, inclusive a de longa duração, em comunidades terapêuticas, em uma perspectiva de abstinência (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 97).

Observa-se, então, que a discussão sobre os cuidados a quem faz uso de drogas, via políticas públicas, não se restringe ao campo da saúde. Historicamente, o uso de drogas se relaciona muito mais com a questão da justiça e da segurança pública. Destaca-se, nesse sentido, que a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas está vinculada ao Ministério de Justiça e Segurança Pública. Sendo assim, tanto o Ministério da Saúde quanto o Ministério da Justiça incidem sobre a temática, mas em perspectivas distintas (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

A partir do Decreto nº 7.179² (2010), foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, proposto pelo Ministério da Saúde, conveniando formalmente as comunidades terapêuticas com o SUS (FOSSI; GUARESCHI, 2015). Em 2011, foram incluídas como um componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), obtendo um significativo aumento no financiamento por parte do Governo Federal (BRASIL, 2011). Entretanto, alguns autores se contrapõem àquela decisão (RAMÔA; TEIXEIRA; BELMONTE, 2019), argumentando que as CTs não compartilham dos objetivos da RAPS, visto que sua principal forma de atuação parte do isolamento social dos sujeitos, o que não condiz com os princípios de cuidado no território que, por sua vez, é sustentado pelo modelo de atenção psicossocial que engloba estratégias de redução de danos (RD) e que se afirma a partir do princípio de autonomia e de não tutela, como propõem as CTs.

Com essas divergências e debates sobre as possibilidades para o cuidado de pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, fica claro que não há um consenso nem em nível político, sobre quais direções o cuidado para quem usa drogas deveria seguir, nem em nível técnico, acerca das metodologias e das técnicas de abordagem e de ação. Porém, é indispensável destacar que as ações que são direcionadas para tratar “apenas” do efeito da droga sobre o indivíduo – independente de qual seja o serviço de saúde –, embora se façam necessárias em muitos casos, tem-se mostrado como insuficientes para as tramas que entrelaçam a questão do uso de drogas (RAUPP; MILNITSKY-SAPIRO, 2009; SCADUTTO; BARBIERI, 2009).

Neste contexto, o campo da assistência social pode ser considerado como um importante aliado no acompanhamento de pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de drogas, integrando a Política Nacional sobre Drogas. Na última década, a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a conformação de uma rede de proteção social

² Decreto nº 7.179, de 20 de Maio de 2010, que “institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção ao uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários; e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas; cria o seu Comitê Gestor; e dá outras providências” (BRASIL, 2010, p. 1).

básica, a partir da implantação dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), possibilitou que as equipes de referência ofertassem serviços socioassistenciais a famílias em situação de vulnerabilidade social e atuassem nos territórios, de forma a prevenir riscos e a enfrentar vulnerabilidades. Assim, no âmbito da Assistência Social Básica, destacam-se as ações de caráter preventivo voltadas ao território, que visam ao desenvolvimento da mobilização comunitária por meio de atividades como campanhas e palestras, filmes, debates, projetos de conscientização, entre outros. O foco não está no uso de drogas em si, mas nas situações de vulnerabilidades que, muitas vezes, permeiam o cotidiano dos sujeitos que se relacionam com as drogas (BRASIL, 2014). No documento oficial, é considerado como vulnerabilidade:

[...] a maior ou menor capacidade de um indivíduo, família ou grupo social de controlar as forças que afetam seu bem-estar, ou seja, a posse ou controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade, sejam eles físicos, humanos ou sociais. A condição de vulnerabilidade está, portanto, relacionada à situação das pessoas e famílias no que se refere à sua inserção e estabilidade no mercado de trabalho, à debilidade de suas relações sociais e ao grau de regularidade e de qualidade de acesso aos serviços públicos ou outras formas de proteção social (BRASIL, 2014, p. 20).

Dentre as diversas vulnerabilidades sociais as quais uma comunidade pode vivenciar, um elemento de extrema importância, devido à sua complexidade e amplitude, é o fenômeno das drogas. Quando associadas situações de vulnerabilidade, de risco social e de uso de drogas, há o risco de agravamentos que exigirão estratégias integradas de atenção aos usuários e suas famílias, que considerem a perspectiva social e de saúde (BRASIL, 2014).

Pelos princípios da política de assistência social, quando detectados níveis de vulnerabilidade avançados, torna-se necessária a Proteção Social Especial (PSE), que organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado, destinados a famílias e sujeitos em situação de violação de direitos. São situações que envolvem conflitos, tensões, fragilização ou rompimento de vínculos, além de violação de direitos, demandando, portanto, atenção especializada e trabalho em rede. Destaca-se a presença dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), para a efetivação desse acompanhamento. Têm como objetivos principais contribuir para assegurar Proteção Social Especial, de modo a prevenir os agravos; potencializar recursos e o acesso a direitos socioassistenciais e à rede de proteção, na perspectiva da superação das situações vivenciadas.

Os acompanhamentos realizados pela assistência social, segundo seus documentos oficiais, prevê a importância da escuta ao usuário e familiares; a compreensão das

necessidades e se há o desejo em obter o atendimento, já que muitas vezes o sujeito foi encaminhado compulsoriamente; a verificação da condição socioeconômica da família, para proporcionar apoio em caso de necessidade, ou então o cadastramento da família para programas de inclusão social e de transferência de renda nas esferas municipal, estadual e federal; e a realização de ações educativas, bem como o trabalho em comunidades como uma estratégia na prevenção ao uso de drogas e no apoio dos sujeitos (BRASIL, 2014).

Tendo como base os princípios oficiais presentes nas diretrizes estabelecidas, verifica-se, portanto, que a questão das drogas no país é marcada por diversos embates de diferentes níveis estruturais. Na nossa perspectiva, torna-se indispensável reconhecer que o uso de drogas deve ser abordado a partir de um cuidado compartilhado entre os diversos atores, envolvendo serviços sociais especializados dos vários setores e extrapolando a abordagem biomédica da visão das drogas, para que o acompanhamento a esses sujeitos não se restrinja “apenas” aos efeitos das substâncias. Trata-se, portanto, da defesa de uma perspectiva integrada entre aspectos biológicos e sociais para a compreensão deste complexo fenômeno. Para tanto, é preciso que o debate avance na arena política, caminhando no sentido de garantia de acesso aos serviços sociais especializados em diversos campos, reconhecendo essas pessoas como sujeitos de direitos, respeitando suas escolhas e sua autonomia sobre suas vidas.

1.2.1 OS SERVIÇOS PÚBLICOS ESPECIALIZADOS DIRECIONADOS ÀS PESSOAS QUE USAM DROGAS

O conceito de “serviço público” está diretamente ligado ao modelo de Estado adotado e a sua forma de organização e atuação (ALVES, 2014). No denominado “Estado Social”, modelo adotado em algumas sociedades, o serviço público está voltado, sobretudo, à promoção dos direitos sociais, atendendo às necessidades reconhecidas e estabelecidas politicamente por um determinado povo. Cada país, juntamente com sua sociedade, por meio de sua legislação e seus pactos políticos, determina quais as atividades que são consideradas como prioritárias e para as quais devem ser organizados os serviços públicos para a atenção às demandas da população. Trata-se de uma decisão política e, portanto, de difícil conceituação (ALVES, 2014).

No Brasil, os serviços públicos são serviços sociais que compõem a política de direitos sociais, assegurados na Constituição Federal de 1988. Os direitos sociais visam garantir aos indivíduos o exercício e o usufruto de aspectos fundamentais em condições de igualdade, para

que tenham uma vida digna por meio da proteção e das garantias reconhecidas pelo Estado (RAMOS, 2012). De acordo com o Artigo 6º da Constituição Federal de 1988, “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988, s/n). Dessa forma, as políticas sociais configuram-se como respostas do Estado às demandas sociais da população, reconhecidas em determinado momento histórico, tendo um caráter preventivo, compensatório ou distributivo (LOPES; MALFITANO, 2007).

Dentre os diversos setores que constituem os serviços para a promoção dos direitos sociais, enfocamos, neste estudo, dois deles: a saúde e a assistência social. Pertencem ao âmbito da Seguridade Social, composto de três políticas definidas pela Constituição Federal de 1988 (CF/88): de saúde, de assistência social e da previdência social. A seguridade social, segundo o artigo 194 da mesma Constituição (BRASIL, 1988), “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Para Aguiar (2015, s/p.), esse conjunto é “destinado a estabelecer um sistema de proteção social aos indivíduos contra contingências que os impeçam de prover as suas necessidades pessoais básicas e de suas famílias”. Com base no princípio da proteção social, garantida a todos os cidadãos brasileiros, partimos do pressuposto de que as políticas sociais são as formas de acesso aos bens sociais, representados, aqui, pelos serviços de saúde e de assistência social.

A escolha desses dois campos é justificada pelos resultados do estudo prévio realizado por nós, que objetivou identificar a compreensão dos técnicos de saúde mental acerca do uso de drogas e das estratégias de intersectorialidade e de redes que são desenvolvidas no cuidado aos jovens em um determinado município. Os profissionais colaboradores apontaram os serviços da saúde, especificamente aqueles que integram a política de Saúde Mental, como os CAPS, em diferentes modalidades, e os serviços do campo da Assistência Social, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), como sendo os principais serviços que deveriam atuar com as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas (BORTOLAI; MALFITANO, 2016).

Ainda nesse sentido, dentre as ações promovidas pelo Estado, tem-se observado que é na área da saúde e, em seguida, no campo da assistência social, que são desenvolvidas políticas, diretrizes e ações para promover o acompanhamento de pessoas. Por consequência,

as ações e os recursos públicos têm sido direcionados a esses setores na tentativa de solucionar a denominada “problemática das drogas”. Com base nas prerrogativas do SUS e do SUAS, o Estado deve oferecer alternativas, via serviços públicos, para as pessoas que demandam acompanhamento em função do uso prejudicial de drogas. É pelo princípio do direito à saúde e à assistência social, que é necessária a organização e a disponibilização de serviços. O SUS e o SUAS preveem, em diferentes níveis de complexidade, ações para essa população.

O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas em níveis federal, estaduais e municipais. A Lei nº 8.080 regulamenta sua criação em todo o território nacional, mantidos pela administração direta e indireta, pelas fundações financiadas pelo poder público e pela iniciativa privada, apresentando-se, neste último caso, em caráter complementar (BRASIL, 1999). O SUAS organiza os serviços e as ações de assistência social no Brasil, voltados para as pessoas em situação de risco ou de vulnerabilidade social. Baseado no padrão do SUS, com um modelo de gestão participativa, articula os esforços e os recursos dos três níveis de governo para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (FERREIRA, 2011).

Considerando a temática em estudo, optou-se por aprofundar, nesta investigação, dois serviços especializados: o CAPS ad, componente do campo da saúde, e o CREAS, da assistência social.

Os CAPS são serviços que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Regulamentados pela portaria nº 336/2002, devem oferecer atenção às pessoas com transtornos mentais e também às pessoas com necessidades relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, por meio de um serviço de ação territorial, em meio aberto, de atenção diária e intensiva, sendo seu objetivo, segundo esta portaria, reinserir socialmente os usuários por meio do “trabalho, do lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13). É um serviço de atendimento de saúde mental criado como substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. As normativas legais preveem que:

[...] cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico constituído por um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela, propondo atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades (BRASIL, 2004, p. 16).

A depender do projeto terapêutico, o CAPS poderá disponibilizar atendimento intensivo, aquele “atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua”; atendimento semi-intensivo, quando “o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês, sendo oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, mas ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia”; atendimento não-intensivo que é, por sua vez, “oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe, podendo ser atendido até três dias no mês” (BRASIL, 2004, p. 16).

Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, em grupo, individuais, ou destinadas às famílias, e, ainda, algumas comunitárias. Disponibilizam, ainda, prescrição de medicamentos; psicoterapia; orientação; oficinas terapêuticas, expressivas, geradoras de renda, de alfabetização, culturais; grupos terapêuticos, atividades esportivas; atividades de suporte social; grupos de leitura e debate; atendimento para a família; visitas domiciliares; atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade; assembleias ou reuniões de organização do serviço; entre outras (BRASIL, 2004).

São estruturados em diferentes modalidades: CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, voltados para o atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, funcionando das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira; CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, voltados para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, funcionando das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período, funcionando até às 21h; CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes, para o atendimento de adultos com funcionamento 24 horas, diariamente; CAPS i – municípios com população acima de 200.000 habitantes, direcionados para a infância e adolescência, atendendo usuários de zero a 17 anos, funcionando das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período, funcionando até às 21h; CAPS ad – municípios com população acima de 100.000 habitantes, com atendimento diário à população com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, podendo ter leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004).

Em 2012, por meio da Portaria Nº 854/2012, os procedimentos oferecidos pelos CAPS foram alterados e sistematizados, conforme tabela apresentada pela portaria, nos Artigos 1º e 2º, sintetizados da seguinte maneira:

- Acolhimento noturno: ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do Projeto Terapêutico Singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise que envolvem conflitos relacionais. Não deve exceder o máximo de 14 dias.
- Acolhimento em terceiro turno: conjunto de atendimentos desenvolvidos no período compreendido entre 18h e 21h.
- Acolhimento diurno: ação de hospitalidade diurna realizada nos CAPS como recurso do Projeto Terapêutico Singular, que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de situações de crise e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência – e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.
- Atendimento individual: atendimento direcionado à pessoa que comporte diferentes modalidades, incluindo os cuidados de clínica geral, que promovam as capacidades dos sujeitos, de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes na unidade e fora dela.
- Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitar experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

(Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Portaria N° 854/2012, 2012.)

Dentro do campo da Assistência Social, os programas, projetos e benefícios do SUAS são organizados em níveis de Proteção Social Básica (PSB) e de Proteção Social Especial (PSE) de média e alta complexidades. Ambos os tipos de proteção têm o princípio de proteção social pró-ativa, o que significa não mais considerar os usuários dos serviços de assistência social como objetos de intervenção, mas como sujeitos de direitos.

A PSB tem como objetivo a prevenção, com o acompanhamento de grupos territoriais de até 5.000 famílias sob situação de vulnerabilidade de riscos sociais em núcleos com até 20.000 habitantes. A unidade executora das ações de PSB é o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e os benefícios eventuais juntamente com o Benefício de Prestação Continuada (BPC) integram a Proteção Social Básica. O CRAS é considerado a porta de entrada do SUAS e seu principal serviço prestado é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), cujo papel é proteger as famílias e contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Já a PSE objetiva proteger as famílias e indivíduos que estejam em situações de

risco e que os direitos já tenham sido violados, o que inclui a atenção a: crianças e adolescentes em situação de trabalho, em medida socioeducativa e/ou em situação de abuso e/ou exploração sexual; crianças, adolescentes, pessoas com deficiência, idosos, migrantes, usuários de drogas e outros indivíduos em situação de abandono; e famílias com formas de negligência, maus tratos e violência (MENEZES, 2012, p. 87).

Destaca-se que a PSE está organizada no SUAS em dois níveis de complexidade: PSE de Média Complexidade e PSE de Alta Complexidade. A organização considera a natureza e a especificidade do atendimento ofertado, de acordo com o agravamento das situações vivenciadas por famílias e indivíduos e as demandas relativas à proteção social identificada. As unidades e os serviços que integram as ações de PSE de média complexidade são os CREAS, implantados em âmbito municipal ou regional; e o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). São serviços ofertados pelo CREAS: a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); b) Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI); c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); d) Serviço Especializado em Abordagem Social; e) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. O Centro POP realiza o acompanhamento aos jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia. O PAEFI oferta apoio, orientação e acompanhamento especializado a famílias e sujeitos em situação de vulnerabilidade ou violação de direitos, por meio de equipes multidisciplinares. É dentro desse programa que, quando necessário, são realizados os acompanhamentos às pessoas em uso de drogas (FERREIRA, 2011; MENEZES, 2012; BRASIL, 2014).

Por sua vez, os serviços que integram o PSE de alta complexidade abrangem o Serviço de Acolhimento Institucional, por exemplo, o Abrigo institucional, a Casa-Lar e a Casa de Passagem; o Serviço de Acolhimento em República (jovens entre 18 e 21 anos em processo de desligamento de serviço de acolhimento para adolescentes ou em processo de saída das ruas); assim como o Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora e o Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e Emergências. Esse nível de atenção objetiva ofertar serviços especializados para garantir a acolhida de sujeitos, e/ou famílias, afastados do núcleo de origem. Os serviços de PSE de Alta Complexidade se articulam com a rede de atenção às pessoas que usam drogas, buscando, de forma conjunta, possibilidades de reconstrução de vínculos sociais e conquistar maior grau de independência individual e social.

No acompanhamento pelo PAEFI, quando são identificadas situações em que o uso de

drogas se apresenta de maneira prejudicial é sugerido o encaminhamento para a área da saúde e, a partir de uma avaliação conjunta (serviço de saúde e serviço socioassistencial), que seja definido o acompanhamento da família concomitantemente pelo PAEFI e pelo serviço de saúde. Nesse caso, as equipes deverão reunir-se periodicamente para assegurar uma articulação das ações, que potencialize o trabalho intersetorial e em rede, discutindo as competências de cada um, os limites de atuação, as intervenções conjuntas e a elaboração de um Plano de Acompanhamento integrado. Esses encontros poderão representar, ainda, espaços estratégicos para a discussão e para o estudo de casos em conjunto, que contribuam para aprofundar o conhecimento compartilhado da situação e para qualificar o trabalho com os usuários dos serviços (BRASIL, 2014).

As diretrizes dos serviços de ambos os setores apresentados integram o campo das políticas sociais, com a possibilidade de constituir uma rede de atenção universal a todos os cidadãos. Porém, é preciso destacar que as políticas sociais e suas instituições, apesar de apresentarem caráter universal, são acessadas em maior escala pela população pobre (AVELAR, 2018). Portanto, ao utilizar serviços como campo de pesquisa, é necessário atentar-se para um considerável recorte de classe social. Quando se fala em pobreza, é preciso ter ciência que o cotidiano desses sujeitos é marcado por exclusão, marginalidade, entre outros expoentes, sendo que tem se constituído, no imaginário popular, uma associação entre elementos de classe social e o fenômeno da drogadição, a dita “problemática das drogas” (PEREIRA, 2012).

Com base nas diretrizes apresentadas, sublinha-se que os serviços sociais se configuram como um direito social e devem ofertar um cuidado que efetivamente dialogue com as necessidades daquelas pessoas, compreendendo e abordando o uso de drogas dentro de toda a complexidade e pluralidade que demandam, caminhando para além do cuidado exclusivamente técnico. Significa que os serviços devem voltar seus esforços – o que inclui suas metodologias de ação profissional – para a tentativa de minimizar as vulnerabilidades e as fragilidades sociais, buscando meios para a ampliação da inserção social dos sujeitos, considerando os múltiplos aspectos que perpassam por dimensões culturais, políticas, econômicas, sociais e, ainda, biológicas. Desta forma, argumenta-se que, articuladamente aos aspectos macrosociais, a dimensão microssocial presente no cotidiano dos sujeitos deve ser considerada, incluindo os diversos atores que compõem as redes sociais de suporte dos indivíduos, como será discutido no próximo capítulo.

1.3 AS REDES SOCIAIS DE SUPORTE COMO POSSIBILIDADE DE CUIDADO

Para que se possa ofertar um cuidado que alcance as multiplicidades relacionadas com o uso prejudicial de drogas é importante partir de um conceito ampliado sobre o cuidado, que não se restrinja exclusivamente às ações técnicas. Neste sentido, defende-se que as redes sociais de suporte podem ser um elemento-chave para integrar o acompanhamento de pessoas que requeiram assistência para a sua condição.

Existem diversas maneiras de compreender o conceito de “cuidado”. Etimologicamente originária da palavra latina *cogitatus*, significa meditado, pensado e refletido. Como substantivo, ganha os significados de “atenção especial, inquietação, preocupação, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo, objeto ou pessoa deste desvelo, encargo, incumbência, responsabilidade, lida, trabalho, ocupação” (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017, p. 554). Seus significados deixam clara a dimensão social existente no conceito, considerando fortemente a interação entre os sujeitos, em uma relação de ajuda.

Porém, o que se tem percebido é que a ideia de cuidado, atualmente, relaciona-se intensamente com as ações técnicas realizadas por profissionais no campo da saúde. O cuidado que, embora seja um dos atributos necessários à sobrevivência da espécie humana, teve sua importância para a vida social subvalorizado pelas ciências humanas e sociais, apresentando-se predominantemente com um conceito mais vinculado às ciências biológicas e naturais. As ações especializadas de cuidado empreendidas no campo da saúde têm sido mais atentamente discutidas, com ênfase àquelas pertencentes ao modelo biomédico, como apresentado, no qual o ato de cuidar prioritariamente passa a ter o sentido de diagnosticar, tratar e prevenir doenças, independente da subjetividade inerente em cada sujeito, na proposição de identificar os pacientes como homogêneos entre si (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017).

Mais explicitamente, houve, no desenvolvimento da clínica médica, um gradual descarte de qualquer elemento subjetivo implícito ao sofrimento, na busca do conhecimento técnico mais produtivo e eficiente para o controle das enfermidades. Embora este momento tenha sido de grande relevância histórica no cuidado à doença, em consequência desta abordagem clínica foi desconsiderado o que não era observável pelo uso metodológico da avaliação diagnóstica. A subjetividade é vista aqui como mais do que um sistema determinista intrapsíquico, mas, sim, dimensionada como produção psíquica inseparável dos contextos sociais e culturais em que acontece a ação humana (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017, p. 554).

Ao que se refere à temática das drogas, o pensamento pouco se difere. Os cuidados ofertados para as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas são realizados, majoritariamente, pelos serviços de saúde, especificamente no campo da saúde mental. Entretanto, dentro das possibilidades de cuidado, tem sido dada grande ênfase às terapias ofertadas pelas comunidades terapêuticas. Esta perspectiva dialoga com o modelo que pouco considera as subjetividades dos sujeitos, generalizando as pessoas e as suas demandas. Abordar a “problemática das drogas” a partir de uma única perspectiva, no caso considerando apenas os fatores biológicos, sem compreender as dimensões sociais, econômicas e culturais, pouco dialoga com a realidade dos sujeitos (FIGUEREDO; FEFFERMANN; ADORNO, 2017).

Quando se pensa em cuidados para aqueles que convivem com as drogas é necessário que outros modos de cuidar se apresentem, conectados a uma abordagem social, para além daquelas pertencentes ao modelo biomédico centradas em ações exclusivamente técnicas. É preciso abranger aspectos como a empatia, o respeito, o vínculo, a convivência, a territorialidade, a liberdade, a autonomia, entre outros (EPELE, 2012; CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2019). Nesse sentido, as redes sociais de suporte se configuram como uma possibilidade de cuidado, na defesa de algo compartilhado entre os diversos atores, dispositivos sociais e setores. Parte-se de uma noção de que as redes são compreendidas como um conjunto de relações em que os sujeitos constituem os nós, abrangendo as suas relações formais e informais. Pakman (1995) conceitua como redes informais aquelas caracterizadas pelo conjunto de interações espontâneas que surgem em determinado contexto, sejam elas compostas por familiares, amigos, vizinhos, dentre outros. Já as redes formais são aquelas que se interconectam com as políticas e os serviços sociais, com a participação das unidades de saúde, das escolas e dos serviços da assistência social, entre outros exemplos (JUNQUEIRA, 2000; BARDI, 2013).

A análise dos problemas sociais contemporâneos, pela sua complexidade, direciona a uma percepção de que eles não podem ser entendidos de forma isolada. São problemas que precisam ser compreendidos sistemicamente, pois são interligados e interdependentes (JUNQUEIRA, 2000). Nesta perspectiva, as drogas caracterizam-se como um tema que possui uma interpretação social, como problemática que demonstra ramificações e interconexões para a sua compreensão e abordagem.

A noção de rede como um conjunto de relações em que os indivíduos constituem os nós significa uma transformação das ideias sobre a organização social. Rede social é entendida, segundo Marques (1999, p. 46), como “o campo presente em determinado

momento, estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações construídos ao longo do tempo”. Vínculos que “possuem diversas naturezas, que podem ter sido construídos intencionalmente ou não e que estão em constante interação e transformação” (JUNQUEIRA, 2010, p. 38). A rede é “um fato social, mas também uma oportunidade de reflexão sobre o social e as práticas cotidianas. As redes sociais se expressam como um conjunto de pessoas e organizações que se relacionam para responder demandas e necessidades sociais” (JUNQUEIRA, 2010, p. 40) de maneira integrada, respeitando o saber e a autonomia de cada sujeito. A rede como uma realidade social pode ainda criar conhecimentos próprios e, nessa perspectiva, a rede não é apenas a construção de uma realidade de vínculos, como também uma maneira de analisar e entender a realidade social.

Saraceno (2001), ao elaborar os conceitos da reabilitação psicossocial de forma aprofundada e categorizada, utiliza da ideia de redes. A reabilitação psicossocial tem sido uma das referências que fundamenta a estruturação da RAPS. Dentro desta perspectiva, a reabilitação é um processo que implica na abertura de espaços de negociação para o sujeito em sofrimento psíquico, para a sua família, para a comunidade e para os serviços. As intervenções devem ser direcionadas também para a abertura dos espaços de relação. Por isso, a criação e multiplicação das oportunidades de trocas materiais e afetivas podem ser definidas como uma *rede de negociação*, sendo articuladas e flexíveis, possibilitando o aumento da participação e da contratualidade real dos sujeitos atendidos no campo da saúde mental. Nesse sentido, são citados eixos nos quais se constrói o aumento da capacidade contratual das pessoas, entre eles: o morar, o trocar as identidades; e a produção e troca de mercadoria e valores. No segundo eixo há uma ênfase na rede social, sendo este um caminho para possibilitar a realização das trocas sociais. O autor corrobora a ideia de que atuar, a partir da ampliação das redes sociais, pode possibilitar a (re)inserção social dos sujeitos em acompanhamento. Para isso, é preciso considerar os eixos que abrangem os principais contextos de vida.

A participação dessa troca ou da invenção dos lugares nos quais a troca seja possível é a rede social. A desabilitação é também empobrecimento da rede social, perda quantitativa e qualitativa: e isso a partir da primeira rede social disponível que é o núcleo familiar, mais ou menos ampliado. Creio que seja um erro manter distintos demais esses dois âmbitos, a rede social ampliada e a familiar, já que frequentemente a margem que as separa é sutil e, sobretudo, o sofrimento da rede familiar influi na riqueza da rede ampliada e vice-versa. Conseqüentemente, intervenções que melhorem o setting familiar geram também expansões da rede ampliada (SARACENO, 2001, p. 123).

