

**Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva**

**A experiência de familiares cuidadores de pessoas
usuárias de pasta base de cocaína atendidas em um
CAPS-ad de Mato Grosso**

Robson Alves de Paula

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
para fins de obtenção de título de
mestre.**

**Área de Concentração: Diversidade
Sociocultural, Ambiente e Trabalho –
Abordagem Socioantropológica em
condição crônica.**

**Orientadora: Prof^a. Dra. Reni A.
Barsaglini**

**Cuiabá-MT
2013**

A experiência de familiares cuidadores de pessoas usuárias de pasta base de cocaína atendidas em um CAPS-ad de Mato Grosso

Robson Alves de Paula

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, para fins de obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Diversidade Sociocultural, Ambiente e Trabalho – Abordagem Socioantropológica em condição crônica.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Reni A. Barsaglini

**Cuiabá-MT
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA

P324e Paula, Robson Alves de.

A experiência de familiares cuidadores de pessoas usuárias de pasta base de cocaína atendidas em um CAPS-ad de Mato Grosso / Robson Alves de Paula. – 2013.

175 f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Reni Aparecida Barsaglini.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Desenvolvimento Sociocultural, Ambiente e Trabalho – Abordagem Socioantropológica em Condição Crônica, 2013.

Bibliografia: 153-169.

Inclui anexo.

1. Pasta base de cocaína. 2. Cocaína – Usuários – Cuidadores. 3. Cocaína – Usuários – Experiências familiares. 4. Drogas – Aspectos socioculturais. 5. Centro de Atenção Psicossocial – Mato Grosso. I. Título.

CDU – 614.4:613.81/.84

Ficha elaborada por: Rosângela Aparecida Vicente
Söhn – CRB-1/931

É expressamente proibida a comercialização desta pesquisa tanto em sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Avenida Fernando Corrêa da Costa, 2367 - Boa Esperança - Cep: 78060900 - CUIABÁ/MT
Tel : (65) 3615-8884 - Email : secmsc.ufmt@gmail.com

FOLHA DE APROVAÇÃO

**TÍTULO: "A Experiência de Familiares Cuidadores de Pessoas Usuárias de
Pasta Base de Cocaína Atendidas em um CAPS-ad de Mato
Grosso"**

AUTOR: Mestrando ROBSON ALVES DE PAULA

Dissertação defendida e aprovada em 17 / 07 / 2013

Composição da Banca Examinadora:

Presidente Banca / Orientadora: Doutora RENI APARECIDA BARSAGLINI
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Examinador Interno: Doutora SAMIRA RESCHETTI MARCON
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Examinador Externo: Doutora LÚCIA CRISTINA DOS SANTOS ROSA
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

CUIABÁ, 17 / 07 / 2013

Dedico este trabalho aos familiares cuidadores de pessoas usuárias de substâncias psicoativas, na expectativa de que eles recebam o reconhecimento de seu protagonismo e a visibilidade de que são merecedores nos espaços de atenção à saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por demonstrar a sua existência, a cada dia, especialmente nos dias em que eu me sentia sem forças para continuar e reestabelecer o entusiasmo necessário a essa caminhada;

Agradeço aos meus pais Alceu e Eunice, meus irmãos, sobrinhos e a toda a minha família pela energia positiva que me emanaram, pelos incentivos à caminhada e a compreensão de minhas ausências;

Agradeço a minha esposa Ione e a meu filho Ulisses que me inspiraram e me fizeram acreditar que a caminhada valeria a pena, sendo meu porto seguro durante a jornada, acompanhando meus sonhos e cúmplices desta trajetória;

Agradeço aos meus colegas de trabalho pelos apoios e incentivos;

Aos profissionais do CAPS-ad de Várzea Grande pela receptividade e carinho;

Aos familiares que me abriram as portas de suas moradas e me permitiram participar de suas vidas confiando-me angústias e esperanças numa inestimável contribuição ao incremento de ações de saúde;

Aos meus colegas do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, pelo companheirismo durante a jornada;

Aos professores Doutores do mestrado por terem sido mestres generosos na arte de ensinar;

Os meus mais especiais agradecimentos à Prof.^a Dr.^a Reni A. Barsaglini pela generosidade, competência e paciência nas orientações que me deram norte para esta pesquisa;

A Aline, Reinaldo, Jurema e Hailton pelos apoios acadêmicos e tecnológicos;

E à todos aqueles que contribuíram de modo voluntário ou involuntariamente para que chegássemos até aqui.

Tenham o meu reconhecimento e gratidão!

*Vocês que fazem parte dessa massa
Que passa nos projetos do futuro
É duro tanto ter que caminhar
E dar muito mais do que receber.
E ter que demonstrar sua coragem
À margem do que possa parecer
E ver que toda essa engrenagem
Já sente a ferrugem lhe comer (...)*

*Lá fora faz um tempo confortável
A vigilância cuida do normal
Os automóveis ouvem a notícia
Os homens a publicam no jornal.
E correm através da madrugada
A única velhice que chegou
Demoram-se na beira da estrada
E passam a contar o que sobrou (...)*

*O povo foge da ignorância
Apesar de viver tão perto dela
E sonham com melhores tempos idos
Contemplam essa vida numa cela.
Esperam nova possibilidade
De verem esse mundo se acabar
A Arca de Noé, o dirigível
Não voam nem se pode flutuar (...)*

*Êeeeeh! Oh! Oh! Vida de gado
Povo marcado, Êh! Povo feliz! (...)*

“Admirável Gado Novo”
Zé Ramalho

De Paula RA. A experiência de familiares cuidadores de pessoas usuárias de pasta base de cocaína atendidas em um CAPS-ad de Mato Grosso [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2013.

RESUMO

Na contemporaneidade, o crack é a droga que mais vem alarmando o Brasil, a ponto de ser tratada epidemiologicamente. Estudos observam que são diferentes os tipos de apresentação dos derivados da cocaína, quais sejam: sal, crack, pasta base, sendo esta última, a forma utilizada em Mato Grosso, devido às proximidades fronteiriças com países produtores. A pasta base ou crack tende a ser interpretada simbolicamente, de forma diferenciada em relação às demais substâncias psicoativas, sendo compreendida socialmente como responsável pela maioria dos problemas contemporâneos, tornando secundários os problemas e questões relacionadas às drogas não proibidas e as prescritas com fins medicamentosos, cujos efeitos nocivos causados ou não pelo uso inadequado, acabam sendo invisibilizados nas pautas de discussões do governo. Deste modo, a questão requer análise sob pontos de vista multidimensionais, que sejam capazes de fazer interagir a experiência individual, as biografias, com os enfoques macroestruturais, assim como a organização do trabalho psicossocial, dos saberes e terapias que o acompanham e que se harmonizam com outras alternativas de cuidados, ou com os diversos grupos sociais que fornecem apoio aos adoecidos. Tudo isso um desafio às pesquisas socioantropológicas, sendo aqui neste caso, essencial pensar nos impactos da enfermidade sobre as famílias. Para tanto, valendo-nos do referencial teórico e metodológico da experiência das condições crônicas que acompanham as pessoas em todos os lugares, levando-as a viver com, apesar da enfermidade abordando tanto as ideias que esses familiares detêm sobre as drogas e seus consumidores, como também as formas de gerenciar as consequências desse uso. Foi nessa perspectiva, que se definiu como objeto de estudo a investigação da experiência de familiares que convivem cotidianamente com pessoas usuárias de pasta base de cocaína. Compreender os significados do uso de pasta base de cocaína pelos familiares torna-se pertinente para que abordagens socioculturais venham obter o reconhecimento em prol de um aprimoramento das ações formuladas e implementadas pelo sistema de saúde, dirigidas a esse segmento. Concluiu-se que para os familiares, as drogas não são novidades, entretanto, a descoberta do uso em seu meio surpreende, choca, mobilizando estigmas e sentimentos de impotência. As drogas são normalmente identificadas pela ilicitude, caracterizando forte teor moral sobre a questão, sendo toleradas as medicamentosas. As explicações para o envolvimento com o uso, envolvem vicissitudes e vulnerabilidades das pessoas que as tornaram susceptíveis às más companhias. Faz-se necessário melhor envolvimento de profissionais da saúde com essa questão.

Palavras chave: Família, pasta base de cocaína, condições crônicas, experiência, centro de atenção psicossocial álcool e drogas.

De Paula RA. The experience of family caregivers of people who use cocaine base paste attending a CAPS-ad of Mato Grosso [dissertation of master's degree]. Cuiaba: Institute of Collective Health Institute of the Federal University of Mato Grosso; 2013.

ABSTRACT

In contemporary times, the crack is the drug that is most alarming Brazil, about to be treated epidemiologically. Studies point out that they are different types of presentation of the cocaine derivatives, which are: salt, crack, home folder, the latter being the form used in Mato Grosso, due to the nearby border with producing countries. Therefore, the base folder or crack tends to be interpreted symbolically differently compared to other psychoactive substances, being understood as socially responsible by most contemporary problems, making secondary problems and issues related to the drugs and not prohibited for purposes prescribed medication whose harmful effects caused by improper use or not, end up being invisible on the agendas of government discussions. Thus, the question requires analysis in multidimensional views, which are capable of interacting individual experience, biographies, with the macro-structural approaches, as well as the psychosocial work organization, knowledge and therapies that accompany and harmonize with other care alternatives, or with the various social groups that provide support to the diseased. All this a challenge to socio-anthropological research, being here in this case, think of the essential impacts of the disease on families. Therefore, availing ourselves of the theoretical and methodological experience chronic conditions that accompany people everywhere, causing them to live with, despite the illness addressing both the ideas that these families have about drugs and their consumers, as well as ways to manage the consequences of that use. It was this perspective that has been defined as an object of study to investigate the experience of family members who live daily with people who use cocaine base paste. Understand the meanings of the use of cocaine base paste by family becomes relevant to sociocultural approaches that will get recognition towards an improvement of actions formulated and implemented by the health system, targeting this segment. It was concluded that for the family, drugs are not new, but the discovery of the use in its midst surprises, shocks, mobilizing stigma and feelings of powerlessness. Drugs are usually identified by the unlawfulness, featuring strong moral content of the question, being tolerated the drug. The explanations for engagement with the use, involve vicissitudes and vulnerabilities of people that made them susceptible to bad company. It is necessary to better involvement of health professionals with this issue.

Keywords: Family, cocaine base paste, chronic conditions, experience, psychosocial care center alcohol and drugs.

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
BA	Bebida Alcoólica
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CETAD	Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas
CIAPS	Centro Integrado de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional das Doenças
CT	Comunidade Terapêutica
DSM-III	Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Equipe de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
MDMA	Metilenodioximetanfetamina
MOBRAL	Movimento Brasileiro de Alfabetização
NA	Narcóticos anônimos
NAPS	Núcleo de Assistência Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBC	Pasta Base de Cocaína
PSF	Programa de Saúde da Família
RAAS	Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde
RD	Redução de Danos
RP	Reforma Psiquiátrica
SPA	Substância Psicoativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
TDH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 – REVISÃO DE LITERATURA.....	18
1.1 Substâncias psicoativas designações e breves histórias	18
1.2 A problemática das substâncias psicoativas na perspectiva sociocultural	25
1.3 Algumas considerações sobre modelos de atenção.....	36
1.4 Da reforma psiquiátrica aos caps e a estratégia de redução de danos	38
1.5 Considerações sobre a família e cuidados.....	43
1.6 Revisão dos estudos qualitativos sobre drogas e família	49
CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	53
2.1 Base teórica conceitual.....	54
2.2 Aspectos metodológicos.....	59
2.3 Aspectos éticos.....	62
2.4 Financiamento e apoio à pesquisa.....	62
CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	63
3.1 Descrição geral dos casos.....	63
3.2 Caracterização das pessoas usuárias de pasta base de cocaína	75
3.3 Caracterização dos familiares informantes da pesquisa.....	78
3.4 Aspectos da experiência de familiares convivendo com pessoas usuárias de pasta base de cocaína.....	80
3.4.1 Conceito de droga para os familiares	81
3.4.2 Características dos usuários na perspectiva dos familiares	86
3.4.3 O processo de descoberta do uso de pasta base de cocaína.....	90
3.4.4 As noções de causalidades do uso de pasta base de cocaína na perspectiva dos familiares	95
3.4.5 O impacto da descoberta do uso de pasta base de cocaína.....	105
3.4.6 Cotidiano de familiares que convivem com pessoas usuárias de pasta base de cocaína: características e enfrentamentos.....	110
3.4.7 Situação atual de saúde das pessoas e expectativas dos familiares	132
3.4.8 Variações sobre gênero das pessoas na experiência dos familiares	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS.....	153
ANEXO	170
APÊNDICES	172

INTRODUÇÃO

A medicina define drogas como aquelas substâncias capazes de modificar psiquicamente ou fisiologicamente as funções dos organismos vivos (FIORE, 2007), enquanto para a Organização Mundial da Saúde (OMS) droga é toda e qualquer substância introduzida em um organismo animado e que modifica, ou não, suas funções. Como se pode observar, trata-se de um conceito bastante amplo e é sabido que o senso comum tende a relacioná-lo somente às substâncias proscritas, ignorando que compostos lícitos, tais como medicamentos e até mesmo as bebidas alcoólicas e o tabaco (cujo uso altera as condições físicas e psíquicas, estão dentre os mais difundidos e incentivados) são todos drogas (DEL OLMO, 1990).

Urge, portanto, a necessidade da ampliação dessa questão para além de um discurso hegemônico, ou seja, ao tratarmos sobre drogas, torna-se necessário precaver-mos da naturalização da distinção do senso comum com relação ao que é lícito ou ilícito em nossa sociedade, como diria VARGAS (1998), ou tornar-se objeto de controle, passível de repressão por parte do Estado, tanto o álcool como o tabaco e outras drogas, proibidas ou não, incluídos nesse grupo também os fármacos que são vendidos em drogarias, ou seja, estabelecimentos onde drogas são vendidas (VARGAS, 1998).

Um panorama geral nos mostra que medidas visando ao controle ou à proibição dessas substâncias não são recentes, entretanto, é nova a percepção de que são um problema de saúde pública. A consideração da problemática de um conjunto específico de substâncias ou de certas modalidades de usos não médicos é contemporânea da “invasão” farmacêutica e da psiquiatria se afirmando enquanto especialidade, e é por mais essa razão que se reitera a necessidade da precaução contra a naturalização da distinção entre drogas e fármacos (VARGAS, 2008). Neste sentido, até meados do século XX, o termo dependência era utilizado para enfatizar mais as complicações clínicas do consumo do que o comportamento em si. A partir da segunda metade do mesmo século o conceito de dependência deixou de ser considerado um desvio de caráter ou um conjunto de sinais e sintomas físicos para ganhar características de transtorno mental, segundo RIBEIRO (2004), legitimando-o como assunto médico sanitário.

Assim, entende-se que a sociedade sempre conviveu com essas substâncias, mas em algum momento (especialmente na passagem do século XIX para o XX) o seu consumo se tornou (para o Estado em particular e para a sociedade, de modo geral) uma questão política, jurídica, sanitária e moral importante, uma vez que propiciava estados de loucura, comportamentos anormais e impedia o desenvolvimento de uma vida social saudável e regrada (FIORE, 2007). Perturbava, portanto, a ordem social o que reclamou (e reclama) regulações mediante normas e convenções socialmente compartilhadas que variam no tempo e no espaço.

Uma das definições etimológicas para o termo drogas deve sua origem à palavra *droog* (holandês antigo), que significa folha seca – o que é compreensível, já que desde a Antiguidade a maioria dos medicamentos eram obtidos de plantas. Daí um termo que, além de ter caráter polissêmico e discutível acerca do senso-comum, abarca uma variedade de substâncias que costumam ser classificadas como lícitas e ilícitas, ressaltando que a licitude do uso desses compostos, nos mais diferentes contextos e períodos, sempre variou (CEBRID, 2010).

FIORE (2007) ressalva que termos como drogas, narcóticos e entorpecentes são mais utilizados em linguagem policial ou pela imprensa e foram praticamente abandonados por profissionais da saúde em decorrência da imprecisão farmacológica. Provavelmente por isso, hoje o termo Substância Psicoativa (SPA) seja considerado quase consensualmente, em termos farmacológicos, como o mais preciso, e embora não de todo neutro, na medida em que também engendra um ponto de vista nitidamente biomédico, ele sem dúvida carrega menos pressupostos morais e permite que haja distanciamento dos significados, muitas vezes contraditórios, a que o termo “droga” normalmente nos remete (LABATE et al., 2008).

Cabe lembrar que as SPA, são produtos de origem natural ou sintética, utilizados para promover alterações na senso-percepção, no nível de consciência, no estado emocional e na capacidade simbólica de seus usuários. Ao contrário dos efeitos clínicos adversos decorrentes do uso terapêutico, muitos dos efeitos obtidos não são buscados de forma intencional e as alterações causadas por essas substâncias variam de acordo com diversos fatores: aspectos da pessoa que delas faz uso; as características da SPA (em termos de efeitos sobre o Sistema Nervoso Central – estimulantes, inibidoras ou desorganizadoras) ou a quantidade utilizada; o padrão de uso; o efeito que se espera (e/ou se obtém) da SPA (objetivos e subjetivos); assim como as circunstâncias e a vulnerabilidade de quem as consome (MS, 2004).

Uma análise contemporânea da OMS estimou que, desde os idos de 2001, cerca de 450 milhões de pessoas sofriam, muitas delas em silêncio, de transtornos mentais, neurobiológicos ou de problemas psicossociais relacionados ao abuso de álcool e/ou de outras drogas (OMS, 2001). Além da angústia e da ausência de atenção que caracterizam essa situação, podemos também relacionar a este quadro as ainda existentes fronteiras da estigmatização, da vergonha, da exclusão e, mais frequentemente do que desejaríamos reconhecer, da morte.

Embora tenham sido adotados fortes mecanismos de repressão para as SPA proscritas (OMS, 2001), é flagrante a constatação da ineficácia do “combate às drogas” pelos mecanismos clássicos de repressão policial e jurídica (fazendo com que algumas autoridades falem abertamente do seu fracasso e da necessidade de abordagens inovadoras no âmbito da saúde pública). É por esse motivo que urge “trocar a inércia decorrente da proibição cega por um pragmatismo lúcido”, sem olvidar que o fenômeno do consumo de drogas sempre fez parte da vida social e permeia quaisquer dos seus segmentos, existindo apenas algumas variações entre as classes sociais (BUCHER, 1996). E grupos sociais, acrescentaríamos.

O uso de SPA trata-se, de um problema de saúde pública não só em decorrência de pesquisas que revelam associação entre o uso de drogas e o aumento do HIV/AIDS, hepatites bem como outras doenças cujas consequências coincidem com a rota do tráfico no Brasil, bem como outros problemas relacionados, entretanto, muito embora essa compreensão seja notada na linguagem utilizada na elaboração de documentos da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas, observa-se, contudo, que tal política ainda está arraigada às concepções tradicionais da temática, além disso, a perspectiva que se adquire da questão, via o contexto sociocultural do usuário, tem perdido espaço para a visão farmacológica e epidemiológica o que faz denotar uma política nacional sobre drogas ainda atrasada pelo predomínio de seu caráter repressivo influenciado por políticas internacionais (ZALUAR, 1999; SOUZA e KANTORSKI, 2007).

Diante disso, famílias poupadas de um encontro com os que têm esse problema (que na saúde é tratado no rol dos transtornos mentais) são raras. Sabe-se que o sofrimento mental de uma pessoa afeta os seus arredores, com consequências que extrapolam o sujeito em si e atinge aqueles que o rodeiam, causando sofrimento a todos para os quais são empreendidas estratégias nos planos individual, relacional, cultural, material para manejar a situação cotidianamente, visando a um “controle” que permita

viver tão normalmente quanto possível – processo denominado na literatura socioantropológica de gerenciamento (BARSAGLINI e CANESQUI, 2010).

No caso do uso das SPA, por requerer um gerenciamento de longa duração ou contínuo optou-se, no contexto desta pesquisa, em abordá-la como uma condição crônica corroborando a definição da OMS (2003) de que pode ser tratada e controlada, reduzindo-se os sintomas, alternando-se, muitas vezes, períodos de controle dos mesmos e de retorno da sintomatologia (AGUILAR e PILLON, 2005; LEITE, 2000) – as “recaídas” – embutindo uma crise latente e a incerteza sobre os acontecimentos futuros (ADAM e HERZLICH, 2001). Ainda que mundialmente, ela seja classificada entre os transtornos psiquiátricos (que remetem inicialmente à origem orgânica) a OMS (2001) destaca que estes casos devem ser tratados, simultaneamente, como uma doença médica crônica e como um problema social. Dessa forma, se o consumo de SPA pode afetar o sujeito porque circularmente afeta as diversas áreas da sua vida, o seu tratamento não deveria ser alheio a tais impactos e relações.

Entre tais relações está geralmente a família, sobre a qual recai grande parte da responsabilidade pelo tratamento, uma vez que ela é a principal cuidadora “natural” e, por isso, se torna também alvo das intervenções na área de saúde.

Neste sentido, quais seriam os impactos materiais e simbólicos para os familiares de usuários de SPA e que estratégias estariam sendo empreendidas para contorná-los? É por esse motivo que aqui se propõe abordar o uso de SPA como uma condição crônica o que requer análise sob pontos de vista multidimensionais, que sejam capazes de fazer interagir a experiência individual, as biografias, com os enfoques macroestruturais: posição social e cultura, assim como a organização dos cuidados psicossociais, dos saberes e terapias que o acompanham e que se harmonizam com outras alternativas de cura, ou com os diversos grupos sociais que fornecem apoio aos adoecidos; tudo isso desafia as pesquisas socioantropológicas, a família, sobre a qual é essencial pensar nos impactos da enfermidade (CANESQUI, 2007).

A investigação da experiência leiga assenta-se, então, basicamente na interpretação e significados da doença, na organização social do mundo do sofredor e nas estratégias utilizadas para o gerenciamento dessa condição que se apresenta (CANESQUI, 2007). Para tanto, iremos nos valer do referencial teórico e metodológico da experiência de condições crônicas, abordando tanto as ideias que esses familiares detêm sobre as drogas e seus consumidores, como também as formas de gerenciar as consequências desse uso. Foi nessa perspectiva, que se definiu como objeto de estudo a

investigação da experiência de familiares que convivem cotidianamente com um sujeito usuário de SPA, neste caso, com um recorte sobre o uso de Pasta Base de Cocaína (PBC), investigando essa situação como uma condição crônica.

Conforme consta no Relatório Mundial da OMS (2002), sobre Cuidados Inovadores Para Condições Crônicas (doenças não transmissíveis, distúrbios mentais de longo prazo e algumas doenças transmissíveis como HIV/AIDS, doenças que podem ser tratadas e controladas), via de regra, o gerenciamento de todas as condições crônicas constitui um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde em todo o mundo.

Atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, estima-se que 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares. Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de tratamento das condições crônicas; simplesmente tratam os sintomas, quando aparecem, tal como as questões agudas (OMS, 2002).

Ainda no referido relatório, são citados oito elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde para as condições crônicas, dentre eles em 6º lugar, entretanto, não menos importante, pois não objetiva uma ordem hierárquica, centralizar o tratamento no paciente e na família, pois, esse tipo de foco constitui uma importante mudança na prática clínica vigente. Portanto, o tratamento para as condições crônicas deve ser reorientado em torno do usuário e da família.

O que despertou interesse por essa questão perpassa uma trajetória de trabalho, desde o início de 2005, com uma prática cotidiana que proporcionou a observância dos anseios e angústias de familiares que acompanhavam as pessoas em tratamento, todas elas buscando alternativas para a compreensão do problema e com suas próprias conjecturas e atitudes a respeito; muitas já lidando com a situação há muito tempo antes até de chegarem à instituição de saúde. Essa experiência também deflagrou, ainda, as dificuldades da equipe multidisciplinar ao lidar com os familiares de pessoas em tratamento, uma problemática que se confirmava quando os assuntos emergiam (ou não) a esse respeito, nas reuniões semanais de equipe ou nas reuniões de início de ano, de

Revisão do Projeto Terapêutico Institucional¹, ocasiões em que buscávamos, em imersão, discutir e avaliar a prática e as experiências do trabalho da equipe, refletindo sobre a atuação do ano anterior para subsidiar, consolidar e respaldar mudanças para o ano subsequente.

O atendimento às famílias, limitava-se a uma atividade quase protocolar de receber os familiares, caso estes acompanhassem o paciente. Uma orientação era dada quanto aos dias e horários de realização dos grupos de família (sendo poucos os técnicos que realizavam ou admitiam condições técnicas para atender o familiar); informações que subsidiassem a anamnese também eram buscadas e outras orientações eram oferecidas quanto à trajetória de atendimento na unidade (neste caso focalizava-se normalmente o usuário, não o familiar).

Esta pesquisa, no mais, se utiliza da perspectiva sócio antropológica, que privilegia a visão da pessoa (com)vivendo com uma condição que a acompanha em todos os lugares (ADAM e HERZLICH, 2001) e cujas formas de explicar, representar e lidar decorrem de um constante movimento em que a interpretação e a ação se realimentam reciprocamente em um determinado contexto (CANESQUI, 2007). Tal perspectiva nos permitirá respaldo científico, evitando reducionismos e favorecendo o desafio epistemológico de estranhamento do senso comum.

Neste sentido, salienta-se aí a indagação de RAYNAUT, (2002):

O desafio reside em conseguir que as ciências psicológicas e sociais admitam que o ser humano não é constituído somente de um espírito, mas também de um corpo, e que as disciplinas clínicas integrem o fato de que a essência da pessoa humana vai além do seu corpo biológico no grande desafio da interdisciplinaridade (RAYNAUT, 2002, p. 43).

Por esses e outros motivos reitera-se que, através deste estudo, busca-se ampliar a compreensão ou instigar o olhar sobre a família, no contexto acima exposto, procurando evidenciar um problema ainda pouco estudado no que diz respeito à experiência de familiares de pessoas usuárias de SPA. Em Mato Grosso, dentre as SPA proscritas com potencial semelhante ao do crack (este mais presente em outros centros urbanos) é mais utilizada a PBC.

¹ Todo o trabalho do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) deverá ser realizado em um “meio terapêutico” que é construído permanentemente através de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento, desta forma, traçando um projeto terapêutico global que dá respaldo ao serviço e subsidia a realização dos projetos terapêuticos singulares a cada paciente nas modalidades: Não intensivo, semi-intensivo e intensivo que orienta a frequência da atenção no CAPS (MS, 2004).

Na pesquisa proposta estamos nos referindo às pessoas que fazem uso de substâncias classificadas na área de saúde como psicoativas sendo que esse uso afeta as suas relações sociais de diferentes formas, e especialmente as pessoas que estão no seu entorno e, que, em decorrência desses efeitos, são alvo de intervenções específicas que integram uma política de saúde mental. Diante disso, as inquietações a seguir nortearão, a princípio, a investigação proposta.

Como familiares convivem, cotidianamente, com uma pessoa usuária de pasta base de cocaína? A quais ideias os familiares associam as drogas de modo geral e particularmente a pasta base de cocaína e as pessoas que dela fazem uso? Quais os impactos materiais e simbólicos do uso de pasta base de cocaína para os familiares e as estratégias de gerenciamento empreendidas para contorná-los? Qual a relação com os serviços de saúde de referência a essa situação e quais as expectativas futuras quanto à condição do usuário?

Assim, o objetivo geral desta pesquisa consistiu em analisar a experiência de familiares cuidadores de pessoas usuárias de pasta base de cocaína, atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) em Mato Grosso

Os específicos, por sua vez, consistiram em compreender os significados das substâncias psicoativas e da pasta base de cocaína a partir do conceito, características dos usuários e o processo de descoberta do uso da PBC; identificar as noções de causalidade do uso de PBC; identificar os impactos da descoberta do uso de PBC; compreender o cotidiano dos familiares no convívio com usuários: características e enfrentamentos; perceber a situação atual das pessoas e expectativas dos familiares e; analisar as variações sobre gênero das pessoas na experiência dos familiares.

Para melhor organização deste trabalho de pesquisa, apresentamos uma introdução ao tema abordando as SPA, desde seu histórico, um percurso sobre as condições crônicas e a importância de se realizar pesquisa com familiares. Dividimos o assunto em três (3) capítulos, sendo o 1º uma revisão de literatura, contextualizando a questão das drogas concomitante à existência do homem objetivando situar no tempo as designações das drogas e o surgimento das diferenças entre lícito e ilícito no contexto histórico até a contemporaneidade, com o surgimento dos derivados da cocaína, como o crack e a pasta base de cocaína, perpassando pela problemática das SPA na perspectiva sociocultural. Em seguida abordamos algumas considerações sobre saúde mental, revolvendo questões acerca da reforma psiquiátrica, os serviços substitutivos de saúde mental e a proposta da redução de danos, culminando com algumas considerações sobre

a família e uma revisão dos estudos qualitativos sobre drogas. No segundo capítulo, apresentamos o referencial teórico conceitual, definindo a base teórica conceitual, bem como a metodologia utilizada, os critérios de inclusão e exclusão, os procedimentos técnicos instrumentais de coleta de dados, bem como a área de abrangência do universo dos informantes da pesquisa. No terceiro capítulo, apresentamos o contexto da pesquisa, os dados de caracterização dos informantes, bem como das pessoas usuárias de PBC, os resultados da análise dos dados, de acordo com os aspectos cotejados nos objetivos específicos.

CAPÍTULO 1 – REVISÃO DE LITERATURA

1.1 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DESIGNAÇÕES E BREVES HISTÓRIAS

O consumo de drogas refere-se a uma prática milenar e universal, com vestígios de uso e cultivo dessas substâncias em organizações tribais das mais remotas. O estudo dos padrões históricos de consumo desses produtos pode-se constituir como um revelador antropológico do mais alto interesse, vindo a esclarecer dilemas e conflitos, organizações sociais, sistemas de convivência, crenças, mitos e ritos, ideologias, representações, religiosidade, práticas iniciáticas, bélicas, curativas, transcendentais e de lazer etc. Como é notório, estamos tratando de um fenômeno cultural que muito provavelmente permeia o homem desde quando este passou a exercer o domínio sobre o fogo (BUCHER, 1996; ESPINHEIRA, 1995).

Diante disso, sabe-se que a Idade Média acumulou um vasto saber herbário, alquímico e secreto, além de uma prática sobre as plantas e eram, sobretudo, as “bruxas” que as detinham. Do mesmo modo, os sacerdotes-bruxos de influência celta também eram verdadeiros *experts* em filtros e poções de cura – vestígios disso são os personagens arturianos Merlin e Morgana (TOSCANO JÚNIOR, 2000).

Já registros mais recentes sobre a história do homem, segundo TOSCANO JÚNIOR (2000), apontam que os “conquistadores” da América maravilharam-se com os tesouros botânicos encontrados e que a primeira SPA alucinógena a chamar-lhes a atenção neste continente teria sido o *teonanacatl*, o “cogumelo maravilhoso”; assim também foi com o *aloliuqui*, uma semente de uma trepadeira, e com o *peyote*, também alucinógenos. O *peyote* é um cacto mexicano que contém mescalina, uma droga sabidamente de uso ritual, utilizada pelos xamãs – e esta é uma das informações que sustentam que o ato de ingerir determinados frutos ou plantas pode simplesmente representar um desejo, por vezes hedonista, de harmonizar-se com os elementos permeáveis à satisfação de viver, tanto que erotismo e drogas sempre estiveram inter-relacionados em diferentes culturas.

O mesmo autor observa que algo semelhante ocorre nos dias atuais com o carnaval do Rio de Janeiro – RJ, a festa do peão de Barretos, ou a *Oktoberfest*, festa importada da Alemanha para o Brasil em Santa Catarina.

Merece destaque na história sobre as drogas, no entanto, o álcool, cuja derivação se dá do árabe *alkuhl*, que significa essência. Seu processo de destilação foi descoberto em torno do ano 800 de nossa era, também na Arábia, e os primeiros indícios de seu consumo datam de aproximadamente 6000 a.C., estando entre os mais antigos relatos de utilização de SPA e representando uma importante e variada inserção na vida do homem. A propósito a Bíblia, no livro do Gênesis, contém o relato de que Noé teria plantado uma vinha após o dilúvio e se embriagado; no mais, quase todas as civilizações de que se tem notícia conheceram o álcool – exceto aquelas das regiões polares, do deserto australiano e da Terra do Fogo, provavelmente por serem regiões mais inóspitas (CEBRID, 2010; TOSCANO JÚNIOR, 2000).

O álcool, portanto, diante de suas questões históricas e socioculturais, vem gozando de uma espécie de estatuto diferenciado, percebido principalmente em discursos médicos veiculados publicamente. É comum, inclusive, a referência distintiva do álcool (o próprio nome Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, diga-se de passagem, faz essa distinção) com relação às outras drogas, pois, embora sejam todas SPA com potencial de abuso (e aí se inclui também o tabaco), o consumo de álcool, em determinadas doses e frequência, é considerado inofensivo e até mesmo recomendável, desde que não deixe de significar um mediador simbólico das relações sociais e seja consumido dentro de regras que balizem e regulem o seu modo de produção e de ingestão (CAMPOS, 2010; FIORE, 2007).

A história do consumo alcoólico, aliás, entrecruza a história da alimentação e do comércio, já que sua expansão e produção caracterizaram as condições materiais e sociais da formação do moderno sistema mercantil, alimentando o fluxo dos produtos que fizeram os circuitos de trocas do antigo sistema colonial no Brasil, Caribe e Estados Unidos, alimentando o tráfico de escravos. Seu consumo não só acompanhava a comida como o apaziguamento da dor, do cansaço, e proporcionava o entusiasmo das festas (CARNEIRO, 2004).

A literatura reforça inclusive que, historicamente, não eram as bebidas alcoólicas, mas os “bebedores-problema” que incomodavam e repercutiam como obstáculos para a sociedade, e somente no desenrolar do século XX é que a medicina, dentro da lógica do discurso médico higienista, passou progressivamente a considerar o

alcoolismo e a dependência de outras drogas como uma entidade nosológica específica, uma doença que poderia ser diagnosticada independentemente de critérios morais e raciais (CAMPOS, 2010; FIORE, 2007).

O tabaco, por sua vez, era utilizado em cerimônias religiosas, rituais de passagem e no cotidiano, ora fumado, ora ingerido ou bebido pelos nativos da América. Começou a ser utilizado aproximadamente no ano 1000 a.C., e a partir do século XVI foi introduzido na Europa. Consta ainda que a rainha da França, Catarina de Médicis, o utilizava na forma de rapé para aliviar enxaquecas, e que por volta de 1850 surgiram as primeiras descrições de homens e mulheres fumando; porém, somente após a Primeira Guerra (1914-1918) foi que seu consumo apresentou grande expansão (CEBRID, 2010).

Como exemplo de plantas com efeito estimulante na história, temos também o mate ou erva-mate, *Ilex paraguariensis*, que chegou a ser proibido pelo Cardeal Borromeu de Roma – ainda que a Companhia de Jesus já o utilizasse para competir com o cacau mexicano, o café e o chá importados do Oriente (o que já caracterizava, naquela época, o caráter comercial que tornava ambivalente o discurso proibicionista) (TOSCANO JÚNIOR, 2000).

Já o café, *Coffea* arábica, rapidamente foi introduzido, com sucesso, na América do Sul – principalmente no Brasil. O produto foi descoberto no mundo árabe antes do século X e introduzido no Ocidente no final do século XVI, trazido por um Padre que tentou cultivá-lo, a princípio, no Pará – onde não deu certo, e depois em São Paulo, onde desencadeou uma grande escalada econômica (TOSCANO JÚNIOR, 2000).

Ainda acerca das SPA com efeito estimulante, temos o guaraná, que brota nos afluentes meridionais do rio Amazonas e que contém uma concentração de cafeína superior à do café, do cacau, da erva-mate e da coca. Talvez por sua descoberta tardia (devido à sua localização) não tenha suscitado muitas polêmicas, sendo hoje um dos importantes produtos de exportação brasileira (TOSCANO JÚNIOR, 2000). Ressalta-se inclusive o seu difundido consumo em Mato Grosso, como parte das tradições culturais do Estado.

É oportuno, diante deste quadro até aqui descrito, lembrar que o que isentou a inserção do chocolate, do café, do chá, do tabaco e do álcool no grupo das drogas não diz respeito ao fato de as sociedades modernas os considerarem inofensivos; o que determinou esse status foi a constatação de que o uso desses elementos não representaria, ao contrário de outras drogas, um impedimento para a execução das atividades laborais de seus usuários (HELMAN, 2009).

Remontando ao passado, no que diz respeito ao comércio de SPA, a rápida expansão do Islã pelo oriente disseminou o ópio em pastilhas com o selo *mash Allah*, que significa “presente de Deus”. Esta SPA era tida como euforizante geral, aconselhável para a passagem da segunda para a terceira idade da vida e consumida nos *diwans*, locais de encontro com características de cassinos. Hoje de venda ilegal, teve livre o seu comércio até o início do século XX em farmácias enquanto a China, por motivos econômicos, permaneceu como o principal país consumidor de ópio até 1950. Consta ainda que por volta de 1800, Inglaterra, Holanda e França recorreram ao contrabando de ópio em grande escala, visando recuperar seus déficits comerciais, e, em 1839, a Inglaterra invadiu o território chinês para proteger os seus negócios (TOSCANO JÚNIOR, 2000).

Este mesmo autor argumenta que, em se tratando do comércio, um dos primeiros documentos internacionais destinados ao controle de SPA, no século XX, foi tratado na convenção de Shangai, em 1913, quando países, preocupados com a dependência de drogas em larga escala, reuniram-se objetivando, particularmente, o controle da comercialização da morfina, alegando como problema os seus diversos efeitos nocivos; entretanto, muitos países europeus continuaram com este comércio, com os seus lucros anunciados nas bolsas de valores, além de protegerem seus respectivos laboratórios produtores. Este fato e o relatado anteriormente exemplificam que a disseminação das drogas não diz respeito apenas a traficantes e bandidos de quadrilhas organizadas com também a governos diante da mesma questão econômica.

Após a 2ª Grande Guerra, o ópio passou, portanto, a ser problema no Ocidente, entretanto, isso se deu devido à sua superprodução e conversão em morfina e heroína nos laboratórios europeus, negócio que passou a ser controlado pela *máfia* – as grandes famílias do crime organizado de origem italiana – e que culminou, na década de cinquenta, com uma grande batida junto às organizações do crime em Cuba, época em que ocorria a Revolução Cubana e que desarticulou a conexão do tráfico. Acreditava-se que com isso estariam acabando com o negócio, contudo, o que se nota, na realidade, é que mudaram apenas os lugares, os atores e os tipos de drogas (DEL OLMO, 1990).

O cânhamo, por sua vez, foi introduzido na Europa no século XIX por médicos ingleses que estiveram na Índia (na tradição bramânica, esta SPA era utilizada por suas virtudes inebriantes). O produto deve sua origem a uma espécie de *Cannabis sativa* e sua apresentação varia de acordo com o clima, a altitude, o solo, assim como seu teor de produto ativo, mostrando grande flexibilidade ecológica. O cânhamo pode fornecer

fibras têxteis em regiões temperadas e é utilizado de três formas: como resina, colhida e modelada em forma de bastões; em estado natural, em que suas folhas e extremidades são colhidas, secadas e trituradas; e na forma de haxixe líquido, um destilado oleoso muito concentrado que pode ser sorvido e, muito raramente, injetado em via venosa. Mais frequentemente o cânhamo é fumado misturado ao tabaco, mas ele também pode ser bebido sob a forma de suspensão associada a xaropes perfumados (flor de laranjeira) ou alcoolizados (anis). Quando comido, ele fez parte de numerosas receitas da confeitaria oriental (BERGERET e LEBLANC, 1991).

Devido ao potencial de provocar experiências alucinógenas em rituais, foi objeto de atenção especial no final do século XX a *ayahuasca*, droga preparada a partir de duas plantas encontradas na Amazônia brasileira e peruana, a *Banisteriopsis caapi* e a *Psychotria viridis* ou *chacrona*. Estudos realizados sobre a droga observaram-na como um exemplo de utilização transcultural, mostrando que o efeito de uma droga também depende de fatores relacionados ao contexto em que a mesma está inserida (TOSCANO JÚNIOR, 2000). Nesse sentido, não nos esqueçamos do uso ritualístico de SPA aceito e reconhecido como manifestação transcultural como o uso da ayahuasca na religião do Santo Daime (MACRAE, 2009).

O êxtase ou *ecstasy*, a *metilenodioximetanfetamina* (MDMA), derivado sintético da anfetamina, foi sintetizado a partir de 1912 e patenteado em 1914 na Alemanha pela empresa farmacêutica Merck. Trata-se de uma droga psicoestimulante e que, em doses muito elevadas, tem o potencial de produzir alucinações, *flashbacks* ou revivescências. O ecstasy emergiu na Europa, no final de 1980, com o propósito de ser utilizado prescritivamente como uma droga moderadora de apetite. Temendo o surgimento de uma nova “era psicodélica”, os Estados Unidos decidiram, em 1985, incluir esta SPA na lista das substâncias proscritas, medida que foi também adotada pela OMS – que passou a restringi-la mundialmente; contudo, a droga se popularizou na cena musical e deu origem à cultura *clubber* ou *dance* a partir de Ibiza, na Espanha, nos anos 80, crescendo mundialmente a partir dos anos 90 (CEBRID, 2010).

A planta coca, do inca *cuca* e do aimará *khoca*, significa “a árvore”, e significava para os incas um presente dado pelo deus Sol – *Inti*. Tem propriedades estimulantes utilizadas pelos nativos da América do Sul, há pelo menos 1500 anos. Seu alcalóide foi isolado somente no século XIX, em torno de 1860, pelo neurologista alemão Albert Niemann. Na mesma época, após experimentá-la, o neurologista italiano Paolo Mantegazza descrevia os detalhes dos efeitos fisiológicos dessa substância, tendo

descrito que preferiria ter “um período curto de vida de 10 anos com a coca do que 10 milhões de séculos sem ela” (TOSCANO JÚNIOR, 2000, p. 14).

Os espanhóis por sua vez apreciavam o uso das folhas de coca pelos nativos na América, pois ao mascarem-na, trabalhavam melhor nas minas e nos campos – essa prática aplacava a fome, aumentava as energias e ainda diminuía e evitava moléstias. As folhas de coca só não se popularizaram na Europa porque perdiam sua potência durante as longas viagens marítimas, entretanto, alguns vinhos feitos a partir dessas mesmas folhas eram apreciados pelo Papa Leão XIII, Júlio Verne, Émile Zola, Victor Hugo, Arthur Conan Doyle e outras personalidades; a Coca-Cola, até 1903, manteve a cocaína como seu ingrediente ativo, quando foi substituído pela cafeína (VIEIRA, 1996; BERGERET e LEBLANC, 1991).

O psicanalista Sigmund Freud, em 1884, publicou *Über Coca*, primeiro de cinco artigos sobre a cocaína, no qual descrevia seus efeitos estimulantes e a recomendava para diversos sintomas desde afecções nervosas, histeria, hipocondria, neurastenia, perturbações digestivas, anemias severas, febres de longa duração, sífilis e asma, além de apontar suas propriedades afrodisíacas e contra a impotência. Foi criticado severamente, tomaram-no como apologista da cocaína e só teve as suas posições científicas consideradas após a publicação de seu quinto artigo, em 1887. Seu interesse pelas propriedades anestésicas locais da cocaína permitiu grande progresso nas cirurgias oftalmológicas e mostrava-se favorável à utilização da droga também como tratamento para a dependência de morfina (VIEIRA, 1996).

Na contemporaneidade, entretanto, o crack é a droga derivada da cocaína que mais vem alarmando o Brasil no momento, a ponto de ser tratada como uma epidemia, essa que, no entanto, parece ser produzida midiaticamente diante de alguns interesses, haja vista, que estudos do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o tempo todo sinalizam que o problema mais grave no Brasil é o do álcool que por sua vez, não vem a ser tratado como epidemia (CARLINI et al. 2002; 2006; MEDEIROS, 2010). Além disso, não existem estudos fidedignos a respeito do assunto em termos epidemiológicos que respaldem tal afirmação, concluem estes autores.

A origem do crack, diz respeito ao processamento da cocaína, cuja preparação ocorre em duas fases: na primeira, as folhas são colocadas em uma prensa junto com ácido sulfúrico e querosene, sendo transformadas, por compressão, em pasta – a chamada pasta básica de cocaína. A pasta formada contém cerca de 90% de sulfato de cocaína; na segunda fase, para remover impurezas remanescentes, a pasta é tratada com

ácido clorídrico, produzindo então o cloridrato de cocaína. A cocaína, para ser pura, é submetida a um tratamento chamado *freebasing*, em que se mistura o cloridrato de cocaína com água, bicarbonato de sódio e hidróxido de amônia. A base de cocaína é então separada por meio de um solvente orgânico volátil, como o éter, por exemplo. Como a base de cocaína não é solúvel em água ela pode, então, ser fumada. Esse material vem sendo chamado de crack devido ao som dos cristais quando queimados, também chamado de pedras devido à sua aparência (SEIBEL, 2010).

Esta substância é muito comum em países produtores, tais como o Peru, a Colômbia e a Bolívia, e em certas regiões do Brasil, especialmente na região Centro-Oeste e Norte, pelas proximidades das fronteiras com esses países. Utiliza-se em maior escala a PBC, que outros de seus derivados, porque sua produção requer apenas um processamento rudimentar, mais barato que para a transformação em cloridrato. O preparo artesanal da pasta base se dá em laboratórios improvisados, onde são adicionados vários produtos tóxicos e por si só nocivos ao organismo, como o ácido sulfúrico, o querosene ou a gasolina. Tudo isso provoca uma adulteração ainda maior da droga, com a alta concentração de tais produtos (SEIBEL, 2010).