Castel (1994), ao descrever a denominada “questão social”, analisa os tipos de inserções sociais que são possíveis dentro do atual sistema, considerando a organização e a vida social. O autor refere sobre a importância das redes sociais de suporte, consideradas elementos que integram o processo social. Assim, define “zonas” para a caracterização do espaço social, nas quais os indivíduos circulam entre elas, tendo dois componentes centrais que influenciam no pertencimento, ou não, a determinados espaços, e que são fundamentais, portanto, para as condições e as possibilidades de vida: o eixo da relação de trabalho (do emprego estável à ausência completa de trabalho) e o eixo da inserção relacional (entre a inscrição nas redes sólidas de sociabilidade e o isolamento social).

A primeira delas é a zona de integração, definida pelo acesso a um trabalho estável conjuntamente a suportes relacionais sólidos; em seguida, apresenta a zona de vulnerabilidade que, por sua vez, conjuga trabalho precário ou instável e/ou fragilidade nas relações; e, por último, a zona de desfiliação, na qual agrega a ausência de trabalho e o isolamento social, caracterizando uma dupla ruptura e que tem como consequência o desenraizamento social (CASTEL, 1994). Ao transitar entre elas, existe o processo decrescente, que vai da integração à desfiliação, passando pela situação de vulnerabilidade, assim como pode acontecer inversamente. Para isso, é necessário estabelecer formas de inserção como uma estratégia de refazer esse caminho, reconstruindo apoios relacionais e ocupacionais, para modificar a situação de exclusão daqueles que se desfiliam. Descreve, ainda, uma quarta zona, a zona de assistência, relacionada aos serviços historicamente direcionados à manutenção da coesão social (CASTEL, 1997).

Em linhas gerais, Castel o autor discorre sobre a organização da sociedade e sobre a existência de uma fragilização social, que atinge as possibilidades nos eixos de trabalho e de relações sociais e que tem levado muitos sujeitos a uma situação de vulnerabilidade. O uso de drogas pode se configurar como uma das consequências da situação de vulnerabilidade, tendo impactos, entre outros aspectos, nos níveis biológicos, de saúde e da posição social dos sujeitos. Contudo, não se pode afastar as explicações que analisam o uso prejudicial de drogas como um reflexo de uma cultura de uma sociedade fragilizada, que é permeada por interesses econômicos, caracterizando-se, segundo Castel (1994, 1997), em um isolamento social que fragiliza os suportes possíveis para a tessitura da vida.

Partindo de sua teoria, bem como da articulação com os conceitos dos demais autores apontados, são possíveis visualizações de intervenções técnico-profissionais na zona de vulnerabilidade e/ou desfiliação, que buscam a construção e/ou o fortalecimento de suportes que dificultam adentrar ou permanecer na zona de desfiliação. A abordagem de ações técnicas

por meio das redes sociais de suporte permite um entendimento mais aprofundado das relações que permeiam o todo meio social no qual as pessoas estão inseridas. Aqui, enfatizam-se as relações sociais/relacionais e as possibilidades de trabalho, uma vez que estes são os principais atributos que possibilitam condições de se (re)inserir socialmente, ainda que de forma vulnerável e/ou marginalizada. Muitas das pessoas que fazem uso de drogas já se encontram desfiladas socialmente, por isso, operar com abordagens que partam da reestruturação dessas redes, ou da formação de novas possibilidades de suporte, é um caminho que se mostra alternativo ou, ao menos, ampliador para o cuidado.

Como dito, pela complexidade própria do uso de drogas, o cuidado a ser ofertado deve ser multifacetado, incluindo aspectos biológicos, sociais, econômicos e culturais, reunindo múltiplas estratégias que, mais efetivamente, direcionem-se às necessidades do outro. Trabalhar o uso de drogas a partir dos fundamentos das redes sociais de suporte é uma delas. Isso significa acionar recursos formais e informais presentes na rede de suporte de cada sujeito, objetivando, por meio da mediação profissional, as melhores estratégias para que cada um possa lidar com o seu uso de drogas e, talvez, conseguir fazer suas escolhas. Neste constructo, considera-se o terapeuta ocupacional um dos profissionais capazes de fazer parte da rede de cuidados, focando sua atenção aos cotidianos dos sujeitos e as suas possibilidades de autonomia e de participação.

1.3.1 CUIDADO E TERAPIA OCUPACIONAL

Enfocando pessoas, grupos e comunidades em condições de não pertencimento e vulnerabilidade, observa-se que a atuação do terapeuta ocupacional contribui na composição dos acompanhamentos ofertados a pessoas em uso prejudicial de drogas. Diferentes referenciais metodológicos podem ser utilizados na fundamentação das intervenções terapêuticas ocupacionais para construir esse cuidado (SANTAROSA, 2016).

A terapia ocupacional busca facilitar processos para a participação social e mediar ações pela garantia e acesso aos direitos das pessoas, dos grupos e das comunidades com que trabalha (MALFITANO, 2016). A ampliação das redes sociais, formais e informais, é um dos mecanismos que proporciona atingir estes objetivos da profissão. Sob estes pressupostos, colabora no debate sobre as drogas, principalmente no que diz respeito a proporcionar autonomia e oportunidades ao sujeito, tendo o cotidiano e as atividades que o constitui como principal campo de intervenção e de compreensão daquela realidade.

Ao relacionar essas concepções com as perspectivas da terapia ocupacional, especificamente da terapia ocupacional social, é possível reconhecer que a estruturação de apoio àqueles que fazem uso de drogas deve ser, necessariamente, permeada pelo debate sobre a organização social, a ilegalidade e o proibicionismo. Ainda deve estar articulada às ações que se voltem ao acesso daquele grupo aos seus direitos sociais e ao exercício autônomo de sua vida, mediando processos, quase sempre conflitivos, para ampliar suas possibilidades. Dessa forma, abordar o contexto social significa atuar para além da aplicação de técnicas específicas, dedicando-se ao desenvolvimento de ações que possibilitem/facilitem/criem formas de inserção e de participação na vida social (MALFITANO, 2016).

O campo social pode ser compreendido como um lócus intersetorial de operacionalização da vida, de acordo com as possibilidades e limites impostos pelos fatores socioeconômicos. Trata-se da compreensão da dinâmica social, de suas inter-relações e conformações e, em seu interior, das relações de poder que a integram e a definem, sendo indispensável a discussão sobre justiça e direitos (MALFITANO, 2016, p. 118-119).

Estes pressupostos são desejáveis para toda atuação em terapia ocupacional, tendo como premissa a indissociabilidade entre o contexto social e as problemáticas de quaisquer ordens vivenciadas pelos sujeitos e que os conduzam à atenção em terapia ocupacional em serviços de diferentes setores. Especificamente a terapia ocupacional social, opção teórica deste trabalho, almeja desenvolver ações que busquem proporcionar a emancipação e a autonomia dos sujeitos, assim como faz a terapia ocupacional como um todo, porém dedicada nomeadamente às dificuldades de ordem socioeconômica que impossibilitam a vida social.

Desta forma, o terapeuta ocupacional pode ser um profissional voltado à criação de estratégias conjuntas com os sujeitos em situação de vulnerabilidade socioeconômica, na busca de ampliação de oportunidades na vida cotidiana que possibilite maior participação social. A terapia ocupacional social, bem como outras subáreas e correntes da profissão, assimilam práticas embasadas em uma perspectiva crítica às explicações exclusivamente de ordem biomédica, buscando que as ações terapêutico-ocupacionais resultem em ações que visem mudanças efetivas das realidades encontradas (LOPES et al., 2011; LOPES et al., 2014; MALFITANO, 2016).

Tem se evidenciado a necessidade dos seguintes elementos: o tempo; a disponibilidade do técnico; a agilidade e a responsabilidade ética e técnica na articulação entre diferentes atores e serviços; a constituição de uma leitura centrada e conhecedora da realidade social e subjetiva, individual e coletiva; um amplo repertório para a proposição cotidiana de atividades, bem como o alargamento do conceito da atividade; o conhecimento e o diálogo com a rede de recursos sociais

preexistentes na comunidade e na cidade; a reflexão sobre os limites da relação técnica no cuidado e no acolhimento de questões sociais no âmbito individual. Todos esses elementos nos instigam a refletir sobre os tempos da ação terapêutico-ocupacional no campo social e sobre a disponibilidade necessária para o trabalho cotidianamente direcionado para a urgência de mudanças efetivas da realidade (LOPES et al., 2014, p. 600).

Malfitano (2016) destaca dois elementos presentes na atuação social: a perspectiva coletiva da apreensão da realidade dos grupos populacionais e a articulação entre os níveis micro e o macrossocial. Primeiro procura-se

[...] realizar uma leitura da realidade que não se esgota nos elementos individuais, mas compreende que as manifestações individuais denotam problemáticas sociais com a marca subjetiva de cada um. Lidar com o sofrimento social implica em apreender as desigualdades sociais e não tecer a individualização das explicações para os fenômenos sociais (MALFITANO, 2016, p. 125).

O segundo elemento é a articulação entre o micro e macrossocial, sendo que “a articulação entre uma história de vida e os elementos macroestruturais é essencial para a ação com esses sujeitos e grupos” (MALFITANO, 2016, p. 126). Para a autora, a intervenção profissional deve se direcionar para a ampliação das redes sociais de suporte, nos aspectos individuais e coletivos. Com relação à esfera individual, devem ser elaboradas estratégias que auxiliem o sujeito a ter apoios e suporte para a sua inserção e participação social, respeitando as suas escolhas e autonomia. Já nos aspectos coletivos, o trabalho deve conectar-se às políticas sociais e à ação em espaços públicos pela manutenção e/ou ampliação de serviços e de outros espaços que possibilitem o acesso aos direitos daquele grupo.

Lopes, Borba e Cappellaro (2011) corroboram a ideia, ao defenderem que é a partir de ações em torno da criação e/ou do fortalecimento das redes sociais que é possível garantir maior autonomia e inserção social de pessoas ou grupos populacionais que vivenciam processos de ruptura. Para tanto, é necessário que os atores sociais estejam voltados para uma atuação baseada no território, garantidora de direitos e que respeite a singularidade dos sujeitos. Há um conjunto de procedimentos e de recursos que tem produzido aportes para a ação de uma terapia ocupacional social fundada na dimensão territorial e comunitária. As tecnologias sociais são capazes de fomentar novas possibilidades de atuação, integrando e articulando ações de abrangência macro e microssocial, em uma tentativa, mesmo que utópica, de se atingir a transformação social (LOPES et al., 2014).

A partir dessas discussões, considerando central a inserção e a participação na vida social, é proposto que a questão das drogas seja também abordada na terapia ocupacional pelo viés social, envolvendo todos os setores sociais que compõem os diferentes cotidianos das

peessoas que usam drogas, reconhecendo, assim, o sujeito como ser de direitos, respeitando sua autonomia e sua liberdade para escolhas de vida, para que seu cotidiano seja permeado por novas trajetórias e não somente por aquilo que se refere às drogas. A partir dos diferentes recursos empregados pela terapia ocupacional social, buscam-se trocas e diálogos, sendo possível realizar abordagens que objetivem a reestruturação das redes sociais ou a formação de novas possibilidades de suporte. Destaca-se o uso de tecnologias sociais, por exemplo, as oficinas de atividades, as dinâmicas e os projetos; os acompanhamentos singulares e territoriais; a articulação de recursos no campo social; e a dinamização da rede de atenção como estratégias para a constituição do trabalho técnico-profissional (LOPES et al., 2014).

As atividades são utilizadas como um recurso mediador do trabalho de aproximação, de acompanhamento, de apreensão das demandas e de fortalecimento dos sujeitos para os quais direciona sua ação – neste caso, para as pessoas que fazem uso de drogas. Por intermédio deste instrumento, em que o terapeuta ocupacional reúne habilidades para lidar, pode-se conhecer o universo dos sujeitos, ampliando significativamente a possibilidade de criação de vínculos e, com isso, gerar oportunidades para uma atuação profissional que contribua para a construção conjunta de novos planos, projetos e apoios. Aliado a isso, os acompanhamentos singulares e territoriais são mobilizados como uma estratégia de intervenção que busca uma percepção mais real do cotidiano e do contexto de vida das pessoas, interconectando suas histórias, seus percursos, sua situação atual e sua rede de relações. Esses acompanhamentos partem da escuta atenta das demandas, as quais são determinadas, em grande medida, pela situação de vulnerabilidade, de desigualdade social e de falta de acesso a serviços e bens sociais (LOPES et al., 2014).

Sendo assim, observa-se que, como profissão que se pauta pelo trabalho acerca dos cotidianos e da (re)inserção social das pessoas, não é possível ser terapeuta ocupacional sem estar comprometido com o tema das redes, independentemente de sua natureza informal ou formal, incluindo nesta última a rede de serviços. Isto porque é por elas que todos transitam, é onde as relações se tecem, se aproximam ou se afrouxam. A depender das redes sociais, mais ou menos necessidades serão atendidas, mais ou menos direitos serão alcançados e garantidos (AVELAR, 2018).

Ao que se refere especificamente à relação entre cuidado e terapia ocupacional, Malfitano e Sakellariou (2019) defendem que o cuidado terapêutico-ocupacional deve estar em quatro dimensões: cuidados biomédicos; cuidados centrados nas pessoas; cuidado tácito; e cuidados coletivos. Os cuidados biomédicos são aqueles que enfocam as características generalizáveis, mecanicistas e analíticas, descritos em um conjunto de procedimentos técnicos

que tem como único objetivo o tratamento de um sujeito. Frequentemente são aplicados no setor da saúde, centrados na funcionalidade do corpo e dos seus aspectos biológicos, mas que, no entanto, podem ser transferidos para demais setores. Os cuidados centrados na pessoa valorizam os contextos da pessoa e os reconhecem como dimensões decisivas e, muitas vezes, determinantes para as ofertas de cuidados. Esta nomenclatura tem influência de modelos internacionais de atuação em terapia ocupacional, que denominam como um dos modelos de intervenção o “centrado na pessoa”, com menor circulação nas práticas brasileiras. Já o cuidado tácito pode ser caracterizado como aquele que se refere às ações informais do cuidado, baseado no conhecimento e na experiência dos sujeitos sobre seus processos, diferentemente daquilo descrito como técnico. Por fim, os cuidados coletivos referem-se às interconexões entre indivíduos e sociedade e à influência da cultura como elemento fundamental que direciona a maneira como as pessoas se cuidam, nos níveis pessoais e profissionais (MALFITANO; SAKELLARIOU, 2019).

Na terapia ocupacional, embora o termo “cuidado” seja abordado com frequência, não é bem explorado. Na maioria das vezes é associado a uma problemática de doença, demonstrando a preponderância da dimensão biomédica e de processos padronizados de avaliação e de intervenção para a atuação profissional (MALFITANO; SAKELLARIOU, 2019). As discussões acumuladas na literatura da área demonstram um crescente questionamento à tecnificação das ações em terapia ocupacional, em que, de maneira geral, os autores afirmam que os terapeutas ocupacionais ainda desenvolvem suas ações informadas pelas dimensões biomédicas e de assistência centrada na pessoa. Sobre o cuidado coletivo, existe uma discussão pequena no campo, mas não há conhecimento suficiente para defini-lo e informar as práticas profissionais. No entanto, o cuidado tácito é uma dimensão que nem sequer é discutida na área (MALFITANO; SAKELLARIOU, 2019).

Para o tema das drogas, argumenta-se que, para obter um acompanhamento efetivo, é preciso abranger as diversas possibilidades de cuidado apresentadas acima, inclusive na proposição de intervenções terapêuticas ocupacionais. Ao se debruçar sobre a composição dos cotidianos, é indispensável que a prática da terapia ocupacional busque desvelar as reais formas que o uso de drogas e suas interconexões (marcadores de classe, gênero, raça, local de moradia, entre outros) interferem, dificultam e/ou impedem a vida cotidiana e a participação social do sujeito.

Desta forma, a vertente biomédica de cuidado em terapia ocupacional, na composição com outros profissionais, poderia contribuir com tratamentos que se voltem às necessidades dos sujeitos, por exemplo, à diminuição de crises de abstinência, à redução do consumo e à

organização pessoal para o uso. Uma perspectiva centrada na pessoa deve priorizar as subjetividades e as histórias de vida de cada um, não se direcionando às normalizações e padronizações que ignoram as influências individuais como parte do cuidado. Já pela perspectiva de um cuidado coletivo, faz-se necessário que as dimensões culturais e sociais adentrem as ações técnico-profissionais, lidando com preconceitos, estigmas, interesses e poderes que compõem o tema das drogas. Coletivamente, amiúde, o uso de droga pode significar um pertencimento social, como é o caso de determinados grupos sociais, a exemplo: alguns grupos de jovens ou de pessoas em situação de rua.

Para além das implicações de grupo, é importante o desenvolvimento de ações de cuidado que se voltem à representação política, à participação, à organização dos serviços e aos demais trabalhos que visualizem uma perspectiva coletiva para abordagem da temática, tendo como rebatimento indireto o cotidiano dos sujeitos. Por último, caberia ao cuidado tácito ser o grande diferencial nas proposições de intervenção, visto que, é por meio dele que cada pessoa pode expressar o que funciona e o que não funciona para si, as suas estratégias pessoais e o seu conhecimento sobre como lidar com o uso de drogas. Um exemplo de cuidado tácito se estabelece no desvelar de quais são as pessoas de suporte, da rede formal ou informal, que auxiliam o sujeito em situações de necessidade, quando identifica uso prejudicial e busca auxílio (BARDI; MALFITANO, 2014). Outro exemplo é o reconhecimento compartilhado sobre quando a possibilidade de internação pode ser um facilitador do cuidado e, em outras situações, seria algo prejudicial para as vivências daquela pessoa. Contudo, o que se sobressai é o conhecimento próprio e tácito do sujeito para a composição desta identificação. A combinação desses quatro elementos do cuidado possibilitaria uma prática crítica e comprometida com a mudança social dos sujeitos, abordando suas problemáticas e tendo como foco o cotidiano e a ampliação do suporte social.

Em síntese, tendo em vista os referenciais apresentados em torno das drogas, dos serviços, das possibilidades de cuidado e das redes sociais de suporte, objetivou-se com esta investigação compreender, sob a perspectiva das próprias pessoas que usam drogas, como as suas redes sociais de suporte são organizadas e estruturadas. Para tanto, foi realizado um estudo em um serviço público especializado, que realiza o acompanhamento de pessoas que fazem uso de drogas, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), lançando mão da observação participante, da realização de entrevistas e de grupos de atividades com aqueles que se dispuseram a colaborar com a pesquisa. Pretendia-se realizar o mesmo trabalho em um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), porém, devido a diversas situações descritas no próximo capítulo, esse planejamento não pôde

ser concretizado. Buscou-se compreender a realidade dos participantes para fomentar a discussão acerca da temática, visando a constituição de caminhos mais efetivos e o fortalecimento daqueles já existentes.

2 PERCURSO DA PESQUISA

A presente pesquisa utiliza-se do referencial teórico-metodológico da Terapia Ocupacional Social, que se baseia na abordagem sócio-histórica por meio da apreensão radical da realidade local, com vistas à sua compreensão e discussão de mudanças sociais (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002; BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007). Conforme apresentado, tal escolha é justificada pelo fato de que a terapia ocupacional social apresenta uma recusa em compreender problemas que são sociais como questões puramente de saúde, fato presente, em grande parte, na compreensão e nas propostas políticas e técnico-profissionais sobre as drogas. Com base nessa argumentação, é feita uma escolha pela abordagem social do uso de drogas, sempre assinalando a complexidade e a indissociabilidade dos outros fatores que compilam o fenômeno.

Como estratégia de campo utilizou-se de métodos que propiciassem a aproximação, o conhecimento, a descrição aprofundada e a interpretação de seus conteúdos (TOZONI-REIS, 2010). Para tanto, foram utilizados a observação participante, lançando mão do diário de campo; a realização de entrevistas; e a proposição de grupos de atividades com aqueles que frequentam a instituição.

A observação participante é uma metodologia indicada para apreender, compreender e intervir nos mais diversos contextos. A observação acontece no meio onde as pessoas se envolvem, proporcionando uma aproximação ao seu cotidiano, às suas representações sociais, à sua dimensão histórica, sociocultural e aos seus processos. É uma abordagem utilizada quando o investigador está interessado na dinâmica de um grupo, e não apenas em dimensões individuais às suas questões (MÓNICO et al., 2017). Associado à observação participante, o uso do diário de campo é um instrumento do processo, em que são registradas as percepções do pesquisador, os questionamentos e as informações recebidas durante o trabalho de campo que não fornecidas por meio de outras técnicas. A potencialidade do seu uso está no acesso às informações que aparecem com maior facilidade nas conversas informais e nas situações que são presenciadas durante a imersão. Por isso, os registros do diário de campo são importantes ferramentas que favorecem a análise dos dados (VÉRAS, 2011).

As entrevistas foram realizadas para possibilitar diálogos mais aprofundados com os participantes, abordando temáticas relativas ao uso de drogas, aos serviços acessados, ao seu cotidiano e suas redes sociais de suporte, instrumentando a discussão e complementando os dados obtidos a partir das observações. Isso também se aplica à realização dos grupos de atividades, que buscou informações advindas além do relato verbal. Mónico et al. (2017) apontam que, por meio de abordagens mais focalizadas, como é o caso da entrevista e dos grupos de atividades, é possível que o pesquisador verifique suas reflexões comparando com aquilo que foi observado, obtendo informações adicionais e relevantes para o estudo.

2.1 O CAMPO DE PESQUISA

O estudo foi realizado em um município localizado no interior do estado de São Paulo, em sua região central, com uma população de cerca de 200.000 pessoas, de acordo com dados do IBGE, de 2010. Segundo informações da Rede Regional de Atenção em Saúde 14 ou Divisão Regional de Saúde-Dez (RRAS 14/DRS-X), ao que se refere aos serviços de saúde mental, o município conta com quatro serviços especializados: um CAPS de atenção intensiva (CAPS III), um CAPS infante-juvenil, um CAPS álcool e drogas (CAPS ad) e um ambulatório de saúde mental infante-juvenil. Este estudo debruçou-se sobre o CAPS ad. Já no campo da assistência social, destaca-se a existência de dois tipos de serviços: os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Foi então realizada uma aproximação com o CREAS por se referir ao serviço especializado que, pelas normativas legislativas, deveria dedicar atenção a esta temática.

2.1.1 CAPS AD

De acordo com as informações fornecidas pela coordenação do serviço durante o trabalho de campo, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas desse município foi fundado em 2003. O serviço realiza, em média, 200 atendimentos por mês. Sua equipe é composta por uma assistente social, que está atualmente na coordenação, quatro psicólogos, um médico psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, um estagiário de psicologia, um técnico administrativo, uma recepcionista e

uma auxiliar de serviços gerais.

De acordo com a própria equipe, esta se divide em duas miniequipes, baseando-se na cobertura territorial da atenção básica de saúde, para que cada miniequipe se responsabilize por um território e para que possa, assim, se tornar referência do usuário, de acordo com o bairro que pertence. A proposta, segundo seus profissionais, tem como objetivo proporcionar maior articulação com a atenção básica em saúde e com o território, possibilitando maior frequência de visitas domiciliares e facilitando a identificação dos profissionais de referência para os sujeitos.

Os atendimentos oferecidos se desenvolvem em diferentes etapas, sendo que inicialmente é realizado o acolhimento, momento em que é feito o primeiro contato da pessoa ou da família com a instituição. São ofertados grupos terapêuticos, visitas domiciliares, oficinas, atividades externas, atividades de ambiência e convivência, consultas médicas e atendimentos individuais – que são raros, apenas quando é identificada grande necessidade. A inserção na unidade pode ser feita por meio da demanda espontânea, uma vez que o serviço trabalha na lógica de “portas abertas”, não necessitando do encaminhamento por outro serviço, embora também ocorra. Além disso, existem alguns casos em que a demanda emerge de instâncias judiciais, ou seja, o usuário frequenta o serviço como parte do cumprimento de uma medida judicial.

Após o acolhimento, a equipe, em conjunto com o sujeito e seus familiares, elabora o projeto terapêutico singular (PTS), buscando abordar as queixas trazidas por ambos e propor a melhor opção de tratamento dentro do que foi relatado à equipe. Existem algumas modalidades de acompanhamento, que variam entre a forma intensiva, em que o usuário frequenta a instituição por longos períodos durante os dias; a forma semi-intensiva, caracterizada pela frequência em períodos específicos; e a manutenção do cuidado, em que é possível participar apenas de atividades específicas, como grupos e/ou oficinas. As modalidades são estabelecidas pela Portaria nº 336/GM/Ministério da Saúde, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. É importante ressaltar que para fazer uso de medicação disponibilizada pela unidade ou para realizar consultas médicas é necessário que o usuário faça acompanhamento em pelo menos um grupo por semana.

2.1.2 CREAS

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social foi fundado no ano de

2008 e se localiza na mesma cidade que o CAPS ad. De acordo com as informações fornecidas pela sua coordenação, este serviço realiza, em média, 150 atendimentos por mês. Sua equipe é composta por duas psicólogas, oito assistentes sociais, dois profissionais da área administrativa, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais, um motorista, dois estagiários de psicologia, dois estagiários de serviço social e uma coordenadora (com formação em psicologia). Os profissionais organizam-se em duplas para ofertar o acompanhamento.

São realizados acompanhamentos para pessoas que tiveram seus direitos violados, ou seja, vítimas de diversos tipos de violência, por exemplo, violência física, sexual, psicológica, negligência e maus tratos, tendo um viés bem abrangente. A equipe se divide em dois programas: o programa para cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto e o Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI). A equipe de cumprimento de medidas e prestação de serviço à comunidade é composta pelas assistentes sociais, que são orientadoras de medida, totalizando três, enquanto o PAEFI se constitui com as denominadas duplas psicossociais, as quais realizam os atendimentos para todas as outras demandas. O principal objetivo é realizar um acompanhamento voltado para as famílias, no intuito de fortalecer os vínculos e, como consequência, que se rompam as situações de violências vivenciadas pelos sujeitos.

A inserção da pessoa na instituição é realizada por encaminhamentos, seja de outros serviços da assistência social, seja por diferentes setores, como da saúde. Além disso, muitos dos encaminhamentos são feitos por instâncias judiciais, principalmente aqueles que fazem parte do programa de cumprimento de medidas e que necessitam, obrigatoriamente, da determinação judicial. Esses acompanhamentos são efetuados por meio do agendamento com o usuário, seja pela visita domiciliar, seja pela ida até o serviço. A maioria dos atendimentos é feita de forma individual, com o técnico de referência. Existem algumas oficinas e grupos, porém não ocupam a agenda majoritária do serviço, sendo que tais atividades são direcionadas, sobretudo, aos jovens, em especial àqueles que se encontram em cumprimento de medidas socioeducativas. Assim, por mais que o serviço tenha uma demanda intensa de atendimentos, o fluxo dentro da instituição é pequeno, observando a presença de poucas pessoas na sala de espera, bem como a baixa circulação dos usuários pelo ambiente da unidade.

O objetivo inicial deste estudo era utilizar o CREAS como meio para acessar pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e, desta forma, compor os dados. Entretanto, isso não foi possível, tanto pela forma que o serviço é organizado quanto pela dificuldade das pessoas em

se identificarem como “usuárias de drogas”. Por isso, os dados do CREAS não fazem parte da análise desse estudo.

2.2 ETAPAS DA PESQUISA

O trabalho de campo foi dividido em cinco principais momentos:

- Apresentação da proposta: apresentação do projeto aos gestores do município (Secretaria de Saúde e de Assistência Social) e aproximação com os coordenadores dos serviços identificados como os principais atuantes com a população em foco, sendo eles o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS). A aproximação aconteceu entre os meses de Julho e Agosto de 2018. A Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social e a Fundação Municipal de Saúde apresentaram-se como colaboradores da pesquisa, aprovando previamente a sua realização. Encontram-se nos Anexos 1 e 2 as cartas que atestam a parceria.

- Observação da dinâmica institucional: a permanência foi possível apenas no CAPS ad, durante os meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 2018. A observação no CREAS era inicialmente planejada, contudo, pela dinâmica do serviço, mostrou-se não ser possível contatar os seus usuários. Diante desta constatação, foi considerada importante a realização de uma entrevista com a sua coordenadora, ocorrida no mês de Fevereiro de 2019, com a duração de 1 hora e 30 minutos (roteiro de entrevista consta no Anexo 3) para a obtenção de informações do local. Entretanto, como o objetivo do estudo foi a percepção das próprias pessoas sobre suas redes sociais de suporte, os dados que se referem ao CREAS não foram apresentados diretamente na seção resultados.

- Realização de grupos de atividades com os participantes que se encontravam em tratamento intensivo no CAPS ad, com o objetivo de identificar elementos de seu cotidiano que fazem parte de sua rede de suporte social, além de mapear quais locais da cidade são acessados pelos participantes e, ainda, como a relação com o CAPS ad é constituída. Totalizaram-se três encontros realizados no mês de Dezembro de 2018, com duração entre 1 hora e 1 hora e 30 minutos cada (roteiro de atividade consta no Anexo 4).

- Convite aos usuários do CAPS ad em atendimento intensivo para participarem da entrevista, sendo elencados conteúdos para direcionar o diálogo, com a temática das drogas, seu cotidiano, sua inserção em diferentes serviços e a constituição das suas redes sociais de suporte. Contou com a colaboração de seis participantes (seis entrevistas), com duração entre

45 minutos a 1 hora e 15 minutos cada, obtendo 5 horas e 36 minutos de conversa (roteiro de entrevista consta no Anexo 5).

- Após a aproximação com o CREAS, os profissionais indicaram dois usuários para serem convidados a participar das entrevistas. Os contatos para os agendamentos de entrevistas foram feitos pelos próprios profissionais, entretanto, sem sucesso. Dessa forma, não houve entrevistados do serviço da assistência social.

Todos os participantes, em todas as etapas, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 6).

O contato inicial com os gestores e com os coordenadores dos serviços contribuiu para se pensar as estratégias de campo adotadas pelas etapas que se seguiriam. Por meio desse contato, iniciou-se o processo de observação institucional. No CAPS ad foi possível obter maiores informações, pois os usuários do serviço circulavam e permaneciam na instituição constantemente, sobretudo aqueles que estavam em acompanhamento intensivo. A observação aconteceu durante três meses, totalizando 16 encontros, em que permaneci de 4 horas a 8 horas diárias no serviço, os quais foram registrados em caderno de campo, incluindo os momentos não estruturados na agenda institucional. As atividades observadas foram aquelas realizadas pelo serviço, observadas em seu cronograma de atividades e descritas a seguir:

Tabela 1 - Cronograma de atividades do CAPS AD

Programação Horário	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
08:00 às 11:00	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Reunião
08:00	Visita domiciliar (equipe lilás)	Visita domiciliar (equipe amarela)	Grupo de Família (Enfermeira 2 + Psicóloga 2.)	Oficina de Liang Going (assistente social)	De Equipe
08:30		Grupo Comunitário território 2 (psicólogo 4 + psicóloga 3)	Grupo Comunitário território 4 (psicólogo 4 + psicóloga 1)	Grupo Comunitário território 6 (enfermeira 2 + psicóloga 3)	
09:00	Oficina de Horta (técnico de Enfermagem 1)		Grupo Comunitário território 5 (assistente social + psicóloga 3)	Grupo de controle de tabagismo (semanal)	
09:30				Grupo de Referência Equipe Lilás	
10:30	Grupo terapêutico (psicóloga 1)	Oficina de Dança (psicóloga 1)			
11:00		Reunião de miniequipes	Grupo de Referência Equipe Amarela	Grupo de Mulheres (psicóloga 2)	
11:30					
12:00	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO

M A N H Ã

T A R D E	13:00 às 15:00	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento
	13:00		Grupo Comunitário território 3 (psicóloga 2 + psicólogo 4)	Oficina de Artesanato (terapeuta ocupacional + psicóloga 1)	Grupo de controle de tabagismo (mensal)	Oficina Aberta (terapeuta ocupacional)
	13:30	Grupo Comunitário território 1 (psicóloga 2 + psicóloga 3)	Grupo Comunitário território 4		Oficina de Saúde (Enfermeira N.)	Reuniões nas UBS/USF (técnico enfermagem 2 + coordenadora + psicóloga 3)
	14:00	Oficina da memória (psicóloga 1)	Ateliê de Artes (Assistente social + psicóloga 3)			
	15:00					
	15:30	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE
	16:00					
	16:30					
	17:00		Grupo Terapêutico não fazem acompanhamento intensivo (Assistente social)		Grupo Terapêutico não fazem acompanhamento intensivo (Psicóloga 2)	

No CREAS, após duas visitas ao serviço, foi observado que, embora o número de pessoas atendidas pelo serviço seja significativo, o fluxo de pessoas dentro do serviço é reduzido, conforme mencionado. Normalmente os usuários do serviço são atendidos após agendamento e, por isto, é mais difícil observar as relações que são estabelecidas naquela instituição. As pessoas pouco permaneciam na sala de espera ou circulavam em ambientes comuns. Assim, optou-se, como descrito, pela realização de entrevista com a coordenadora, para compreender, por meio de um discurso institucional, como a organização da instituição

opera e como se dá a aproximação com aqueles que acessam o serviço. Na finalização da entrevista foi estabelecido o contato com os profissionais para a indicação de possíveis colaboradores para a pesquisa, também por meio da entrevista. Entretanto, como destacado, nenhum usuário do serviço pôde ser acessado.

Após o período de observação no CAPS ad, optou-se pela realização de atividades, por meio de oficinas temáticas, partindo da perspectiva da terapia ocupacional, na busca de obter maiores informações advindas de recursos que vão além do relato verbal. Além disso, a proposta de realização de atividades é algo com que os participantes já estão habituados, pois, dentro da instituição, muitas abordagens são feitas por meio destas. Para facilitar a análise, os encontros foram gravados em áudio, com autorização dos participantes, totalizando 3 horas e 34 minutos, em três encontros.

Em terapia ocupacional, o fazer ocupa lugar central. Por meio dele é possível organizar a prática profissional e, por isso, Malfitano e Pereira (2014) sugerem que também ocupa um lugar primordial na pesquisa.

Esse processo, se bem conduzido, associado às outras formas de apreensão, permite, ao pesquisador terapeuta ocupacional, fazer uma leitura do universo daquele que faz de uma forma mais ampla, complementando, corroborando ou contradizendo os dados obtidos por meio da observação (participante ou não), da entrevista ou da ação conjunta (PEREIRA; MALFITANO, 2014, p. 415).

Portanto, após a imersão no campo e maior conhecimento do contexto das pessoas presentes na instituição, considerando a relevância da participação ativa dos participantes, foram propostas as seguintes atividades:

Tabela 2 - Atividades desenvolvidas com os participantes

Nome Da Atividade	<i>VARAL DAS IMPORTÂNCIAS</i>	<i>RECURSOS DA CIDADE</i>	<i>O CAPS</i>
Data	05/12/2018	10/12/18	14/12/2018
Tempo de Duração	01 hora e 04 minutos	1 hora e 13 minutos	1 hora e 17 minutos
Transcrição	18 páginas	9 páginas	11 páginas
Materiais Utilizados	Papéis de diferentes cores, varal, prendedor, lápis de cor, canetinha, tintas, pincel, barbantes, cola, papéis coloridos	Mapa impresso da cidade contendo uma divisão simplificada por bairros (um por participante), lápis de cor, canetinha, tintas e pincel.	Duas cópias do material impresso com o desenho de uma casa, lápis de cor, canetinha, tintas, pincel, barbantes, cola, papéis coloridos.
Descrição	Foi solicitado que cada pessoa respondesse à pergunta disparadora em folhas de tamanho A6, da forma que achassem melhor. Foram orientados que poderiam se expressar através de desenhos, símbolos, colagens, palavras, frases, entre outros. Tiveram o tempo de 15 minutos para realizar a atividade e, após, cada um fez uma apresentação sobre o que foi representado em sua atividade e colocou o produto no varal. Ao término das apresentações foi discutido sobre as semelhanças e diferenças entre eles.	Cada participante recebeu seu mapa e, por 20 minutos, sinalizaram os locais por onde circulam na cidade e quais ambientes consideram importantes em seu cotidiano, através de desenhos, símbolos, entre outros. Foram orientados que poderiam desenhar, escrever e fazer colagens. Posteriormente, cada participante apresentou o seu produto e foi realizada uma discussão grupal sobre as diferenças de locais, quem conhece os locais mencionados, qual a apropriação da cidade por cada um e suas referências para os momentos de dificuldades.	Foi proposta a elaboração coletiva de dois materiais gráficos que contemplassem as perguntas disparadoras. Os participantes puderam utilizar quaisquer materiais que quisessem para a composição de uma representação gráfica, sendo entregue a eles o desenho de duas casas. Uma representava a visão deles acerca do serviço e, posteriormente, confeccionaram como seria um local ideal que contemplasse suas necessidades. Após 40 minutos de elaboração, foi solicitada a apresentação dos locais construídos, para discussão grupal.
Disparadores	Pergunta disparadora: “Quem ou o que me ajuda nos momentos de dificuldades?”	Pergunta disparadora: “Quais locais da cidade são importantes para mim? Por onde eu ando? Pra fazer o quê? Onde encontro ajuda?”	Perguntas disparadoras: 1) “Como eu vejo o CAPS?”; 2) “Como seria um local que pudesse me ajudar em todas as minhas necessidades?”
Local	Espaço de Ambiência, andar inferior.	Espaço de Ambiência, andar inferior.	Espaço de Ambiência, andar inferior.
Qtd. Participantes	5	11	11

Após a realização das atividades, o serviço permaneceu fechado, isto é, sem ofertar atendimentos, na semana do dia 17/12/2018 ao dia 21/12/2018, visto que a equipe se encontrava em reunião de planejamento, na busca de melhorias e reestruturação do serviço, motivados sobretudo pela mudança de coordenação, que ocorrera naquele mês. Na semana seguinte, já era época das festas de final de ano, contando com recessos e feriados. A programação foi alterada, realizando “grupões”, assim denominado pela equipe, na tentativa de simbolizar que as atividades incluiriam todos os participantes, diferentemente da programação rotineira, devido ao menor número de pessoas frequentando a instituição. Portanto, no período dos “grupões”, eram propostas atividades genéricas, focadas, principalmente, na socialização e na convivência. O serviço retornou às suas atividades rotineiras no dia 06/01/2019, seguindo a nova programação organizada pela equipe no período de planejamento e descritas a seguir:

Tabela 3 - Novo cronograma de atividades do CAPS AD

Programação Horário	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira	
M A N H Ã	08:00 às 11:00	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	REUNIÃO DE EQUIPE
	08:00	Visita domiciliar (equipe lilás)	Visita domiciliar (equipe amarela)	Grupo de Família (Enfermeira 2 + Psicóloga 2)		
	08:30		Grupo Comunitário território 2 (psicólogo 4 + psicóloga 3)	Grupo Comunitário território 4 (psicóloga 1)	Grupo Comunitário território 6 (enfermeira 2 + psicóloga 3)	
	09:00			Grupo Comunitário território 5 (técnico enfermagem 1 + psicóloga 3)	Oficina	
	09:30	Oficina de Horta (técnico de Enfermagem 1)	Oficina de Dança (psicóloga 1)	Oficina Movimento (psicóloga 2)	Grupo de Referência Equipe Lilás	
	10:00					

M A N H Ã	10:30	Grupo terapêutico (psicóloga 1)			Grupo de controle de tabagismo (psicóloga 3 + Enfermeira 2)	REUNIÃO DE EQUIPE
	11:00	Padaria Economia Solidária (terapeuta ocupacional + psicóloga 2)	Reunião da Miniequipe (Amarela)	Grupo de Referência Equipe Amarela		
	12:00	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO
T A R D E	13:00 às 15:00	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento
	13:00		Reunião de Equipe		Reunião da Miniequipe (Lilás)	
	13:30	Grupo Comunitário território 1 (psicólogo 4 + estagiário de psicologia)	Grupo Comunitário território 3 (psicóloga 2)		Oficina de Saúde (Enfermeira 1)	
	14:00	Oficina de saúde (Enfermeira 1)	Oficina de Artes (Psicóloga 2 + psicóloga 3)	Grupo Comunitário Interno (Enfermeira 1 + estagiário psicologia)	Oficina da Memória (estagiário de psicologia)	Oficina Descobertas (estagiário de psicologia + psicóloga 3 + psicólogo 4)
	15:30	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE
16:00		Supervisão Psicologia (estagiário + psicóloga 2 + psicóloga 3)				

	17:00		Grupo Terapêutico não fazem acompanhamento intensivo (psicólogo o 4 + estagiário de psicologia)		Grupo Terapêutico não fazem acompanhament o intensivo (Psicóloga 2)	
--	-------	--	--	--	--	--

Naquele período foi dado início à realização das entrevistas individuais, com o objetivo de identificar e de analisar os pontos que caracterizavam a rede social de suporte dos participantes, inclusive verificando a presença ou não de serviços nesse emaranhado, e como se dava a relação entre o sujeito e as drogas dentro de seu cotidiano. Foram realizadas seis entrevistas, devidamente consentidas pelos participante. Em acordo feito com a coordenação do CAPS, com o intuito de não interromper a programação do serviço, foi realizada uma entrevista por semana, às quartas-feiras (dia sugerido pela equipe, por ter menos atividades programadas). O convite foi feito a todas as pessoas presentes no serviço, explicando o objetivo da pesquisa. Devido à alta rotatividade do fluxo dos usuários, a maioria presente no mês de Janeiro não era quem participou da etapa anterior, isto é, das oficinas realizadas no mês de Dezembro. Desses seis participantes, apenas dois estiveram na primeira etapa. A seguir, a descrição dos participantes:

Tabela 4 - Apresentação dos participantes

Ordem das entrevistas	<i>Nome fictício</i>	<i>Idade</i>	<i>Gênero</i>	<i>Tempo em acompanhamento</i>	<i>Motivo de frequentar o CAPS</i>	<i>Duração da entrevista</i>
Participante 1	Cravo	54 anos	Masculino	Primeira vez: 2010 Atualmente: 10 meses (encaminhamento judicial)	Interromper o uso de álcool e cocaína.	43 min 12 páginas de transcrição
Participante 2	Cacto	53 anos	Masculino	Primeira vez: 2015 Atualmente: 30 dias	Interromper o uso de álcool e cocaína.	57min 14 páginas de transcrição
Participante 3	Hibisco	50 anos	Masculino	Primeira vez: 2012 Atualmente: dois meses	Interromper o uso de álcool	48min 12 páginas de transcrição

Participante 4	Crisântemo	27 anos	Masculino	Primeira vez: 2017 Atualmente: sete dias	Interromper o uso de crack e reduzir o consumo de maconha.	57min 12 páginas de transcrição
Participante 5	Orquídea	45 anos	Feminino	É a primeira vez, está há dois dias em acompanhamento	Tentativa de suicídio associado ao uso de álcool e crack.	53min 15 páginas de transcrição
Participante 6	Lírio	63 anos	Masculino	É a primeira vez, está há três meses em acompanhamento	Interromper o uso de álcool.	01h18min 13 páginas de transcrição

Concomitante às atividades no CAPS, foram feitos diversos contatos telefônicos com a coordenação do CREAS, na tentativa de identificação, de contato e de agendamento de entrevistas com os usuários daquele serviço. Inicialmente, a coordenadora sugeriu o A., pois era um jovem, em uso de drogas, que frequentava tanto o CAPS ad quanto o CREAS e pareceu interessante entrevistá-lo por estar inseridos nos dois espaços. De acordo com a percepção da coordenação, seu maior vínculo era com o CREAS. No entanto, durante a observação no CAPS ad, por questões de desencontro de dias, acabou não participando de nenhuma etapa de coleta de dados. Combinou-se, então, realizar uma aproximação explicando sobre a pesquisa e convidando-o a colaborar. Já em comunicação posterior, a coordenação relatou que A. estava acolhido na Residência Inclusiva³, quando, então, feito contato com a equipe daquele serviço, para autorizarem A. a ser convidado a participar da pesquisa. Embora eles ainda não tivessem a curatela⁴ de A., esse procedimento estava em andamento e a coordenação decidiu que seria melhor comunicá-los. A Residência Inclusiva indicou que deveria ser contatada a diretora da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), pois era a responsável por este tipo de trâmite. Porém ela estava de férias e seria necessário aguardar seu retorno. Isso atrasaria o cronograma da pesquisa, logo, foi sugerida outra usuária do CREAS.

A técnica de referência entrou em contato com uma usuária e foi agendada uma data

³ A Residência Inclusiva é uma unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional, no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS, para jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar (BRASIL, 2014).

⁴ A curatela é o encargo imposto a alguém para reger e proteger a pessoa que, por causa transitória ou permanente, não possa exprimir a sua vontade, administrando os seus bens. O curador deverá ter sempre em conta a natureza assistencial e o viés de inclusão da pessoa curatelada, permitindo que ela tenha certa autonomia e liberdade, mantendo seu direito à convivência familiar e comunitária, sem jamais deixá-la às margens da sociedade (Superior Tribunal de Justiça, publicado em 31/10/2018).

para a realização da entrevista, entretanto, ela não compareceu. Foi feito contato telefônico no mesmo momento, em que Y. justificou sua falta afirmando que estava se mudando para a casa do novo parceiro e não conseguiria se deslocar até o serviço, conforme combinado. Assim, foi agendada nova data na semana seguinte, mas Y., novamente, não compareceu.

Diante das dificuldades vivenciadas naquele campo, bem como das limitações de tempo para a conclusão do campo da pesquisa, a aproximação com o CREAS foi reduzida. A maior dificuldade era que poucos usuários relatavam abertamente fazer uso de drogas, pois, por mais que a equipe tivesse esta informação, raramente era algo que partia dos usuários, de forma que indicar a participação para a colaboração com este estudo era inviável. Na entrevista com a coordenadora, este cenário ficou ainda mais evidente. Assim, não houve a contribuição de nenhum participante oriundo do campo da assistência social para as entrevistas e os dados provenientes daquele campo não compôs a discussão do estudo.

Para a análise dos dados foram utilizados os resultados das observações e dos registros do diário de campo, associados aos dados das entrevistas e das atividades realizadas. A partir destas fontes, foram nomeadas duas categorias centrais para a discussão, realizando uma análise temática, conforme as proposições de Minayo (1992). Segundo a autora, categorias referem-se a escolha de temas que demonstrem características comuns e que se relacionam entre si, tendo em vista os objetivos definidos para a pesquisa. Trabalhar com categorias significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de uma temática abrangente. Essa etapa constitui a ordenação e a classificação dos dados, que são construídos a partir de questionamentos fundados no propósito do trabalho, tendo sempre como referência a fundamentação teórica escolhida (MINAYO, 1994). Com base nestes elementos, foram escolhidas duas categorias de análise para que pudessem contribuir com a discussão da temática aqui proposta.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 OS ATORES IDENTIFICADOS COMO CONSTITUINTES DAS REDES SOCIAIS DE SUPORTE PARA PESSOAS QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE DROGAS

Durante o trabalho de campo, a principal temática trabalhada voltou-se a entender como são constituídas as redes sociais de suporte das pessoas que usam drogas e frequentam o CAPS-ad. Esta foi abordada tanto nas entrevistas quanto nos grupos de atividades, operando com diferentes recursos com o intuito de obter uma abrangência de informações.

Destaca-se que o escopo de discussão deste estudo apresenta um recorte específico devido ao fato dos participantes frequentarem um CAPS ad, isto é, um serviço público de saúde especializado, visto que as pessoas que acesso ao serviço vivem, majoritariamente, em locais de pobreza e são socialmente vulneráveis. Considerando estes apontamentos, a discussão sobre a constituição das redes sociais de suporte dos colaboradores demonstrou o marcador de classe social.

Nos resultados, um fator comum entre todos os participantes foi a importância das relações familiares. Nas seis entrevistas realizadas, todos nomearam uma ou mais pessoas que pertencem à família como um notável constituinte de sua rede de suporte. Alguns citaram pessoas que fazem parte do núcleo primário familiar, como é o caso de mães, pais ou irmãos, enquanto outros nomearam as companheiras(os)/esposas(os). Durante a realização das atividades em grupo, esta menção ainda esteve presente, como ilustrado nos trabalhos:

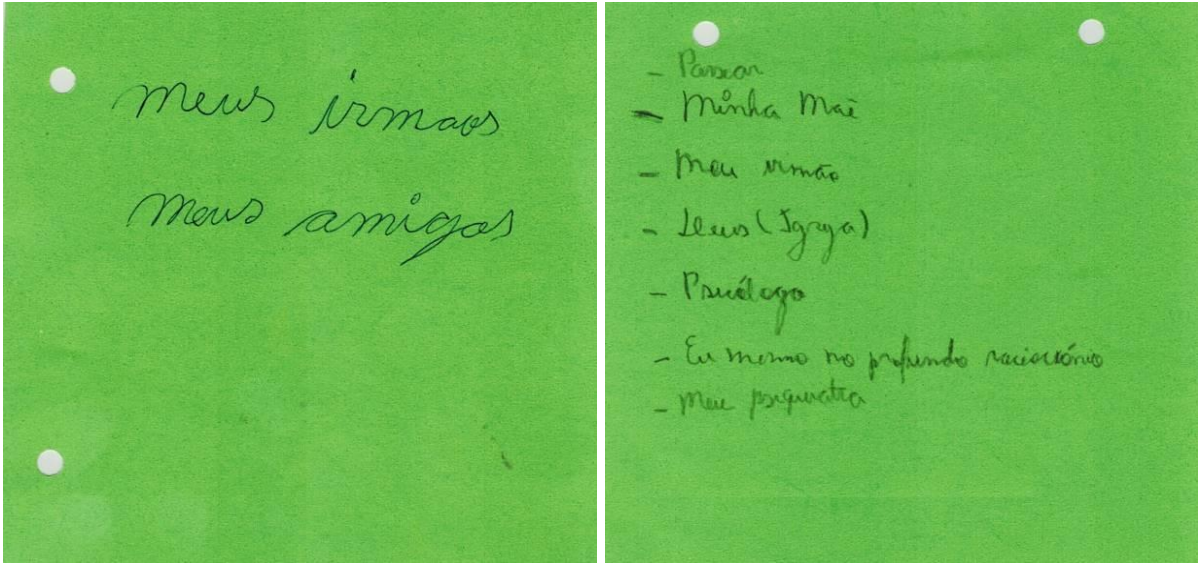


Figura 1 - Produto da atividade 1, “Varal das Importâncias”

Atividade 1: “Varal das Importâncias”, com a pergunta disparadora: “Quem ou o que me ajuda nos momentos de dificuldades?”. Participante 1 (à esquerda) e Participante 3 (à direita).

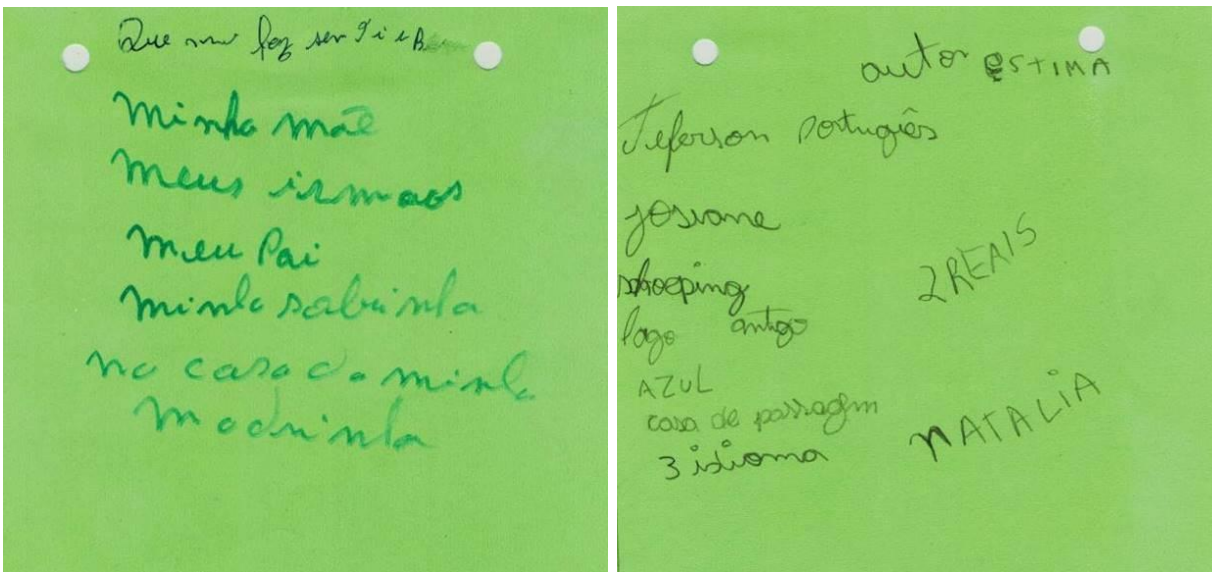


Figura 2 - Produto da atividade 1, “Varal das Importâncias” (1)

Atividade 1, “Varal das Importâncias”, com a pergunta disparadora: “Quem ou o que me ajuda nos momentos de dificuldades?”. Participante 2 (à esquerda) e Participante 5 (à direita).