O oxi, outro derivado da coca, foi identificado na região de fronteira do Estado do Acre com a Bolívia e é a “nova droga” alardeada pela mídia desde meados de 2005. O oxi, ou oxidado, passou a sustentar o título de uma das mais potentes e perigosas drogas conhecidas, e seu nome, aliás, pode ser originário do fato de a pasta base encontrada já ter passado pelo processo de oxidação, pela ação do permanganato de potássio. Nesse cenário uma dificuldade que se impõe é a de distinguir o que é oxi e o que é pasta base, pois a apresentação das drogas é muito parecida, ambas possuem coloração ocre amarelada e odor característico (produto da oxidação da pasta base, etapa comum do refino da cocaína). Nos ensaios físico-químicos mais corriqueiros realizados, não há distinção clara entre as substâncias (ANDRADE, 2005).

Devido à imprecisão de sua composição química, a verdade é que não se pode alardear o oxi como uma nova droga já que esta não se trata de um produto padronizado, feito em escala; o oxi, diante disso, portanto, não é um produto e sim um processo da oxidação da cocaína a partir da adição de diversos solventes, como solução de bateria, querosene e gasolina (do mesmo modo que acontece com a pasta base). Visualmente, o oxi e o crack são drogas idênticas em sua apresentação, a diferença está no que é adicionado. É possível que o oxi esteja sendo comercializado como se fosse o crack e, diante disso, estudos até o momento concluem que não existe uma nova droga

no mercado ilícito, mas que o que se observa são diferentes formas de apresentação típicas da cocaína (sal, crack, pasta base, cocaína base) sendo arbitrariamente classificadas como “oxi”, sem que sejam utilizados para estes fins critérios objetivos e técnicos (SILVA JÚNIOR e GOMES, 2011). No entanto, é importante reter que, independente da denominação, não se pode garantir a composição e a procedência das SPA proscritas, do mesmo modo como se faria com as SPA prescritas.

Até aqui, diante da infinidade de SPA existentes, modos e finalidades diversas de uso em todo o mundo, seria pretenciosa uma tentativa de descrevê-las todas, ainda porque, caso isso fosse possível, ficaríamos a dever sobre as novas SPA que vão surgindo e novos nomes que as identificam; por isso, nos ateremos então às até aqui descritas, buscando evidenciar que as SPA acompanham o homem em seu contexto histórico e cultural. Aliás, uma diversificada bibliografia enumera as diversas maneiras como essas SPA foram produzidas, utilizadas e representadas por diversas sociedades ao longo do tempo (FIORE, 2007).

Há que se considerar ainda, diante desse breve histórico, que o mercado das drogas possui as características mais avançadas do capitalismo atual no que diz respeito, inclusive, ao seu caráter global. É necessário deixar claro que as drogas não são apenas substâncias, coisas ou objetos prejudiciais, já que, como tudo o que afeta e diz respeito ao ser humano, também configuram uma construção social que se realiza na dialética dos interesses econômicos e dos aparatos político-jurídicos e ideológicos que constituem a dinâmica das sociedades (MINAYO, 2003). Daí então, examinaremos as drogas sob a perspectiva sociocultural a seguir.

1.2 A PROBLEMÁTICA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL

Até os anos 50, as SPA não eram tratadas como um grande “problema” no contexto ocidental porque não tinham a mesma importância econômica e política da atualidade, nem o seu consumo havia atingido proporções tão elevadas. Uma vez restritas a um universo misterioso, vinculado, na maioria das vezes, aos opiáceos, à

morfina ou à heroína (próprios de grupos e de círculos específicos da sociedade, desde integrantes da aristocracia europeia, médicos e intelectuais, grupos de jazz e elites da América Latina, ou pessoas que integravam guetos urbanos), associavam-se as SPA à violência, especialmente se se tratasse de identidades: negros e porto-riquenhos nos Estados Unidos e imigrantes das Antilhas e do oeste da África na Inglaterra (DEL OLMO, 1990).

Esta autora prossegue afirmando que na década de sessenta surgiram as drogas psicodélicas como o LSD que, apesar de todas as suas implicações, não gozava de maior destaque que a maconha à época; tratada como “erva assassina” por ser associada à violência, à agressividade e à criminalidade, dependendo de quem a consumia: se seus usuários eram habitantes dos guetos urbanos, seguramente seu uso significaria um delito porque a maconha os tornaria agressivos; se eram os “meninos de bem”, a droga os tornaria apáticos e se tornava uma ameaça nos Estados Unidos, à medida que seu uso deixava de ser restrito aos trabalhadores mexicanos, alcançando também os jovens de classe média e alta. DEL OLMO (1990), cita como exemplo o festival *Woodstock* realizado naquela época, no qual o uso coletivo da droga sugeria uma “arma” encontrada pelos jovens para desafiar a ordem social vigente, tendo sido difundido o seu uso nas comunidades alternativas disseminadas pela cultura *hippie*.

Ressalta ainda DEL OLMO (1990), que na década de 60, a cocaína “ressurgiu” e que isso teria ocorrido através da diminuição do consumo de heroína no mundo. A cocaína, que teve a sua atenção diminuída desde os anos vinte, reaparecia discretamente em um cenário em que livros e filmes representavam o seu consumo discreto e elegante, associando-a ao fascínio das personalidades de prestígio profissional e artístico. Esta difundida mais como uso recreacional e social em relação à heroína, além de associada para alguns ao autoconhecimento e maior exploração do interior de si, ligado à ideia de bem-estar, propagando uma reputação de não criar dependência nem de ser perigosa. Era associada, simbolicamente, ao êxito social e um modo de protesto à sociedade autoritária e consumista americana, embora na atualidade tenha havido a banalização do seu uso.

Dado aos fatos descritos, é digno de nota que, apesar do modelo proibicionista de prevenção conceder maior ênfase às substâncias e menos às pessoas e contextos, as evidências apontam que as restrições ao consumo e o modo como se interpretava o uso das SPA e os atores envolvidos refletiam nitidamente a intolerância frente às diferenças socioculturais (TRAD, 2009).

No Brasil, um dos precursores dos estudos sobre drogas (em uma dimensão sociocultural) foi o cientista Gilberto Velho, cuja pesquisa realizada na década de 70 é ainda considerada atual. Esta consiste em um trabalho etnográfico de pesquisa participante, baseada no uso de drogas como parte de um estilo de vida e de uma visão de mundo de segmentos das classes médias urbanas. Ele também demonstrou que a experiência com drogas só pode ser compreendida em termos de uma dialética constante entre o estudo subjetivo do indivíduo e os efeitos psicotrópicos objetivos das drogas (VELHO, 2008).

A referida tese desse autor, “Nobres e Anjos”, já é por si só um dos exemplos sobre as dificuldades em se tratar do assunto no contexto sociocultural do Brasil, pois a pesquisa foi realizada em pleno período ditatorial, defendida em dezembro de 1975 e publicada somente em 1998, o que dificultou inclusive a sua socialização oficial no próprio ambiente científico (VELHO e FIORE, 2008).

A tese de VELHO (2008) contribuiu para revelar ainda questões sobre o uso de SPA comparando as camadas médias e altas da população em que, naquele contexto, especialmente para os “nobres” a cocaína estava também relacionada a uma posição de vanguarda, inclusive intelectual; mas a grande contribuição dessa pesquisa consiste na constatação de que mais que as SPA em si, o mais importante realmente são seus usos e significados, o que confere à questão a necessária atuação da sociologia e da antropologia. Este autor acrescenta que as SPA podem ter significados diferentes em função do grupo de pertença (classe social) do indivíduo, bem como a sua utilização pode ser interpretada por não consumidores, abusadores potenciais e autoridades de maneiras diferentes, provocando reações particulares. A compreensão dos conflitos e mudanças dentro das famílias revelou-se crucial para o desenvolvimento de sua pesquisa inclusive.

É importante também analisar com cuidado os aspectos econômicos e políticos nas entrelinhas dos discursos sobre as drogas, em que cabe considerar que, sob o pretexto da ideia de promover a estabilidade política e econômica, controlar a imigração ilegal e o tráfico, contínuas restrições às cotas açucareiras desde 1982 custaram mais de 130 mil desempregados, desde 1984, em Belize e Jamaica, época em que aumentaram as imigrações ilegais e o cultivo de maconha naquelas regiões; do mesmo modo aconteceu com as restrições ao café da Colômbia, no mesmo período, coincidindo com o poderio dos carteis de cocaína. Esta é uma das situações que permeiam as faces ocultas da droga na análise de DEL OLMO (1990).

Desta feita, segundo a mesma autora, a administração Reagan assinalou, em 1983, que a economia subterrânea sonegava, nos Estados Unidos da América (EUA) 222 bilhões de dólares ao imposto de renda, fazendo surgir o discurso jurídico transnacional. As drogas produzidas no exterior não poderiam chegar aos EUA e, como a cocaína era a mais cara e a que mais ingressava no país, a ênfase recaía sobre ela, devendo ainda se considerar que um quilo de cocaína tinha, na época, o mesmo valor de mercado que uma tonelada de maconha. Assim, além da ameaça à saúde pública, o tráfico de cocaína estava extraindo dos EUA 30 bilhões de dólares anualmente, o que fez com que se iniciasse a “guerra contra as drogas”.

Neste sentido, à medida que diminuía o “perigo comunista” da “guerra fria” no mundo dos anos de 80, aumentavam as discussões sobre os temas “narcotráfico” e “narcoguerrilhas”, assim como o discurso de “guerra às drogas”. Tudo isso serviu de base para uma importante reformulação das prioridades geopolíticas estadunidenses em regiões como a América Latina e o sudeste asiático, ampliando a importância do tema na agenda diplomático-militar dos EUA (RODRIGUES, 2008).

Não é incorreto, portanto, afirmar que as dificuldades para se tratar a problemática das drogas podem estar relacionadas ao fato de que muito do conhecimento produzido sobre o seu uso se construiu sob o ponto de vista do enfrentamento, percebendo-se, aliás, que a ciência vinha desempenhando papéis aparentemente contraditórios, ora se esforçando para descobrir, isolar e até sintetizar novas moléculas, ora propagando seus malefícios e reivindicando sua proscrição legal. De qualquer forma, foi inclusive como um problema de saúde pública (devido a prejuízos nas atividades produtivas e suas repercussões econômicas), que as SPA e seu consumo se tornaram objeto de estudos científicos predominantemente das ciências biomédicas – e isso, se por um lado significou avanços na compreensão dos efeitos fisiológicos, por outro representou atrasos na consolidação desse assunto no campo das ciências humanas e sociais (LABATE et al., 2008).

Nesse contexto das atividades produtivas, é interessante analisar o paradoxo entre trabalho, prazer e sucesso, e sobre essa temática é bastante ilustrativa a pesquisa etnográfica realizada por BOURGOIS (1989). Sua pesquisa analisou a “economia” do crack entre hispânicos no *Harlem* em *Los Angeles*, retratando que o comércio do crack conferiu às pessoas muito mais prestígio e sucesso que o trabalho formal assalariado com forte relação de subalternidade; em suma, era como uma maneira de se obter maior autoestima que submeter-se à “exploração” do emprego formal criando uma bem

sucedida carreira na economia subterrânea, estimulada ou em consonância com a busca do “Grande Sonho Americano”.

A propósito, a invenção da *happy-hour*, diga-se de passagem, é sintomática da busca dos reconfortantes químicos na medida em que estabelece a cisão entre o “sacrifício” do trabalhar e a busca de viver a descontração através da alteração do estado de consciência, como um descanso de si, da normativa da produção de bens e serviços, assumindo outras identidades no campo do lúdico e do prazer (ESPINHEIRA, 2009).

Relativizando para o contexto em que realizaram as suas pesquisas (embora nas devidas proporções não existiriam grandes diferenças dentro de uma análise contemporânea), Friedrich Engels e Karl Marx, em diversas passagens, identificaram no álcool o papel de consolo inevitável e único para suportar a dor da jornada de trabalho (cuja dureza e intensidade roubavam, desde a infância, o tempo de vida da classe trabalhadora), consagrado como o único prazer do operário. Seu uso era, assim, tolerado, porque garantia a manutenção de certos níveis de produtividade (CARNEIRO, 2004).

A temática do uso de drogas é, portanto, polêmica e complexa, e carece de discussões para além do que possa ser considerado como lícito ou ilícito. São grandes os esforços atuais em busca da compreensão deste fenômeno, independentemente das diversas formas sob as quais possamos tentar entender a questão – quer seja ela um subterfúgio às necessidades materiais ou afetivas, ou produto de consumo em um mundo caracterizado por relações cada vez mais fugazes, provisórias e fluídas. Por esse motivo é fundamental a construção de políticas públicas, especialmente de saúde, para que se trate esta questão (VERONA, 2010).

Assim, a expressão “drogado” tende a ser, em certo aspecto, uma categoria equivocada e pejorativa, visto que o uso de drogas nos tempos contemporâneos pode ser considerado como uma das expressões de mais um dos itens de consumo advindos do crescimento econômico, estimulados pela supervalorização das tecnologias, da ideologia da produtividade e da ascensão social, em detrimento de outras dimensões da vida social, o que vem conferir ao “estigma de drogado uma das mais violentas acusações que existe na sociedade brasileira contemporânea” (VELHO, 2002 p. 138)

Para isso, há que se pensar no problema especialmente sob uma ótica epistemologicamente positiva, no sentido de não simplesmente recriar o consumo e nem de entender tal proposta como uma condescendência (no sentido de uma apologia ao uso), mas de operar um deslocamento de perspectivas por meio do qual seja possível

tanto avaliar a problemática das drogas sob o ponto de vista da saúde, quanto avaliar a saúde sob o ponto de vista das drogas, sem reduzir o problema a meras respostas comportamentais, jurídicas ou biomédicas (VARGAS, 1998).

Neste sentido, novamente a saúde favorece outro olhar sobre o uso de drogas. Com a entrada em cena do HIV/AIDS na década de 90 (o que incluiu o sangue como meio de contaminação dessa doença, ampliando a preocupação com os usuários de drogas injetáveis e seu comportamento sexual), estudiosos e autoridades foram ao lugar onde se encontravam esses usuários para trazê-los à discussão dessa problemática (ESPINHEIRA, 2009).

Na contemporaneidade, entretanto, é possível pensar que o crack (como a mídia se refere ao derivado da cocaína e tido como de efeito mais poderoso), é a droga que mais vem causando comoção na sociedade e que, aparentemente, se ajusta ao contexto de fluidez atual. Esta SPA reproduz a velocidade dos estímulos do mercado (muito embora não se possa analisá-la apenas sob a ótica do consumo), além de também estar sujeita a outros fatores mobilizadores de seu consumo, tais como o fato de se tratar de uma droga de fácil aquisição pelo preço, pela ampla oferta e pelo seu rápido efeito (ALBUQUERQUE, 2010).

Para o mesmo autor, o crack tende a ser interpretado (simbolicamente) de uma forma diferenciada em relação às outras drogas, não sendo incomum ser ele compreendido socialmente como responsável pela maioria dos problemas da sociedade contemporânea; nesse interim, outras questões atinentes aos problemas das drogas prescritas (com fins medicamentosos e/ou com efeitos também nocivos, causados ou não pelo uso inadequado delas) acabam sendo consideradas secundárias, não entrando nas pautas de discussões pelo governo.

Além do mais, deixadas à parte as questões da criminalização, do moralismo, da xenofobia e de controle político econômico, as pesquisas ainda apontam outras questões sobre as drogas tais como a medicalização que conformou o problema no mundo contemporâneo; tornando-se uma tarefa importante e desafiadora, pois, para compreendermos essa construção do problema é necessário analisarmos também os debates que se estabelecem entre os saberes ou agentes que lhes dão forma (FIORE, 2007).

Desse modo, antes de prosseguirmos com a discussão sobre os atuais derivados da cocaína, oportunamente, cabe aqui fazermos um parêntese sobre drogas prescritas na medida em que, em nossa sociedade industrializada, salienta-se o uso crescente de

“reconfortantes químicos” (legais ou ilegais). O problema, no que diz respeito às drogas prescritas, é o fato de que tal situação, ao reforçar o consumo medicamentoso para alívio dos sintomas, dificultaria às pessoas a busca pelas causas ou pelo entendimento de seus desconfortos (HELMAN, 2009).

ANGELL (2011), a este respeito, afirma que a psiquiatria, ao enfatizar o tratamento medicamentoso, tornou-se imprescindível à indústria farmacêutica, pois quando as drogas psicoativas produzidas pelos grandes laboratórios surgiram, houve um período de otimismo na profissão psiquiátrica – que teve a chance de se afirmar, já que dentro da própria medicina havia divisões internas (alguns abraçavam o modelo biologicista, outros o modelo psicanalítico, e uns poucos viam o problema no contexto da saúde mental como uma resposta sadia a um mundo insano).

Quando foi publicado, em 1980, o Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), continha 265 diagnósticos (acima dos 182 da edição anterior), fazendo que seu uso se tornasse quase universal entre médicos de todas as especialidades e também entre companhias de seguros, hospitais, tribunais, prisões, escolas, pesquisadores e agências governamentais (ANGELL, 2011).

Os transtornos mentais, então, passaram a ser normalmente relacionados a deficiências neuroquímicas no cérebro e os medicamentos passaram a ser utilizados para “corrigi-las” (o Prozac, “a pílula da felicidade”, consta como um desses medicamentos utilizados para “corrigir” a deficiência de serotonina, substituindo a “terapia da conversa”) e, a essa medida interessava cada vez menos a história de vida das pessoas. Tal fenômeno acabou por vulgarizar a lida com a tristeza – que passou a ser considerada até pelo senso comum sinônimo de depressão, entidade nosológica da medicina (ANGELL, 2011).

A mesma autora analisou que, além de ser preocupante o fato de haver poucos estudos sobre os efeitos colaterais dos medicamentos e se seus fins justificariam determinados prejuízos orgânicos ou psíquicos, deveria ser também motivo de alerta o aumento espantoso do diagnóstico e tratamento de doenças mentais em crianças (quando, por exemplo, aumentou a prevalência do “transtorno bipolar juvenil” quarenta vezes entre 1993 e 2004, e de “autismo” – de 1 em cada 500 crianças para 1 em cada 90, ao longo da mesma década). Dez por cento das crianças com 10 anos de idade passaram a utilizar medicamentos para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDH). Em linhas gerais, torna-se importante ponderar diante destes e de outros fatos que não é difícil encontrar uma criança que não fosse às vezes agitada ou um menino de 5ª série

que não seja ocasionalmente desatento, ou, ainda, uma menina no ensino médio que não aparente angústia ou ansiedade.

Parênteses feitos, não prosseguiremos nesse assunto por não ser este o objeto dessa discussão e só foi aqui mencionado para que não passasse despercebida a sua importância – e também para exemplificar que o problema das drogas, que tende a se concentrar nas substâncias ilícitas, está para além destas. Retornando então à questão dos derivados da cocaína, ALBUQUERQUE (2010) salienta que os usuários dela tendem a ser identificados como um grande problema para a sociedade e que estes, por apresentarem dificuldades para ajustar-se às normas do mercado de trabalho formal, acabam se inserindo em atividades informais ou “bicos”. Nesse cenário, alguns desses usuários eventualmente se associam ao comércio de drogas e ao crime, e estudos indicam que tais atitudes tendem a ocorrer diante do propósito de suprir necessidades básicas de sobrevivência – o que funciona também como um meio para a manutenção do uso (ALBUQUERQUE, 2010).

O processo de endividamento gerado pelo uso do crack vem motivar o roubo ou o furto junto à comunidade e seu entorno, sendo um meio rápido de se auferir recursos para o custeio da droga, tornando tal prática comum, sendo que os pontos de venda de drogas o favorecem, já que atuam normalmente no sistema de trocas – escambo, aumentando ainda a possibilidade de mortes violentas (SAPORI et al., 2010).

O crack diante de suas repercussões mais evidenciadas que acabam por ampliar a sua conotação sensacionalista, moralista, jurídica ou biomédica, que tendem normalmente a torná-lo um personagem dotado de vida própria, mobilidade e poder destruidor que, assim interpretado, age sobre a pessoa e ela, tomada por uma “satânica” capacidade mágica, atua sobre a sociedade de forma devastadora, repercutindo através de atos cruéis de transgressão, delinquência, violência e mortes. Não obstante, noticiários veiculados a esse respeito parecem estabelecer e legitimar uma relação direta do uso do crack com a demonização da substância e culpabilizando as pessoas, desviando-se assim a atenção de seu contexto estrutural socioeconômico, na medida em que se evidencia a sua dimensão, policial, médica e jurídica (MEDEIROS, 2010).

Diante da perspectiva anterior, não estamos minimizando problemas evidentes não havendo aqui a intenção de tratá-los como se fossem irrelevantes, mas na tentativa de ampliar o tom para a dimensão sociocultural onde o problema também deve ser examinado. Estudos descrevem um uso caótico dessa substância e uma larga ruptura com o cotidiano na visão dos usuários de crack, sendo que a compulsão ao uso da droga

tende a estreitar e convergir os interesses deles normalmente para questões relacionadas à sua aquisição e ao consumo, levando-os a diminuir e até perder a sua ligação com o seu grupo social anterior, bem como a prejuízos profissionais e pessoais de difícil medida pela lógica cartesiana (MOREIRA, 2009).

O mesmo autor acrescenta que os usuários pontuam o caráter irracional e incontrolável do uso do crack e a alternância entre o prazer e desconforto físico e psíquico que se sucediam antes, durante e após o consumo da droga, sendo exemplo disso, um usuário atendido no Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), o mesmo referiu-se ao crack como a “droga do silêncio”, pois nada era pensado ou feito durante o seu efeito, nenhuma realidade era considerada, nenhuma culpa ou preocupação advinda no momento do seu uso, isso logicamente, considerando que embora existam certas peculiaridades no consumo inclusive as que antecedem e vêm posteriormente, não desprezaremos o fator da experiência que é inerente à pessoa e só por ela ou por alguém próximo pode ser descrita, o modelo explicativo do usuário não é somente uma tradução, a sua explicação faz parte de sua própria realidade e a modela (MOREIRA, 2009; ADAM e HERZLICH, 2001).

Não obstante MOREIRA (2009), ao estudar o uso do crack nessa perspectiva, considera:

Logo, não deveria causar espanto que novas substâncias que suspendam, temporariamente, existências tão segmentadas, tomem as ruas das grandes metrópoles, local de maior expressão do vazio material e espiritual do consumo. O prazer do crack centraliza e interfere com o ruído, restituindo ao sujeito um silêncio, ao identificá-lo com o efeito avassalador da droga: um indivíduo que resiste a sua difusão nas estratégias mercadológicas. É preciso ver o usuário do crack, não a condição dialética de um capitalismo expropriador do sujeito, mas uma realidade completamente outra, resultante da mais completa cisão entre o seu potencial como indivíduo e as necessidades do mercado. A contradição dá lugar à antinomia (MOREIRA, 2009, p. 118).