As relações familiares se apresentaram como algo de extrema complexidade, pois, ao mesmo tempo em que se mostraram indispensáveis para o suporte de alguns, também foi considerada por outros como um dificultador no processo de “recuperação”/“reabilitação”, assim chamado por eles.

Letícia: *Todo mundo concorda? Que a mãe, o irmão são importantes?*

Participante 4: *Eu não concordo porque vai tentar modelar o cara.*

Participante 2: *Atrapalha na recuperação. Que nem meu irmão, tem 50 anos nas costas, nunca trabalhou, não faz nada e vem folgar nas minhas costas, vem me pedir dinheiro.*

Participante 3: *Família é importante...*

Participante 4: *É importante, mas tem hora que eu posso queimar ela, eu não vou mais na minha mãe, vou só no velório e boa.*

Participante 1: *Eu não me vejo curando a minha adicção ativa, sem essas pessoas hoje. Eu não me vejo...*

Participante 3: *É, sozinho é meio difícil mesmo. Tem que ter a família, né?*

Participante 1: *É um apoio muito importante...*

(Atividade 1, transcrição da discussão em grupo)

Eu tô sozinho (...) Quer dizer, a família se afastou e eu tô sozinho. Então lá fora eu sou sozinho (...) Lá fora eu não posso contar com ajuda de nenhuma pessoa, é eu, Deus e isso aí (...) O apoio é importante. Porque a pessoa que tá drogada, com bebida, ela precisa sim de ajuda de familiares, mas a maioria, quando a pessoa recebe aquela palavra – tô falando por mim, mas acho que as pessoas se sintam assim, quando recebe aquela palavra, eu sinto como ofensa, eu me irrita. Eu não gosto daquela palavra, às vezes a pessoa tá falando pro bem, mas já me irrita, aí eu vou lá, já bebo, desanda, entendeu? Mas acho que a família, pra que a pessoa se reconstrua na vida.

(Entrevista 1, Cravo)

No momento, eu fui me isolando, devido ao uso, pessoas vão se afastando, você vai se afastando das pessoas (...) Tenho a minha mulher, atual, que me ajuda. Embora, cada vez que eu uso [drogas] ela briga, vai embora pra casa da mãe... Mas que nem agora, com 28 dias [de abstinência], ela voltou pra casa, contrariando toda a família dela, até os filhos dela ficaram revoltados porque ela voltou, ontem, ela voltou a morar comigo, e ela é, foi a única pessoa que me procurou pra dar ajuda, que... Tá do meu lado (...) Tenho dois filhos... A minha filha, desde 2015 não conversa mais comigo, não quer saber, acha que sou má influência pra família... Tem um outro filho também que é bastante egoísta, pensa bastante nele. Também é usuário... Inclusive no momento ele tá na clínica... Esse conversa comigo, mas só busca o interesse dele também... Essa semana ele teve a capacidade de falar pra mim que ele não tem a obrigação nenhuma de me ajudar... Fica difícil, né?

(Entrevista 2, Cacto)

Ah, é meu pai... Meu pai ou então meu irmão... Mas geralmente é meu pai (...) Ele entende, ele ia me visitar, me dava muito apoio, ele completou 100 anos quarta-feira passada... Tá lúcido, anda, pensa... Tá super lúcido. E ele me ajuda muito... Pra falar a verdade é o homem que eu amo, porque é minha estrutura, é meu porto seguro...

(Entrevista 3, Cravo)

Principalmente, a primeira coisa das pessoas que estão próximas é dar apoio, das pessoas que convivem com ela... Porque se as pessoas que têm o contato direto com ela não tiverem um mínimo de conhecimento, de entendimento sobre o assunto, não apoiar, não ficar depreciando a pessoa... Ela não vai conseguir se reestruturar... Acho que a primeira coisa seria o apoio da família.

(Entrevista 4, Crisântemo)

As inferências apresentadas relacionadas ao contexto familiar ainda foram observadas em estudos anteriores sobre a temática das drogas. Lemos e seus colaboradores (2012) descrevem que a família pode ser nomeada como fator de proteção para o uso prejudicial de drogas e para situações de vulnerabilidade social. Entretanto, também podem ser caracterizadas como fator de risco para o desencadeamento de eventos estressantes (LOURES; COSTA; RONZANI, 2016). Souza, Kantorski e Mielke (2006) e Machado, Modena e Luz (2020) observam que alguns vínculos familiares correm o risco de serem rompidos em decorrência do uso de drogas, visto que estes são permeados por ambiguidades e conflitos. Uma das justificativas para a instabilidade das relações, segundo os autores, relaciona-se com o fato de as famílias estarem desgastadas e desacreditadas com o processo de recuperação e às recorrentes recaídas durante o tratamento. Contudo, é preciso assinalar essas características como recorrentes das relações familiares em geral.

Em contrapartida, considerando as ambiguidades relatadas, o destaque à família demonstra a importância de incluir as relações afetivas que são relevantes para os sujeitos nas proposições do cuidado, ofertando um acompanhamento que se estenda aos seus familiares. Com isso, é possível construir possibilidades conjuntas de atenção, bem como debater sobre a multiplicidade e a complexidade permeada pelo uso de drogas e, talvez, disponibilizar um suporte para quem necessita.

Algumas proposições nesta direção foram observadas no campo de pesquisa, como o “Grupo de Família”, que acontece às 8h, nas quartas-feiras; bem como os acolhimentos, que são direcionados tanto para as pessoas que procuram os serviços para auxiliar nas suas dificuldades quanto para familiares que identificam situações de uso prejudicial de drogas em outros integrantes da família. Estes espaços são majoritariamente ocupados por mães ou esposas, demonstrando um aspecto de gênero presente e marcante no debate. Por esta razão, o horário escolhido pela instituição para ofertar o grupo foi pautado pelo perfil da população: mulheres donas de casa, responsáveis em tempo integral pelo cuidado de seus lares e de suas famílias. Diante do relato delas, o horário era adequado, já que não conflitava com as suas obrigações domésticas típicas, por exemplo, preparar e organizar o almoço. Tais elementos demonstram aspectos culturais relacionados ao cuidado que não é tecnicizado, mas, sim, um cuidado intrínseco às relações, presentes no cotidiano. São elementos de gênero presentes no cuidado informal (GEORGES; SANTOS, 2014) e, conseqüentemente, na constituição do imaginário social sobre o cuidado e suas relações.

Seguindo nas possibilidades de suporte, uma das pessoas apontou o seu vizinho como um ator importante, sendo alguém presente no território.

Eu tenho um vizinho meu, que me ajuda (...) Que me apoia, às vezes materialmente, quando eu tô sem alimentação ele me fornece, e pra conversar também...

(Entrevista 2, Cacto)

Um suporte social constantemente nomeado foi a instituição religiosa, em diversas religiões, com destaque para as idas a grupos que têm vínculos com igrejas, como demonstrado nos diálogos:

E eu tenho um outro grupo, que tá me fortalecendo muito, que é um grupo espiritual.... No qual eu tô indo três vezes por semana (...) São cultos, frequento cultos (...) lá tem várias pessoas, então você vê que foram usuários e hoje tem uma vida normal, uma vida saudável, uma convivência boa... Lá também é um lugar onde não se discrimina ninguém que é usuário, ex-usuário... Sempre tem uma palavra amiga pra te dar. É um apoio tremendo, que vem me fortalecendo a cada dia...

(Entrevista 2, Cacto)

Então eu evito ficar dentro de casa, quando eu saio daqui, eu não vou direto pra minha casa... Eu pego, vou até a igreja – eu sou messiânico, eu voltei pra religião, coisa que eu tinha abandonado. Então eu procuro pouco de refúgio de tudo isso.

(Entrevista 3, Hibisco)

Crisântemo: Mas aí eu tô indo na igreja... Mas eu sou muito... Ó, pra você ver: eu vou na igreja, mas tenho minhas dúvidas sobre a existência de Deus. Eu sou muito louco... Mas pelo menos na igreja ali, não tem droga, não tem gente querendo falar, me julgando... Querendo ou não, na igreja é um lugar que as pessoas me recolhe bem, me acolhe... Me traz uma palavra de conforto.

Letícia: E você vai quando lá?

Crisântemo: Sábado de manhã, quarta à noite e domingo à noite. Aí agora de sábado à tarde eu tenho ensaio do coral (...) Pediram pra mim ir lá ajudar lá... Tô indo. E tô participando de domingo dos aventureiros, me chamaram. Fui domingo agora a primeira vez. É tipo um escoteiro, só que é da igreja... E fui chamado pra fazer parte do grupo de líderes, aí expliquei lá, pros líderes, da minha situação... Falei que tô numa fase de recuperação. Eu tô magrão ainda, mas eu tava muito magro, muito... Seco... Eu emagreci 15 quilos... E falei que tô na recuperação, daí vou ter que lidar com muitas pessoas e meu humor não vai estar sempre bom. Aí eles falaram pra eu ficar tranquilo, se eu não tiver bem, eu não vou... Mas pra me envolver com algo que é bom pra mim, me faz bem... Eles acampam, grupo de criança e adolescente, né? Essas paradinhas aí... E eu fui, só pra ocupar a mente, porque de domingo eu fico em casa, não tô fazendo nada.

(Entrevista 2, Crisântemo)

No último excerto, o participante enfatiza que o fato de estar frequentando a igreja não se refere necessariamente à questão da religiosidade ou a um apoio especificamente espiritual, mas ao acolhimento encontrado por ele naquele ambiente, fazendo com que se sinta aceito,

sobretudo por não ser julgado. O relato de Crisântemo condiz com os resultados encontrados em outros estudos que dialogam diretamente com essa discussão (SOUZA et al., 2006; BARDI; MALFITANO, 2014; BARDI, 2013), os quais enfatizam que, frequentemente, a religião é uma alternativa de suporte para uma lacuna presente no cotidiano daqueles sujeitos.

Ainda, por mais que algumas pessoas considerem a instituição religiosa como um suporte social importante, em uma das atividades não foi unânime essa questão, como vemos na discussão:

Participante 1: *Igreja, pra mim também, né? Deus... Eu me apego bastante...*
 Participante 3: *Igreja? Ah, eu não concordo, não! Ó, igreja só atrapalha, cara... Pra mim, na minha concepção, eu, pra mim não foi bom.*
 Letícia: *Por quê? Conta um pouquinho da sua experiência.*
 Participante 3: *Ah, porque tem coisa que eu não acredito, e eu vou falar?*
 Participante 5: *É melhor você não falar...*
 Participante 3: *Pra minha família, só tem católico... Agora, se tivesse ajudado eu de alguma maneira, eu ia falar... Mas, eu acho que não ajudou nada! Religião não me ajuda. Eu falo por mim... Não me ajudou. Eu acho que religião e igreja, eu acho que ajuda certas pessoas. Mas no meu caso não ajudou. Mas eu acredito que ajuda sim, tem pessoas que vai e se sente bem, eu não me senti bem, mas isso foi desde a primeira vez, esse que é o problema... Talvez se eu tivesse me sentido bem a primeira vez, eu tinha continuado a ir, mas depois eu não fui mais (...) Esse negócio de fazer o catecismo, isso aí vai doutrinar a pessoa, você tem que acreditar naquilo... E se eu não acredito? Aí eu vou discutir com o padre? Vou falar que eu não acredito? Então eu não fui mais, deixa falar pra outra pessoa, tem que falar pra quem acredita nele, então tudo bem.*

(Atividade 1, transcrição da discussão em grupo)

As contradições encontradas, tanto na discussão que se relaciona com a família quanto no fato de a igreja ser, ou não, um local de suporte, indicam o quanto a temática das drogas é composta por elementos diversos, visto que, muitas vezes, o que é considerado um suporte essencial para alguns, não se apresenta da mesma forma para outros. Souza et al. (2006) afirmam que é frequente que os sujeitos apresentem dificuldades em classificar certos vínculos como suporte apenas, tendo em vista que as mesmas relações são fontes de estresse ou assumem características diferentes a depender da situação vivenciada.

Logo, durante o cuidado, é necessário considerar as subjetividades, enfatizando o que aquele determinado sujeito considera como importante no seu contexto de vida. Por isso a demanda por uma atenção singular, sendo difíceis as possibilidades de generalizações nas abordagens. Na mesma direção, os estudos de Machado et al. (2020) corroboram ao demonstrar que as pessoas que acessam os CAPS ad possuem diferentes necessidades, demandas e expectativas em relação à atenção ofertada pelos serviços, que podem ser

associadas às suas experiências individuais de uso de drogas e aos processos sociais e estruturais que estão vivenciando.

Outra temática trazida pelos participantes durante as entrevistas foi o trabalho, também considerado como uma importante possibilidade de suporte e, frequentemente, se colocando como o principal elemento organizador do cotidiano.

O trabalho é importante, muito importante. Porque na época que eu tava fazendo um “livre” – acho que fiquei uns 3 meses – aí eu acordava cedo, 7h ia pro serviço. O homem não bebia, não gostava de cerveja, aí eu levava minha marmitinha, comia. Voltava 17h. O homem morava perto da minha casa, me deixava na porta de casa. Aí eu ia, buscava uma cerveja, minha mulher, pra eu não sair, pegava 1 ou 2 latinhas, ficava bem (...) Às vezes uma só, então não dava aquela vontade. Agora, não trabalhando, a cabeça fica vazia (...) Bebia pra dormir, acordava pra beber. Eu acordava, dava uma enrolada, escutava o portão abrir e opa! Saía... Então, sem trabalhar a pessoa não tem o que fazer, fica dentro de casa, não consegue. Então eu acho que um trabalho é essencial.

(Entrevista 1, Cravo)

Hibisco: *Eu já fico fora de casa... Eu levanto às 5h da manhã, 5h30, 15 pras 6, eu vou pro trabalho*

Letícia: *Então você tá trabalhando?*

Hibisco: *Tô (...) Então eu chego lá, nem que for pra eu não fazer nada, mas eu tô lá... Eu evito ficar em casa... Eu uso esse ambiente pra fugir desse contato, dessa tentação... Sair do olho do furacão... Então eu evito ficar dentro de casa, quando eu saio daqui, eu não vou direto pra minha casa (...) Aí eu chego, janto, tomo banho e durmo.*

(Entrevista 3, Hibisco)

Nessa mesma direção, a possibilidade de ter um emprego é uma condição direta para que Orquídea saia de uma situação de violência que sofre por parte do companheiro, uma vez que, mesmo em condições de extrema vulnerabilidade e precariedade, ela precisa de um suporte para suas possibilidades de vida, encontrado nessa relação: *“Primeiro eu tenho que procurar um emprego, fixar nesse emprego, depois sim... Aí é outro passo”* (Entrevista 5, Orquídea).

Dentro das possibilidades de abordagens previstas pela reabilitação psicossocial – modelo de acompanhamento indicado pelo CAPS, o eixo do trabalho é colocado como parte essencial da atenção. Os serviços devem atuar para a produção de novas formas de inserção social das pessoas e, na sociedade em que vivemos, o trabalho caracteriza-se como elemento fulcral. A ênfase dada ao trabalho articula-se com a teoria de Castel (1994, 1998) sobre a própria definição de rede de suporte. Para o autor, conforme apresentado, o trabalho é o eixo central na rede social de suporte dos sujeitos, tendo em vista as constituições da sociedade

capitalista. É por meio do trabalho, associado às relações pessoais e sociais, que a integração social se faz possível. Assim, o que Cravo e Hibisco nos demonstram sobre as suas experiências cotidianas é o quanto o trabalho é instrumento organizador da vida, matriz para a tessitura das demais redes.

Embora haja, naquele serviço específico, o desenvolvimento de oficinas de geração de renda, utilizando princípios da economia solidária, o tema pouco foi abordado com os participantes durante o período de observação. A possibilidade de frequentarem aqueles grupos se dá na elaboração do PTS, na medida em que alguns usuários são convidados para integrar as oficinas. Para que isso aconteça, eles devem demonstrar “melhoras significativas” no seu comportamento e envolvimento com o “tratamento”, além de a equipe o considerar apto para a atividade. Fica claro que essa estratégia é restrita a poucos, sob poder de decisão dos técnicos, sem que alguns sequer tenham conhecimento sobre esta opção.

Dentre as possibilidades de reinserção social, a ampliação do convívio social se mostrou como algo fundamental para aqueles sujeitos, tanto no sentido de retomar as atividades de interesse quanto para descobrir novas possibilidades e novas experimentações. O acesso aos serviços revela, ainda, a busca para construir ou reconstruir laços sociais fragilizados ou rompidos, na medida em que as vivências são permeadas por interações sociais, que envolvem acolhimento, respeito e criação de vínculos. Estes aspectos são consoantes aos objetivos propostos pelo CAPS, como apresentados nos capítulos anteriores, ao descrever suas premissas.

Embora a construção de novas relações sociais não se apresente a princípio como a principal necessidade ou demanda dos sujeitos, isso pode se tornar um motivador significativo para a permanência nos serviços. Esses fatos ganham relevância porque, majoritariamente, em suas trajetórias, as relações sociais foram marcadas por abandono, desamparo, humilhação, estigmatização, desqualificação e marginalização (MACHADO et al., 2020). A seguir, selecionamos passagens em que os participantes relatam a importância de pertencimentos ofertados pelos fazeres que compunham seus cotidianos:

Eu gosto de dançar, gosto muito de baile, gosto muito de dançar. Ultimamente, antes de ter essa recaída, eu tava indo com a terceira idade... Já tô com uma perna lá dentro [risos]. Então tava indo em eventos sociais, encontros. Nós se reunimos... (...) Fazer exercício, musculação... É fundamental pro nosso tratamento conversar com pessoas que, como você, têm histórias, fazer novas amizades, sair... Quebrar esse vínculo, esse elo... Não é fazer pouco caso da pessoa, não é nada disso, mas saber separar o momento de estar com aquela pessoa e o momento de se afastar... Procurar novas amizades, novos ambientes, novos papos, nova cultura, tudo isso

estimula. Daí começa a enxergar... Pô, a vida é tão legal, bacana... A gente senta e conversa... Aí a gente aprende a diferenciar o colega, né?

(Entrevista 3, Hibisco)

Mas aí aconteceu do fato que eu fui preso (...) Eu saí da cadeia, aí eu conheci, eu sempre fui envolvido com a música, eu sou músico, eu amo música. Eu conheci o RAP, aí depois que eu conheci o RAP, eu parei, não roubei mais. Fui me envolvendo no movimento, fui cada vez mais me empenhando, foi aí onde eu deixei o crime de lado, eu não roubava mais, não traficava mais, e já vai fazer uns par de ano já que eu não... Eu uso droga, mas vender, roubar, parei (...) Aí eu parei pra pensar, é a ideologia do RAP, o RAP é o que? É mostrar pra sociedade o que é a favela, o que é a periferia. Eu cresci na rua... Eu cresci no meio da comunidade, então eu conheci o RAP e o RAP me mostrou que eu poderia ser alguém, e além de ser alguém, transmitir a minha realidade pra outras pessoas através do meu dom, através do que eu tenho... Porque, modéstia à parte, eu sou bom no que eu faço. Mas é que agora eu parei, porque a depressão acabou comigo... Mas o RAP me salvou, muitas músicas que eu ouvi (...) Sou compositor, faço poemas, poesias, toco violão, guitarra, bateria... Aí o RAP me ajudou muito nessa parte, muito... Eu ajudei muita gente, eu participava em sarau, cantei pra fora, fui cantar no Rio de Janeiro.

(Entrevista 4, Crisântemo)

Orquídea: Artesanato... Eu sou artesã, tudo quanto é coisa eu faço: pintura em tecido, camiseta, tudo... Até chinelo enfeitado de bexiga eu faço...

Letícia: E fazia tempo que você não mexia?

Orquídea: Fazia, porque eu tô sem telefone, sem celular... Que as ideias a gente tira da internet. Segundo, que eu não tenho material, eu tenho pincel, tenho agulha de crochê... Mas tinta de tecido não tenho mais, muitas coisas, eu deixei lá em Minas [Gerais], quando eu fui embora.

(Entrevista 5, Orquídea)

Teve um casal que chegou, praticamente mora na rua, que deitaram no chão lá, perto das mesas. Aí eu voltei ao meu passado quando eu morei na rua... Aquilo lá foi um, nossa... Difícil... Aí eu comecei a andar pra lá e pra cá... Aí eu comecei a chorar... Daí me deram remédio, dali não deu 15 minutos, eu já tava boa. Aí começou o artesanato e já melhorou a situação... Já brincou, deu risada.

(Entrevista 5, Orquídea)

Ainda com relação às pessoas que foram citadas como parte da rede social de suporte, algumas foram consideradas, em determinados momentos, como algo não tão positivo no contexto de vida dos sujeitos, por exemplo, as “amizades ruins”, assim denominadas por alguns. Nos estudos de Souza et al. (2006), os amigos frequentemente são explicitados e destacados como atores não centrais nas possibilidades de suporte das pessoas que usam drogas. Nesta discussão ainda se acrescenta a influência dos contextos sociais aos quais os sujeitos estão inseridos, que se caracterizam muitas vezes como territórios marcados por

situações de vulnerabilidade e pouco acesso às políticas sociais. A escassez de possibilidades contribui para o agravamento de determinadas situações sociais, como pode ser notado pela fala de Cravo:

O que pode dificultar é amizade, né, mano? Amizade também dificulta a pessoa a parar, porque ninguém é obrigado a nada, entendeu? Por exemplo, a pessoa gosta de fumar maconha, tá ali. Eu não vou [usar], mas vou ficar junto. Mas aí uma hora ela vai acabar usando (...) Hoje, por exemplo, ele não usou, o cara que fuma crack, “Ah não vou fumar e tal”. Fica 3 dias, por isso que vem a recaída. Por isso têm muitos que vem aqui e fala, “Ah, não tem jeito cara, eu saio da porta e a biqueira tá ali”. Se eu passar ali tem uma biqueira, se eu for aqui tem outra biqueira. Todo mundo me conhece, vai chamar, a gente vai conversar, chega lá as pessoas tão usando, então ninguém é forçado, mas uma hora... Aí vira um ciclo, aí já vai lá atrás, então acho que é isso que dificulta um pouco também. É difícil, a pessoa hoje recusa, amanhã recusa, mas uma hora vai aceitar.

(Entrevista 1, Cravo)

E eu saio fora de casa, eu tô do lado de pessoas que não vão me julgar, porque na rua de casa ali, a galera, os meninos, que é meus parceiro, não vai falar mal de mim na minha cara, pode falar pelas costas, mas não na minha cara... Só que se eu quero parar de beber, eu não posso ir pro bar... Se eu não quero usar droga, não posso ir onde tá... Tem seis biqueira só no meu bairro, seis! Então rua, esquece. Tô brecado de rua, eu sei meu ponto fraco (...) Amizades, dependendo da amizade... O bar que frequenta... Não adianta você falar que vai ali só pra cumprimentar, não adianta. É tentação, é incrível, você atrai tudo que você pensa. E por mais que você fale que não quer usar, você já tá pensando na droga (...) Mas dependendo da amizade, não é que atrapalha, mas ela influencia... Amigo que bebe influencia, bar influencia... Por mais que a pessoa não usa, se eu beber, se eu tomar cerveja, eu vou querer dar um “teco”. Aí tem amigo que chega, “Vamos tomar cerveja?”, “Vamos”. Aí tô lá, tomo uma, duas... Daqui a pouco já tô assim com a perna... Ansiedade... Querendo usar, dar um teco. Aí fica inquieto. Por mais que a pessoa não use, não te influencia diretamente, mas indiretamente ela tá ali te ajudando, porque uma coisa puxa a outra.

(Entrevista 1, Crisântemo)

No caso de Orquídea, a única participante do gênero feminino, foi possível identificar o quanto as situações de violência expressam seu cotidiano. Isso fica ainda mais evidente quando ela relata que seu único suporte, além do CAPS ad, é seu atual companheiro, com quem convive em uma relação marcada por episódios de violência.

Letícia: *E quem que mora com você aqui?*

Orquídea: *Eu e meu esposo.*

Letícia: *Você tem filhos?*

Orquídea: *Tenho 3, mas não moram mais comigo... Inclusive a mais velha é outro problema também... Inclusive ela tá presa: tráfico.*

Letícia: *Então vocês têm uma história de envolvimento com a droga.*

Orquídea: *É, mas não foi por causa da minha filha que eu comecei, foi por*

causa das pessoas que andavam comigo que me apresentaram a droga... Amigos... Entre aspas, né? Mas não eram.

Letícia: E quando você percebeu que isso tava te prejudicando?

Orquídea: Eu mesma fiz uma autoanálise e falei que não tava certa. Eu tô fazendo minha família sofrer, tô prejudicando muitas pessoas. Aí eu tomei ciência e parei, por livre e espontânea vontade. Parei com tudo... Até com o tratamento eu parei... E eu não podia porque eu tenho convulsão, mas eu parei. Aí depois esse cara que eu tô com ele agora, me bateu há uns tempo atrás, eu fiquei na UTI [Unidade de Tratamento Intensivo – hospitalizada], tudo. Ele ficou preso 2 anos e meio, Lei Maria da Penha. Aí tava dando convulsão frequente, porque ele me deixou muito nervosa, perdi dois dentes..

Letícia: E agora você voltou com ele?

Orquídea: Voltei. Agora, que minha filha foi presa... Isso tem dois anos já que ela tá lá dentro. Aí eu vim, e nisso foi quando aconteceu dela ser presa. Aí eu tive recaída nas drogas, porque eu tava longe de tudo. Mas eu não queria incomodar a família, aí eu fiquei na rua um mês e 15 dias... E esse homem me procurando, até o dia que ele me achou... Na rua. Aí ele sentou, conversou, pediu uma chance... E eu aceitei e tô com ele até agora, só que agora ele não me bate mais...