Não são somente as SPA os problemas a serem enfrentados, mas as disposições e a intensidade do uso, pois as SPA não podem ser tomadas como um mal em si mesmas, e fossem por si, as causas de todos os problemas de nossa sociedade. A “demonização” das SPA, no caso das consideradas ilícitas, torna-se, portanto, um equívoco na medida em que muitas das vezes ocorre um desvio da pessoa que passa a

ser referida de modo estigmatizado e pejorativamente, como drogado(a), maconheiro(a) ou noiado(a), dentre tantos outros modos de se referir a ela no senso comum (ESPINHEIRA, 2009).

Tratar sobre SPA, sem estar atento às implicações de toda a movimentação sócio antropológica sobre o tema, que é tomado comumente de maneira excessivamente naturalizada é algo que ocorre com muita frequência, impossibilitando um olhar mais amplo, e apesar dos estigmas de “marginais” ou doentes atribuídos aos usuários, suas representações e seus relacionamentos não se diferenciam dos de jovens não usuários, excetuando-se, talvez, os tipos das substâncias consumidas para a aproximação do grupo (VELHO, 2008; FIORE, 2007).

Diante dessa reflexão, torna-se limitante tratar a complexidade das questões sobre SPA tentar reduzi-las às suas propriedades farmacológicas, ou seja, as SPA não são algo por si mesmas, mas implicam sempre uma relação, significando algo em oposição a outra coisa, de modo que o importante não deveria ser somente a substância ou a sua definição, e muito menos sua capacidade ou não de alterar, de algum modo, o ser humano, mas também o discurso que se constrói em seu entorno (DEL OLMO, 1990; LABATE et al, 2008).

De fato, mais do que se apropriar da experiência do consumo de SPA, o que as sociedades contemporâneas parecem ter feito foi criar literalmente o próprio fenômeno das drogas; no passado, com a questão das especiarias e seu comércio e, mais recentemente, com o duplo processo da invasão farmacêutica e a criminalização das drogas tornadas ilícitas (VARGAS, 2008).

No entanto, uma vez que se sabe que em todas as sociedades uma grande parcela das pessoas utiliza drogas, que a ilegalidade alimenta o crescimento do mercado e que há violência para mantê-lo, é claro que a lógica que se apresenta é a do mercado, onde só há oferta porque há procura estimulando essa cadeia produtiva de reprodução do capital (MINAYO, 2003).

Desta feita, conforme já observado anteriormente, à medida que as drogas foram ganhando ao longo do tempo maiores proporções deixando de ser restritas aos guetos e grupos específicos causando incômodos também no contexto macro econômico produtivo, passou concomitantemente a vigorar o discurso ético-jurídico e, portanto o estereótipo moral, que considerava a droga fundamentalmente algo de periculosidade, um problema para a sociedade, começando daí a se impor o modelo médico-sanitário (DEL OLMO, 1990).

A medicina conseguiu com isto que o Estado instituísse uma legislação que lhe garantisse a legitimidade exclusiva de receituário e tratamento, banindo todas as outras terapias não reconhecidas por ela, sendo que, quando as drogas começaram a ganhar destaque, buscou-se inclusive caracterizar as variáveis que definem o usuário sem problemas e o dependente, através de categorias, como uso abusivo ou uso nocivo, que, publicamente, são definidas ora por meio de dados biológicos ora através do desdobramento de normas jurídicas e de regras de conduta social (FIORE, 2007).

Embora a OMS adote no caso do consumo de álcool, por exemplo, uma tabela quantitativa na tentativa de permitir aos indivíduos ou a alguém próximo saber se ocorre ou não um hábito seguro, considerando dosagem, tipo de droga, gênero, etc., esse tipo de escala quantitativa para medição de riscos não é considerado preciso pelos médicos em importante pesquisa realizada por FIORE (2007), e nem para a OMS, além do fato de que tal escala ao considerar um nível seguro causa certo incômodo, na medida em que tolera-se o álcool em detrimento de outras drogas, evidenciando-se a questão moral uma vez que tal discurso faz emergir o aspecto, da legalidade ou da ilegalidade.

O normal e o patológico são conceitos de extrema complexidade, a necessitarem da consideração de diversos aspectos para se tentar compreendê-los tais como o de cunho filosófico, histórico, social ou político, se depara abreviado, entretanto, pela medicalização da sociedade antes de sua necessária discussão e se define o normal e o patológico veiculando-se uma ideologia que se confunde com a ideologia dominante das relações de produção, a de agregar aos produtos resultados econômicos e financeiros (BETTS, 2004; DIAS e MOREIRA, 2011).

Há que se atentar para o fato de que nem todo usuário de drogas pode ser considerado um “doente”, cabendo discutir quais os limites de um uso patológico (que acaba variando de acordo com a substância bem como com cada usuário) e quais categorias são mobilizadas para fixá-los se fazendo necessário para isso a contextualização histórica da questão (FIORE, 2007).

O mesmo autor acrescenta que o limite entre o normal e o patológico é a constatação de um dano real à saúde do indivíduo, incluindo-se as consequências sociais acarretadas por esse uso, sendo dessa forma, sua definição associada diretamente à reprovação social quanto ao uso. Somente aspectos legais ou biomédicos, portanto, não devem ser levados em consideração para definir um comportamento patológico.

Observamos então anteriormente que o uso de SPA foi se tornando um problema que aumentava as suas proporções ao longo do tempo e o problema vinha na

contemporaneidade sendo “tratado” no contexto médico-sanitário o que torna necessário diante desta pesquisa recuperar questões históricas sobre a saúde mental que conformaram a situação descrita anteriormente, perpassando pela história da loucura, até nos depararmos, na contemporaneidade, com os dispositivos de saúde criados no escopo dos conflitos que o assunto incitou.

1.3 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE MODELOS DE ATENÇÃO

A loucura através dos tempos apresentou um sentido místico de desapego do mundo material e sempre foi objeto de fascínio do homem. Entretanto, em 1399, quando os loucos se tornavam um incômodo os marinheiros se encarregavam de livrarem as cidades desses loucos, as Naus dos Insensatos. No século XVII, inclusive, foram criadas casas de internação que ocuparam os antigos sanatórios antes destinados ao isolamento das pessoas acometidas pela lepra, à medida que essa doença deixava de ser um flagelo e não havia mais leprosos para ocupar lugares dos que morriam nos sanatórios (FOUCAULT, 2004).

Sabe-se que psicóticos e usuários de SPA foram indistintamente enviados para “tratamentos” disciplinares, em instituições asilares, nas quais estas pessoas pareciam “estranhos no ninho”, pois logo que havia a remissão no quadro da intoxicação ou da abstinência, a maior parte deles apresentavam-se rapidamente “restabelecidos” e acabavam muitas vezes servindo como intermediários entre a enfermagem e outros pacientes da ala psiquiátrica nas instituições. Apesar de sua passagem ocasionalmente poder ser mais breve, alcoolistas e usuários de outras drogas eram regularmente vistos naqueles hospitais em virtude de suas recaídas recorrentes (MATOS, 2010). Desta forma, esta situação tem grande aproximação com as características das condições crônicas que comportam uma “crise latente” e incerteza sobre acontecimentos futuros, sendo como trataremos o problema então, à medida que sob este ponto de vista, o uso prejudicial de SPA pode ser assim compreendido e desta forma ser tratado.

Para aqueles que não tiveram a oportunidade de adentrar em um Hospital Psiquiátrico e depararem-se com situações como as acima descritas, especialmente nos

tempos em que tais hospitais vigoravam como os únicos dispositivos de atenção à saúde mental, são ilustrativos, os filmes², “Bicho de Sete Cabeças” e “Meu Nome Não é Johnny”, baseados em fatos reais, retratando a vida de jovens que foram internados em hospitais psiquiátricos devido a problemas relacionados ao uso de SPA.

Através da reforma psiquiátrica assegurada pela lei 10216 de 06 de abril de 2001, ocorreu o processo de desalienação dos loucos e dentre eles, pessoas com prejuízos decorrentes do uso de álcool e/ou de outras drogas que também encontravam-se na instituição asilar, desde os idos examinados por Foucault, até contemporaneamente como já observado (MS, 2002; BRASIL, 2001).

É necessário levar em conta a existência de questões muito específicas a serem consideradas para a atenção a essas pessoas. Não se pode deixar de considerar que todos os pacientes que recorrem aos serviços de saúde em função do uso abusivo de SPA, normalmente são diferentes de outros pacientes de sofrimento mental clássicos, os chamados neuróticos graves e psicóticos, pois sob o ponto de vista da clínica, podemos perceber que cada clientela tem as suas especificidades (MATOS, 2010).

Neste sentido, RIBEIRO (2004) lembra que o tratamento da dependência química é um assunto relativamente novo, pois até meados do século XX, o termo dependência enfatizava mais as complicações clínicas do consumo do que o comportamento em si, e foi a partir da segunda metade deste século que o conceito de dependência deixou de ser considerado um desvio de caráter ou um conjunto de sinais e sintomas físicos para ganhar características de transtorno mental.

A expressão “*transtorno mental*” no contexto desta pesquisa será usada de forma cuidadosa, uma vez que guarda sob a influência da sua origem biomédica a compreensão de que alterações psicopatológicas decorreriam de anormalidades orgânicas/biológicas subjacentes (genéticas, bioquímicas, neurológicas) sendo que o tratamento visa corrigi-las.

Assim, o termo *transtorno*, ao mesmo tempo em que é positivamente usado em referência à doença (mental), se dá, também quando se desconhece os mecanismos e causas específicas do problema em questão, mas, legitima-o colocando como assunto da medicina, ampliando-se assim o território da medicalização. São também exemplos análogos a *disfunção*, o *déficit*, o *distúrbio* que, afinal, se referem ao desvio, já que a anormalidade tem sempre como parâmetro um padrão, uma norma. No entanto, nem

² Bicho de Sete Cabeças (BODANZKY, 2000) e Meu Nome Não é Johnny (LIMA, 2008).

todo desvio é patológico, podendo ser compreendido como diverso, singular, diferente; ainda que perturbador da ordem estabelecida.

Não obstante, esta observação se faz necessária porque em linhas gerais a dependência de drogas é mundialmente classificada entre os transtornos psiquiátricos (PRATTA e SANTOS, 2009) e estes, no Brasil, são atendidos na rede pública de saúde pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad)³, orientados pela Política de Saúde Mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são um dos frutos dos conflitos da sociedade sobre o modo como se cuidava da saúde mental das pessoas, e sobre os quais passaremos a tratar mais detalhadamente já que dentre as suas diversas modalidades uma delas é o CAPS-ad, que se dirige especificamente às pessoas com problemas em decorrência do uso de SPA bem como aos seus familiares.

1.4 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AOS CAPS E A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS

Como um dos reflexos da II Guerra, diversos movimentos de contestação dos saberes e práticas psiquiátricas se faziam notar no cenário mundial, que tomaram forma desde a década de 60 e brasileiro mais tardiamente, marcado pelo final da ditadura e do “milagre econômico”, pela reorganização social através dos sindicatos e partidos políticos, considerado o primeiro momento da chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira dentro das ideias de Foucault, Goffman, Castel, Szasz e Basaglia (OLIVEIRA e ALESSI, 2005).

³A este respeito é válido citar uma imposição institucional pela qual ao CAPS (e inclusive ao CAPS-ad) é cabido providenciar uma Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) que pressupõe diagnóstico médico respaldado em um código da Classificação Internacional das Doenças (CID) (BRASIL, 2006) cuja finalidade é legitimar a existência de um problema e a necessidade de tratamento permitindo o registro da produção, a cobrança e o pagamento dos procedimentos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS). No caso do uso de SPA, para receber tratamento na instituição é preciso que a situação seja, em última instância, classificada como transtorno. Os procedimentos de APAC, foram substituídos pelo Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde – RAAS, instituído através da Portaria 276, de 30 de março de 2012 (BRASIL, 2012), entretanto, implantado efetivamente em janeiro de 2013, que embora também funcione com o uso do CID, contempla e se visualizam as ações da equipe multidisciplinar.

A Reforma Psiquiátrica (RP) corresponde a um novo paradigma teórico-assistencial na área de saúde mental, fruto de um processo de luta que teve a sua trajetória no País partindo do final da década de 70, desencadeada por trabalhadores da saúde mental e organização popular, devido à insatisfação com a conjuntura e as práticas de saúde mental vigentes. A RP concebe que essas pessoas que sofrem não necessitam interdição, devem ser reinseridas socialmente e novos instrumentos devem ser postos à sua disposição, tais como instituições abertas, trabalhos em equipes técnicas que incluam as pessoas usuárias desses serviços, bem como seus familiares e a comunidade em seus projetos de atenção (OLIVEIRA e ALESSI, 2005).

No bojo da RP, AMARANTE (2008) adota o conceito de desinstitucionalização, orientando a existência de três (3) significados para esse conceito: 1) a desospitalização que orientou o movimento norte americano da década de 60 na perspectiva de redução de gastos públicos como medida saneadora das finanças do Estado; 2) desassistência e 3) desconstrução de todos os aparatos administrativos e sociais que conformou a loucura no contexto manicomial, sendo esta última acepção a que conduz o movimento italiano com o seu percussor Franco Basaglia e também o movimento brasileiro.

Em Mato Grosso, o processo da reforma também não foi fácil, pois, existia até a década de 80 somente o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho com cerca de 500 pacientes internados e capacidade instalada de 250 leitos, e o Estado já havia se aberto ao intenso fluxo migratório diante da política desenvolvimentista de ocupação territorial que se seguiu, trazendo como consequências o déficit de saneamento, moradias, água tratada, energia, escolas, com consequente aumento das doenças, da violência urbana e problemas decorrentes do uso prejudicial do álcool e de outras drogas (OLIVEIRA e ALESSI, 2005).

No final da década de 80, enquanto no País se discutia intensamente a RP, foi criado pela iniciativa privada o Hospital Neuropsiquiátrico, nos modelos clássicos de internação (longa permanência, proibição de visitas, uso de celas fortes e camisa de força, em local isolado e distante da cidade a 20 km do centro). No dia 16 de março de 1991, como um dos primeiros atos políticos de um novo Governo Estadual, foi fechado o Adauto Botelho a pretexto de uma reforma em sua estrutura, vindo a ser reinaugurado somente em 1993, sob a denominação de Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) Adauto Botelho, ocasião em que o município já estruturava o processo de municipalização da saúde. Já o “Neuropsiquiátrico” teve sua duração até 2004,

enquanto mais de 90% de seus leitos foram conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA e ALESSI, 2005).

Esse processo de luta e politização dos atores envolvidos culminou no Projeto de Lei Federal n. 3.657, proposto em 1989 pelo Deputado Federal Paulo Delgado, orientando a substituição gradativa dos manicômios por outros recursos assistenciais, sendo aprovada a sua versão final em 06 de abril de 2001, denominada Lei n. 10.216 e a Portaria/GM n. 336 de 19 de fevereiro de 2002, deslocando o centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, de acordo com o território, o que redefiniu o modelo de atenção em saúde mental dando respaldo político às ações da RP (MS, 2002; BRASIL, 2001; 2002).

Um dos frutos desse movimento da RP, os CAPS, tornaram-se a sua principal estratégia, destinados a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de conquista da autonomia, oferecer-lhes atendimento multidisciplinar dentro de seu “território”, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, devendo proporcionar um direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental (MS, 2004).

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo, nesse contexto, os serviços de saúde mental surgiram em vários municípios do país e foram se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS) e os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM n. 224/92 (MS, 2004).

Os CAPS assim como os NAPS, os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e outros tipos de serviços referidos substitutivos do modelo hospitalocêntrico têm a missão de proporcionar atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalar, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários dos serviços e de seus familiares (MS, 2004).

Tornava-se importante que essas pessoas soubessem que poderiam ser atendidas e fossem orientadas sobre o que são e o que fazem os CAPS, havendo ainda diferenças entre os mesmos quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas e também, quanto à especificidade da demanda. O CAPS I destina-se ao atendimento em municípios com população entre 20.000 e

70.000 habitantes, CAPS II para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e CAPS III para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, havendo ainda atenção para algumas especificidades, ou seja, Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), para o atendimento a crianças e/ou adolescentes, e o CAPS-ad, para pacientes com transtornos decorrentes do uso de SPA (MS, 2004).

No caso de Mato Grosso, o CAPS-ad de Cuiabá⁴, inaugurado em setembro de 1998, foi o 1º CAPS-ad do Estado instalado com a peculiaridade administrativa de ser vinculado ao CIAPS Adauto Botelho, portanto, administrado pela esfera Estadual e não pela Municipal a partir de uma urgência de instalação.

Diante do exposto, os CAPS-ad devem oferecer atendimento diário a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução (aqui se entenda evolução, no sentido da continuidade na assistência) contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e outras práticas de atenção comunitária, de acordo com as necessidades da população-alvo da atenção (MS, 2004). Favorecendo a assistência à saúde dessas pessoas objetivando minimizar os problemas decorrentes do uso de SPA.

Os CAPS-ad desenvolvem uma gama de atividades, que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar, quando se tratar de CAPS-ad III com funcionamento 24 horas (MS, 2004).

Sabe-se que o final do século XX foi marcado pela associação entre uso de drogas e comportamento sexual de risco e infecção pelo HIV. O incremento do uso de drogas pela via injetável, com o consequente risco de disseminar pelo sangue agentes infecciosos potencialmente letais, particularmente o HIV, hepatite B e C, provocou verdadeira revolução nas políticas públicas de saúde, como o surgimento de estratégias

⁴Recursos do Programa DST e AIDS/SPES/MS – UNDCP em 1998 conforme placa de identificação na entrada da unidade.

de Redução de Danos (RD) com o objetivo prioritário de minorar os efeitos negativos e consequências decorrentes do uso de drogas (TOSCANO JÚNIOR, 2000).

Neste sentido, a estratégia dos CAPS-ad consiste, portanto, no planejamento de ações que visam principalmente reduzir para os usuários de álcool e outras drogas, suas famílias e comunidades os prejuízos e as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes do uso de SPA contemplando uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de saúde pública, que encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços de CAPS-ad (MS, 2004). Em consonância, com a proposta de RD.

A lógica da abordagem da RD é caracterizada pelo desenvolvimento de práticas de saúde humanizadas e compromissadas com o resgate da cidadania de um segmento populacional estigmatizado e em situação de exclusão social, fato este mais pronunciado quando tratamos sobre os danos relacionados ao consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas (ALVES, 2009).

Embora tal como relatado, pareça fácil explicar a RD, seu conceito é polêmico e muitas vezes infelizmente é tratado como mera troca de seringas ou orientações sobre o uso de camisinha, sem se considerar a polissemia que a expressão representa (FIORE, 2007).

A RD seria então essencialmente uma estratégia “baseada em fatos e não em crenças” e que observa as diversas consequências do uso de drogas. Seu objetivo seria o de contrapor-se a um conjunto de políticas e práticas médicas tradicionais que objetivam a eliminação das drogas sem fins terapêuticos, ou seja, a abstinência, atitude que tem se demonstrado falha, pois como já haviam observado os praticantes da redução de danos, fica patente a necessidade de uma abordagem abrangente do uso de SPA que, se atente para o contexto do uso, bem como para as expectativas e o estado psicológico do usuário e não se limite a considerações meramente farmacológicas (FIORE, 2007; MACRAE, 2009).

Diante de todas as considerações sobre os CAPS, convém lembrar que neles o atendimento também deverá ser oferecido aos familiares de modo individual, em reuniões, assembleias e grupos terapêuticos específicos para atenção a essa clientela, também sendo uma forma deles participarem, conhecerem o trabalho dos CAPS e se envolverem de forma ativa no processo terapêutico, como já observamos anteriormente. Os familiares também deverão ser incentivados à criação de associações de usuários, o

que tende a ser um importante recurso e instrumento de representatividade perante os canais competentes relacionados à promoção da saúde e da cidadania (MS, 2004).

Devido à sua importância, a família motivou nossa atenção nesta pesquisa e por esse motivo trataremos sobre a mesma a seguir.

1.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA E CUIDADOS

Tratar sobre família neste início do século XXI, no Brasil ou em outros lugares, implica levar em conta mudanças e padrões difusos de relacionamentos, tornando-se cada vez mais difícil definir os contornos que a delimitam (SARTI, 2010).

As interpretações sobre as inter-relações da família eram sobre o contexto da estrutura proposta pelo modelo de família nuclear burguesa (composta de pai, mãe e filhos), quando a família se afastava desse modelo, era chamada de “desestruturada” estando o foco aí na estrutura e não na qualidade das inter-relações. É conveniente observar que tal modelo em sua origem histórica aceitou como a verdade estabelecida uma relação baseada na hierarquia e subordinação, divisão sexual do trabalho bastante rígida com separação das tarefas masculinas e femininas com uma maior proximidade entre mãe e filhos. Fora desse modelo, as famílias além de “desestruturadas” eram consideradas “incompletas” sendo responsabilizadas por problemas de delinquência e fracassos de um de seus membros (SZYMANSKI, 2005; ROMANELLI, 2005).

O mito evolucionista que promove a família nuclear mostra-se com clareza na literatura de grande divulgação – jornais e TV – em que se travam longas discussões sobre “amor e família no Brasil” abordando pouco os valores das classes trabalhadoras. Esses veículos de informações alheios aos avanços do domínio científico produzem efeitos questionáveis, na medida em que promovem modelos ideais, importados da psicologia norte-americana, não necessariamente adaptados à realidade brasileira, nem às camadas médias da população. A promoção da família nuclear nas camadas de baixa renda traz diversas vantagens no que diz respeito à ordem pública, diminuindo o evento do abandono de crianças, por exemplo. O “lar doce lar” oferece ao operário uma alternativa atraente ao bar; as obrigações da família conjugal competem e

eventualmente minam a solidariedade travada nas confrarias de trabalhadores (FONSECA, 2004).

Para CORRÊA (1994) diante dessas questões, não se deve pretender apenas apontar para a possibilidade da existência de formas concretas alternativas de organização familiar, mas também sugerir que a família patriarcal instituiu, na prática, a marginalização de outras formas familiares.

Embora esse modelo não constitua a realidade vivida por todos, pesquisas de ALVES et al. (1999), demonstraram que a família nuclear ainda permanece como referência dominante sendo um dos símbolos de família, ideia sobre a qual CARVALHO (2005) observa que, na medida em que as expectativas em relação à família estão no imaginário coletivo, ainda impregnadas de idealizações, a perspectiva é que ela produza cuidados, proteção, aprendizados tais como os capazes de promover melhor qualidade de vida a seus membros e a efetiva inclusão social na comunidade e sociedade em que vivem.

Tomar então a família como tema de esforço, significa retirá-la da banalidade cotidiana e da tendência à sua naturalização. Há que se considerar que, em grande parte, essa naturalização e homogeneização foram produzidas pela expansão do capitalismo, disso seria ilustrativa a preservação da figura do provedor mesmo diante da incorporação da mulher ao mercado de trabalho (RIBEIRO e RIBEIRO, 1995).

Independente de sua conformação ou configuração, a família como uma ordem moral, fundada num dar, receber e retribuir contínuos torna-se uma referência simbólica fundamental, uma linguagem por meio da qual se traduz o mundo social, orientando e atribuindo significados às relações dentro e fora de casa (SARTI, 2005).