[...]

Letícia: E essa sua relação com esse companheiro, tá melhor?

Orquídea: Não! Eu choro muito sozinha, eu não tenho com quem conversar... Não tenho com quem desabafar.

Letícia: E por que você optou por manter o relacionamento?

Orquídea: Porque eu não tinha onde ficar... Tudo isso por um prato de comida, um banho e ter onde dormir [chorando], ele não me dá nada... Ele não se preocupa com nada... Se eu tô com uma dor de cabeça, se eu tô quieta, porque... Porque eu me preocupo com ele, ele chega em casa, eu quero saber como foi o dia, se ele esquentou a comida pra almoçar, se trabalhou muito... Eu me preocupo. Por que que não pode ser igual? Por que só eu? É ruim, é aí que a gente decide a não viver mais, pra quê?

(Entrevista 5, Orquídea)

A realidade do relato de Orquídea exemplifica o cotidiano de muitas mulheres brasileiras, em especial daquelas que vivenciam a pobreza. As desigualdades sociais em função do marcador de gênero compõem as relações cotidianas, sendo, para algumas delas, como Orquídea, atravessadas pelo uso de drogas. Somam-se estigmas atribuídos a quem é pobre, faz uso de drogas e é mulher. Ainda que com o reconhecimento da relevância deste debate, este estudo pouco conseguiu alcançar em profundidade esta discussão, contudo faz-se necessário destacar o tema, pois, além de presente, interfere diretamente nas possibilidades de vida, de relações e de suportes disponíveis àquelas mulheres.

Todos os componentes apresentados até agora se referem, em maior parte, às contribuições teóricas das redes primárias de suporte, também compreendidas como informais – com exceção da instituição religiosa que, juntamente com as demais instituições, podem ser classificadas como redes secundárias de suporte. Com relação aos serviços que fazem parte das redes sociais de suporte, a partir da perspectiva formal, foram citados o CAPS ad, a “casa

de passagem” (casa transitória⁵) e as comunidades terapêuticas. Por sua vez, a temática dos serviços será trabalhada no próximo item.

Por mais que os participantes tenham citado alguns atores que constituem suas redes sociais de suporte, o que pode ser observado é que há uma ausência de suportes efetivos que realmente contribuam para a inserção e a participação na vida social daquelas pessoas. Por diversos motivos, estes são marginalizadas e pouco recebem apoio, inclusive dos serviços públicos que deveriam fazer essa mediação. Loures et al. (2016) acrescentam que o principal fator considerado como dificultador do processo de (re)inserção é a estigmatização social que os usuários sofrem. Em muitos casos, o CAPS ad acaba sendo o único suporte que eles possuem naquele momento.

Por fim, uma das atividades realizadas em grupo objetivou mapear a circulação daquelas pessoas pela cidade, na tentativa de identificar se há a presença de outros locais que integram o suporte, além de elucidar os atores que efetivamente fazem parte desse emaranhado. O que foi demonstrado é que a maioria das pessoas permanece nas regiões periféricas da cidade, restrita aos territórios de sua residência, o que demonstra uma circulação limitada: um dos reflexos dos processos de exclusão e de desfiliação social. Observa-se que o uso de drogas traz interferências significativas na circulação daqueles sujeitos. As idas para o centro da cidade, assim como a circulação por outros territórios, são escassas, resumindo-se em deslocamentos para visitar familiares e amigos. Pode-se inferir, portanto, que quanto mais amplas são as redes sociais, maior é a circulação que realizam. Aqueles que demonstraram maior circulação pelos territórios são os que apresentaram uma rede de suporte um pouco mais fortalecida.

Importante destacar que o CAPS ad está localizado na região central da cidade, onde poucos sinalizaram no mapa, quando solicitados na atividade para que apontassem os locais pelos quais circulam. Durante a atividade, nas conversas entre os participantes, surgiu, em determinado momento, comentários sobre a localização de algumas “biqueiras” (locais onde são comercializadas drogas). Entretanto, os próprios participantes interromperam seus comentários, com falas, “*Para de falar ai, tá falando demais aí, essas coisas não se fala*”; “*Não pode falar disso aqui*”. Porém, foi orientado ao participante que, se ele considerasse esse local como um espaço importante, poderia sinalizar em seu mapa. Contudo, é sabido que o papel institucional que ali representávamos, inevitavelmente, criou barreiras para a fala

⁵ Acolhimento provisório com estrutura para acolher pessoas e grupos familiares com privacidade. É previsto para pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de se sustentarem (BRASIL, Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, 2015).

espontânea do que efetivamente é a circulação deles. Pelas questões institucionais, tensionamentos estiveram presentes em diferentes momentos, demonstrando a percepção deles sobre o que poderia ser abordado naquele espaço e o que não deveria. A seguir, alguns trabalhos, nos quais os participantes foram convidados a colorir os locais/bairros/regiões que eram importantes para eles e/ou locais onde encontram ajuda para suas questões e apresentá-los:

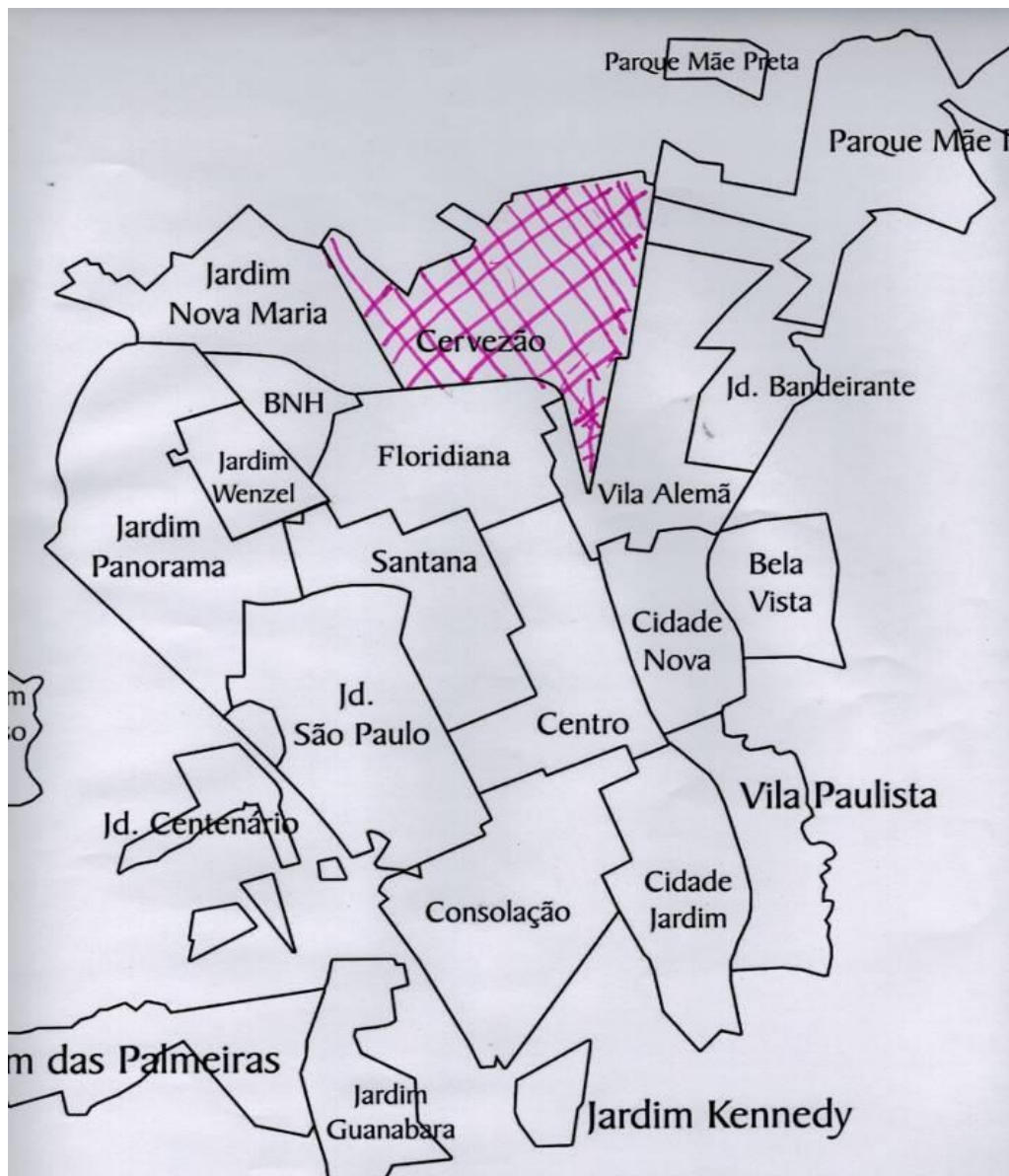


Figura 3 - Produto da atividade 2, “Recursos da Cidade”

Explicação do participante: “O Cervezão foi abrido na base do machado. Aí expandiu os bairros. Eu vou lá na Gaviões, vou jogar bola. E quando eu preciso de ajuda eu chamo meu padrinho pra conversar comigo. No NA. Mas tudo lugar eu vou”. Participante 1. Atividade 2, transcrição da discussão em grupo.



Figura 4 - Produto da atividade 2, "Recursos da Cidade" (1)

Participante optou por não apresentar oralmente seu produto. Ela possui um transtorno psiquiátrico associado ao uso de crack e tem dificuldades em permanecer por muito tempo no mesmo espaço, intercalando a permanência no grupo com momentos de transição pela instituição.

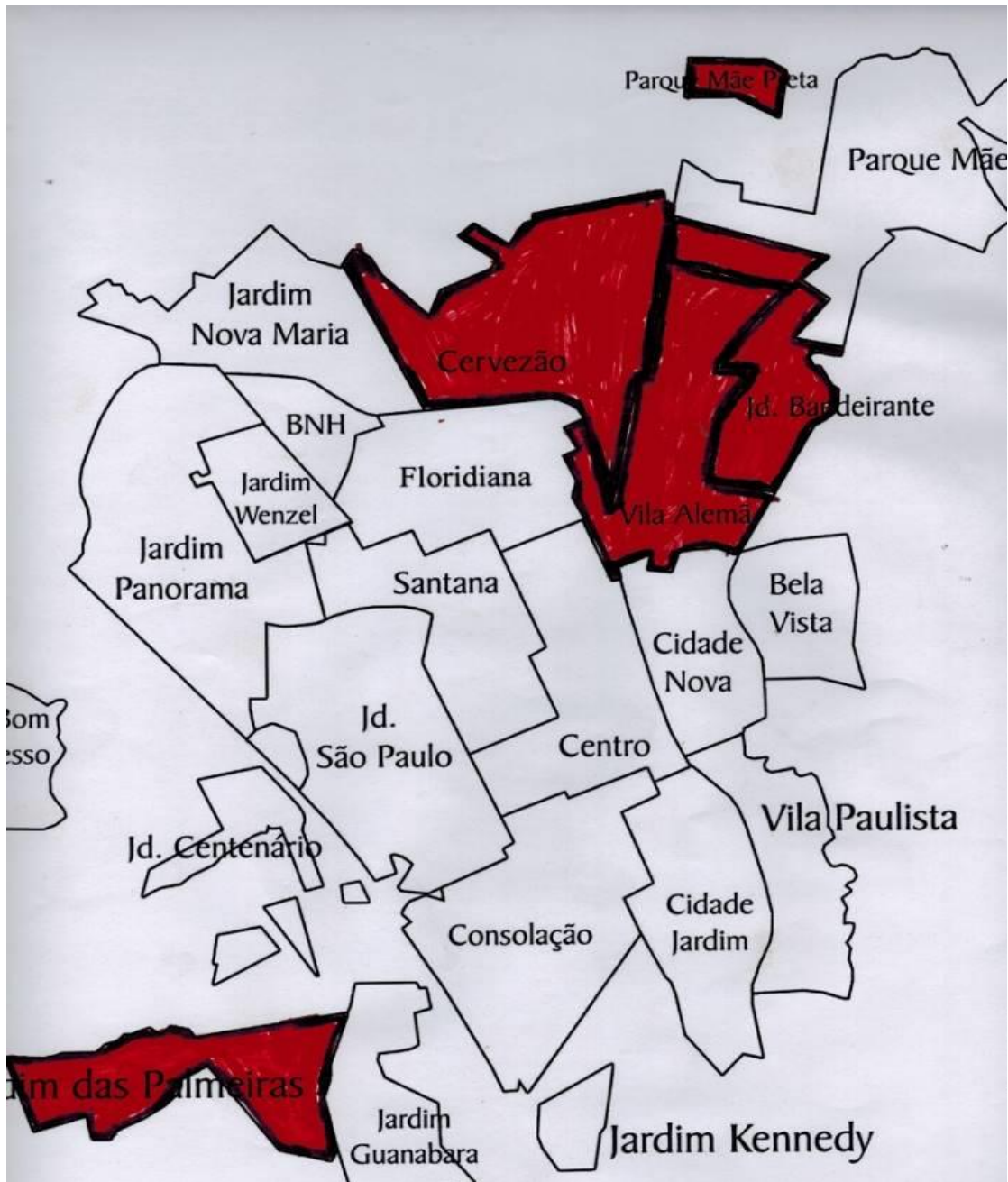


Figura 5 - Produto da atividade 2, “Recursos da Cidade” (2)

(Explicação do participante: “Aqui mora minha tia, no bairro do Palmeiras, ela me ajuda, irmã da minha mãe. Bandeirantes é onde eu moro. Cervezão tem o colega meu que mora lá, eu saio com eles. Vila Alemã eu vou dar uma volta, tem amigos lá. E Mãe Preta tem colega meu lá também. Participante 3. Atividade 2, transcrição da discussão em grupo).

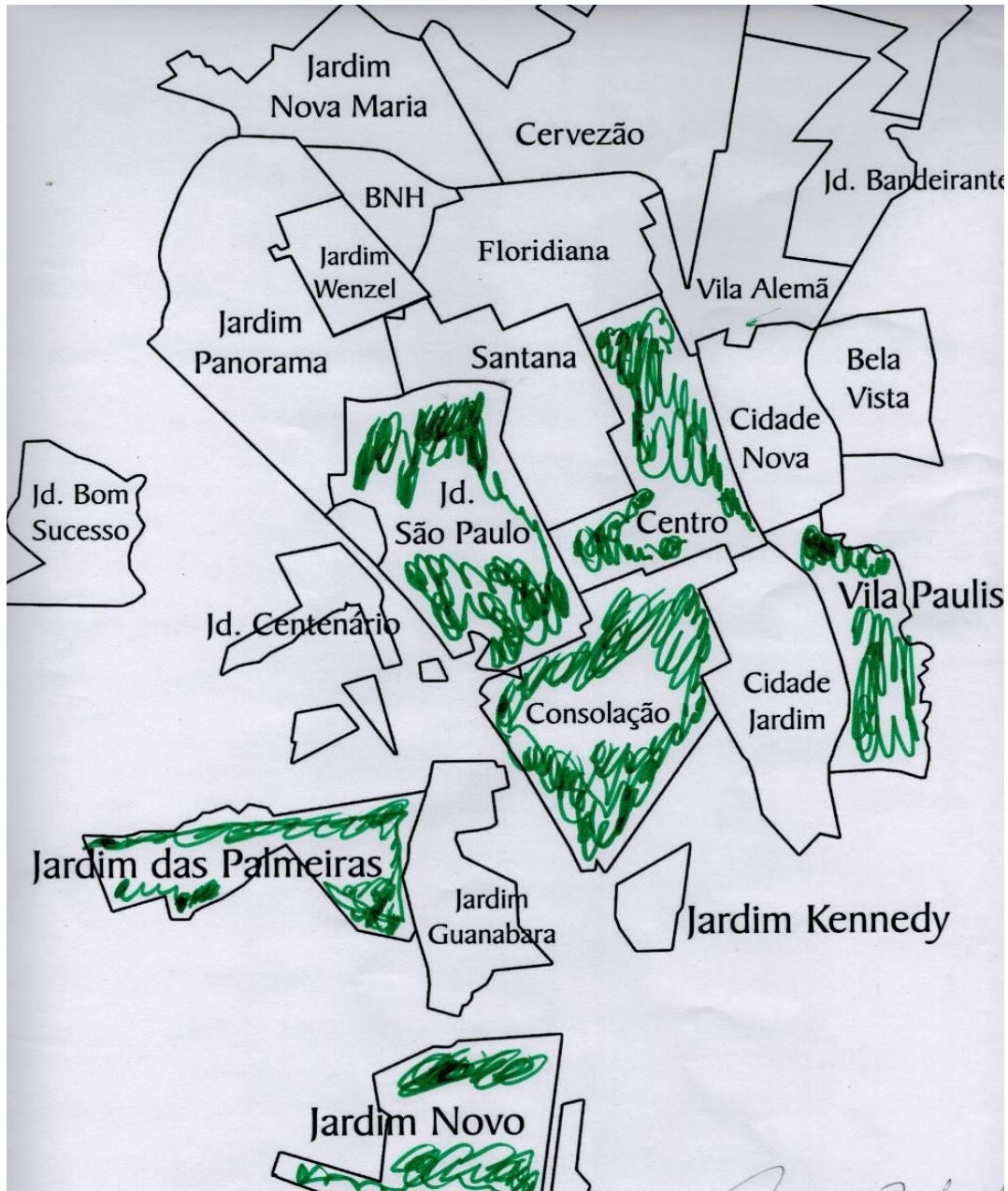


Figura 7 - Produto da atividade 2, “Recursos da Cidade” (4)

(Explicação do participante: “Eu marquei Jardim das Palmeiras, onde eu moro. Tem um postinho, tinha... Tá em reforma. Agora eles tão atendendo lá no Jardim Brasília. Então eu moro no Palmeiras e tenho que ir lá... E Jardim Novo, porque agora não tá fornecendo mais remédio no postinho, então tem que ir no Jardim Novo pra retirar remédio. Consolação é onde tem a UPA, e quando eu preciso com urgência eu corro pra lá. Vila Paulista é onde mora a minha mãe, e eu sempre tô visitando a casa da minha mãe. Jardim São Paulo lá tem o A.A., que é a Associação dos Alcoólicos Anônimos, né? E eu frequentei lá, era de quarta-feira. Mas depois que eu comecei a frequentar aqui, eu parei de ir lá, porque estourou o pneu da minha bicicleta e aí eu não tenho como me locomover até lá, eu me locomovia com a bicicleta”. Participante 4. Atividade 2, transcrição da discussão em grupo).

Observa-se, portanto, que foram mencionados atores que são pertencentes às redes de sociabilidade primária e secundária, entretanto, são escassos e frequentemente se apresentam permeados por conflitos. Ao mesmo tempo em que oferecem suporte, há também tensões nas relações. Isso está colocado tanto no âmbito informal, de uma maneira mais local, como é o caso da família, quanto no contexto formal, constituído pelos serviços, em que os conflitos estão presentes de diferentes formas, seja nos modelos, nas direções e nas possibilidades de acompanhamento, seja na dificuldade de acesso. O que se enfatiza é que as redes daqueles sujeitos são, e devem ser, formadas por essas duas dimensões – formais e informais –, mas, para aqueles que participaram deste estudo, o que se evidencia é a centralidade da dimensão dos serviços, demonstrando o seu lugar social e a vulnerabilidade para o acesso aos bens sociais que deveriam estar disponíveis a todos.

3.2 OS SERVIÇOS ENVOLVIDOS NO CUIDADO DE PESSOAS QUE FAZEM USO DE DROGAS

Devido ao campo de pesquisa ter sido realizado dentro do CAPS ad, foi possível analisar com maior profundidade como é a relação das pessoas que acessam este serviço com a dinâmica institucional seguida por esta organização. Tanto nas entrevistas e nos grupos de atividades quanto nos períodos de observação, foram explorados aspectos relacionados à percepção das pessoas sobre a instituição. O primeiro ponto trazido aqui, enunciado por todos que participaram das entrevistas, é que o CAPS-ad se apresenta como um suporte fundamental, auxiliando em suas possibilidades de vida, e, para alguns, se mostrou como o único apoio realmente disponível dentro de seu emaranhado de relações daquele momento. Uma parte do diálogo com a Orquídea deixa evidente a escassez de suporte presente nas suas relações cotidianas:

Orquídea: Agora eu tô com o CAPS, com vocês aqui... Agora tô conseguindo me abrir.

Letícia: E você não tá indo em mais nenhum outro lugar?

*Orquídea: Não, só aqui. E tem que vir todos os dias, tô ficando o dia inteiro aqui, eu chego em casa, tomo banho, tomo meu café, faço a janta dele (...)
Eu venho, fico o dia todo, não reclamo, eu fico um pouquinho desanimada porque você viu lá embaixo? Um monte de homem, eu fico lá sozinha... Dá um certo constrangimento.*

Letícia: E antes de você vir pra cá, como estava seu dia a dia?

Orquídea: *Era cama, cama, cama... Quando dava umas 14h30, 15h, eu pegava meu dinheirinho de domingo, e comprava cachaça...*

Letícia: *Agora ampliou?*

Orquídea: *Sim, tenho que pegar o ônibus, que para na frente de casa, eu pego e desço lá embaixo... É uma caminhadinha já que eu tenho que fazer. Daí daqui pra lá é a mesma coisa... Dentro do ônibus você fala oi pra um, bom dia pra outro. Isso já faz toda diferença. E agora ficando dentro de casa, o que você vê? Porque eu sou assim, eu gosto de estar sempre mexendo aqui, mexendo ali... E aqui eu não tenho que beber pra poder se movimentar, aqui eu faço as coisas sã (...) Lá ninguém pergunta como foi meu dia... Mas agora pra mim não importa também, porque no outro dia eu venho pra cá, eu já durmo pensando que amanhã tem CAPS, que vou ver fulano e ciclano. Já é motivação pra você viver, pra pensar no seu dia, que tem compromisso, responsabilidade, que tem que estar lá, é minha obrigação, que eles tão me esperando... É uma motivação de vida. Pra mim tá sendo bom, tá tendo efeito, tanto aqui quanto em casa... Eu já voltei a sorrir, já voltei a conversar mais em casa, mesmo que meu companheiro não tenha muita afinidade, não tem muito diálogo, mas eu tô puxando mais conversa... Mesmo que ele não queira saber, eu falo. Tô conseguindo cumprir com as minhas obrigações de casa tranquilamente... Eu saio daqui com ânimo... Eu chego aqui desanimada, chego aqui chorando, mas eu saio daqui animada. Chego em casa e se tiver que fazer alguma coisa, eu faço (...) Eu tava muito fechada, não conversava, não dava risada... Ontem eu já ri, hoje eu tô dando risada... Mesmo assim a gente brincando lá de dominó, eu tava sorrindo. A menina que trabalha aqui é uma fofura... Ela tá conseguindo tirar sorriso de mim. Então são coisas que faz sentido pra gente, que na casa da gente não tem. Por eu ter me distanciado da minha família, sabe? Cada um no seu canto... Então fica assim. Mas aqui eu tô encontrando isso... Eu brinco com ela, ela brinca comigo. Tem as meninas que não me deixa quieta, se vê que eu tô com a bolsa, alguém vai chamar... Igual você chamou... Então é coisa que em casa eu não tenho (...) Então acha na droga, como eu vou dizer? Um conforto... O conforto dela é a droga! O alívio daquele momento é a droga, tanto a droga quanto a bebida alcoólica. O alívio dela naquele momento... Ela se apega aquilo ali, ela não tem com quem conversar, é isolada de todo mundo, ninguém dá ouvido, ninguém cuida, tem família, mas não tá nem ai... Ela vai se apegar em alguma coisa. É o que eu tenho a dizer, porque eu já passei por isso. Se tiver gente que acolhesse as pessoas, esses moradores de rua, esses usuários de droga, o mundo ia ser bem mais fácil (...) Não que aponte o dedo, tem que ser igual você fez a pergunta pra mim, porque você chegou nesse ponto... Igual fizeram hoje de manhã... Foi o que eu respondi, cheguei nesse ponto por causa disso, disso e disso. Se não fosse isso e isso, eu não estaria aqui (...) Mas agora pra mim não importa também, porque no outro dia eu venho pra cá.*

(Entrevista 5, Orquídea)

Alguns autores têm discutido a centralidade que os CAPS, sobretudo na modalidade para o cuidado ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, têm assumido na rede de suporte daqueles que os acessam. Costa et al. (2018) debatem que há uma centralização da rede de serviços no CAPS ad. Souza et al. (2006) endossam a discussão, destacando que a principal rede operante, dentre as possíveis vinculações das pessoas que fazem uso de drogas, se limita

à figura do CAPS-ad. Faz parte dos objetivos do CAPS ser o regulador do fluxo de cuidado do usuário, porém as ações não devem ficar restritas a este único serviço.

Considerando a própria complexidade da temática das drogas, como questão multifatorial e com os diversos determinantes sociais e econômicos envolvidos, entende-se que somente o setor da saúde não é capaz de abranger essa amplitude, menos ainda ao reduzi-lo a apenas um serviço, como tem sido feito com o CAPS ad. Não é possível esperar que um único equipamento seja capaz de prestar assistência efetiva aos casos, organizar o fluxo de cuidado da rede e ainda oferecer matriciamento aos demais níveis de atenção. A centralidade do CAPS como equipamento único para o cuidado contradiz o próprio conceito da Rede de Atenção Psicossocial, que se pauta na lógica de cuidado comunitário e territorializado preconizados pela Reforma Psiquiátrica. No lugar do hospital psiquiátrico estão sendo inseridos outros equipamentos, sobre princípios mais humanizados. Por mais que a substituição destes serviços já seja considerada como um grande avanço – o que efetivamente é –, faz-se ainda necessária uma ruptura com a forma que se concebe a saúde mental e o uso de drogas, os modelos assistenciais e as instituições que as abordam. É indispensável que as ações extrapolem os muros das instituições por meio de ações de inserção social que auxiliem o progresso da qualidade dos vínculos e na ampliação das redes sociais de suporte desses sujeitos, estruturadas de forma intersetorial para além dos serviços, principalmente para além da saúde (LOURES; COSTA; RONZANI, 2016; COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2018; MACHADO; MODENA; LUZ, 2020).

Ainda a questão da centralidade de determinadas instituições, como ocorre com o CAPS ad, demonstra uma precariedade do acesso daquelas pessoas aos demais serviços sociais. Não foram relatados locais de lazer, de cultura, de educação, de convivência, entre outros, que poderiam fazer parte da circulação e que certamente teriam impacto na tessitura de suas redes. Dentro da escassez das políticas sociais, observa-se apenas a presença de instituições especializadas, sobrecarregando a função social destes equipamentos, bem como restringindo as possibilidades de acesso e de vivências dos sujeitos. Como uma das consequências, o CAPS-ad torna-se o local de comer, de conviver e de tratar, ocupando um lugar que foge da lógica do cuidado comunitário e territorial, revelando, na verdade, a precariedade das demais políticas, notadamente para aquela população que acessa o CAPS-ad.

Outro aspecto que fica evidente durante os diálogos com os participantes é a importância dos vínculos estabelecidos naquele espaço, tanto dos usuários do serviço com os profissionais quanto dos usuários entre si. Um dado interessante é que alguns participantes citaram o nome de técnicos específicos do serviço, considerando aquela pessoa como um

suporte e não necessariamente a instituição. Isso tem se mostrado como algo decisivo para que a pessoa se mantenha frequentando o serviço.

Poxa aqui a gente cria amizades, você percebe que é amizade, eles tratam a gente como quem quer ajudar mesmo, não tá ali só por a gente ser mais um, eles querem que a gente cura, que a gente saia daqui, e eu acho que eles ficam contente com isso (...) A gente vê a alegria dos funcionários, eles ficam contentes de ver aquela pessoa, entende? Que eles realmente conseguiram ajudar ela. Então é isso, não tem comparação. Aqui é amizade.
(Entrevista 1, Cravo)

Durante os períodos de observação, foi notado que alguns profissionais passavam mais tempo em convívio com os usuários, entre eles: a auxiliar de serviços gerais, o estagiário de psicologia e a equipe de enfermagem. Não por acaso, foram exatamente essas as pessoas citadas durante o campo da pesquisa. Isso foi visualizado tanto nas entrevistas (por exemplo, com Orquídea) quanto na atividade do *varal das importâncias*. O seguinte relato, extraído do diário de campo, apresenta um pouco da dinâmica organizacional do serviço e auxilia na compreensão do porquê aqueles profissionais foram nomeados com mais ênfase:

As pessoas circulam à vontade pelo ambiente, porém permanecem com mais frequência no andar inferior, onde fica a área de ambiência e ocorrem as atividades em grupo, demonstrando uma separação simbólica entre os usuários do serviço e a equipe – que permanece com maior frequência no andar superior, onde se localiza a sala de reunião, sala de acolhimento e consultórios. Os profissionais basicamente descem para realizar as atividades ou chamar algum usuário em específico; com exceção da equipe de enfermagem, que permanece no andar inferior, onde está localizado o posto de enfermagem; e da auxiliar de serviços gerais, que circula com maior frequência pelos ambientes, tanto para levar as refeições para as pessoas, quanto para realizar a organização e limpeza do local. De forma geral, os participantes demonstram boa relação entre eles e utilizam os períodos ociosos – sem atividade estabelecida – para dormir no chão, nas cadeiras ou em outros espaços disponíveis nesse ambiente de baixo. Aqueles que optam por não dormir, se organizam para jogar alguma coisa (dominó, UNO). Grande parte dos participantes colabora e se envolve com as atividades que são desenvolvidas no decorrer do dia e com as regras acordadas em conjunto com eles, sendo que essas focam, principalmente, na boa convivência (Diário de campo, dia 08/10/2018).

Uma das profissionais citadas nominalmente por um participante foi a enfermeira. Além de dividirem o mesmo espaço, no andar de baixo, ela também faz parte de sua equipe de referência. Embora o participante tenha uma equipe de referência, e não um profissional específico, constatou-se que era ela quem realizava maior articulação com ele, justamente por integrar a sua equipe de referência, associado ao fato de que, muitas vezes, esse necessitava

de cuidados específicos da enfermagem.

A auxiliar de serviços gerais também foi citada, sendo que ela é uma das únicas profissionais que compartilhava dos espaços de convivência. Foi vista, diversas vezes, jogando dominó com eles durante o período de descanso e até mesmo participando de algumas oficinas conduzidas por outros profissionais, por exemplo, a oficina da memória.

Tudo isso nos dá pistas para refletir que os usuários do serviço se vinculam àqueles que passam maior tempo disponíveis para e com eles, sem ter compreensão de como é organizado o acompanhamento técnico pela equipe de referência. Loures et al. (2016) apontam que os profissionais dos serviços que integram a rede de atenção ao usuário de drogas possuem grande influência no tratamento. Esta influência vai para além do trabalho técnico realizado com o usuário: está na maneira como é feito o acolhimento, as abordagens e o apoio diário. Os profissionais auxiliam os sujeitos a incrementar e (re)construir suas redes de suporte, inclusive fazendo parte delas. A importância do vínculo pode ser associada à identificação de como o trabalho é realizado, visto que, por diversos momentos, os participantes citaram se sentir acolhidos e serem bem tratados no CAPS.

Olha, sinceramente, eu me sinto bem... Porque eu sei que aqui eu não vou ser julgado, eu não vou ter aquele olhar... Eu não vou ser julgado, eu não vou ter aquele olhar de crítica... Eu sei que o que eu disser, as pessoas vão me ouvir com a intenção de ouvir, não só escutar. Vão conversar comigo pra querer me ajudar. Aqui a gente tem um colo... A gente tem apoio, dá segurança... Então eu me sinto bem aqui.

(Entrevista 3, Hibisco)

Quando eu cheguei aqui, eu fui acolhido – não sei a palavra certa –, eu fui acolhido... E em nenhuma vez que eu tô aqui dentro eu me senti mal, isso que é importante. Esse importante trabalho que fazem, tem a parte importante, talvez conhece depois, às vezes na hora não entende...

(Entrevista 6, Lírio)

Hibisco e Lírio trazem elementos que devem fazer parte do cuidado, em seu sentido ampliado, para além das possibilidades técnicas e interventivas, enfatizando a dimensão social existente no conceito, que considera fortemente a interação entre os sujeitos (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017). Quando são apontados profissionais como parte do suporte, ou até mesmo os serviços, há uma personificação e materialização das ações de cuidado, sendo que, segundo nossos participantes, trata-se de uma dimensão essencial em suas vivências naquela instituição. Isto só é possível quando são considerados aspectos como empatia, disponibilidade, escuta, entre outros, como elementares ao cuidado.

Aliado a isso, foi relatada a importância dos espaços de convivência, sendo estes uma das potencialidades do modelo psicossocial seguido pelos CAPS. Os participantes anunciaram o quão significativo é esse mecanismo:

É muito bom – como se diz? É... É gratificante. Você consegue recuperar algumas coisas que tava meio esquecido. Tipo trabalhar em equipe, a convivência com pessoas novas. É muito gostoso... Pessoas diferentes, com outros pensamentos, né?

(Entrevista 2, Cacto)

Ah, eu gosto assim, né? Que nem hoje, vai ter... Lembrei de uma música, falei pra ele [estagiário de psicologia]. Aí ele colocou, o pessoal gostou, pediu pra eu trazer outra música hoje. Só quando a cabeça tá meio louca que vem essas coisas. Aí hoje eu não trouxe tema não, mas a gente se embola lá. Fazendo atividade, hoje você esquece lá de fora, esquece da vida, esquece de tudo.

(Entrevista 1, Cravo)

Souza et al. (2006) sugerem que o “ambiente de casa”, que os CAPS buscam construir, favorece o surgimento do sentimento de pertencer a uma comunidade, sentimento que, em grande medida, foi perdido pelos sujeitos em decorrência da marginalização que sofrem em virtude dos estigmas que socialmente os marcam. Contudo, trata-se de um processo complexo, que dificilmente ocorre naturalmente, sendo necessária a intervenção dos profissionais para proporcionar algum movimento de pertencimento. Por mais que eles tenham apontado os espaços de convivência como algo fundamental, identificou-se que, conforme o relato do diário de campo apresentado, os usuários do serviço pouco interagem entre eles espontaneamente. Essa aproximação só aconteceu durante as oficinas e grupos terapêuticos que fazem parte do cronograma de atividade e são realizados pelos profissionais. Desta forma, percebe-se que essa interação só é efetivada por meio da mediação técnica. Ainda outro trecho do diário de campo endossa a dificuldade que eles têm de reconhecerem o ambiente como um espaço deles e para eles:

Durante a realização do grupo de artesanato, as pessoas solicitavam intensamente por auxílio, porém era uma atividade relativamente simples. Com a temática de Natal, a proposta para hoje era realizar um cartão para compor um mural, que seria colocado na recepção do CAPS. Os profissionais (três) se dividiam para atender os chamados das pessoas e auxiliavam na elaboração. Porém, começou a chover forte e o espaço do grupo era no andar de baixo. Mesmo sendo coberto, o vento que acompanhava a chuva estava molhando todo o ambiente. Dessa forma, os

participantes foram direcionados para o andar de cima, protegido da chuva, para que pudessem dar continuidade à atividade. Nesse momento, as pessoas se desorganizaram. Pareciam estar perdidas e pouco familiarizadas com o andar superior. Alguns se dividiram nas salas disponíveis e tentaram finalizar seu artesanato. Outros ficaram circulando entre os ambientes, parecendo perdidos e sem saber para onde ir ou o que fazer (Diário de campo, dia 05/12/2018).

É evidente o reconhecimento do CAPS como um local essencial no suporte das pessoas. Entretanto, isso pode influenciar na dificuldade que os participantes têm de apresentar um posicionamento crítico ao serviço, inclusive para propor melhorias, e que compreendam aquele ambiente como um espaço que acessam por direito e que deveria ser uma construção coletiva, seguindo uma das principais premissas da lógica de cuidado que constitui a Reforma Psiquiátrica. A seguir, é apresentado um trecho que ilustra a dificuldade de reflexão sobre o serviço e outro que relata um episódio que um dos participantes vivenciou e se sentiu incomodado dentro do local, porém não conseguiu compartilhar esse sentimento com ninguém da equipe, ainda que não concordando com a reação que os profissionais tiveram naquele momento.

Não tem nada assim pra... Pra dizer. Eu venho aqui, já tenho amizade com todo mundo, converso com todo mundo, então... Pessoal todo legal, recepção você chega e já é bacana. Não sei, cara. Não posso falar nada. Se eu vier o dia todo eu tenho almoço... Então... Equipe e funcionários legal, então não tenho nada pra falar não.

(Entrevista 1, Cravo)

Lírio: *Por exemplo, a pessoa fica violenta aqui dentro, ninguém entende...*

Letícia: *Você chegou a ver alguém violento aqui?*

Lírio: *Eu vi esses dias, mas era paciente, não era funcionário.*

Letícia: *Mas o que aconteceu?*

Lírio: *Tem uma moça que ela – eu tenho certeza – que foi atendida melhor do mundo, não teve problema, o problema é na cabeça dela, eu acho que ela – não sei –, se eu fosse conversar com ela, eu ia chamar ela de senhora e falar, “Senhora, posso dar uma abraço em você?”. Tenho certeza que ela ia entender e eu ia conversar com ela, eu ia ouvir tudo que ela tinha pra falar e ela ia acalmar, mas não foi o que aconteceu... Ela entrou e foi atendida, aí quando ela desceu pra baixo, o tempo que ela ficou lá embaixo, ela só dormiu, ninguém entendeu isso aí, ninguém prestou atenção nisso... Eu sei porque eu prestei atenção. E ela dormiu. Teve uma hora que ela ia cair da cadeira e as pessoas tentaram não deixar ela cair, só que aí chegou determinado momento, eu não sei quem quis... Eu acho que tava todo mundo errado, mas alguém errou ali. E acho que foram acordar ela e ela tava debruçada em cima da mesa, aí acordou pra tomar o café – eu não sei – eu acho que a pessoa não soube acordar... Porque a hora que acordaram ela, acordaram errado, eu acho que puseram a mão nela, e é uma coisa que eu também não aceito. Tá errado. E ela já acordou violenta, e em vez de acolher, não acolheu... E ela chutou, a primeira mulher, ela chutou... Que é*

funcionária. E quem acordou foi um paciente. E eu tenho até vergonha de falar o que ela falou, porque teve várias coisas... Ela falou palavrão mesmo. E as pessoas não aceitou, aí ela falou mais. Eu acho que colocaram o copinho e ela derrubou na toalha, aí em vez de acolher, reclamaram que ela sujou a toalha. Aí é claro que ela ficou mais nervosa... Aí derrubou de novo. Mas acho que ela jogou... Aí levaram água pra ela, sabe o que ela fez? Ela jogou na pessoa. E ela falou, “Eu não quero água, eu não quero chá, só tem gente gordo aqui, eu não vim aqui pra comer. Eu não respeito os funcionários aqui, eu sou paciente e tenho que ser respeitada, eu tenho idade de ser a sua mãe, você não tá me respeitando”. Aí as duas mulher que tava lá foi embora... O erro foi elas pôr a mão nela. Eu acho que deixou ela mais nervosa no momento que pegaram ela pelo braço, claro que elas estavam ajudando, mas erraram... Elas pegaram a moça, uma de cada lado do braço e tentaram levar ela pra fora dali, mas é claro que ela não foi, ela começou a chutar, ela chutou pra tudo que é lado. Se ela tava violenta, em vez de acolher, foram pôr a mão nela e tentar tirar ela pra fora, isso aí ficou mais nervosa. Eu podia lidar com a situação, mas não consegui.

(Entrevista 6, Lírio)

A vida daquelas pessoas é marcada por estigmas e marginalização. A falta da garantia de direitos sociais básicos é frequente. Associado a isso, a individualização de suas problemáticas os levam a acreditar que são pessoas que não têm direito a ter direitos, reproduzindo os discursos que são lhes colocados diariamente. Qual é o suporte que eles consideram que têm direito, se estão dentro de uma situação “que eles mesmos causaram”, como dizem algumas abordagens voltadas para o tratamento da “adição”, desconsiderando todos os contextos que permeiam o uso de drogas? Basicamente estão acostumados a aceitar tudo que é oferecido de forma silenciada, na maioria das vezes interpretado como caridade. O desafio do CAPS é justamente ressignificar essas percepções que são reproduzidas cotidianamente. Entretanto, é muito difícil que os profissionais consigam se voltar para essas questões, por diversos motivos, mas principalmente pela sobrecarga do trabalho com a demanda dos atendimentos e dos processos burocráticos do serviço. Os limites institucionais estão colocados e para ofertar um cuidado efetivo, estes precisam ser minimamente identificados e superados.

Outro aspecto que surgiu foi a vivência do estigma de ser usuário do CAPS, marcado principalmente pela visão pejorativa que ainda há na sociedade com relação aos serviços de saúde mental, associando que as pessoas que o acessam são consideradas loucas.

Tratam o usuário, o dependente, de maneira menosprezando a pessoa, não como um apoio mais... Com agressividade, com pouco caso. E dentro da família isso daí é muito constante. Dentro da minha mesmo, quando eu falei que ia no CAPS, falaram, “Cê tá louco!” Eu falei, “Não! Não tô louco! Eu não tô sentindo a falta, a necessidade da bebida, mas só que eu não tô legal... Eu ando triste, eu tô pra baixo”. Na época, a minha sobrinha já

tinha se suicidado. Na minha família é a segunda pessoa que se suicida com depressão. Então eu comecei a me preocupar mais ainda (...) E fala que é coisa de louco, né? Eu também tinha essa ignorância, mas, não, é a coisa que mais me satisfaz, porque eu consigo pôr [pra fora], e isso aí me deixa leve, deixa tranquilo, me dá serenidade... Eu saio com a cabeça mais centrada.

(Entrevista 3, Hibisco)

Nesta passagem, Hibisco apresenta um posicionamento crítico diante do estigma que é vivenciado, referindo que é um local onde ele se sente bem e não se importa com a visão dos outros. Porém isso não é unânime. Durante a observação, foram notadas conversas paralelas relacionadas a algumas pessoas que frequentavam o CAPS ad, mas que têm outros transtornos psiquiátricos associados ao uso de drogas, no sentido de questionar se ali também era “lugar de louco” e, em alguns momentos, ridicularizar aquelas pessoas. Talvez isso aconteça porque, para as pessoas que usam drogas, não é associado o estigma da loucura, mas, sim, o de “nóia”, de “vagabundagem” e de “desvio de caráter”, ocupando outro lugar no imaginário social. Todos esses contextos influenciam diretamente na maneira que as possíveis formas de cuidado são oferecidas.

Na tentativa de trazer outros elementos para a discussão sobre o CAPS ad, foi proposta a realização de uma atividade em que eles poderiam relatar a forma que compreendiam o serviço, tendo como pergunta disparadora: “Como eu vejo o CAPS?”. A imagem abaixo (Figura 8) ilustra o processo.

O CAPS ad considero minha segunda casa.; Não desisti da minha vida; Eu me sinto melhor pra comigo mesmo e cuido da minha doença para não me matar ou eu morrer; Eu vejo o CAPS como um instrumento, onde tomo meus remédios e faço minhas atividades; Faz 2 anos que eu estou aqui e eu estou muito feliz; O CAPS ad é um lugar que ajuda as pessoas que necessitam de ajuda e tem profissionais capacitados em fazer o bem para aqueles que necessitam; Eu vejo o CAPS como um coração de mãe, sempre cabe mais um; O CAPS é para mim melhorar sobre as drogas que eu usava; Eu me sinto bem em participar do CAPS; O CAPS ad está transformando minha vida e eu em uma pessoa melhor; CAPS ad no meu ponto de vista é um lugar pra quem quer se tratar, assim como o médico e paciente, eu achava que tomava remédio, mas todos os AD são adictos; O CAPS ad para mim é minha terceira casa de referência; O CAPS ad é um lugar que ajuda para as escolhas que não nos trazem benefício para nossa saúde e bem estar.”
(Transcrição dos escritos - Figura 8)

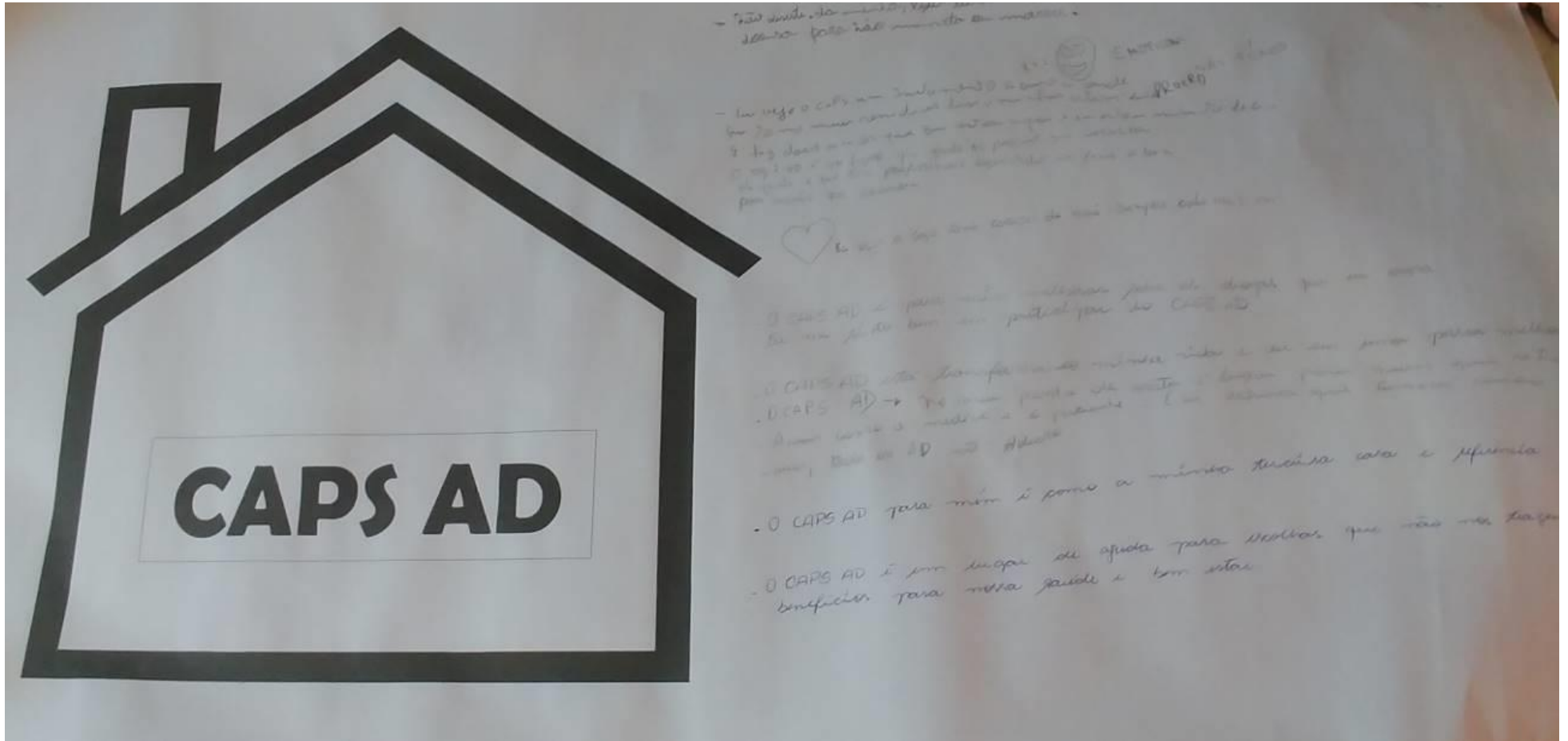


Figura 8 - Produto da atividade 3, "O CAPS"

Assim como nos achados de Machado et al. (2020), as pessoas que fazem uso de drogas e acessam o CAPS ad apresentam diferentes necessidades, demandas e expectativas, que vão além da busca pela abstinência. Porém, a motivação principal que os fazem recorrer ao CAPS é a possibilidade de encontrarem um tratamento para a sua “doença”, expressão empregada por eles para o uso de drogas. Almejam tratar os sofrimentos e os adoecimentos associados ao uso prejudicial de drogas, e outros comprometimentos de saúde, sejam eles orgânicos e/ou psíquicos. Contudo, há outras demandas que são esperadas desse equipamento.

A falta de acesso a sistemas sociais básicos de proteção, a exclusão estrutural das sociedades capitalistas e o baixo poder contratual [...] geram necessidades de inclusão e reinserção social e de promoção do acesso a direitos sociais básicos. [...] os usuários afirmaram buscar, nos serviços, o acesso à alimentação e aos cuidados de higiene pessoal. [...] Muitos usuários não têm moradia definida e recorrem aos CAPS-AD em busca de um espaço onde possam permanecer protegidos por um tempo. Em algumas situações, não demonstram interesse na proposta terapêutica ou nos laços sociais que podem estabelecer com outros usuários ou com os trabalhadores. Alguns [profissionais] interpretam como busca por “ganhos secundários” ou “assistencialismos” e revelam “falta de implicação com o tratamento”. Outros interpretam como busca por “cuidado” ou acesso a um “direito social básico negado” (MACHADO et al., 2020, p. 09).

Evidentemente o alto grau de vulnerabilidade social que vivem não é responsabilidade dos serviços de saúde. Os aspectos que se referem à proteção social e à garantia de acesso aos direitos deveriam ser abordados, preferencialmente, pelos equipamentos pertencentes ao campo da assistência social. Trata-se da necessidade da articulação em rede para o cumprimento da proteção social, como previsto na Constituição brasileira. Sob tal princípio é que foram realizadas as aproximações com o CREAS da cidade e as tentativas de incluir as pessoas daquele serviço como participantes da pesquisa. Ressalta-se que as impossibilidades de conclusão dessa proposta demonstram o quão frágil é a rede de assistência social para quem faz uso prejudicial de drogas.

Considera-se que a temática das drogas deve integrar o rol de problemáticas abordadas pelo campo da assistência social, contando com o investimento e a disponibilidade política e de gestão, fomentando espaços reais de discussão e de compartilhamento dos casos. Assim, as ações em redes e a ampliação dos suportes sociais, inclusive na dimensão formal, se colocarão como um caminho possível. Porém, isto só será possível a partir da compreensão de que o uso de drogas envolve demandas sociais e violações de direitos que devem ser contempladas por todos os serviços sociais.

Por fim, outra temática que apareceu de maneira recorrente no campo da pesquisa foram as Comunidades Terapêuticas (CTs), ou “clínicas de internação/recuperação”, assim chamadas pelos participantes do estudo. A emersão provavelmente se deu por se tratar do

serviço mais indicado aos participantes, nos quais já foram “pacientes”. As CTs foram citadas nos relatos de experiências e de trajetórias de vida dos interlocutores, sendo que muitos dos percursos foram marcados por internações em CTs, na tentativa de solucionar a “problemática” do uso de drogas. O momento no qual o tema das internações surgiu foi durante a realização do primeiro grupo de atividade, com a pergunta disparadora: “Quem ou o que me ajuda nos momentos de dificuldades?”. O assunto se iniciou quando um dos participantes citou um amigo do grupo Narcóticos Anônimos (N.A.) como alguém que está em sua rede de suporte. Naquele momento, os demais participantes começaram a conversar e a trocar experiências.

Participante 4: *Tem um amigo meu do N.A.*

Participante 1: *Já frequentei o N.A. também.*

[...]