Então para os sociólogos, a família é a primeira instância de socialização e como grupo (ou instituição) conhece um conjunto de transformações que ela pode tanto provocar quanto sofrer. Os papéis sociais do marido, da mulher, a relação entre o casal e filhos é impulsionada a constantes ajustes, sobretudo diante das diversas mudanças com as quais a família se vê às voltas, tais como progressões de divórcios, nascimentos fora do contrato conjugal, etc. (RIUTORT, 2008).

De um modo geral, as teorias sobre a família na medida em que reconhecem seu caráter de instituição mediadora entre o indivíduo e a sociedade, sempre terminam por orientar a análise no sentido de contemplar, simultaneamente, tanto as suas relações internas, quanto as externas. Desta forma, se o substrato da família, sob o ponto de vista sociológico, são as relações de parentesco e aliança, gênero e gerações, as formas como

estas diferentes relações são definidas, organizadas e articuladas entre si tendem a ser consideradas, por sua vez, como frutos das relações específicas entre ela e alguma outra esfera social, como o trabalho, a política e o Estado (BILAC, 1995).

A família é o conjunto de pessoas com as quais um indivíduo mantém tais relações, estas frequentemente marcadas pela consanguinidade pelo fato de normalmente haver um ancestral comum. A aliança, por sua vez, acentua a formação da família por uma união que consagra a reunião de duas famílias, sendo o casamento uma dessas modalidades, instituindo-se daí o parentesco não como um fato natural, mas um fato social (BILAC, 2005; RIUTORT, 2008).

Vale dizer que, num universo individualista como o nosso, o parentesco é um operador para alocação de privilégios de propriedade, titulação social, demarcação de direitos espaciais e tudo o que se chama de “direitos de classe” ou “privilégios de classe”, pois, o casamento implica, num certo nível, a negação dos laços de consanguinidade originais, uma vez que as relações entre os cônjuges devem ser mais importantes do que as suas relações anteriores, com seus pais e irmãos (DAMATTA 2010).

Ter a família como referência simbólica, significa privilegiar a ordem moral sobre a ordem legal, a palavra empenhada sobre o contrato escrito, o costume sobre a lei, o código de honra sobre as exigências dos direitos universais de cidadania, julgando e avaliando o mundo social com base em critérios pessoais, dos quais decorre a dificuldade de estabelecer critérios universalistas. Dispor-se às obrigações morais, sendo o que define a pertinência do grupo familiar (SARTI, 2005).

Ao tratar sobre família torna-se inevitável relacioná-la ao cuidado, já que este papel lhe foi historicamente atribuído, a palavra cuidado por sua vez tem sido empregada em uma diversidade de situações, com diferentes sentidos sendo atribuídos, com frequência, por exemplo, à mulher conforme LYRA et al., (2010).

Socialmente a família teve importância na construção de um modo de vida próprio nas camadas populares, ao revelar as possibilidades de resistência à opressão e à dominação inscritas no cotidiano e assim caminhou-se na perspectiva da reprodução da força de trabalho, para a da reprodução social, sendo que de uma forma simplificada de análise, a família não é mais vista como organizada por normas “dadas”, mas, sim, fruto de contínuas negociações e escolhas e acordos entre seus membros e, nesse sentido, sua duração no tempo depende da duração dos acordos (BILAC, 2005).

As diferentes crises, que têm afetado a família propiciaram o surgimento de novos tipos e novas reflexões sobre ela e não a sua extinção como apregoavam correntes evolucionistas, o fato incontestável é que a família muda, embora a tentativa de uma fórmula familiar que sirva como modelo seja algo frequente, assim, nessa perspectiva, a “crise” se mostra uma palavra cômoda (mas certamente ardilosa) para designar um conjunto de transformações das quais nem sempre se podem perceber a dinâmica e a coerência (SERAPIONI, 2005; RIUTORT, 2008).

A família aparece, como já observou Durkheim, no final do século XIX, atravessada por lógicas contraditórias, ela atribui mais independência a seus membros, mas suas ligações são, sobretudo, exclusivas; os assuntos de família são cada vez mais assuntos de ordem privada, mas o Estado sempre se faz mais presente; a família se emancipa dos parentes, mas estes lhe conferem estabilidade e apoios diversos. Os elos familiares aparecem desta forma, como sendo um receptáculo das relações sociais, mas também, um de seus reveladores mais confiáveis (RIUTORT, 2008).

Remontando ao passado, este mesmo autor lembra que a partir do século XIX, diversos fatores levaram as famílias a se preocupar com a educação dos filhos, tarefa da qual as famílias populares tinham a reputação de serem incapazes, levando o Estado a intensificar suas ações junto às mesmas, substituindo correntes filantrópicas pelo médico sanitaria e pelo professor que controlavam a higiene das crianças, por exemplo.

Neste campo de discussão, é oportuno lembrar que a psiquiatria tomou para si a tarefa de intervir pedagogicamente sobre a família, procurando criar uma moral que deveria regular as relações familiares, prescrevendo comportamentos e modelos. Pretendendo ainda ampliar o seu discurso para buscar a regulação moral da sociedade, a medicina mental fez incidir sobre o quadro familiar uma função de vigilância, sob pretexto do caos da higiene pública, conseguiu penetrar na intimidade das relações familiares para ditar normas e valores. Pode-se perceber, nos idos das ideias de Esquirol diante desses fatos, a presença de um embrião de teorias que passaram a imputar à família a gênese das doenças mentais. Diante disso dificilmente os serviços de saúde conseguem reconhecer os familiares como um importante recurso terapêutico a ser mobilizado, valendo ressaltar que as intervenções junto às famílias nos serviços em geral se resumem à presença de terapias familiares nucleares, à constituição de grupos psicoterapêuticos ou a seções de “orientação” (MELMAN, 2006). Tal como observado no CAPS-ad na introdução.

Ao analisar a família, é fato que se observa uma profunda transformação em sua organização, composição, estrutura e função se fazendo necessário então o investimento em uma política mais efetiva de se valorizar o papel do cuidado informal, para integrá-lo às atividades realizadas pelos serviços institucionais (SERAPIONI, 2005).

Envolver os familiares nessa empreitada implica abrir a família aos fluxos criativos que atravessam suas relações internas e externas, também significa tentar abrir a psiquiatria, bem como todas as profissões do contexto psicossocial, herdeiras da tradição biomédica, à elaboração de novas práticas. Neste sentido, o conjunto de intervenções deverá se propor a uma valorização da experiência do outro, condição fundamental para os processos de diferenciação e singularização dos sujeitos, apoiando-se num olhar que possa vir a acolher as incertezas e a desordem como partes integrantes do tratamento (MELMAN, 2006).

Provavelmente as dificuldades em se reconhecer os familiares como importante recurso terapêutico dificultando envolvê-los nas questões de saúde, encontre pertinência nos resquícios da forma de se lidar com a família durante os “anos gloriosos de *boom* econômico”, no qual ela pareceu ser descartável segundo o modelo do *Welfare State*⁵ nos países centrais, a proteção e reprodução social transformou-se em missão “quase total” de um Estado social de direito dos cidadãos. Parecia que a pessoa “promovida” a cidadão podia trilhar sua vida apenas dependente do Estado e do trabalho, e não mais das chamadas sociabilidades comunitárias e familiares (CARVALHO, 2005).

As relações entre família e sociedade não devem se limitar, portanto, às convencionais relações entre família e Estado. Elas vão além de uma visão simplificada e requerem a investigação de atores, relações e processos que a circundam. Não obstante, diversos câmbios sociais vêm afetando sobremaneira a composição, os arranjos, as políticas públicas, as redes sociais e as subjetividades existentes dentro da própria família (PETRINI, 2005).

Além disso, é possível que exista ainda uma dificuldade para os pesquisadores e técnicos quanto ao “distanciamento” diante de grupos existentes em nossa própria sociedade ao analisá-los, o comportamento familiar desses grupos apresenta desafio maior, pois embora consigamos relativizar muitas questões com nossa tolerância pela

⁵Termo que designa as políticas desenvolvidas em resposta ao processo de modernização das sociedades ocidentais, consistindo em intervenções políticas no funcionamento da economia e na distribuição social de oportunidades de vida, buscando promover a seguridade e a igualdade entre cidadãos (FLEURY e OUVÉRY, 2008).

diversidade, acerca da família a análise científica mostra o quão é difícil conceber a alteridade em termos de comportamentos familiares (FONSECA, 2004).

Desta feita, por isso o conceito de família deve incluir outras formas de família empiricamente existentes, não cabendo ao cientista social responder a este dilema de natureza ética, política e jurídica sobre como se pode definir tal grupo, mas analisar as formas em que se verificam as diversas condições familiares e as implicações que cada uma tem no seu relacionamento com as políticas sociais. A família tem que ser compreendida como intercâmbio simbólico entre gêneros e gerações; mediação entre cultura e natureza; e entre esfera privada e pública, em suma, ela deve ser entendida como relação intersubjetiva do mundo da vida (SERAPIONI, 2005).

Sendo assim, pessoas que convivem numa ligação afetiva podendo ser homo ou heterossexual, mulher, filhos biológicos ou não ou qualquer outro arranjo “duradouro” (não se entenda definitivo), havendo relação de cuidado (o exercício do papel de cuidador) e compromissos com os quais todos estejam envolvidos e com possibilidades de mudanças de protagonistas em sua estrutura, pode ser considerado família, cessando a especialização de funções (SZYMANSKI, 2005), sendo esta, portanto, a concepção de família que adotaremos no sentido de nos afastarmos das concepções tradicionais e dos conceitos previamente estabelecidos ao seu respeito e de eventuais tendências etnocêntricas.

Contudo o fato de a crise do Estado de Bem-Estar Social ter contribuído para a redescoberta da família, das redes primárias e da comunidade como atores fundamentais na efetivação das políticas sociais, tornando-as cada vez mais objeto de atenção do Estado e dos cientistas sociais, o que não autoriza devolver à família o “fardo” daquela crise, de forma que a mesma possa ser valorizada por sua potencialidade em reduzir a lógica burocrática da organização do atendimento e para aprimorar a relação entre cuidado formal e cuidado informal (SERAPIONI, 2005).

Diante desta questão, na perspectiva sociológica da política social baseada no cuidado comunitário, as famílias e as redes informais da comunidade devem então ser consideradas não apenas destinatárias da atenção à saúde, mas também sujeitos ativos que podem contribuir, com recursos próprios, para o processo de produção da saúde (SERAPIONI, 2005).

A propósito deste estudo sobre a experiência de familiares cuidadores, embora o termo seja abrangente para atender às expectativas desta pesquisa buscamos focalizar o familiar na perspectiva de SZYMANSKI (2005), que se sobressaia no cuidado,

identificando-o por intermédio de suas ações junto ao CAPS-ad. Quanto ao ato de cuidar, há de se considerar o fato de que este por definição ocorre no contexto relacional, além do que, em se tratando de condições crônicas, os cuidados familiares tendem a ir para além das obrigações parentais normais (SCHULZ e QUITTNER, 1988).

Ao considerarmos a família no cuidado à saúde, esta se trata de um sistema composto por laços afetivos, sociais e econômicos os quais compõem uma dinâmica própria de relações (MUSQUIM, 2012).

Assim, embora a mulher se destaque no cuidado familiar, na contemporaneidade o cuidado promovido pelo homem vai tomando forma e visibilidade, se amalgamando na partilha com a mulher, especialmente em se tratando das condições crônicas, nas situações de imprevisibilidade ou de dependência de cuidado, continuado, ininterrupto e permanente, conforme percebido em estudos de MUSQUIM (2012).

1.6 REVISÃO DOS ESTUDOS QUALITATIVOS SOBRE DROGAS E FAMÍLIA

Ao empreendermos o desenho deste estudo, foi realizado levantamento bibliográfico junto ao Banco de Teses e Dissertações de importantes universidades brasileiras, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e site Scielo a partir da busca por “Pesquisas qualitativas sobre drogas e família”, disponibilizadas em meio digital sem período delimitado.

Os resultados nas bases pesquisadas demonstraram a escassez de publicações sobre o assunto especialmente se relacionado a familiares, embora existam diversos artigos atinentes à saúde mental, a maioria evidenciando a atuação dos enfermeiros. Há de notar que nessa busca, observou-se um crescente interesse acerca de temas relacionados às SPA na atualidade através de artigos apontando a necessidade da ampliação dessa discussão. Os estudos selecionados revelaram ainda a ênfase na perspectiva dos serviços em detrimento da visão das pessoas que vivenciam a situação do uso de SPA, denotando a pertinência e a originalidade deste estudo ora proposto.

Dentre os estudos identificados, até então, destacam-se:

A tese sobre uma proposta de avaliação da cultura do uso de crack após uma década de introdução da droga na cidade de São Paulo, através da qual propõe numa pesquisa qualitativa, caracterizar a cultura do crack naquela cidade, de forma a identificar, dentre outros aspectos, o perfil do usuário de crack e o padrão de uso da droga. Como conclusão apontou que a cultura de crack tem sofrido profundas modificações naquele contexto, o que poderia justificar a não adesão dos usuários às medidas de intervenção disponíveis. Como o estudo foi realizado nas cidades de São Paulo e Barcelona, foram observadas grandes semelhanças de uso nestes dois locais, indicando que a cultura parece ser mais um produto do crack em si, do que o contexto social em que se está inserido (OLIVEIRA, 2007).

A tese de GONÇALVES (2002), que trata sobre prática de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas, no cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) constatou que a pessoa passa cada vez mais a procurar nas drogas, o que falta em si mesmo, a cada vez que se afasta da possibilidade de viver com autonomia. Focalizou os cuidados no âmbito do PSF, defendendo a tese de que os cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas devem, no âmbito da saúde, se iniciar no nível da atenção básica, pois o PSF é um espaço privilegiado para a prática de cuidados por reunir condições em seu contexto de abrangência para cuidar do usuário de SPA, na área em que está inserido.

O modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do CAPS-ad foi objeto de pesquisa realizada na Bahia, que avaliou ser incipiente para essa questão a rede de atenção em detrimento do modelo de atenção baseado na internação e na abstinência que ainda se apresenta hegemônico. Refletindo acerca da lacuna assistencial resultante da pouca ênfase nas políticas públicas de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas e suas famílias (ALVES, 2009).

A dissertação de OLIVEIRA (2005) sobre o desafio de assistir os pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas, buscou compreender os conceitos e estratégias que norteiam a assistência dos profissionais que atuam em um CAPS-ad. Também refere como ALVES (2009), sobre a escassez desses serviços na comunidade, visto que na cidade de São Paulo para uma população de 10.838.581 habitantes na época, existiam 33 CAPS-ad e no Brasil tínhamos com apenas 144 CAPS-ad para atender a 182.722.318 habitantes. Número a propósito insuficiente, considerando que os CAPS-ad devem estar articulados à rede de

saúde, proporcionar acessibilidade e ser referência para cada 100.000 habitantes, de acordo com indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão (BRASIL, 2010).

A dissertação sobre drogas, indivíduo e família: um estudo de relações singulares, privilegiou o contexto familiar de indivíduos, buscando identificar fatores que possam ter contribuído para proteção à dependência de substâncias. Este estudo examinou outras formas de consumo, através da experimentação, uso eventual ou recreacional. Sua conclusão foi que o processo de singularização em que alguns atores conseguem lidar com um padrão de vida bom para si e para as famílias em que as relações de afeto/autoestima, responsabilidades e limites vivenciados no contexto familiar teriam contribuído como protetores contra a dependência de drogas, ainda que esses indivíduos as utilizassem eventualmente (CALDEIRA, 1999).

Em estudo qualitativo sobre drogas realizado em Cuiabá, MELO (2004), através de representações sociais, dissertou sobre as Drogas na Perspectiva de Jovens Estudantes de 11 a 15 anos da Rede Pública de ensino local. Numa amostra de 263 pessoas de 30 escolas públicas de diversos bairros do município, do ensino fundamental diurno foram constatados diversos conteúdos de representações sociais do uso de drogas ancorados na fuga de problemas pessoais ou familiares, influência de amigos e curiosidade. Os jovens pesquisados declararam ainda ausência de ocupações peculiares à faixa etária, como opções de lazer e de entretenimento por exemplo.

Embora se tratem de estudos epidemiológicos, é digno de destaque o pioneirismo em trabalhos sobre drogas, desde 1995, em Mato Grosso e o estudo mais recente sobre “O Uso de Drogas Psicoativas entre Adolescentes da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá” empreendido por SOUZA (2006), através do qual concluiu-se a necessidade da realização de pesquisas com outras abordagens sobre o assunto como contribuição para o aumento da eficácia das ações de saúde pública diante do problema. E ainda a contribuição de MARCON (2009), com um estudo pioneiro de “Avaliação da qualidade de vida dos cuidadores de dependentes químicos”, cuja tese versou sobre uma análise da qualidade de vida dos cuidadores, nos quatro CAPS-ad de Mato Grosso, evidenciando o predomínio de cuidadores, familiares do gênero feminino, estimulando a realização de outros trabalhos para darem suporte às intervenções técnicas das equipes junto a essa clientela.

As produções sobre o assunto apontaram ainda estudos importantes, dentre eles AZEVEDO e MIRANDA (2010), que investigaram a percepção de familiares acerca do

tratamento ofertado aos pacientes nos CAPS-ad do município de Natal/RN, identificando uma avaliação positiva do serviço oferecido aos pacientes usuários de SPA e as repercussões do tratamento nas relações familiares, bem como a detecção da necessidade do aumento da oferta dos serviços.

Buscando compreender o alcoolismo na família, FILIZOLA et al. (2006), procuraram identificar a estrutura, as relações, a rede de suporte e a vivência de famílias diante do alcoolismo. Nesse artigo os pesquisadores identificaram a violência sofrida pelas famílias, o isolamento e as dificuldades para esses familiares tratarem sobre o alcoolismo com outrem. Foi identificada ainda, a precariedade dos recursos públicos para lidarem com a problemática e o desconhecimento das famílias acerca da enfermidade e dos dispositivos existentes para a atenção e tratamento, sendo esse estudo o que mais se aproxima da proposta desta pesquisa.

LIMA et al. (2010), analisaram, através de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva realizada no ano de 2008, a produção teórica da pós-graduação *stricto sensu* brasileira que aborda o alcoolismo visando à promoção da saúde através do Portal da CAPES. O estudo evidenciou apenas 22 produções, comprovando a escassez de pesquisas sobre o assunto, embora também revelando o interesse pelo assunto da dependência química na atualidade.

Com um enfoque na experiência de familiares no cuidado, podemos destacar os estudos de BORBA et al. (2011) que ao tratarem sobre “A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar”, depararam-se com a negação da existência de transtorno, frustrações, fragilidades, sentimentos de culpa e a impotência dos familiares pesquisados diante da situação na família, percebendo-se a necessidade de ampliar-se a discussão sobre o tema, a fim de melhor atender às novas demandas de cuidados aos cuidadores do âmbito familiar.

Tem pertinência, acerca do cuidado, a pesquisa de BRISCHILIARI e WAIDMAN (2012), sobre o “Portador de transtorno mental e a vida em família”, onde também se perceberam esgotamento físico e mental das famílias, traduzidos nas dificuldades em verbalizarem os sentimentos envolvidos com a situação, mas percebidos em outras expressões, tais como dificuldades em se descrever a situação, além de emoções e choros, que traduzem o sofrimento e a impotência desses familiares diante do quadro apresentado.

Ainda, por sua relevância, o estudo sobre “Transtorno mental e o cuidado familiar”, percorrendo a arena da saúde mental em seus diversos contextos com

profunda historicidade, trazendo para a questão, dentre outros sujeitos, os usuários de drogas, concluiu que a família que vem ter visibilidade pelo Estado com a diminuição de seus investimentos no cuidado, na prática acaba por excluí-la de seu protagonismo, deixando-a restrita ao papel periférico de informante, sujeito passivo e passível a aguardar a ação médica, tornando premente repensar o cuidado em sua totalidade (ROSA, 2011), o que vem ser de grande contribuição a este estudo.

Os estudos em questão vêm demonstrar o quanto a temática é instigante, polêmica, complexa e insuficientemente estudada, especialmente em se tratando dos estudos sobre cuidados familiares. Os estudos existentes apontam a necessidade da ampliação da investigação e novas abordagens sobre o assunto, o que vem estimular a realização da presente pesquisa que abordará a experiência de familiares cuidadores de pessoas usuárias de pasta base de cocaína, atendidas em um CAPS-ad de Mato Grosso.

CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Entendemos aqui, favorecidos por MINAYO (1998), como metodologia o caminho e o instrumental próprios da abordagem da realidade. Neste sentido ela ocupa lugar central no interior das teorias sociais, pois faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria. A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilita a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

Então, o presente estudo foi realizado através da metodologia da pesquisa qualitativa na perspectiva socioantropológica que privilegia a visão do sujeito ao considerá-lo (com)vivendo com uma condição que o acompanha cotidianamente (ADAM e HERZLICH, 2001).

A seguir, explicitaremos o desenho deste estudo quanto à base teórica e aspectos metodológicos que foram empregados na pesquisa.

2.1 BASE TEÓRICA CONCEITUAL

Por estarmos lidando com aspectos simbólicos, no plano dos significados subjetivos e intersubjetivos, a linha de pensamento compreensiva, cujo grande expoente é Max Weber, é a que mais se adequa aos objetivos do estudo.

Max Weber com seu postulado da análise compreensiva buscou definir a sociologia como uma ciência que tenta entender de modo interpretativo a ação social buscando explicá-la causalmente, em termos de curso e efeitos.

Considerando que esta ação ocorre privilegiadamente na vida prática, diária, cotidiana, a corrente teórica fenomenológica sistematizará sociologicamente a abordagem da realidade social conforme os princípios compreensivos, tendo Alfred Schutz como seu representante mais significativo (MINAYO, 1998).

No caso deste estudo a contribuição fenomenológica se deu com base em conceitos centrais de SCHUTZ (1979), como a ação, o mundo da vida cotidiana, interação face a face, subjetividade e intersubjetividade, experiência biográfica e estoque de conhecimentos à mão. Neste sentido, a ação é conduta humana só considerada ação, propriamente, na medida em que a pessoa que age atribuí-lhe significado e lhe dá uma direção que possa ser compreendida como significante.

O autor entende por mundo da vida cotidiana, toda a esfera de experiências cotidianas, direções e ações, através das quais as pessoas lidam com seus interesses e negócios, manipulando objetos, se relacionando umas com as outras, concebendo e realizando planos e ainda acrescenta se tratar de mundo intersubjetivo pregresso ao nosso próprio conhecimento, vivenciado e interpretado por outros.

Para SCHULTZ (1979), o envolvimento face a face com os outros é a forma principal de se estabelecerem esses encontros sociais, onde duas ou mais pessoas compartilham um “ambiente de comunicação comum”, embora vivenciados de pontos de vista subjetivos diferentes (as subjetividades individuais), esses ambientes estão carregados de objetos e eventos percebidos pelos envolvidos. Acrescenta que o principal desafio da fenomenologia é o da intersubjetividade, à medida que ela tem uma configuração sensorial que oportuniza a percepção do outro, sendo este o fator mais notável dessa intersubjetividade. Sem dúvida a compreensão mútua onde cada um não

vivencia somente a si próprio na situação, mas também a vivência da outra pessoa, caracterizando a experiência do “Nós”.