Participante 1: *Eu acho que ajuda, porque lá eles pregam o viver só por hoje, né? Um dia de cada vez. Então é uma mentalidade que é imposta a você enganar a si próprio, vamos pôr assim... Mas é que você tira a ansiedade, por exemplo, do dia de amanhã... Fala assim, “Ó”, você levanta 8h da manhã e fala assim, “Só por hoje eu não vou usar droga”. Então naquele dia você vai ter os amigos que te auxiliam, então têm os telefones que você pode ligar se você sentir vontade de usar, têm pessoa ali que tá limpa ali há 12 anos, que frequentam lá.*

Participante 4: *Vai ganhando os negocinhos... Uns chaveirinho, ficam falando 30 anos e tantas horas.*

Participante 1: *É, ganha um chaveirinho. Lá eles falam os dias e as horas, 12 anos, 15 dias e 25 horas... Os cara conta certinho, milimetricamente, é um tipo de lavagem, entendeu?*

Participante 4: *É apadrinhado.*

Participante 3: *Você fala o quê? Uma lavagem cerebral?*

Participante 1: *É uma lavagem cerebral, parece sim...*

Participante 3: *É mesmo?*

Participante 1: *Mas se funciona, por que não? Eu fui por 4 meses.*

Participante 4: *Foi bom porque o padrinho cuidava de mim.*

Participante 1: *Tem o padrinho e, assim, outra coisa importante é que tem o livro azul, né? Que é o livro dos narcóticos anônimos, tem as 12 tradições, tudo...*

Participante 2: *Mas, espera aí, tem lugar que a turma fala A.A.*

Participante 1: *É, tem o A.A. que é para os alcoólicos anônimos. No nosso caso já era o N.A. pra narcóticos, né? Mas é que o A.A. é mais pessoas mais calmas, mais tranquilas assim, mais de idade... Agora o narcótico é mais pra gente assim... Nossa doença, ela sai pela boca, a nossa doença, quanto mais a gente falar, pôr pra fora, se expor os sentimentos... Ó, “Como foi seu dia hoje?”; “Hoje eu pensei em usar, hoje eu briguei com a minha mulher, hoje eu tive um dia nervoso, eu quis brigar com meu patrão”... Então, você colocando a doença pra fora, também ajuda a esvaziar. Então, você colocando a doença pra fora, você dá um alívio pra si próprio.*

Participante 3: *Dá um alívio, né?*

Participante 1: *É. O que prega nas comunidades de internação é o N.A, que tem que ser falado, inclusive na clínica que eu fiquei 7 meses.*

Participante 2: *Eu fiquei 2 vezes [internado].*

Participante 5: *Já fui [internado].*

Participante 3: *Já fui [internado] uma vez, quando era mais novo, eu fui em outra cidade, não era aqui não...*

(Atividade 1, transcrição da discussão em grupo)

A associação do N.A. com as comunidades terapêuticas aconteceu quase que instantaneamente, isso porque ambas seguem a mesma metodologia de tratamento baseada no método de *Minnessota*, dos 12 passos (ver nota de rodapé 2). Por esse intermédio, eles foram referindo um pouco mais das suas percepções, baseando-se em suas vivências.

Participante 3: *A experiência foi boa, só que eu assustei, cara... Eu quase não tinha visita lá, só meu irmão que ia buscar eu e levar, com medo do cara sair pra rua...*

Letícia: *Mas tinha visita lá?*

Participante 3: *Então, eu acho que o primeiro mês não tem, eu fiquei 3 meses lá...*

Participante 1: *Eu vou falar uma coisa pra você, eu fiquei 6 meses internado na comunidade terapêutica e recaí em duas semanas (...) Eu não sei o que acontece... Juro que não sei, clínica parece que a pessoa sai revoltada, sai mais nervoso (...) Pra mim, parece que eu saí com mais vontade, revoltado, com mais vontade de usar... Não sei, eu não consigo explicar... Os seis meses foram jogados no lixo.*

Participante 3: *É bom que você fica lá dentro, não tem como você.... Que nem eu, eu bebo, lá pelo menos não tem como beber.*

Participante 2: *Lá tem hora certa: dormir na hora certa, comer na hora certa – tem hora pra tudo – tomar remédio.*

Participante 5: *Tem hora pra tudo.*

Participante 1: *Horário é bom, acho que até o terceiro mês, por aí, você aguenta, depois... Aí você começa a virar, começa estressar, você fica nervoso. É isso que acontece. Eu acho que esse é um dos motivos que eu recaí... Quando chegou no quinto mês, eu falei pra minha mãe, “Mãe, eu não aguento mais, me tira daqui que eu tô com a corda no pescoço”. Aí ela falou, “Ah, mas vamos cumprir” ... Eu falei, “Mãe, vai ser pior, a senhora vai ver...”. Duas semanas depois... É uma revolta, sei lá, que cria.*

(Atividade 1, transcrição da discussão em grupo)

A partir destas passagens, é possível perceber que a experiência da internação não foi considerada como algo positivo por aquelas pessoas. A abstinência, que é considerada como parâmetro da eficácia do tratamento, não foi atingida pela maioria deles. Houve relatos de sofrimento e de privação de liberdade, remetendo ao que Nunes (2016), em etnografia sobre as comunidades terapêuticas, relaciona à instituição total. Logo, segundo os relatos de nossos participantes, parece ser difícil alcançar a complexidade que a temática das drogas exige por intermédio da internação como exclusiva possibilidade de acompanhamento. Nas entrevistas essas dificuldades também foram evidenciadas.

Cravo: *Antes deu vir aqui, eu tentei ir num – como é que fala? Esses lugares que as pessoas... Esses negócios que a pessoa se interna mesmo – puxa vida – Clínica de recuperação! (...) Fiquei uma semana. Achei muito ruim cara, achei muito ruim o que tinha que fazer. Tinha que pagar, tinha que levar cesta básica, eu tinha que trabalhar. O que mais me revoltou é que me colocaram pra limpar cocô de porco, me colocaram num chiqueiro lá pra limpar cocô de porco, sei lá, isso é ruim, entendeu? Aí pra mim não deu certo não. E a comida que eles traziam, o homem lá ia nos supermercados e pegava, sabe? Aquela comida que iam jogar fora? Na hora que a gente comia... E o pessoal já dava cesta básica, eles vinham, recebiam, e depois a gente vai comer resto de supermercado, isso me revoltou e eu não aguentei ficar lá não.*

Letícia: *E aí você nem se sentiu à vontade pra falar do que te incomodava lá?*

Cravo: *Não. Não me senti, entendeu? Porque se eu falo, de repente eles podem até bater na gente lá dentro.*

Letícia: *Você já viu algum episódio assim lá?*

Cravo: *Não, não cheguei a ver não, mas o pessoal já meio que sabia. Tinha gente lá que já tinha corrido em muitas clínicas, entendeu? Então eles sabiam como funciona o sistema. Mas eu não cheguei a ver esse episódio não.*

Letícia: *Mas não foi um local que você se sentiu bem?*

Cravo: *Não, não. De jeito nenhum! (...) Dá o remédio lá, vai dormir, na hora de acordar já acorda, tem que acordar àquela hora. Quando eu cheguei lá queria dar uma volta pra ver como é, mas não pode. Tem que ser trancado. Sei lá, muita regra, muito... Casa de repouso, assim... Não tem neguinho que vai sarar lá não.*

(Entrevista 1, Cravo)

Em uma comunidade terapêutica, você é retirado da sociedade, por exemplo, por 3 meses, 6 meses, você é retirado e você não vai usar [drogas] mesmo... Não tem como, você está lá fechado. Mas, ao mesmo tempo, te causa uma revolta tão grande, uma revolta muito grande... Você perde o poder sobre sua vida, ele não te incentiva a dominar a sua vida, as suas vontades... Você tem que fazer de acordo com a regra. Você se priva da família, você se priva de tomar conta da sua vida financeira... Você é privado de tudo, da vida... E você sai revoltado, porque te tomaram vários meses da sua vida e sua vida tá todinha atrasada, seus problemas tão todos lá, se multiplicaram, você sai num desespero pra tentar acertar sua vida e colocar em ordem pra começar andar de novo (...) A maioria das CTs elas fazem [internações] involuntárias, contrariando as normas da ANVISA, e te obriga a assinar um termo de voluntário que tá lá, e se você é voluntário você pode deixar a clínica a hora que você quiser, e não é verdade. Porque, na maior parte das clínicas, elas visam o lucro financeiro também, então quanto mais tempo, quanto mais vezes você voltar lá, é mais lucro pra eles... Alimentação lá, eles economizam até na alimentação! Pra você ter ideia, eles misturam leite com água pra render! (...) A comunidade terapêutica, pelo menos na que eu tive, eu vi que ela alivia sua culpa, daí sim você fica sem vergonha, porque ela alivia sua culpa, te põe como uma doença, uma doença progressiva, incurável e fatal, que vai te levar a morte de qualquer jeito. Então você, às vezes, passa a querer se sentir de coitadinho, “Ai, eu sou vítima dessa doença”, e não é bem assim... Então tem muita gente lá com 10, 20 internações... Então quer dizer que não resolve. Se resolvesse, então vamos pra lá e não vai ter recaída (...) Eu vi gente lá na clínica que tá

há dois anos lá, um absurdo. E vai sair de lá e vai usar, com certeza... A revolta ali é tão grande... Contra a família, contra a sociedade, sabe? Que você fala, “O que que eu tô fazendo aqui?”. Um ano é comum você ver gente lá (...) E lá dentro dessas comunidades há humilhação, há violência... Eu não sofri porque, à princípio, eu já estive em duas. Eu estive em uma que era plenamente espiritual, então eu cheguei lá e não me senti bem por falta de uma atividade interessante... Fiquei três dias. E a outra que eu fui, e fui várias vezes, lá tem a parte espiritual, a parte literária, tem várias coisas... E tem aqueles que tentam escravizar você a pegar a enxada... Não é assim, não é a enxada que vai te curar! Mas nunca sofri. Mas nessa mesma que eu estive, eu vi já com outras pessoas... Eu não sofri, mas qualquer um que contrariar a regra é forçado rapidamente a mudar de ideia.

(Entrevista 2, Cacto)

Crisântemo: Quando tava na cocaína, eu me internei. Eu mesmo quis me internar, e fiquei... Não me senti bem. Ô, lugarzinho ruim... Não me senti bem... Eu fui preso uma vez e eu sou bicho solto.

Letícia: Te lembrou a cadeia?

Crisântemo: É. E outra, eu sou pau pra toda obra, vira e fala, “Vamos fazer isso?”; “Vamos!”. Só que se nós tá aqui junto em um só propósito, então todo mundo vai colaborar independente de que forma. Aí o que, onde que eu tava lá era uma clínica pequena, ela até fechou. Tinha uns 15, 17 adicto lá. Aí o que acontece? Tava fazendo horta, era o começo da clínica ainda, aí tinha que cavar buraco e tava só eu lá, animadão, suando que nem um porco. Aí começou a calejar a mão, rasgar a pele... E falei, “Ajuda aí”. Ninguém quis. Aí no segundo dia, mesma coisa: nada. Fiquei 15 dias, cheguei lá no cara e falei, “Não quero ficar aqui, vou embora! Ou você põe eu na cozinha ou eu vou embora!”. Porque na cozinha é mais suave. E eu só tava cavando buraco, lavando banheiro, carpindo... Só trampo pesado. Não que eu não gosto, mas só eu? Tanto marmanjo lá e só eu? Aí eu falei pra tacar eu na cozinha, que sei cozinhar, cozinho bem pra caramba. Aí não dá... Quis ir embora. Aí eu falei, “Eu entrei pela porta da frente, eu vou sair pela porta da frente... Liga pros meu familiar, que eu vou embora. Se tiver devendo alguma coisa, pode pá que eu tenho dinheiro no banco, e acerto essa fita aí que eu vou embora”. Aí ligou. O dono da clínica ele era um ex-usuário de crack, e ele virou e falou que eu ia ficar cada vez pior. Ô boca daquele cara... Só que ele também recaiu...

(Entrevista 4, Crisântemo)

Durante a oficina da memória realizada hoje, permaneci observando a dinâmica, e o jogo era adivinhar a palavra através de três dicas que eram dadas. A palavra era “ventilador” e uma de suas dicas era “grade”. Assim que foi revelada essa dica, um participante respondeu “clínica de internação”, ou seja, houve uma associação direta de “grade” com “internação”, dando indícios para se pensar em como ele visualiza esse serviço, com base em suas vivências (Diário de campo, dia 29/10/2018).

Por mais que os participantes tenham demonstrado uma experiência negativa com a abordagem seguida pelas CTs, foi observado que suas falas reproduziam alguns princípios disseminados naqueles ambientes. Durante as conversas e discussões sobre diferentes temáticas, para além do que se referia àquele serviço especificamente, notou-se a utilização de

termos técnicos que não eram utilizados dentro do CAPS, mas, sim, nas CTs, pois se relacionavam diretamente com a metodologia dos *12 passos*, por exemplo: “adição ativa”, “cura”, “doença progressiva, incurável e fatal”, “adictos”, compondo a abordagem individual sobre o uso de drogas, associada à necessidade de controlar e interromper o vício. Essa visão tem grande influência na forma que eles se relacionavam com os cuidados que eram ofertados, inclusive interferindo nas possibilidades de vida que consideravam ter.

O CAPS, ao propor um cuidado distinto do que é ofertado nas CTs, deveria buscar meios de explorar outras visões na direção de mostrá-las como múltiplas, e não unicistas, a partir do repertório que tem conhecimento prévio nas CTs. Um exemplo desse desafio foi a dificuldade que alguns demonstraram em compreender as estratégias iniciais da redução de danos. Quando o serviço apresenta abordagens com base na redução de danos, visto que essa é uma das estratégias oficiais propostas pelo Ministério da Saúde (2003), muitos se opunham e questionavam, dizendo que “não existe” e que nunca funcionaria. Isso porque, baseado na experiência prioritária que tiveram, só haveria sucesso um tratamento que resultasse na abstinência prolongada, sem considerar que não são todos ali que buscam por isso e que também poderiam procurar por formas de gerenciar o uso de drogas com menor prejuízo possível.

Restam claras, entretanto, as ambiguidades dos discursos, pois, em um momento, faziam críticas às comunidades terapêuticas e suas experiências; em outro, apontam que é esse modelo o que propiciaria um “verdadeiro tratamento”, enfatizando o objetivo da abstinência. A constituição de tal imaginário, atravessado por uma visão de culpabilização individual e social sobre o uso prejudicial de drogas, compõe os desafios presentes no dia a dia do CAPS. Para lidar com eles, é necessário enveredar esforços para a constituição de uma cultura voltada para outras opções de acompanhamento, por exemplo, a redução de danos, por meio da aproximação, do conhecimento e, principalmente, da vivência de experiências nesta modalidade, inclusive para que possam ter uma opinião formada a respeito. Isto se faz necessário porque, em seu repertório de vivências, o tratamento via abstinência foi a única forma de cuidado que puderam acessar e, portanto, aquela que julgaram eficaz. Somente por meio da aproximação e do conhecimento de outras formas de cuidado é que se pode dizer sobre escolhas efetivas.

Por fim, foram verificadas quais eram as principais diferenças que os participantes identificavam entre o acompanhamento oferecido pelo CAPS e as comunidades terapêuticas que eles já frequentaram. O que ficou marcado nas narrativas foi a relevância de se permanecer inserido no seu meio social, dando pistas para concluir que o processo de

exclusão causado pelas internações pouco contribui com as condições de vida daquelas pessoas que usam drogas.

Participante 2: *Aqui fica perto da família.*

Participante 3: *Isso é importante.*

Participante 2: *Lá na clínica você fica revoltado.*

Participante 3: *Por causa de ser longe, né?*

Participante 2: *Longe, você não vê a família, não vê os filhos, tem que esperar horário de visita.*

Participante 5: *É diferente, lá você tá num lugar lá que você não tem convívio nenhum, só gente que você não conhece.*

Participante 3: *Fala de cadeia, mas é mais ou menos, cara... Não tem... Eu, por exemplo, tive visita, mas você ficar sem visita, num lugar lá, em outra cidade, que você não conhece... Fica três mês, que nem ele falou, fica cinco mês, um ano, é muita coisa, cara... Cê não aguenta.*

Participante 5: *Um colega meu ficou dois anos.*

Participante 3: *Então, tendo um lugar que tem as atividade, que nem a gente faz aqui, já muda a cabeça da gente (...) Lá tinha [atividades], mas no começo ninguém confia na pessoa, né? Mas depois eu trabalhei lá dentro, as coisas que tinha que fazer eu fui fazendo... Parte braçal, você pode varrer, você pode lavar roupa, você pode servir café, tem muita coisa pra fazer lá dentro.*

(Atividade 1, transcrição da discussão em grupo)

A diferença é que aqui as pessoas têm a liberdade pra vir ou não. As pessoas continuam convivendo com a sociedade, não são excluídas da sociedade... Aqui todo dia você sai daqui, vai pra sua casa, tem o contato com suas pessoas da sua convivência e volta no outro dia. É uma coisa muito boa.

(Entrevista 2, Cacto)

A possibilidade da liberdade e da manutenção do convívio social foram consideradas como decisivas na diferenciação entre os caminhos para o cuidado. As abordagens propostas pela RAPS ainda preveem a possibilidade da internação, o que muitas vezes se faz necessário, mas o intuito é que seja em um período de tempo reduzido, unicamente voltado para o processo de desintoxicação e de reestabelecimento das condições básicas de saúde. Inclusive há a discussão de que essas internações poderiam ocorrer em hospitais gerais, sem a necessidade de separação social. Recentemente, como apresentado no primeiro capítulo, há mudanças em curso nas diretrizes da RAPS que buscam desconstruir essa diferenciação de abordagens, promovendo um desfinanciamento dos CAPS e possibilitando que os serviços constituintes da RAPS realizem tratamentos semelhantes às comunidades terapêuticas, fugindo dos objetivos básicos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial e tudo o que é preconizado por ela.

De forma geral, o que foi apresentado nesse capítulo é que existem diferentes

possibilidades em que o uso de drogas pode ser abordado. A defesa deste estudo é que essa temática é multifatorial e complexa, com poucas possibilidades de generalizações, devendo ter uma multiplicidade de respostas. É importante que continue existindo uma ampla diversidade de acompanhamentos para que cada sujeito consiga identificar o que responde melhor às suas necessidades. O grande desafio está em propor um único caminho para “solucionar” o uso prejudicial de drogas e sobrepor uma abordagem em detrimento de todas as outras, limitando as possibilidades de escolha e de autonomia das pessoas, visto que são elas que devem identificar suas demandas para, então, escolher quais caminhos de cuidado irão satisfazer suas necessidades.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos propostos nesta pesquisa dedicaram-se a compreender, sob a perspectiva das pessoas que usam drogas e são usuárias de um CAPS ad, como as suas redes sociais de suporte são organizadas e estruturadas. Ainda dedicou-se em apreender a realidade dos participantes, na tentativa de fomentar a discussão acerca da temática, vislumbrando ações de cuidado mais efetivas. Com os resultados encontrados, identificamos que as redes sociais de suporte das pessoas que fazem uso prejudicial de drogas são constituídas por diferentes elementos que pertencem à dimensão formal e informal. Para a maioria, a dimensão informal é composta pela família, pela igreja (dentro das diversas religiões) e pelo trabalho, incluindo as relações que são estabelecidas em cada local. Já no contexto formal, a ênfase foi dada às instituições, com grande centralidade ao CAPS ad.

Entretanto, ao mesmo tempo em que esses elementos se mostraram indispensáveis para o suporte de alguns sujeitos, também foram considerados por outros como um dificultador no processo de cuidado, visto que, muitas vezes, o que foi considerado um suporte essencial para determinados sujeitos, não se apresentou da mesma forma para outros. Assim, nos processos de cuidado, é necessário considerar as subjetividades, enfatizando o que aquela pessoa considera como importante no seu contexto de vida. Nessa direção, a ação técnica precisa considerar a importância de elaborar algo singular, sendo difíceis as possibilidades de generalizações nas abordagens. As pessoas que acessam serviços possuem diferentes necessidades, demandas e expectativas em relação à atenção ofertada, que precisam ser pautadas. Por meio de um cuidado que enfatize as relações sociais, o profissional pode utilizar de elementos como a empatia, a disponibilidade e a escuta ativa para que, munido-se de uma reflexão crítica, consiga identificar e incluir no cuidado os componentes que são considerados suporte para esses sujeitos, com o mínimo possível de julgamento, de estigmatização e de aspectos moralizantes.

Ainda que os participantes tenham citado alguns atores que integram as suas redes sociais de suporte, o que pôde ser notado é que, em sua maioria, há uma fragilidade de suportes que realmente contribuem para a inserção e a participação na vida social daqueles sujeitos. O CAPS se apresentou como um suporte fundamental, auxiliando as pessoas em suas possibilidades de vida e, para alguns, se mostrou como o único apoio realmente disponível dentro de seu emaranhado de relações. Contudo, considerando a própria complexidade da temática das drogas, como problema multifatorial e com os diversos determinantes que a integram, entende-se que somente o setor da saúde não é capaz de abranger essa amplitude,

tampouco deve ser delegada como sua função. Não cabe aos serviços da saúde dar conta de todas as questões que permeiam o uso de drogas, muito menos estabelecer que o uso de drogas é a causa de todos os problemas vivenciados por aquelas pessoas. Os sujeitos são cidadãos que têm múltiplas demandas e direitos, que devem estar acessíveis para todos.

A realidade dos participantes interlocutores deste estudo explicitou a precariedade das políticas sociais, visualizada, sobretudo, por meio da não menção a espaços de lazer, de cultura, de convivência, de educação, entre outros, que certamente enriqueceriam seus cotidianos. Somado a esta precariedade, o estigma social de “usuários de drogas” que experimentam, os afastam das poucas possibilidades que restariam. Observa-se, portanto, uma dupla precarização, ou, nas palavras de Castel (1997), uma desfiliação, que marca seus cotidianos de maneira apartada da sociedade. Aquelas pessoas encontram-se em situação de vulnerabilidade e pouco têm recebido apoios, inclusive dos serviços públicos que deveriam fazer essa mediação, na direção da garantia de acesso aos seus direitos. Por isso, os serviços que compõem os suportes destes sujeitos precisam pautar-se de uma reflexão crítica do lugar que ocupam na vida e no cotidiano daqueles que os acessam, para que possam incluir outros elementos dentro da multiplicidade de possibilidades.

Os serviços sociais, como operadores da política social, deveriam ofertar o suporte necessário para que as pessoas em acompanhamento possam buscar recursos que auxiliem no enfrentamento da situação de vulnerabilidade social e/ou desfiliação que vivenciam, por meio do fortalecimento das suas redes de suporte social. No campo do uso prejudicial de drogas, os serviços teriam diferentes abordagens para o cuidado. Por se tratar de uma temática complexa, é preciso que haja uma multiplicidade de respostas, associadas à ampla diversidade de situações. O limitador, dentro dos esforços que são observados neste âmbito, principalmente por parte do Estado, é a tentativa de proposição de um único caminho para “solucionar” a “problemática das drogas”, limitando as possibilidades de escolha e de autonomia das pessoas. A temática das drogas permanece com diferentes disputas, mas é fundamental a continuação de estudos que se dediquem à proposição de um cuidado abrangente, na tentativa de que sejam minimizadas as abordagens que são ditas como único caminho possível, visto que se mostram ineficazes e reducionistas.

O cuidado não pode ser centrado exclusivamente na reprodução de modelos técnicos, ou na melhor terapêutica para a contenção do vício, pois precisa incluir elementos que são reconhecidos como essenciais para a sua execução, como o respeito, o afeto e a presença, sem os quais não é possível ofertar um cuidado efetivo àquelas pessoas. A ampliação do convívio social se mostrou como algo fundamental para aqueles sujeitos, tanto no sentido de retomar as

atividades de interesse quanto para descobrir novas possibilidades e novas experimentações. Outros aspectos evidentes foram a importância do vínculo e do acolhimento, notadamente em sua dimensão do não julgamento, visto que os espaços que oferecem esses elementos foram considerados como um local de suporte efetivo. Os limites institucionais impossibilitam, em larga escala, uma abordagem nesta direção, por isso a atuação técnica por meio da ampliação das redes sociais pode favorecer a composição de diferentes tipos de suportes, para que possa, com êxito, auxiliar na criação de uma rede mais sólida, englobando as necessidades que vão para além de um cuidado em saúde.

A terapia ocupacional, tendo o cotidiano como elemento central de estudo, na busca pela inserção social de diferentes sujeitos, contribui com esse debate. A discussão sobre a ampliação das redes de suporte tem informado a prática da profissão, sendo um dos profissionais que colabora com uma nova lógica de cuidado para pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. Pode ser um profissional voltado à criação de estratégias conjuntas com os sujeitos para a ampliação de oportunidades na vida cotidiana, que possam resultar em acesso a serviços para obter maior participação social. É a partir de ações em torno da criação e/ou fortalecimento das redes sociais de suporte que se faz possível garantir maior autonomia e inserção social de pessoas ou de grupos que vivenciam os processos de ruptura.

A terapia ocupacional social, empregada como referencial teórico-metodológico deste estudo, tem desenvolvido metodologias que se preocupam com a questão da rede social de suporte, se apresentando como uma das abordagens possíveis para se pensar em intervenções com a população em tela. Sendo assim, faz-se a defesa que, como profissão que se pauta pelo trabalho acerca dos cotidianos e da (re)inserção social das pessoas, não é possível ser terapeuta ocupacional sem estar comprometido com o tema das redes, independentemente de sua natureza informal ou formal, incluindo nesta última a rede de serviços.

Com relação às limitações deste estudo, destacam-se aquelas relacionadas ao campo de pesquisa, uma vez que, apesar de nossos esforços, não foi possível acompanhar os usuários do CREAS. Os dados se referem à realidade de apenas um serviço, de um CAPS ad, não podendo ser generalizado. Por outro lado, demonstra um panorama específico que pode agregar elementos a diferentes discussões. Ainda, para o levantamento de dados não houve uma constância dos participantes, na medida em que variaram em sua participação nos grupos propostos, nas entrevistas e nos períodos de observação. Contudo, o maior destaque deve ser ao caráter institucional da pesquisa, uma vez que se voltou propositadamente à dinâmica dos serviços, permitindo o seu conhecimento, porém resulta em um recorte acerca das possibilidades de engajamento e de participação dos participantes de pesquisa. Sugere-se que

outros estudos possam ampliar o debate, abrangendo um número mais expressivo de partícipes e de instituições, acessando outros setores das políticas sociais e aprofundando no cotidiano de forma mais próxima da vida das pessoas, para além do cotidiano institucional. Restam claras que ainda há lacunas acerca de outras categorias de discussão, visto que diversas temáticas que emergiram no processo de análise dos dados não foram aqui enfatizadas, tais como a questão de gênero, de raça, de violência e sua associação com as drogas, a ilegalidade, o punitivismo, entre outros.

A complexidade do debate expõe a necessidade de muitos esforços da academia para a sua maior apreensão e, conseqüentemente, como é nosso intuito, ofertar outros elementos que informem profissionais para a oferta de um cuidado mais responsivo às demandas dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. P. *Objetivos e Princípios da Seguridade Social*. Lex Editora. Porto Alegre/RS, 2015. Disponível em: <http://www.editoramagister.com/doutrina_27030180_OBJETIVOS_E_PRINCIPIOS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL.aspx>. Acesso: 24/07/2019.
- ALBUQUERQUE, R. C. R.; MATOS, A. C. V.; ALMEIDA, R. B. F.; CRUZ, J.I.; NAPPO, S.A. Dicotomias na atenção integral e no cuidado das pessoas que usam crack: a acessibilidade em foco. In: SUDBRACK, M. F. O.; CONCEIÇÃO, M. I. G.; ADORNO, R. (Orgs.). **Drogas e transição de paradigmas: compartilhando saberes e construindo fazeres**. Brasília/DF: Technopolitik, 2018.
- ALMEIDA, M. M. **A adesão de adolescentes ao tratamento para o uso de álcool e outras drogas: um bicho de sete cabeças?** (2010). Tese (Doutorado em Ciências). 358f. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2010.
- ALVES, D. D. Serviços Públicos. **Revista Científica Semana Acadêmica**. Fortaleza, ano MMXIV, Nº. 000064, 2014. Disponível em: <<https://semanaacademica.org.br/artigo/servicos-publicos>>. Acesso em: 24/07/2019.
- Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA). **O que é redução de Danos?** Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos. Disponível em: http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf Acesso em: 23 mar. 2016.
- AVELAR, M.R. **Entre o suporte e o controle: a articulação intersetorial da rede de serviços e o papel das terapeutas ocupacionais na prefeitura municipal de Campinas - SP**. 172p. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018.
- BALLARIN, M.L.G.; CARVALHO, F.B. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. (Orgs.). *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.162-70.
- BARDI, G. **Histórias de vida na periferia: juventudes e seus entrecruzamentos**. São Carlos: UFSCar, 2013. 178f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.
- BARDI, G.; MALFITANO, A. P.S. Pedrinho, religiosidade e prostituição: os agenciamentos de um ser ambivalente. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.1, p.42-53, 2014.
- BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional social. **Rev. Ter.Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 95-103, 2002.
- BARROS, D. D.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. Terapia Ocupacional Social: concepções e perspectivas. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 347-353.

BORTOLAI, L. A.; MALFITANO, A. P. S. **Juventude e Drogas: o que pensam os técnicos envolvidos na rede de atenção ao jovem no município de Rio Claro – SP.** São Carlos: UFSCar/DTO, 2016. 68 p. Relatório de Pesquisa.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588**, de 21 de Dezembro de 2017. 21 de Dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações para gestores, profissionais, residentes e familiares sobre o Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residências Inclusivas: perguntas e respostas.** 1ª Edição. Brasília/DF, 2016.

BRASIL. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Serviço de Acolhimento para Adultos e Famílias. Ministério da Cidadania. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/unidades-de-acolhimento/servico-de-acolhimento-para-adultos-e-familias>>. Acesso: 21/09/2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **O Sistema Único de Assistência Social e as Redes Comunitárias: módulo 7. SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento.** 7ª ed. Brasília/DF, 2014. 148 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 854**, de 22 de Agosto de 2012. 22 de Agosto de 2012.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.179**, de 20 de Maio de 2010. 20 de Maio de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028**, de 1º de Julho de 2005. 1º de Julho de 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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.** Brasília: Ministério da Saúde, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 10.216**, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. 06 de abril de 2001.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso: 24/07/2019.

- CAMARGO JR., K. R. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 177-201, 2005.
- CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. **Caderno CRH: democracia, cidadania e pobreza**. Salvador, n.26/27, p.19-40, jan./dez. 1997.
- CASTEL, R. Da indignância à exclusão, a desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde loucura**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 21-48.
- CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 553-563, 2017.
- CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2019.
- COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3233-3245, Out. 2018.
- COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. In: RONZANI, T. M.; et al. **Redes de Atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. São Paulo. Editora Cortez. 2015. p. 41-66.
- CUEL, B.T. **Caminhos da rede**: a experiência de uma regional do SUS na organização da Rede De Atenção Psicossocial (RAPS) a quem faz uso de drogas. 111 p. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.
- DELGADO, P. G. Políticas de Saúde Mental e Direitos Humanos. In: GRIGOLO, T. M.; PIRES, R. O. **Curso de Atualização em Álcool e outras drogas**: da coesão a coerção. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis. 2014. p.1-45
- EPELE, M. Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. **Mana**. 2012; 18(2): 247-268.
- FEFFERMANN, M.; FIGUEIREDO, R.; ADORNO, R. Drogas e Saúde Pública: uma relação política e complexa (Introdução). In: FEFFERMANN, M.; FIGUEIREDO, R.; ADORNO, R. **Drogas & sociedade contemporânea**: perspectivas para além do proibicionismo (Orgs.) São Paulo, Instituto de Saúde, 2017, 356 p.
- FERREIRA, Stela da Silva. **NOB-RH anotada e Comentada**. Brasília: DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011.
- IORE, M. **Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre o uso de “drogas”**. Trabalho apresentado na XXVI Reunião da ANPOCS, Caxambu, 2002.
- IORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas. **Rev. Novos Estudos**, Edição 92 - Volume 31 - N. 1, Março de 2012, p.09-21.

FIGLIORE, M. **Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos**. Campinas: UNICAMP, 2013. 210f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015.

GEORGES, I. P. H.; SANTOS, Y.G. (2014). Olhares cruzados: Relações de cuidado, classe e gênero. **Tempo Social**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 47-60, 2014.

HARTMAN, L. R., et al. How Do We ‘See’ Occupations? An Examination of Visual Research Methodologies in the Study of Human Occupation. **Journal of Occupational Science**, v. 18, n. 4, October, 2011, 292-305.

IBGE. **Censo Demográfico de 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354390&search=sao-paulo|rio-claro>> Acesso em: 20/07/2019.

JUNQUEIRA, L. A. P.; Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p.35-45, 2000.

LEITE, M. da C.; ANDRADE, A.G. (Orgs.). **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 1999. 317 p.

LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S.; SILVA, C. R.; BORBA, P. L. O. Recursos e tecnologias em Terapia Ocupacional Social: ações com jovens pobres na cidade. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 591-602, 2014.

LOPES, R. E.; BORBA, P. L. O.; CAPPELLARO, M. Acompanhamento individual e articulação de recursos em Terapia Ocupacional Social: compartilhando uma experiência. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 233-238, 2011.

LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. Políticas Sociais. In: PARK, M. B.; FERNANDES, R. S.; CARNICEL, A. (Org.). **Palavras-chaves em educação não-formal**. Campinas: Setembro, 2007.

LOURES, B. P.; COSTA, P. H. A. DA; RONZANI, T. M. AS redes sociais no cuidado aos usuários de drogas: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 1, p. 29-39, 12 jul. 2016.

MACHADO, A. R; MODENA, C. M.; LUZ, Z. M. P. O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e190090, 2020.

MALFITANO, A. P. S.; SAKELLARIOU, D. Care and occupational therapy: what kind of care definition do we have?. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 3, p. 681-685, Sept. 2019 .

MALFITANO, A. P. S. Contexto social e atuação social: generalizações e especificidades na terapia ocupacional. In: LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. (Org.). **Terapia Ocupacional**

Social: desenhos teóricos e contornos práticos. São Carlos, SP: EDUFSCar, 2016, p. 117-134.

PEREIRA, P. E.; MALFITANO, A. P. S. Olhos de ver, ouvidos de ouvir, mãos de fazer: oficinas de atividades em Terapia Ocupacional como método de coleta de dados. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 415-422, 2014.

MENEZES, A. O. Mudanças institucionais da Seguridade Social no Brasil: uma análise comparada entre o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único De Assistência Social. 149 p. Dissertação (Mestrado em Ciência Política). Universidade de Brasília, Brasília/DF, 2012.

MÓNICO, L.; ALFERES, V.; PARREIRA, P.; CASTRO, P. A. A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. **Atas - Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, v. 3, 2017.

NUNES, M. C. **Firmes nos propósitos:** etnografia da internação de usuários de drogas em comunidades terapêuticas. 157 p. Dissertação (Mestrado em Sociologia). São Carlos, Universidade Federal de São Carlos, 2016.

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

RAMÔA, M.; TEIXEIRA, M. B.; BELMONTE, P. As comunidades terapêuticas no cenário das políticas públicas: o retorno a práticas institucionalizantes. **Platô: Drogas e Políticas**. v.03, n. 03, Julho de 2019, p. 35 – 65.

RAMOS, E. M. R. R. **Os direitos sociais:** direitos humanos e fundamentais. Disponível em: <<https://direitosociais.org.br/article/os-direitos-sociais-direitos-humanos-e-fundamentai/>>. Acesso em: 25/07/2019.

RAUPP, L.; MILNITSKY-SAPIRO, C. Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 26, n. 4, p. 445-454. 2009.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface**, Botucatu/SP, v.19, n.54, p. 515-526, Setembro, 2015.

SANTAROSA, C. C. **O Terapeuta Ocupacional na Rede de Atenção e Cuidado à crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas.** 199 p. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). São Carlos, Universidade Federal de São Carlos, 2016.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ Te Corá, 2001.

SCADUTTO, A. A., BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 605-14, 2009.

SENAD, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Substâncias psicoativas e seus efeitos.** Eixo: Políticas e Fundamentos. Brasília/DF. 2017.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de**

drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. – 3. ed. – Brasília: Presidência da República Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010. 424p.

SIMÕES, J. A. Prefácio. In: LABATE, B. C. et al (Orgs.) **Drogas e Cultura: novas perspectivas.** Salvador: EDUFBA, 2008. p.13-23.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, fev. 2006.

TORCATO, C.E.M. **A história das drogas e sua proibição no Brasil:** da Colônia à República. Tese (Doutorado em História) – Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, 2016. 371 p.

TOZONI-REIS, M. F. C. **A pesquisa e a produção de conhecimentos.** Departamento de Educação do Instituto de Biociências da UNESP, Botucatu, 2010. Disponível em: <http://www.acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/195/3/01d10a03.pdf> Acesso em: 25 de agosto de 2015.

VÉRAS, R. M. Etnografia institucional: conceito, usos e potencialidades em pesquisas no campo da Saúde. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.1, n.2, p.58-66, 2011.

ANEXOS

ANEXO 1 – Autorização Secretaria Municipal de Assistência Social

Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social

Rio Claro, 31 de agosto de 2018.

À UFSCar – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (Pós-graduação T.O.)

ILUSTRÍSSIMOS

Cumprimentando-os, a Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social, órgão gestor da política de assistência social no Município de _____ vem, atenciosamente, autorizar a pesquisa de campo do projeto de mestrado da aluna LETÍCIA ANDRIOLLI BORTOLAI junto ao equipamento de assistência social CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social – desta Secretaria.

Ao ensejo, apresento meu testemunho de elevada estima e distinta consideração.



ERICA CRISTINA BELOMI
Secretária Municipal do Desenvolvimento Social

ANEXO 2 – Autorização Fundação Municipal de Saúde



Da: Diretoria de Gestão de Pessoas – FMSRC

Para: UFSCAR – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (Pós-graduação T.O.)


Assunto: OF-DGP 30/2018 – Autorização para pesquisa de campo na FMSRC

Rio Claro, 16 de agosto de 2018.

Prezados Srs.,

Venho por meio deste comunicar a autorização por parte de nosso Ex.º Presidente – Dr. Djair Claudio Francisco –, para pesquisa de campo do projeto de mestrado da aluna LETÍCIA ANDRIOLLI BORTOLAI junto à unidade de saúde CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas) desta Fundação Municipal de Saúde de

Aproveito a oportunidade para renovar meus protestos de elevada estima e consideração.


ALEXANDRE LUIZ FERNANDES
Diretor de Gestão de Pessoas
FMSRC

ANEXO 3 – Roteiro de Entrevista (Coordenadora CREAS)

Roteiro de Entrevista - CREAS

Cargo:

Tempo de atuação no cargo:

Formação Profissional:

1. O que é o CREAS? Quais suas atribuições neste município, de forma geral?
2. Quais são as principais demandas presentes no serviço?
3. Vocês têm demandas específicas com relação à população que faz uso de drogas? Se sim, quais estratégias são utilizadas? Como o trabalho é realizado?
4. Com qual/quais serviços o CREAS articula ações para ofertar um acompanhamento aos sujeitos (ou famílias) que têm alguma demanda relacionada ao uso de drogas? Como são feitas as discussões, encaminhamentos e divisão de responsabilidades com o caso?
5. Você acredita que o setor da assistência social deve atuar com essa população? Por quê? Por meio de quais ações?
6. Você poderia me contar uma situação com alguma pessoa, família e/ou comunidade em que a temática das drogas foi presente?
7. Qual a maior dificuldade que o serviço encontra, referindo-se à temática das drogas?
8. O que você avalia como boas ações que o serviço faz direcionadas a esta população?
9. Há alguma coisa que eu não perguntei sobre este tema que você gostaria de acrescentar?

ANEXO 4 – Roteiro do Grupo de Atividades

Roteiro das Oficinas e Atividades**Atividade: VARAL DAS IMPORTÂNCIAS**

Data: 05/12/18

Tempo estimado: de 1 hora a 1 hora e 30 min.

Materiais: papéis de diferentes cores, varal, prendedor, lápis de cor, canetinha, tintas, pincel, barbantes, cola, papéis coloridos, entre outros materiais artísticos; gravador de voz

Dinâmica: cada pessoa será convidada a responder a pergunta disparadora em folhas de tamanho A5, da forma que achar melhor. Pode ser através de desenhos, símbolos, colagens e poderão representar uma coisa em cada folha, ou todas em uma só, sendo livres para as escolhas. Para isso, terão de 15 a 20 minutos. Após, cada um fará uma apresentação sobre o que foi representado em sua atividade e colocará o produto no varal, totalizando 1 hora de atividade, obtendo um resultado coletivo com todas as respostas, podendo discutir, ao término das apresentações, sobre as semelhanças e diferenças entre eles.

Pergunta disparadora: “Quem ou o que me ajuda nos momentos de dificuldades?”

Local: espaço de ambiência

Participantes: todos que estão em acompanhamento no dia e aceitarem participar, preenchendo o TCLE

Atividade: RECURSOS DA CIDADE

Data: 10/12/18

Tempo estimado: de 1 hora a 1 hora e 30 min.

Materiais: mapa impresso da cidade contendo uma divisão simplificada por bairros (um por participante), lápis de cor, canetinha, tintas, pincel, barbantes, cola, papéis coloridos, entre outros materiais artísticos; gravador de voz

Dinâmica: cada pessoa receberá seu mapa e, por 15 minutos, sinalizará os locais por onde circula na cidade, através de desenhos, símbolos, entre outros. Poderá desenhar, escrever, fazer colagens. Posteriormente, cada participante apresentará o seu produto, totalizando cerca de 30 minutos para todas as apresentações. Na sequência, será realizada uma discussão grupal

sobre as diferenças de locais, quem conhece os locais mencionados, qual a apropriação da cidade por cada um e suas referências para os momentos de dificuldades.

Pergunta disparadora: “Quais locais da cidade são importantes para mim? Por onde eu ando?

Pra fazer o quê? Onde encontro ajuda?”

Local: espaço de ambiência

Participantes: todos que estão em acompanhamento no dia e aceitarem participar, preenchendo o TCLE.

Atividade: O CAPS

Data: 14/12/2018

Tempo estimado: de 1 hora a 1 hora e 30 min.

Materiais: duas cópias do material impresso com o desenho de uma casa, lápis de cor, canetinha, tintas, pincel, barbantes, cola, papéis coloridos, entre outros materiais artísticos; gravador de voz;

Dinâmica: Será proposta a elaboração coletiva de dois materiais gráficos que contemplem as perguntas disparadoras. Os participantes poderão utilizar quaisquer materiais que quiserem para a composição de uma representação gráfica, sendo entregue a eles o desenho de duas casas. Uma retratará a visão deles acerca do serviço e, posteriormente, confeccionarão como seria um local ideal que contemple suas necessidades. Após 40 minutos de elaboração, será sugerida a apresentação dos locais construídos, para discussão grupal.

Perguntas disparadoras: 1) “Como eu vejo o CAPS?”; 2) “Como seria um local que pudesse me ajudar em todas as minhas necessidades?”

Local: espaço de ambiência

Participantes: todos que estão em acompanhamento no dia e aceitarem participar, preenchendo o TCLE.

ANEXO 5 – Roteiro das Entrevistas (pessoas que fazem uso de drogas)

Roteiro de Temáticas para a Entrevista

1. A relação com o serviço (sua opinião sobre o CAPS/CREAS; o que mais gosta e o que mais incomoda no serviço; o que poderia melhorar; o que não pode mudar de jeito nenhum; o que mudou com a realização do tratamento, etc.)
2. Os acompanhamentos realizados (quais serviços /setores frequenta ou já frequentou)
3. Redes de suporte (quando você passa por um momento de dificuldade, quem te ajuda? O que você considera importante no apoio para pessoas que usam drogas? O que você acha que prejudica sua “recuperação”?)
4. Cotidiano (como é seu cotidiano; onde o uso de droga se apresenta; qual o lugar dos serviços no seu cotidiano; como os atores da rede de suporte compõem esse cenário)

ANEXO 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

DROGAS E REDES SOCIAIS DE SUPORTE: O QUE AS PESSOAS DIZEM?

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “*Drogas e redes sociais de suporte: o que as pessoas dizem?*”. O objetivo deste estudo é analisar e compreender, a partir da visão das pessoas que usam drogas, quais são as suas redes sociais de suporte, como elas são constituídas e por que elas frequentam os serviços públicos especializados da saúde e da assistência social.

O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ter idade igual ou superior a 18 anos e está frequentando um, ou ambos, desses serviços: Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e/ou Drogas (CAPS ad) / Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Sua participação é voluntária. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com tais serviços mencionados.

A coleta dos dados se dará por meio de uma entrevista, para obter informações de identificação e conversaremos sobre temáticas relativas à questão das drogas, os serviços acessados, seu cotidiano e suas redes sociais de suporte. Nessa etapa, o áudio da entrevista será gravado para facilitar a análise. Posteriormente, você poderá ser convidado a realizar atividades, dentro dos serviços, em conjunto com a pesquisadora e com os demais participantes. O tempo utilizado para a entrevista será de aproximadamente 50 minutos. Já as atividades dependerão do que você e a pesquisadora escolherem, variando entre 1 hora e 1 hora e 30 minutos, podendo ser realizadas em diferentes semanas. As atividades serão realizadas durante um mês, totalizando de 3 a 4 encontros. Os áudios também serão gravados. Nessas oficinas vamos abordar temáticas como “Quais locais da cidade são importantes para mim? Por onde eu ando? Onde encontro ajuda” e para isso poderemos utilizar mapas,

representações da cidade e outros materiais gráficos criativos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

A participação nesse estudo não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), não há procedimentos invasivos, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, identificando aspectos que podem trazer riscos morais, sociais, culturais e religiosos, uma vez que suas respostas estão sujeitas a julgamentos dos demais participantes, além de evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis. Entretanto, as atividades serão manejadas de forma a minimizar esse processo, destacando a importância do respeito às vivências e crenças de cada um. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão temporária ou cancelar sua participação, de acordo com a sua livre escolha e o que lhe fizer sentir mais confortável. Além disso, a pesquisadora se disponibilizará para te acolher ao término de cada etapa e, caso seja necessário, conversará com a equipe para possíveis encaminhamentos.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Os procedimentos serão realizados nos serviços, em dias e horários que você realiza os acompanhamentos, não implicando em custos na participação. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano comprovado resultante da sua participação na pesquisa.

Este trabalho não trará nenhum benefício direto a você, porém, poderá contribuir com a forma que os acompanhamentos oferecidos às pessoas que usam drogas são realizados. A sua contribuição ajudará com as discussões sobre as drogas, dando luz às suas vivências e perspectivas, pensando na eficácia das ações que são realizadas e podendo elaborar novas possibilidades de cuidado.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde constam informações de contato da pesquisadora principal e da orientadora. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil.

Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Informações para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Letícia Andriolli Bortolai

Mestranda responsável pela pesquisa

E-mail: leticiabortolai@hotmail.com

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Serrata

Malfitano

E-mail: anamalfitano@ufscar.br

Nome completo do Participante:

Letícia Andriolli Bortolai

Assinatura da Pesquisadora

LOCAL, __ / __ / ____.

Assinatura do Participante

LOCAL, __ / __ / ____.

ANEXO 7 – Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** DROGAS E REDES SOCIAIS DE SUPORTE: O QUE AS PESSOAS DIZEM?**Pesquisador:** Letícia Andriolli Bortolai**Área Temática:****Versão:** 3**CAAE:** 98910918.0.0000.5504**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO**Patrocinador Principal:** FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 3.203.757**Apresentação do Projeto:**

A “questão” das drogas tem sido compreendida como complexa, envolvendo dimensões eminentemente sociais. Uma das estratégias que tem se debatida, com a possibilidade de agregar maior eficiência às ações em curso, é compreender a temática das drogas através das concepções de redes. As redes sociais se expressam como uma possibilidade para responder demandas e necessidades sociais de maneira integrada, respeitando o saber e a autonomia de cada sujeito, podendo criar conhecimentos que lhes são próprios, não sendo apenas uma construção de vínculos, mas também uma maneira de analisar e entender a realidade social. Dessa forma, propõe-se investigar, sob a perspectiva dos próprios atores, como as redes sociais de suporte, formais e informais, são organizadas e estruturadas no que se refere às pessoas que fazem uso de drogas, compreendendo como o sujeito se relaciona socialmente, como se dá sua participação na vida cotidiana permeada pelo uso e como a terapia ocupacional tem contribuído nesse cenário. Utilizando como referencial teórico-metodológico a terapia ocupacional social, será realizada uma etnografia institucional, em dois serviços públicos destinados às pessoas que fazem uso de drogas, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), lançando mão da observação participante, da realização de entrevistas e de grupos de atividades com aqueles que se dispuserem a colaborar com o estudo. Partindo de uma análise etnográfica dos dados, espera-se compreender a realidade daquelas pessoas com maior profundidade e detalhamento, fomentar a discussão acerca da temática, buscando por ações

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235**Bairro:** JARDIM GUANABARA**CEP:** 13.565-905**UF:** SP**Município:** SAO CARLOS**Telefone:** (16)3351-9683**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.203.757

mais efetivas e pelo fortalecimento daquelas já existentes, respeitando os indivíduos e seus coletivos, seus direitos e sua autonomia de vida.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Aprender, discutir e analisar como se constituem as redes sociais de suporte dos sujeitos que fazem uso de drogas e acessam os serviços públicos especializados da saúde e da assistência social (CAPS-ad e CREAS), através de suas próprias vivências e discursos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: identificar o que, ou quem, faz parte das redes sociais de suporte; compreender as diferentes realidades vivenciadas por essa população; analisar como é a relação estabelecida com os serviços que eles frequentam, com ênfase ao CAPS-ad e ao CREAS, analisando de que forma a temática das e as ações em andamento, possibilitando levantar subsídios para repensar ou fortalecer aquilo que está sendo desenvolvido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na versão anterior do parecer deste projeto, este Comitê solicitou à pesquisadora para explicitar melhor os riscos "morais, sociais, culturais e religiosos". A mesma aponta como riscos: "Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como principal objetivo entender a formação das redes sociais de suporte de pessoas que fazem uso de drogas e acessam serviços públicos especializados. O presente estudo não apresenta risco imediato ao participante. Aqueles que aceitarem participar do estudo estarão cientes de que não há procedimentos invasivos nas etapas de pesquisa e que, independente de suas opiniões, os dados serão reservados ao anonimato e os resultados divulgados não irão expor seus nomes. Entretanto, considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, identificando aspectos que podem trazer riscos morais, sociais, culturais e religiosos, uma vez que as respostas dos participantes estão sujeitas a julgamentos por terem conteúdos relativos a essas problemáticas, além de evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis. Entretanto, as atividades serão manejadas de forma a minimizar esse processo, destacando a importância do respeito às vivências e crenças de cada um. Caso isso não seja suficiente, sugerimos a suspensão temporária ou cancelamento da participação do colaborador, de acordo com a sua livre escolha e o que lhe fizer sentir mais confortável. Além disso, a pesquisadora se disponibilizará para acolher os participantes ao término de cada etapa e, caso seja necessário, articular com a equipe técnica dos serviços uma assistência técnica específica, caso seja identificado algum dano emocional/psicológico disparado pela pesquisa".

Como benefícios: "Espera-se que os resultados advindos do estudo possam colaborar com as discussões acerca das drogas, dando luz às vivências, perspectivas e discursos dos sujeitos

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.203.757

envolvidos nestes processo. Este trabalho não trará nenhum benefício direto ao participante porém, poderá contribuir com a forma que os acompanhamentos oferecidos às pessoas que usam drogas são realizados, pensando na eficácia das ações e podendo elaborar novas possibilidades de cuidado".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta relevância social e científica. Quanto ao questionamento deste Comitê à pesquisadora em relação à metodologia, com o uso do procedimento da fotovoz e a necessidade de elaboração de termo de autorização da imagem pelo participante, a mesma esclarece da opção de não utilizá-lo na pesquisa.

-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: foi revisto e está adequado de acordo com a Resolução 466/12, 510/16 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-Documento sobre informações básicas do projeto: os riscos morais, sociais, culturais e religiosos foram melhores explicitados e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social e Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e drogas foram incluídos como instituições coparticipantes da pesquisa.

-nesta versão, o projeto de pesquisa descreve o roteiro das oficinas e atividades visuais.

-A pesquisadora envia um cronograma atualizado da execução do projeto de pesquisa.

Os outros documentos do protocolo estão adequados: folha de rosto; documentos de autorização das instituições para a realização da pesquisa - pela Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social (SMDS) e pelo Diretor de Gestão de Pessoas da Prefeitura de Rio Claro - SP.

Recomendações:

Recomenda-se à pesquisadora que as assinaturas da pesquisadora e do participante da pesquisa não fiquem em folha diferente do campo da redação textual do termo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora fez as alterações e adequações conforme solicitações deste Comitê.

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	
Bairro: JARDIM GUANABARA	CEP: 13.565-905
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.203.757

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1206203.pdf	13/01/2019 18:14:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Jan2019.pdf	09/01/2019 20:31:20	Letícia Andriolli Bortolai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Revisado.pdf	09/01/2019 20:31:07	Letícia Andriolli Bortolai	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_Resposta_JAN2019.pdf	09/01/2019 20:31:00	Letícia Andriolli Bortolai	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3085904.pdf	09/01/2019 20:23:44	Letícia Andriolli Bortolai	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/01/2019 20:23:16	Letícia Andriolli Bortolai	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2953353.pdf	05/11/2018 13:27:31	Letícia Andriolli Bortolai	Aceito
Outros	AutorizacaoSMDS.pdf	05/09/2018 21:59:21	Letícia Andriolli Bortolai	Aceito
Outros	AutorizacaoFMS.pdf	05/09/2018 21:58:27	Letícia Andriolli Bortolai	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAssinada.pdf	05/09/2018 21:44:44	Letícia Andriolli Bortolai	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 17 de Março de 2019

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br