Já a experiência biográfica para ele, trata-se da experiência que a pessoa armazenou ao longo da vida, configurando um “estoque de conhecimento que tem à mão” sem os quais ele não pode interpretar suas experiências e observações, definir a situação em que se encontra ou fazer planos, embora este estoque de conhecimentos não esteja livre de contradições, sendo que dessa forma, cada indivíduo constrói o seu próprio “mundo”, mas, o faz com o auxílio de materiais e métodos que lhe são oferecidos por outros.

Ocorre que tal abordagem de Schutz, privilegia a experiência atual em curso, com forte caráter situacional que, de certa forma, negligencia aspectos objetivos envolvidos o que será encontrado e reparado na sociologia da vida cotidiana proposta por Peter Berger e Thomas Luckman para os quais a realidade é construída socialmente e a sociologia do conhecimento deve analisar o processo em que este fato ocorre sendo suficiente definir “realidade” como uma qualidade pertencente a fenômenos que reconhecemos independentes de nossa própria vontade, ou seja, objetivações dos processos e significações subjetivas graças às quais é construído o mundo intersubjetivo do senso comum (BERGER e LUCKMANN (2011).

Sob influência da fenomenologia, estudos brasileiros sobre o processo saúde e doença tiveram as contribuições pioneiras de ALVES et al. (1999) com a coletânea *Experiência de doença e narrativa*. No contexto norte americano, no entanto, tais estudos datam da década de 1950 com Talcott Parsons e, em que pese as críticas à sua teoria, é reconhecido que ele abriu um espaço significativo para os estudos que buscaram analisar os meios pelos quais os indivíduos e grupos diferem entre si em suas respostas para as enfermidades (ALVES, 1993).

Já o estudo da experiência da condição crônica como tema específico da Sociologia emergiu em meados da década de 70 naquele contexto, objetivando analisar a vida cotidiana das pessoas que vivem “com e apesar da doença”, uma vez que os indivíduos percebem e traduzem diferentemente uma realidade que a medicina ocidental analisa objetivamente, como uma realidade que é sempre a mesma (ADAM e HERZLICH, 2001).

Os mesmos autores, ao analisarem as interpretações culturais e sociais sobre saúde, doença constataram que o modelo explicativo do doente não é somente uma tradução, a significação da doença faz parte da própria realidade e a modela, o que

significou uma importante contribuição para a antropologia sobre a questão da doença e das enfermidades.

Portanto, condições que interfiram na saúde, sendo de longa permanência, duração às vezes incuráveis, com reflexos importantes sobre a própria vida e o manejo cotidiano, sobre as relações sociais, as famílias, as instituições de saúde, os cuidadores e os demais grupos envolvidos e situações sociais, tratam-se de condições crônicas (CANESQUI, 2007).

A abordagem da vida cotidiana considera então o fato de que as pessoas com as suas questões em intersubjetividade com o seu entorno constitui-se em uma existência social, motivo pelo qual o espaço e o tempo privilegiados nessa abordagem são a vida presente e a relação face a face (MINAYO, 1998).

Refletindo acerca da condição crônica, CANESQUI (2007) salienta que esta se trata de uma construção do saber biomédico, que os enfermos socializados por essa ciência podem reinterpretar ou dele se apropriar e, desta feita, antropólogos e sociólogos levam em consideração a complexidade dos significados e sentidos que a enfermidade contém para eles.

Canesqui ressalta que estudos sobre a experiência da doença desenvolveram-se principalmente no contexto norte-americano como reação ao medicocentrismo, presente nas teorias sociológicas de orientação funcionalista, baseadas em modelos teóricos para o entendimento da doença, segundo o modelo parsoniano e de seus seguidores.

Sob outro olhar, a cronicidade é um conceito da sociedade ocidental criado na interpretação com o sistema de saúde mental, para se referir às condições de saúde que podem ser gerenciadas, mas não curadas, apresentando sintomas contínuos ou periódicos que, de certo modo, podem interferir em várias dimensões da vida do adoecido e no seu entorno (CANESQUI, 2007).

O gerenciamento é um conceito central na experiência das condições crônicas, pressupondo o impacto da enfermidade no cotidiano dos adoecidos, consiste em esforços nos planos individuais (subjetivo), relacionais, culturais (significados e identidade), materiais (condições socioeconômicas) e o manejo da enfermidade; estes fatores associados à experiência buscando compreender e “controlar” a situação, sendo possibilitado através desses recursos, viver tão normalmente quanto possível (BARSAGLINI e CANESQUI, 2010).

Algumas condições crônicas, como determinados tipos de deficiências físicas, por exemplo, que não são doenças propriamente, desqualificam as pessoas acometidas,

tornando-as objeto de estigmatização. A pessoa identificada pelo estigma normalmente aceita os valores sociais prevalentes e, conseqüentemente, sente vergonha, principalmente quando se trata de traços depreciativos imediatamente visíveis como no caso da cor da pele, amputações ou queda de cabelo decorrente da quimioterapia. Esses traços geralmente provocam uma reação negativa nas outras pessoas (GOFFMAN, 2004).

Foram os Gregos, os que criaram o termo estigma nos primórdios para referirem aos sinais corporais que “denunciavam” o detentor daquela marca. A era cristã tratou sobre estigma de modo metafórico, como sinais corporais de graça divina e sinais corporais de distúrbios físicos. Na atualidade, estigma é mais aplicado ao sentido original dos Gregos, ou seja, os sinais corporais com os quais se procura evidenciar algo de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresenta, porém mais aplicado à própria desgraça do que à sua evidência corporal (GOFFMAN, 2004).

Acerca da questão do uso de drogas, GOFFMAN (2004) comenta ser óbvio tratar-se de uma das estratégias dos usuários de drogas, esconderem ou eliminarem signos que se tornaram símbolos de estigma. Um exemplo seria o movimento contra drogas em Nova Orleans, quando os policiais começaram a procurar por usuários nas ruas através das marcas de injeção em seus braços. O estigma, portanto, afeta a identidade e a deteriora, tornando-a socialmente desacreditada, e as marcas corporais provocadas por certas doenças e os desvios comportamentais podem evocá-lo, como na lepra, na AIDS e na epilepsia. Dentre os três tipos de estigma salientam as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos relacionados, por exemplo, ao distúrbio mental, prisão, alcoolismo, desemprego e tentativas de suicídio. Tais questões nos dão margem para considerarmos este aspecto acerca do usuário de pasta base foco desta pesquisa.

Para a antropologia, a enfermidade, entretanto não é apenas uma “entidade biológica”, que deva ser tratada como coisa ou marca; é também experiência que se constitui nas interações entre indivíduos, envolvendo interpretação ou julgamento e, sendo um processo de construção de significado nos processos discursivos pelos quais os indivíduos constroem e expressam a aflição, recurso importante para a análise antropológica da enfermidade, sendo a experiência vivida, essencialmente subjetivamente e singularmente, não se podendo vivenciar a experiência de outrem (ALVES e RABELO, 1999). Ademais, na interpretação dos fenômenos orgânicos, as

peças tendem a se apoiar em conceitos, símbolos e estruturas interiorizadas, conforme os grupos sociais a que pertencem e inclusive, ressalta-se que certas doenças já se firmaram no imaginário coletivo, enquanto outras, em função das experiências e contextos imediatos e mais amplos vivenciados pelo indivíduo, podem levá-lo a elaborar ou reelaborar, apoiando-se nos recursos coletivos (ADAM e HERZLICH, 2001).

A doença e a experiência que ela representa transcendem em muito a simples esfera do médico, ou seja, tal situação é verificável no caso dos doentes crônicos que, para poder lidar com sua condição, não encontram apenas os médicos em seu caminho, mas diversos outros atores disseminados em todos os lugares da vida social (ADAM e HERZLICH, 2001).

Explicações sobre a doença não representam modelos estáticos mentais que fornecem padrões para a ação, sendo, pelo contrário, entidades dinâmicas que variam ao longo do tempo e de forma que lhes permitem ser significativamente incorporadas à malha de circunstâncias de vida em curso. A atenção médica é, então, apenas uma dentre as diversas situações sociais que têm impacto decisivo sobre a natureza e evolução das construções da doença, ficando o diagnóstico médico incorporado, de alguma forma, à explicação da doença do paciente, embora atendo-se ao modo e à interpretação deste (HUNT et al., 1989).

A interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal não apenas porque a doença, em si mesma, muda no decorrer do tempo, mas também porque a sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e terapeutas. O conhecimento médico do indivíduo está continuamente sendo reformulado e reestruturado, em decorrência de processos interativos específicos (ALVES, 1993).

É no bairro, e em especial no grupo de parentesco e na rede de relações mais próximas, que se conhece o indivíduo por suas peculiaridades, suas qualidades, seus defeitos, sua história. As redes de parentesco e vizinhança podem ser instrumentalizadas no âmbito da rua e penetrar no domínio da burocracia e das relações interpessoais, para a obtenção de emprego, favores, conexões com instituições médicas, por exemplo. Mas é no âmbito da casa, da teia de relações construídas em torno da família e com base nela, que o indivíduo se percebe como pessoa (ALVES et al., 1999). Daí ressalta-se a adequação da investigação proposta em abordar a experiência de familiares de usuários de PBC.

2.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O estudo foi realizado no município de Várzea Grande/MT, nas residências dos familiares identificados a partir de registros no CAPS-ad de Várzea Grande que atende a pessoas acima dos 18 anos.

Os informantes da pesquisa foram os familiares de pessoas que foram inseridas no tratamento após avaliação da equipe técnica, devido ao uso de PBC, estando esta associada, ou não, a outras SPA.

2.2.1 Critérios de Inclusão

Familiares que tenham comparecido ao menos uma vez no CAPS-ad tendo recebido atendimento em quaisquer das atividades conduzidas por membro(s) da equipe ou tenham recebido visita domiciliar.

2.2.2 Critérios de Exclusão

Familiares usuários de SPA.

Familiares que não concordaram em participar da pesquisa.

2.2.3 Trabalho de Campo: Técnicas e instrumentos utilizados

Considerando que na conduta do trabalho de campo na pesquisa qualitativa requer mais de uma entrevista e aprofundamentos das informações, foram envolvidos nove participantes, mas que poderiam ser mais ou menos em função da saturação dos temas, como é próprio das pesquisas qualitativas em saúde (VICTORA et al., 2000; MINAYO, 1998).

Foi adotada uma triangulação de técnicas que segundo VICTORA et al. (2000), permite suprir lacunas e tornar mais completa a coleta de informações de campo, consistindo nas entrevistas orientadas por formulário (apêndice 1) e por roteiro semiestruturado (apêndice 2) registradas em áudio para sua posterior transcrição, e a observação da dinâmica familiar, por ocasião das entrevistas, anotadas em um diário de campo. Além disso, houve também uma consulta a documentos administrativos internos, bem como aos prontuários das pessoas em tratamento no CAPS-ad, visando identificar a atenção aos familiares, através das evoluções anotadas pelos diferentes profissionais que identificassem esses atendimentos.

O primeiro contato pessoal com os familiares se deu por telefone, quando foram feitos os primeiros esclarecimentos sobre a pesquisa e agendada a primeira entrevista conforme dia e horário mais convenientes ao participante, sendo esta uma estratégia de aproximação paulatina.

A primeira entrevista foi realizada pessoalmente na residência do familiar orientada pelo roteiro de levantamento socioeconômico (apêndice 1), quando foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de seu início e agendada a 2ª entrevista.

A segunda entrevista foi orientada por roteiro temático semiestruturado, registrada em áudio e posteriormente transcrita, com a autorização dos informantes (apêndice 2).

Os aspectos não verbalizados no momento da entrevista, tais como gestos, dinâmica doméstica, bem como as conversas “informais” sempre interessadas por detalhes esclarecedores sobre o objeto de estudo foram registrados em diário de campo que segundo VICTORA et al. (2000), constitui-se em um instrumento essencial ao pesquisador. As observações registradas proporcionaram subsídio para análise dos dados coletados.

2.2.4 Organização Técnica de Análise de Dados

Sendo a análise de conteúdo um conjunto de técnicas, utilizamo-nos da análise temática apresentada por MINAYO (1998) e que se diferencia da modalidade tradicional, com a intenção de descortinar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência significaram alguma coisa diante do objetivo analítico visado.

A análise temática busca os núcleos de sentido do objeto analítico visado (MINAYO, 1998). Esta análise se deu no transcurso do trabalho de campo, as informações coletadas foram categorizadas e agrupadas, a partir da leitura exaustiva das respectivas informações.

Após a coleta, através das entrevistas e do diário de campo, as informações obtidas foram submetidas à análise temática, tendo como procedimento uma análise prévia que contribuiu com os recortes necessários, o que levou a rever as categorias preliminares definidas em função dos achados em campo (VICTORA et al., 2000).

Partindo-se de um conjunto de temas preliminares orientados pelo objetivo do estudo de analisar a experiência de familiares cuidadores de pessoas usuárias de PBC e atendidas em um CAPS-ad de Mato Grosso, com as informações obtidas a categorização se seguiu de três temas amplos, quais sejam: Compreender os significados das SPA e da pasta base a partir do conceito, causalidade, ideias sobre o tratamento e expectativas futuras expressas pelos familiares em questão; identificar os impactos do uso de pasta base e os respectivos mecanismos de gerenciamento diário dessa condição, inclusive a relação com os serviços de saúde (aspectos materiais); discutir aspectos materiais (o gerenciamento) e simbólicos (os significados) da experiência de familiares cotejando-os com a proposta vigente de saúde mental dirigida a esta condição e implementada pelo CAPS-ad. Os temas foram discutidos cotejando-os com a literatura pertinente e com os referenciais teóricos.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa de campo foi realizada a partir de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa segundo o Parecer n. 28524 de 09 de maio de 2012, em observação à Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Os sujeitos da pesquisa não foram identificados pelos respectivos nomes e sim por pseudônimos, na intenção dos interesses éticos de preservar-lhes a identidade.

2.4 FINANCIAMENTO E APOIO À PESQUISA

Em apoio à respectiva pesquisa contou-se com o interesse receptividade e atenção da equipe do CAPS-ad de Várzea Grande, bem como com a compreensão e a atenção da equipe do CAPS-ad Adauto Botelho e dos Gestores do CIAPS Adauto Botelho, bem com nas liberações necessárias para a sua realização e atividades acadêmicas que a subsidiaram. Contamos ainda com a imprescindível orientação do mestrado.

As despesas com a pesquisa foram custeadas pelo próprio pesquisador.

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados de caracterização dos sujeitos e informantes, aqui organizados caso a caso, bem como a análise das experiências de familiares com pessoas usuárias de PBC, no que diz respeito ao conceito de droga e PBC, causalidade e explicação sobre a origem da situação de consumo da substância, além dos impactos cotidianos, enfrentamentos e expectativas futuras e variações de gênero na experiência.

Salienta-se que pelas limitações da pesquisa, embora o termo familiares englobe a complexidade que a própria denominação evoca, para além inclusive dos aspectos consanguíneos, observa-se que só foram entrevistadas pessoas que se apresentaram no CAPS-ad, identificadas por meio de participações em atividades a elas destinadas naquele local.

Cada situação envolvendo os familiares informantes da pesquisa e os respectivos sujeitos usuários de PBC foram tratadas como caso.

O total de informantes da pesquisa foi de nove familiares, perfazendo cinco casos diferentes respectivamente, relacionados por sua vez a cinco pessoas usuárias de PBC que foram identificadas no tratamento no CAPS-ad de Várzea Grande/MT.

Os informantes foram entrevistados após as respectivas explicações sobre a pesquisa, e o consentimento deles em participar formalizado pelo TECLE.

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DOS CASOS

A seguir apresentamos as condições em que vivem, o perfil individual das pessoas usuárias de PBC e dos informantes da pesquisa, de acordo com as explicações dos familiares entrevistados, bem como as anotações dos prontuários do CAPS-ad, apresentados pelos respectivos pseudônimos.

3.1.1 Caso A

A moradia é provida de televisão, rádio, máquina de lavar, ar condicionado, telefone, ventiladores, coberta por telhado e forro, tem mais que seis cômodos, é particular, urbana, permanente, construída de materiais duráveis, próprio, já pago, com acomodações amplas que atendem à privacidade dos moradores, garagem, provida de serviços urbanos em região dotada de centro comercial próprio, pavimentação asfáltica e linhas de transportes coletivos, em perímetro urbano, região periférica da cidade com relação ao centro onde vivem o casal e o filho.

Cristiano tem 30 anos, reside com os pais, desempregado, atuava com vendas, telemarketing, atendente, mas preferia trabalhar na rua, a lugares fechados, já sofreu acidentes de moto em virtude da ocupação. Interrompeu curso universitário, é pai de um menino de seis anos que reside com a mãe e é auxiliado economicamente pelos avós paternos. Sempre trabalhou, mas, nunca parou nos empregos aonde permanecia de três a quatro meses. Atualmente, em tratamento no CAPS-ad, à procura de trabalho, retornando ao curso que interrompeu, estando às voltas com atividades físicas em academia, passa tempos livres na companhia de colegas do bairro ouvindo música e tomando tereré. O uso de PBC é conhecido pelos pais há cerca de cinco anos, ocasião em que devido à suspeita, o afastaram de sua rotina no bairro e o levaram para uma chácara afastada de propriedade da família e lá, ao procurarem, encontraram um cachimbo através do qual confirmaram o consumo. Foi internado em seguida em uma Comunidade Terapêutica (CT), onde permaneceu durante um mês e não se adaptou, abandonando o local, antes do tempo previsto. Após os pais tomarem conhecimento do CAPS-ad por meio de um panfleto explicativo, o orientaram a buscar tratamento lá, sob a ameaça de se dirigirem à justiça para este fim.

Maria, a mãe tem 52 anos, nascida no interior de Minas Gerais de onde veio aos seis anos de idade com a família para o interior de Mato Grosso em um caminhão “pau de arara” com outras 15 famílias no final da década de 60, contou que seu pai ouvia dizer que em Mato Grosso “tava dando muito ouro” o que estimulou a mudança. Casada há 33 anos, desde os 19, do lar, faz serviços de costura em sua própria casa que lhe rendem aproximadamente R\$500,00 por mês, cursou a anteriormente denominada 4ª série do ensino fundamental. Antes de se casar veio do interior de MT, aos 11 anos para

trabalhar como empregada doméstica na capital. Após o casamento, o esposo que tinha “emprego fixo” lhe disse que não iria mais trabalhar fora e que iria ficar em casa, refere-se, portanto, “uma mãe de família mesmo”. Relatou ter uma filha Ana, de 32 anos, casada há três anos, sem filhos que foi quem pesquisou e informou-os sobre o CAPS-ad, esclareceu algumas informações à família, e foi uma daquelas pessoas que tentaram lhe dizer sobre o filho e o uso de drogas e também uma das pessoas que auxiliavam os enfrentamentos da situação, tal como procurá-lo juntamente com a mãe pelas ruas.

José, o pai tem 58 anos, nascido na Capital de Mato Grosso, caçula de família humilde e numerosa, de 15 irmãos, refere com orgulho ser o único da família a não ter vícios como fumar ou beber, embora, tenha tido uma infância em que conviveu com essas facilidades, tinha certa liberdade financeira e ajudava em casa desde os nove anos de idade desenvolvendo pequenos expedientes tais como venda de picolé, lanches e outros, aposentado há três anos de um grande Empresa outrora Estatal, atualmente privatizada do setor de energia, onde desenvolvia atividades administrativas, tem o ensino médio incompleto, tendo interrompido os estudos, priorizando o trabalho e, na ocasião, o casamento. Sua renda é de R\$1.800,00 por mês. Gosta de acompanhar o futebol sendo torcedor de um time tradicional do Estado. Referiu que a divisão das tarefas em casa é ele cobrindo as despesas e a esposa “com a parte prática”. Sempre passaram férias viajando em família quando os filhos eram crianças.

3.1.2 Caso B

A moradia é provida de televisão, rádio, máquina de lavar, ar condicionado, telefone, ventiladores, coberta por laje, tem entre quatro e cinco cômodos, é particular, urbana, permanente, construída de materiais duráveis, próprio, já pago, com apenas uma porta de acesso, tratando-se de moradia popular apartamento em prédio de quatro andares sem elevador em conjunto de habitação popular, as acomodações atendem à privacidade dos moradores, embora, não sejam amplas, a garagem é coletiva, o local é provido de serviços urbanos em região dotada de centro comercial e asfalto, onde vivem a mãe e o filho caçula de modo constante, o pai e o filho Moisés que vem a cada três

meses durante uma a duas semanas e o filho mais velho, embora tenha o seu apartamento montado está sempre no apartamento da família.

Moisés tem 25 anos, trabalha como auxiliar de topografia desde os 15 anos com o pai que é profissional técnico dessa área, atualmente acompanhando-o em obras pelo interior do Estado. Interrompeu o curso Universitário em Rondonópolis, após dois anos e quatro meses de curso, tem um filho de quatro anos que vive com a mãe que o concebeu aos 13 anos, o que lhe causou problemas de cunho jurídico, pois ele tinha à época 21 anos e quase foi preso, não fosse a intervenção da avó da mãe da criança. A criança vive com auxílio financeiro provido pelo pai e plano de saúde proporcionado pelos avós paternos. É referido por sua mãe, como um “pai ausente” que cumpre suas obrigações inclusive as visitas com as intervenções de seus pais, que o levam até o município do interior do Estado onde vive o neto. O seu uso de drogas foi descoberto quando contava com 13 anos de idade e foi detido pela polícia com outro jovem, na época fazendo o uso de maconha e “disfarçava o cheiro com bom ar”. Já praticou furtos dentro de casa e percebia-se suas mudanças na aparência e nas circunstâncias em que saía de casa com um traje e retornava com outro e sem os tênis. Teve prejuízos nos estudos e conseguiu concluir o ensino médio por intermédio do ensino supletivo. É referido pela mãe como “protegido pelo pai” ^{SIC}, que desde os 15 anos o levava para trabalhar e ensinou-lhe a atividade. Em um dos episódios em que estava trabalhando no interior, o que foi classificado pela mãe como “um mistério”, ele apareceu com marcas de tortura com queimaduras de cigarro pelo corpo, inclusive nos pés e foi cuidado em um hotel pelos donos da empresa em que trabalhava, o que ele alegou ter sido obra da polícia. Contou que ele foi internado em uma CT durante 30 dias, e a mesma foi descoberta em pesquisas na internet pelo pai, e que lá, ele teve o que denominou um “surto psicótico”, o que a levou a questionar a clínica e seus métodos, concluindo que os pais têm que acompanhar muito essas questões, pois, “ele estava lá dopado de medicamentos, consumia muitos cigarros e chocolates” segundo a mãe afirmou. Buscando outras alternativas de tratamento, ele foi levado ao CAPS-ad em 24 de abril de 2012 pela mãe, que obteve informações a respeito por sua vez, pela Pastoral da Sobriedade da Igreja Católica.

Mariana, a mãe, casada há 29 anos, tem 46 anos, nascida no interior do Paraná, veio aos sete anos para o interior do Mato Grosso e depois para Várzea Grande, filha mais velha de quatro irmãos, referiu que foi criada tendo que ser o exemplo para os mais novos, a mãe era do lar e o pai caminhoneiro, sempre ausente viajando, tem um

irmão de 44 anos que vive com sua mãe e tem problemas decorrentes do uso de Bebida Alcoólica (BA) que compara ao seu filho mais velho, Tomé de 28 anos, formado em Administração, que tem o seu apartamento, mas, quase todo o tempo está na casa dos pais, que ela suspeita que também utilize outras substâncias além da BA, “só que ele é mais fechado, não é transparente como o Moisés”, referiu gostar de ser mãe, esposa e do lar. Gostava de beber vinho e cerveja, mas, em decorrência dos problemas que via em sua casa, resolveu parar referindo a percepção de que se refugiava na BA e que atualmente resolveu aprofundar-se “na palavra de Deus” referindo que “Deus nos limita e o ser humano hoje não quer ser limitado”. Há 19 anos não tem notícias do pai que saiu de casa alegando que voltaria e não voltou mais, nesta altura, o pai que bebia “mas tinha responsabilidade com a família”, já estava bebendo mais. Relatou que o filho caçula Simão de 21 anos, estudante universitário, vendo tudo o que acontecia na família tornou-se Adventista e é disciplinado. Ela é católica, vai à igreja quase todos os dias, especialmente aos sábados e domingos, casou-se aos 17 anos, há 29 anos, o esposo tinha 23 anos, aos 18 teve o primeiro filho. Referiu que os filhos foram criados com o auxílio das avós, materna e paterna já que ela viajava eventualmente para onde o esposo estava a trabalho. Afirmou que tem procurado estudar a questão das drogas em livros de psicologia e de autoajuda, além de atenta a telejornais. Faz artesanato no CAPS-ad, participa de grupos de família e de assembleias. A renda do esposo de 52 anos, de R\$6.000,00 por mês de seu trabalho como topógrafo, é referida como a renda familiar.

3.1.3 Caso C

A moradia é de propriedade da avó, residência antiga que permaneceu durante 15 anos alugada, antes de a família vir a ocupá-la, provida de televisão, rádio, máquina de lavar, ventiladores, coberta por telhado e forro, tem mais que seis cômodos dos quais dois foram tornados independentes com acesso próprio e cedidos à filha Florisbela, onde a mesma convive com o esposo e uma filha em comum de oito anos. No outro espaço mais amplo, ocupado pela avó Ângela, a mesma convive com dois netos com respectivamente 28 e 10 anos de idade, filhos de Florisbela. A cozinha fica instalada em

área externa e de uso comum das famílias. A construção está instalada em uma ampla área, uma chácara cercada de arame, é de material durável, embora, com nítido desgaste pelo tempo, é particular, urbana, permanente, própria, já paga, com acomodações amplas que atendem à privacidade dos moradores. A região periférica em relação ao centro da cidade está em área urbana e é provida de serviços urbanos em região com proximidade do centro comercial, servida de pavimentação por asfalto.

Dart tem 28 anos, viveu durante quatro anos na Espanha para onde foi inicialmente a passeio com uma namorada, o namoro terminou, após quatro meses de estada naquele país, situação em que cogitara se matar, não o fez em consideração à família, conforme a mãe relatou. Ficou na Espanha ilegalmente durante quatro anos até ser deportado há dois anos. Antes de ir para a Espanha, trabalhava em uma Cooperativa de Planos de Saúde. Cursou o ensino médio, reside com a avó desde o nascimento, estudou sempre em colégios privados, gosta de skate, tocava guitarra, jogava basquete no colégio e teve o esporte interrompido, após uma queda em que fraturara o braço e o prejudicava inclusive no acesso ao serviço militar. Chegou a formar uma banda e ensaiava em seu quarto todo pintado de preto onde bebia “sob influência dos companheiros” como referiu a mãe. Segundo a mãe, quando não tem “entorpecente”, ele cheira perfume, combustível ou gás de cozinha, o que levou a se dirigirem em socorro à sua casa, a polícia e os bombeiros que foram acionados pela mãe e a avó, em circunstância em que colocara todos em risco, ao se fechar em seu quarto com um botijão de gás que retirara da cozinha localizada na parte externa da casa. Na ocasião, a polícia queria conduzi-lo à internação no CIAPS Adauto Botelho. Não o fizeram, diante de negativa da avó materna que conhecia um dos policiais. Nessa ocasião, foi informada sobre o CAPS-ad.

A avó Ângela, tem 73 anos, nascida no interior de MG onde vivia com os pais sitiantes, residiu em São Paulo com uma irmã, casou-se aos 18 anos durante dois anos, separou-se porque perdeu um filho aos três meses de nascido, em decorrência de meningite. O fato foi descrito como uma tragédia em sua vida: “o mundo acabou”. Retornou ao sítio dos pais que viviam no interior de Minas Gerais onde permaneceu durante quase um ano, até ser estimulada pela mãe a retomar a sua vida, entretanto, não quis retornar com o marido, pois, após o falecimento do filho, disse que acabara a relação. Viveu no Rio de Janeiro-RJ e em Campo Grande-MS. Desenvolvia atividades como corretora de imóveis e comerciante. Aposentada há cinco anos, recebe um salário mínimo como aposentadoria, alegando que não teve paciência de buscar uma melhor

condição de aposentadoria dado às burocracias do Estado, referindo-se de “estopim curto”, o que reputou ao fato de ser mineira. Coursou até a anteriormente denominada 8ª série do ensino fundamental, casa própria, referiu-se viúva “pode-se dizer viúva”, apresentou a filha Florisbela como adotiva e disse ter criado “uns outros tantos”, “criei mais uns 12”. Relatou não ter tido os seus filhos, mas, criado vários, dos outros, sendo somente a Florisbela registrada em seu nome e do segundo companheiro com o qual conviveu durante 18 anos, parte desse tempo em Ipanema no Rio de Janeiro-RJ que observou tratar-se de um dos bairros mais elegantes do RJ, onde o esposo possuía uma farmácia. Salientou que era um negócio promissor e que demandava muitos cuidados porque havia constantes roubos de medicamentos pela “turma da droga”. Viajava com frequência, tinha uma vida elegante e chegou a ir a Buenos Aires-Argentina, após ter vencido uma aposta com o marido de que não fumaria mais cigarros. Separou-se alegando excesso de ciúmes do marido. Argumentou que foi quem criou o neto Dart e que ele a trata como mãe, aliás, chamou para si essa responsabilidade por ocasião do contato estabelecido para a pesquisa de campo.

A mãe, Florisbela, tem 42 anos, nascida em Cuiabá-MT, formada em magistério, área em que atua como professora interina, no momento, aguardando oportunidade de trabalho. Referiu-se Budista, vive em união estável, tem quatro filhos, Dart, 28 anos que vive com a avó materna, juntamente com seu outro filho de 10 anos, outro filho de 12 anos, vive com a avó paterna, tem uma menina de oito anos do relacionamento atual, que vive com ela e o companheiro, em dois cômodos independentes de uma divisão da casa de sua mãe. Ocupa-se do filho menor de 10 anos, que vem frequentando o CAPSi desde quando a psicóloga do CAPS-ad, lhe fez essa recomendação.

3.1.4 Caso D

A moradia é provida de televisão, rádio, máquina de lavar, ventiladores, coberta por telhado sem forro, tem quatro cômodos, é particular, urbana, permanente, construída de materiais duráveis, cedida pelo governo em conjunto habitacional como indenização, decorrente de desocupação de residência anterior, construída em área irregular de

preservação ambiental. As acomodações são pequenas, o que prejudica a privacidade dos moradores. As cercas que dividem os terrenos com relação aos vizinhos são precárias caracterizando falta de privacidade também nesse aspecto. O bairro é um conjunto habitacional popular em região urbana, em localização periférica com relação ao centro da cidade, distante dos centros comerciais. A região tem pavimentação asfáltica e é provida de serviços urbanos e linha de transporte coletivo. Na casa vivem atualmente, duas irmãs e um irmão de Joana, que cuidam de seu primeiro filho de 10 anos. Em uma pequena varanda em frente à casa, o irmão trabalha como cabeleireiro, tendo instalado alguns equipamentos para esse fim.

Joana tem 29 anos, cursou a denominada anteriormente, 2ª série primária, tem uma irmã gêmea. Seu filho mais velho de 10 anos de um relacionamento anterior, foi criado pela avó materna junto com os tios. Seu uso de SPA foi descoberto aos 13 anos, quando “ela sumiu de casa” com uma amiga. A questão se agravava na ocasião, pois, ela vivia desaparecida de casa por semanas e trocava o que tinha, de calçados a roupas por drogas. Entre as idas e vindas, chegou a ficar um ano fora, em São Paulo-SP, entre os 16, 17 anos. Parou de usar SPA somente durante a gestação do primeiro filho, aos 18 anos. Convive com o companheiro atual desde quando estava gestante de sete meses desse primeiro filho. Com o companheiro tem em comum uma filha de nove anos, e outros dois filhos com respectivamente sete e quatro anos de idade. Os familiares referiram que todas as vezes em que se agravam os problemas de Joana com o uso de drogas, o esposo os aciona para providências e cuidados. Recentemente, segundo a família, ela teve um “surto” assim referido, em que não dizia as coisas de modo coerente e ameaçava se matar. Diante daquele quadro, após se reportarem por telefone ao CIAPS Adauto Botelho, orientaram a levarem-na até lá, onde se dirigiram com o auxílio de um vizinho que tinha carro e de lá, após um período de internação, recomendaram a continuidade da atenção no CAPS-ad, o que foi providenciado, após, um segundo “surto” seguido da respectiva internação, há pouco tempo de acontecido o primeiro. Durante o início do período de seu tratamento no CAPS-ad, ficou na casa dos irmãos, como sempre ocorria nas circunstâncias de crise, segundo sua mãe e sua irmã.

A mãe, Geralda tem 51 anos, filha de um terceiro casamento, sua mãe se casara anteriormente com um italiano, depois um africano e por fim, um baiano. Nascida no interior do Estado de Goiás referiu ter tido 12 filhos, o primeiro aos 14 anos de idade, tendo se casado aos 13, observando não ter dado certo o relacionamento com o primeiro esposo já falecido há 21 anos em decorrência de cirrose, devido a complicações da

bebida. São oito os filhos vivos, sendo três do primeiro relacionamento e cinco do segundo relacionamento, respectivamente, Vanessa 25, Luana 24, Felipe 28 e as gêmeas Maria 29 e Joana 29. Veio com a mãe e um irmão para o interior de Mato Grosso, onde o irmão montou uma fábrica de muros. Antes trabalhou na roça na infância, ao pai como um “mineiro rígido na criação e mãe baiana”, criada no interior do Estado de Goiás. Salientou ter assumido a criação dos filhos no sentido de provê-los, diante da indolência do pai, seu segundo esposo que “se enrolou com outra pessoa”, tinha vinte e poucos anos conforme alegou e se viu obrigada a sair pedindo trabalho e mantimentos diante de ter se deparado com os filhos pequenos sem terem o que comer em certa circunstância, se orgulhando da atitude que tomou que lhe rendeu auxílios e trabalhos. Lembrou que, dessas pessoas, alguns patrões lhe davam as coisas que vinham com tal fartura que às vezes, chegava a repartir com vizinhos. Como sempre trabalhou como empregada doméstica informou que seus três primeiros filhos do primeiro relacionamento foram criados por familiares, mãe, sogra e tio respectivamente. Separada do segundo companheiro há seis anos, está há três anos com o atual companheiro com o qual convive em outra moradia em terreno pertencente à mãe dele observando ter preferido assim, por segurança, devido à sua casa onde moram os filhos, ser pequena alegando “não misturar as coisas, a gente não conhece bem a pessoa, às vezes não dá certo, e ele gosta de tomar uma cervejinha”. Relatou ter ido à escola na infância, mas, não conseguiu estudar porque “não entrava na cabeça”, dizendo que só sabe assinar o seu nome o que aprendeu sozinha copiando-o. Contou que sua casa foi conseguida com grandes sacrifícios, pois, outrora residia em casa maior da qual se orgulha em ter construído afirmando: “a empregada doméstica conseguiu trabalhar e construir uma casa”, entretanto por ser terreno pertencente ao município em local considerado área verde, foram despejados e assentados em bairro de casas populares há três anos, ganha R\$680,00 por mês em atividades de empregada doméstica.

A Irmã, Vanessa tem 25 anos, ensino médio concluído, foi convivente durante um ano, aos 21 quando descobriu que estava grávida do namorado na época e tivera uma discussão com o pai que chegou a agredi-la, separou-se após ter tido o filho natimorto aos seis meses de gestação, e após todo o seu sofrimento em hospital, não dera nem um mês e seu companheiro “já estava no bar bebendo”, o que relatou indignada, por isso separou-se, enxergando o futuro que teria ao pensar a vida das irmãs gêmeas casadas: “ficar presa por causa de filhos e o marido bebendo e não dando muita atenção”. Aos 16 anos ensaiou carreira de modelo, tendo participado de concursos de

miss e vencido alguns, se surpreendendo por “ter o cabelo cacheado moreninha” em meio a loiras de olhos azuis, chegou a participar de campanhas para lojas, tendo se desiludido de concurso em 2006 referindo ter sido ganhadora, mas, terem preparado o concurso para que uma loira vencesse ao invés de uma negra. Atuou fazendo trabalhos freelance de modelo até 2007, quando parou definitivamente. Passou a trabalhar em restaurantes estando atualmente sem emprego. Informou ter sido sempre incentivada por sua mãe para os concursos de beleza, e esta chegava a comprar-lhe roupas para desfiles, ao contrário de seu pai, de quem se referiu com mágoa e ressentimento. Citou renda familiar de R\$1.500,00 por mês composta pelos irmãos que trabalham. Disse ter objetivo, não depender de ninguém baseada nas experiências que tem, pensa em cursar Direito.

3.1.5 Caso E

A moradia é provida de televisão, rádio, máquina de lavar, ventiladores, coberta por telhado sem forro, tem mais que quatro cômodos, é particular, urbana, permanente, construída de materiais duráveis, próprio, já pago, com acomodações pequenas, mas que atendem à privacidade dos moradores. Tem amplo espaço de quintal e encontra-se em região distante das comodidades do centro da cidade, afastada de centro comercial. O bairro situado em região urbana tem cobertura de pavimentação por asfalto e é servido por linha de transporte coletivo. Na casa, vive o casal, a filha e os três filhos dela.

Cláudia de 29 anos, cursou até o 2º ano do ensino médio, casou-se aos 18 anos com um rapaz contrariando a mãe que tinha preferência por outro “da igreja”. A mãe referiu que a filha “se perdeu com ele” que a abandonou e a mãe obrigou-o a se casar com ela referindo-se na época ser “muito explosiva”, e o casamento foi turbulento com brigas constantes. Inicialmente moraram em casa própria, separaram-se, dentre idas e vindas, após cinco anos veio o primeiro filho (Pablo) que hoje conta com oito anos e posteriormente (Samuel) hoje com dois anos e meio, período em que se encontrava separada do esposo que se mudou para o interior de São Paulo. Teve, nesse interim, uma filha (Lili) que conta hoje com um ano e meio e não se sabe quem é o pai, devido

às circunstâncias de sua concepção em situação de prostituição para o uso de SPA e o convívio mais intenso com outros usuários. Segundo a mãe, na ocasião do parto, ela foi socorrida por aqueles e ela foi levada ao pronto socorro daquele município. Tem dificuldade de levar os seus projetos adiante, desistindo recentemente do curso de camareira, assim como desistiu de concluir o ensino médio, faltando-lhe somente o último ano. Conta com um pequeno auxílio financeiro do ex-esposo para os seus dois filhos em comum, mas este auxílio ocorre informalmente, à medida que pode, o que é tolerado pelos pais, pois, em ocasião em que o acionaram judicialmente, ele deixou o emprego. O uso de PBC, foi “descoberto” pelos pais há cerca de dois anos, quando após procurarem em meio os seus pertences encontraram um cachimbo artesanal ao qual correlacionaram o uso da droga. O acesso ao CAPS-ad, se deu após esse episódio ocasião que ela se tornara mais agressiva em casa e em virtude disso os pais se dirigiram à justiça, de onde foram apresentados ao CAPS-ad.

A mãe, Antônia tem 64 anos, nascida no interior de São Paulo, filha caçula de pais cearenses que imigraram para o interior de São Paulo na década de 30 para trabalharem em fazenda de café. Tinha três irmãs e quatro irmãos, todos já falecidos, sendo a caçula, passou a infância em fazenda onde os pais trabalharam, cursou até o anteriormente referido 2º ano primário, o pai faleceu quando tinha 12 anos, desde então trabalhava como doméstica. Tentou retomar os estudos já adulta, por intermédio do Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL), mas, desistiu pelas condições do ensino de salas cheias com pouca disponibilidade de professores para as demandas individuais, referiu ter aprendido a ler praticamente sozinha, especialmente quando esteve na Itália durante seis meses, aos 25 anos com a família com a qual trabalhava, onde tinham negócios com café, onde diz ter praticamente começado a ler interessada lá pelas embalagens de produtos alimentícios do Brasil, na circunstância, auxiliada pela patroa que lhe tirava dúvidas. Referiu que adorava dançar, motivo pelo qual já fez parte da escola de samba Camisa Verde e Branco de São Paulo. Casada há 33 anos, desde os 30 teve a filha aos 35, parou de trabalhar como doméstica há cerca de dois anos, para cuidar das questões da filha e dos netos, referiu vida divertida na mocidade. Informou ser do lar, espírita, e que a posição que ocupa na família é a de líder, pois, é quem “decide tudo”, recebe R\$70,00 por mês lavando roupa pra fora, dinheiro que utiliza comprando iogurte para os netos, sendo a renda familiar principal, proveniente do esposo funcionário público municipal, cuida dos netos Pablo oito anos, Samuel dois anos e meio e Lili um ano e meio. Conheceu o marido em São Paulo, onde era gerente

de uma “grande loja”, foi transferido para Campo Grande/MS onde após um tempo já juntos, formalizaram o casamento. Retornaram à Praia Grande, litoral de São Paulo, onde residiram durante 12 anos e através do incentivo de um amigo, padrinho de sua filha e eles padrinhos do filho do mesmo, vieram para o Mato Grosso para o município de Várzea Grande, onde residem há 25 anos, em uma casa de conjunto habitacional popular, em região periférica do município onde vivenciaram os sacrifícios iniciais ao ocuparem a casa inacabada para que não fosse invadida, a falta de infraestrutura do bairro que tinha ruas de terra e falta de água. Referiu que uma das coisas que contribuiu para o insucesso do casamento da filha foi o fato de que ela não sabia e não tinha o interesse pelos serviços de dona de casa, pois, ela “não era uma dona de casa e nem quis ser uma dona de casa”, o que fez com que após oito meses juntos em moradia independente, viessem a residir na casa deles, onde ela veio a cuidar dessas questões domésticas e até adaptaram a construção para abrigá-los.

O Pai, Barbosa tem 68 anos, casado há 33 anos desde os 36 anos, referiu que desde a sua infância aos 12 anos, cuidava de mãe doente, asmática, aplicava-lhe injeções nas circunstâncias de crise. Informou ser o caçula dela, e de “pai ignorado de um relacionamento extraconjugal de sua mãe”, tinha seis irmãos todos já falecidos, sendo que um deles veio a falecer em “um hospital de doenças mentais”, mencionou ter ido de “pau de arara” saindo do interior da região norte de Minas Gerais, para o interior de São Paulo, lembrou-se na infância de ter trabalhado na roça, não chegou a conviver com alguns dos irmãos. Ficou órfão aos 16 anos após problemas cardíacos decorrentes da asma que a mãe sofria, passou a conviver com uma mãe por consideração que era conterrânea de sua família, considerando o casal de filhos dela seus irmãos, convivendo com os mesmos até se casar. Lamentou oportunidades de estudo que perdera e de ter resistido trabalhar com carteira assinada, alegando que na época não se dava valor a isso e nem se pensava no futuro, tendo concluído o 2º grau depois de adulto já em Mato Grosso a partir de incentivos do trabalho, por intermédio do sistema de ensino supletivo, diante da necessidade de progredir no trabalho e deixar de desenvolver trabalho braçal. É funcionário público municipal, nasceu no interior de Minas Gerais foi criado no interior de São Paulo. Referiu-se crente, mas, que gosta de beber uma cervejinha às vezes. Sua renda é de R\$1.500,00 proveniente de seu salário e R\$622,00 de uma aposentadoria recente por idade. Vieram para Mato Grosso, atraídos por incentivos de um amigo da família, refere-se o mentor intelectual da família “porque não lhe dão ouvidos”, veio para MT tentando montar um negócio próprio que não foi promissor e

com a ajuda de outro amigo, conseguiu trabalho em atividade braçal em órgão municipal.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS USUÁRIAS DE PASTA BASE DE COCAÍNA

Os sujeitos, as pessoas usuárias de SPA em questão, foram identificados através de consulta aos prontuários do CAPS-ad de Várzea Grande, buscando casos em que predomina o uso de PBC, ainda que se soubesse da combinação com outras SPA, identificados, através da descrição CID 10, F-19.2⁶.

As características do perfil dos sujeitos usuários de PBC, referentes aos cinco casos envolvidos, foram apresentadas no quadro 1, cujos dados foram provenientes de prontuários e relatos dos informantes, ressaltando-se que todos os nomes empregados são fictícios.

⁶ Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência – CID10 F19.2 (MS, 2008).

Quadro1: Características sociodemográficas das pessoas usuárias de SPA em tratamento no CAPS-ad.

Variáveis	Caso				
	A	B	C	D	E
Pessoa (nome fictício)	Cristiano	Moisés	Dart	Joana	Cláudia
Sexo	M	M	M	F	F
Idade	30	25	28	29	29
Cor (auto referida)	Pardo	Pardo	Pardo	Negra	Parda
Escolaridade*	Ensino médio completo Superior iniciado	Ensino médio completo Superior iniciado	Ensino médio completo	Fundamental incompleto	Ensino médio incompleto
Situação conjugal	Solteiro	Solteiro	Solteiro	União estável	Separada
Nº filhos	1	1	0	4	3
Situação laboral	Desempregado	Empregado	Desempregado	Desempregada	Desempregada
Renda**	-	3	-	-	-
Início do uso de PBC identificado pelos familiares	Há 5 anos	Há 4 anos	Há 10 anos	Há 13 anos	Há 2 anos
Idade de início do uso de SPA	12	13	15	13	21
Ingresso no CAPS-ad	07/05/2012	24/04/2012	24/05/2012	25/06/2012	07/07/2010
Com quem reside?	Pais	Pais	Avó materna	Esposo	Pais

FONTE:

Prontuários do CAPS-ad e relatos dos informantes do estudo.

*Escolaridade segundo PINAD/IBGE.

** Renda com base no salário mínimo de R\$622,00 aprovado para 2012 segundo Decreto 7655 publicado no DOU de 26/12/2011.

Quanto às idades, em todos os casos os sujeitos têm entre 25 e 30 anos, seguindo a tendência verificada em estudo sobre populações jovens, mais vulneráveis às transformações econômicas, em um cenário de precarização das relações de trabalho, exclusão social, o que tem contribuído para o aumento da violência, da prostituição e o consumo e a dependência de drogas (CHAVES e CARVALHO NETO, 2006).

Todos os sujeitos são auto referidos como pardos ou negros, população suscetível a intensas vulnerabilidades sociais, tal como observou VALLIM et al. (2012) em um estudo etnográfico sobre análise do perfil sócio cultural dos usuários de crack no município do Rio de Janeiro-RJ, esses, a maioria negros, oriundos de classes sociais menos favorecidas, refletindo que questões relacionadas ao crack estão além do uso ou não das drogas. Tal situação denota uma representação do que consiste a maioria da população brasileira, sujeita às desigualdades e iniquidades, refletidas nos prejuízos das oportunidades que não são as mesmas para todos os cidadãos (THEODORO e JACCOUD, 2005).

Os três homens pesquisados, concluíram o ensino médio, dois dentre os que iniciaram e interromperam o curso universitário. Chama a atenção as duas mulheres envolvidas na pesquisa, que interromperam respectivamente o ensino médio e o fundamental. As situações retratadas reiteram a situação de vulnerabilidade pelas condições sócio culturais de vida às quais essas pessoas estão sujeitas, representadas pela baixa escolaridade ou pela interrupção dos estudos, a se levar em conta ainda, escolas e os serviços de saúde despreparados para lidarem com a questão das drogas (VALLIM et al., 2012). Há de se considerar ainda, que as drogas trazem prejuízos ao desempenho escolar, especialmente às mulheres por suas peculiaridades, agravadas pela responsabilidade primária com os cuidados dos filhos (BORDIN et al. 2010), sendo o caso dessas mulheres.

A maioria dos sujeitos são solteiros, residem com os pais e têm filhos. Observa-se em destaque haver maior número de filhos entre os sujeitos do sexo feminino, entre três e quatro filhos o que sugere a maior exposição da mulher à gravidez sem planejamento, de modo que as relações sexuais desprotegidas ganham visibilidade neste segmento, e com as drogas em questão, com o agravante da prostituição que favorece o trânsito no mercado das drogas, exacerbam-se os riscos às DST/AIDS (PINHO, 2005), o que não quer dizer que homens usuários não se relacionem sexualmente sem proteção.

A situação laboral é prejudicada, uma vez que apenas um dos sujeitos tem emprego fixo, o que sugere uma demanda pelos auxílios financeiros da família,

aumentando esse ônus às famílias, sujeição a bicos ou estilo de vida marginal para suprir necessidades básicas de sobrevivência e a manutenção do uso, assim são utilizados expedientes, tais como a prostituição (PINHO, 2005; OLIVEIRA et al. 2006; ALBUQUERQUE, 2010).

A maior parte das pessoas iniciou o uso de drogas entre os 12 e 15 anos de idade, período identificado como adolescência pelos informantes, etapa essa segundo SAITO (2008) que por compreender uma das fases do desenvolvimento humano, é peculiarmente caracterizada por múltiplas e intensas transições e conflitos, biopsicossociais a empreender vulnerabilidades não dissociadas de um contexto social fragilizado.

Grande parte das pessoas, salvo um dos casos, ingressaram na atenção do CAPS-ad recentemente. Da data de ingresso na assistência à realização da pesquisa, estavam em média há cinco meses recebendo tratamento, o que pode indicar rotatividade de pessoas no serviço, tal como observado em pesquisa sobre atenção em CAPS-ad por MATOS e NEVES (2011).

3.3 CARACTERIZAÇÃO DOS FAMILIARES INFORMANTES DA PESQUISA

Os informantes da pesquisa ou familiares foram identificados em decorrência da participação em atividades do CAPS-ad de Várzea Grande-MT, especialmente nos “Grupos de Família”⁷, confirmadas em anotações constantes nos prontuários das pessoas em tratamento no mesmo local, essas com a descrição F-19.2, pelo CID10, com a observação do uso de PBC em formulário específico. Salienta-se que como o objeto da pesquisa é a experiência de familiares cuidadores, somente esses foram entrevistados e não a pessoa usuária.

Os contatos foram estabelecidos por telefone, com agendamento de visitas aos familiares identificados para a pesquisa, em suas residências.

No quadro 2, apresentamos o perfil geral dos familiares entrevistados.

⁷ Conforme previsto no Projeto Terapêutico Global/Institucional do CAPS-ad.

Quadro 2: Características sociodemográficas dos familiares de pessoas usuárias de SPA em tratamento no CAPS-ad.

Variáveis	Casos								
	A		B	C		D		E	
Nome fictício	Maria	José	Mariana	Ângela	Florisbela	Geralda	Vanessa	Antônia	Barbosa
Sexo	F	M	F	F	F	F	F	F	M
Idade	52	58	46	73	42	51	25	64	68
Parentesco	Mãe	Pai	Mãe	Avó	Mãe	Mãe	Irmã	Mãe	Pai
Situação conjugal	Casada	Casado	Casada	Viúva	União estável	União estável	Solteira	Casada	Casado
Escolaridade	Fundamental incompleto	Médio incompleto	Fundamental incompleto	Fundamental incompleto	Médio completo	Sem instrução formal	Médio completo	Sem instrução formal	Médio completo
Cor	Parda	Pardo	Parda	Branca	Parda	Negra	Negra	Negra	Pardo
Ocupação	Do lar	Aposentado	Do lar	Aposentada	Desempregada	Emp. Doméstica	Desempregada	Do lar	Func. Público
Renda familiar	4		9	1	2	3	3	3	
Quantas Pessoas Residem na Casa	3		5	3	3	2	4	6	
**Renda Per Capita aproximada em Reais	829,33		1.119,60	207,33	414,66	933	466,5	311	
Religião	Evangélica	Católico	Católica	Espírita	Budista	Evangélica	Católica	Espírita	Evangélico

FONTE:

Prontuários do CAPS-ad e relatos dos informantes do estudo.

*Escolaridade segundo PINAD/IBGE.

** Renda com base no salário mínimo de R\$622,00 aprovado para 2012 segundo Decreto 7655 publicado no DOU de 26/12/2011.

A maior parte dos informantes é do sexo feminino, sendo que as que se declararam do lar, como ocupação, procuram complementar a renda com atividades de costura, lavagem de roupas, bem como outros expedientes que pudessem realizar em casa, favorecendo os cuidados com as pessoas e netos. Tal situação vem sugerir ou confirmar a mulher como cuidadora principal, com o predomínio das mães das pessoas (ROSA 2011) nos grupos pertencentes aos segmentos populares.

A maioria dos informantes têm idades superiores a 50 anos, não chegou a concluir o ensino fundamental, caracterizando um baixo nível da escolaridade – duas das mães sequer frequentaram a escola formal – e se auto referiram pardos ou negros, sujeitos como consequência da pouca qualificação em geral mal remunerada, às respectivas desvantagens sociais decorrentes (THEODORO e JACCOUD, 2005; DOS SANTOS, 2005).

A renda per capita na maioria dos casos está abaixo de um salário mínimo, que vem caracterizar pessoas vivendo na linha de pobreza, integrando as estatísticas de 60,7% das famílias brasileiras nesta condição (IBGE, 2010), confirmando desvantagens socioeconômicas dessa população.

Percebeu-se ainda que a maioria dos chefes de família apresentam histórico de migrações, fato este que vêm refletir as múltiplas vulnerabilidades a que são submetidos os migrantes que vem buscar melhores oportunidade no destino, sendo dentre os Estados Mato Grosso o que recebe os mais intensos fluxos migratórios na atualidade (SANTOS e FERREIRA, 2007), o que ocorreu outrora pela ampliação das fronteiras agrícolas e a atração de pessoas para os garimpos da região.

3.4 ASPECTOS DA EXPERIÊNCIA DE FAMILIARES CONVIVENDO COM PESSOAS USUÁRIAS DE PASTA BASE DE COCAÍNA

Para tratarmos sobre a experiência dos familiares de pessoas usuárias de PBC, foram destacados os seguintes aspectos: conceito de drogas para os familiares,

características dos usuários na perspectiva dos familiares, o processo de descoberta do uso de PBC, o universo de causalidades do uso de PBC segundo os familiares, o impacto da descoberta do uso de PBC, enfrentamentos cotidianos ‘lidando com a pessoa usuária de PBC’, situação atual e expectativas futuras dos familiares e variações sobre gênero na experiência de familiares com pessoas usuárias de PBC.

A observar-se que na análise, utilizamos o termo “drogas”, considerando-o “nativo”, por ser a denominação mais evocada pelos informantes, em lugar de SPA mais usual no âmbito clínico.

Observamos pelas questões éticas, que todos os nomes empregados são fictícios para garantir o sigilo dos informantes e demais pessoas envolvidas na pesquisa.

3.4.1 Conceito de droga para os familiares

O conceito de droga expresso pelos familiares de pessoas que usam PBC é carregado de teores morais e biologicistas, significando um desvio, uma mudança de rumo da trajetória que constava nas expectativas e idealizações da família. Na análise cogita-se uma matriz comportamental relacionada à ilicitude do uso das substâncias, fundindo-as às pessoas, como se droga e drogado fossem uma mesma coisa, numa profusão de ideias contraditórias, como o são, os próprios discursos que permeiam a questão das drogas em nossa sociedade (BRAVO, 2002).

Assim, o uso de drogas não seria entendido como uma doença em si ou algo decorrente e sim uma questão comportamental/moral, portanto, de gravidade diferenciada, no sentido de sua impossibilidade de mensuração ou ponderabilidade, do que se caso se tratasse de uma doença com nexos orgânicos. Entretanto, de qualquer forma, vem romper com as normas e expectativas das famílias (VELHO 2008).

As drogas ainda foram tratadas em primeira pessoa ao receberem o status de algo de intenso poder com volição própria, um “monstro”, “a droga”, “essa droga”,

“o crack”, “a pasta base”, “a porcaria”. Socorre-nos nessa interpretação os estudos de LAPLANTINE (2004), uma concepção ontológica, como um ser externo com vontade própria, pronto a se apoderar do corpo da pessoa e torná-la doente, tornando a questão, algo distinto e alheio ao arbítrio do sujeito.

Entre as diversas denominações utilizadas para definí-la encontram-se um “castigo”, uma “desgraça para a humanidade”. O “castigo” referido vem conferir um sentido de falha da família e a exposição da mesma aos julgamentos e às sanções sociais. Sentimentos esses também observados por PÉREZ (2006), analisando a interpretação de suicídio nas famílias também como um castigo para a família. Portanto, as drogas para as famílias, são algo que vem destruir o que significa valor central para os grupos populares, a família e o trabalho (SARTI, 2005), como se percebe nos relatos:

Acredito que a droga é a desgraça da humanidade porque ela só destrói (...) ela não é uma coisa boa não, ela só faz mal, ela destrói a gente porque ela faz a outra pessoa ficar... ser uma pessoa má sabe? (CASO A – Mãe).

(...) droga é um castigo para a família, porque a família sofre muito mais que do que o próprio, (...) porque a droga na família ela destrói a família né? (CASO C – Avó).

À medida que investigávamos as drogas utilizadas pelas pessoas, diante do cuidado, o jeito comedido, o tom de confiança provavelmente proporcionado pelo sigilo da pesquisa, a maioria dos familiares referiu o uso de PBC pelas pessoas, acercando-se antes, de nunca terem-na visto materialmente. Tais esclarecimentos, feitos de modo reiterado, evidenciando tratar-se de um conhecimento abstrato, sugerindo, entretanto, algo com alto potencial de “contaminação” em que até o contato deveria ser evitado. Percebemos esses cuidados reiterando desconhecimento, mesmo em se tratando de uma mãe e a avó caso (C), cuja pessoa utiliza a substância, consentidamente, em casa.

Para a maioria dos familiares, todavia, os conhecimentos admitidos sobre as SPA ocorreram pelas informações gerais veiculadas pela mídia e pelo compartilhamento de experiências com famílias conhecidas que vivenciavam situação semelhante, além de conversas familiares e observações.

Em alguns momentos, o conceito de drogas é genérico, não diferenciando os tipos específicos atendo-se à dimensão do ilícito, em outros se nota sutis classificações. Entretanto, quando tratado a respeito da PBC, a ideia que todos têm, é que esta é o resultado da mistura de tudo o que não presta ocasionando o efeito destrutivo no corpo, no comportamento e na família, transformando pessoas dóceis em monstros. Ou seja, um ser fronteiro, que vive nos limites das categorias, do humano e do animal, não sendo uma coisa nem outra (LEITE JÚNIOR, 2012), destruindo os pilares que constituem valores essenciais a sustentar as famílias (SARTI, 2005). Atesta tal ideia o fato do comprometimento dos valores e relações familiares e laborais decorrentes de negligências no desempenho de papéis sociais devido ao uso de drogas (BECK e DAVID, 2007), a ponto desse quadro que se apresentara ter sido sintetizado como uma “doença da família”. Portanto, generalizando drogas, mas, atendo-se à PBC, alguns descreveram o que seria a substância, ao que um dos relatos exemplifica:

(...) Porcaria é uma mistura de tudo. De tudo que não presta, né? O crack, o pó, eles misturam tudo. Às vezes até produto químico no meio das drogas. Só pra pessoa ficar mais louca, mais alucinada. E isso leva até a morte por que... Dependendo do produto que você coloca na droga. Às vezes é só o pó. E você mistura tanto... Tanta coisa! Tanto produto químico forte que a pessoa usando acaba levando até a morte! (CASO D – Irmã).

Desse modo, os familiares declararam entender, que a PBC além de ser “uma química” no sentido de algo oposto ao natural, artificial, portanto, é substância que se queima e a conceituam pela sua forma de consumo, ou seja, a que se usa no cachimbo e que também pode ser utilizada na lata, sendo a sobra, o resto, “uma porcaria”, conforme a maioria a adjetivou. Sendo sobra e resto, o resultado do que ocorre no próprio processo de fabricação, o que restou da mistura, transformando o usuário também nesse correlato, em “resto”: algo que não presta mais, lixo, sendo essas as suas evidências na pessoa, tornada droga ela mesma, “uma coisa”, conforme a noção contemporânea na análise de CARNEIRO (2001) sobre a noção de resto presentificando finitude e morte iminente. Remete, ainda, ao fato de que a pessoa destituída dos valores essenciais e constitutivos do seu grupo de pertença (família, trabalho) tem a sua humanidade comprometida.

(...) E o dela que ela usa, é a pasta base ou é o crack. Aquele que fuma no cachimbo (...) A droga misturada com cal, com tudo que eles misturam pra render pra pesar (CASO E – Mãe).

(...) ela tá em todo o lugar... Os traficantes, se eles adquirem uma porçãozinha ou algumas gramas, ele faz aquilo triplicar... Com outras drogas misturadas... Que causa alucinação, causa uma série de coisas na pessoa...(...) pelo menos no que a gente vê na mídia. Eles colocam uma série de composição numa pasta base para reproduzir aquilo. E fazer aquilo render, né? (...) Eu acho que é o lixo da cocaína. No meu conhecimento, no meu entendimento é o lixo da cocaína. O que sobra da impureza lá, eles transforma na pasta base. Eu acho! (CASO E – Pai).

Significa certo alento, entretanto, para os familiares, o fato de se tratar de uma situação que para eles vem atingir igualmente as mais diversas classes sociais. É válido, portanto, lembrarmos que não podemos idealizar ou romancear a situação com a tendência de cairmos em reducionismos de meros reprodutores de discursos, apocalípticos, midiáticos. Pois, embora as drogas sejam produtos de um mercado e por isso não tenham grandes diferenciações enquanto produto, são diferentes as razões de consumo e a natureza do que se consome, o que vem caracterizar a ação social do uso, diferenciando sim os seus consumidores (ESPINHEIRA, 1995; VELHO, 2008); por exemplo, a pessoa que necessita roubar, furtar ou se prostituir, para operar no mercado das drogas, de outra que não tem essa necessidade. Embora hesitem em classificar as drogas em si como de rico ou de pobre:

(...) a cocaína é vista como a droga dos rico né? Mas não é não. Pelo que eu tenho ouvido do meu filho (...) e dos outros jovens e que eu tenho lido, ela também tá na classe pobre, ela é capaz de roubar um tênis, ela é capaz de roubar uma bolsa de uma senhora na rua pra poder comprar a droga (CASO B – Mãe).

Para além de designações abstratas, observam-se classificações entre drogas leves e pesadas, favorecidas especialmente pelos diferentes efeitos observados no corpo, no comportamento e naquilo que repercute na dinâmica da família, como consequência do uso. Neste sentido, aparentou haver certa tolerância à maconha, já que todos se referiram a ela como uma das substâncias utilizadas pelos seus, ao menos quando sabem que iniciaram o uso de drogas, já que a identificaram como substância consumida pelas pessoas entre os 12 e 15 anos. Faixa etária em que a

propósito, SANCHES e NAPPO (2002), identificaram a maconha como a primeira droga proibida utilizada por usuários de crack.

Desse modo, o tom de comoção anteriormente observado nos relatos do uso de PBC, se diferencia do modo como se referiram à maconha, esta sim, admitida ter sido vista, observando-se uma relativização desse uso quando a compararam às demais drogas. Embora, fosse conveniente lembrarmos que mais que as drogas em si, as diferenças são o uso que se faz das mesmas (CARLINI et al., 2006), os familiares classificam drogas entre leves e pesadas e a maconha faria parte desse primeiro contexto, sendo ilustrativo o modo como referiu-se à maconha no relato a seguir:

(...) Olha eu não posso falar para você porque eu nunca... Vim ter noção saber o que que é a maconha depois que eu vi com meu filho, mas outras droga eu vejo na televisão (...) Uai eu sei que usava a maconha por que eu já vi eu no começo eu peguei com ele, outras droga eu não sei qual... (...) (CASO A – Mãe).

Diante desse quadro, nos perguntamos se tais classificações numa análise contemporânea seriam decorrentes de contribuições dos veículos de informações de massa, uma vez que estes, diante do crack como a bola da vez, para onde todas as atenções estão voltadas, diferentemente da maconha, cujos discursos são ocasionais e as discussões estão tematizadas pela descriminalização ou não do uso. Tais considerações nos remetem à posição do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) (CARLINI et al., 2006), que, embora, diversos sejam os estudos que classifiquem as drogas como leves ou pesadas, é importante levar-se em conta que as classificações elaboradas pelo senso comum parecem relacionar-se ao fato de serem lícitas ou ilícitas, e a sua dimensão de leve ou pesada a depender mais do modo como são utilizadas e os seus efeitos, do que a própria substância em si.

Desse modo, a aparente tolerância à maconha em detrimento da PBC tem uma lógica que a aproxima da ideia de RD, estratégia que reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos à saúde decorrentes do consumo, haja vista, comparando-se o uso das substâncias, a primeira é considerada mais leve pelos familiares, por isso relativizado o seu uso, pois, não compromete tanto as relações, o comportamento e o manejo dos problemas

cotidianos, como o que ocorre no caso do uso da PBC (FIORE, 2007), que foram notáveis as diferenças de impacto nas pessoas, inclusive estes, refletidos no corpo.

Tais conceitos favoreceram perceber as características dos usuários diante do uso da PBC.

3.4.2 Características dos usuários na perspectiva dos familiares

Considerando o uso da PBC, as famílias se veem diante de um personagem desconhecido, que necessitam tentar descrevê-lo para entendê-lo, a partir de uma droga que adquire um poder negativo próprio, em que se fundem os efeitos temporários do seu uso com a pessoa sob o efeito, que acaba por ser designada como “drogada”. O efeito do uso passa a significar então uma condição permanente para identificar aquele que faz uso da substância (FIORE, 2007) e daí busca-se explicar o que significa deparar-se com um usuário de PBC no ambiente familiar.

Foram perceptíveis através dos relatos dos familiares ponderações que demarcam diferentes classificações entre as pessoas que utilizam SPA, categorizadas pelo comportamento no uso, sejam pessoas que estão nas ruas entregues à própria sorte e as que estão recebendo os cuidados das famílias. Ainda que essas se sintam obrigadas a empreender esses cuidados dado a valores morais (SARTI, 2005).

Sob esse ponto de vista, os familiares relativizam a situação em que vivem, perante a de outras pessoas, o que corresponde a uma classificação, por um “prisma de situação”, um ponto de vista positivo no sentido de amenizar a situação vivida, diante de uma situação externa negativa (DUARTE, 1988; FONSECA, 2004).

Nesse aspecto, percebeu-se uma diferenciação entre essas pessoas, que embora também estejam na categoria dos drogados, não se encontram em situação pior, ou seja, a dos “noiados”, adjetivo empregado por uma avó, ao relatar sobre um furto sofrido que se transformou em roubo, quando ela acordou e flagrou um rapaz da vizinhança dentro de sua casa no ato do furto, reagiu e gritou pelo neto e ao genro

que vieram em seu socorro, diante dela ter se atracado com o ladrão, que conseguiu fugir. O rapaz que, apesar de estar com uma camisa lhe cobrindo o rosto em disfarce, foi identificado por ela como sendo “um noiado” cujos familiares residem na vizinhança: um “conhecido”, em que a informante se corrige para dizer que é um “estranho”.

Tal interpretação aproxima-se do que trataram GOMES e ADORNO (2011), sobre o “noia” como uma categoria de pessoas que tiveram as suas relações cindidas com as famílias, se reconhecem através desse adjetivo, se socializam no espaço público das ruas, no entorno do mercado do crack e das estratégias para consegui-lo, tendo a sua vida voltada exclusivamente para a substância. Daí se tem a dimensão, de que os drogados de um modo geral, não são os mesmos que estão inseridos no convívio familiar, como é exemplificado no relato:

(...) ele é um sem vergonha, drogado também. (...) o cara um pilantrinha é conhecido daqui, o pilantra, o noiado. Conhecido, não, é estranho! (CASO C – Avó).

Na mesma medida que os familiares em suas explicações recorrem às matrizes de cunho moral, para referirem ao significado de usuário de drogas em seu seio, reiteram-se essas diferentes características de usuários a partir da referência dos que estão sob os seus cuidados. Deste modo, ainda que à mercê de riscos, essas pessoas tendo os cuidados da família não estão “mortas” ao menos social e moralmente, uma vez que esse risco em decorrência dos cuidados empreendidos, é minimizado, e eles não estão entregues à rua, como os demais (GOMES e ADORNO, 2011), mas sob a proteção da família como ilustrado nos relatos:

(...) Que muitos vão pra rua se entregam e pelo tempo que ele tá [*usando drogas*] já era para tá mesmo até morto (CASO A – Mãe).

(...) enquanto eu puder cuidar dele eu vou cuidar dele. Não vou ver meu filho deitado aí na rua deitado! Aí você acha que está certo, eu sair na rua aí ver o meu filho deitado, passando fome, magro, desnutrido, sujo de qualquer jeito? Não!!! Negativo (CASO A – Pai).

Os efeitos das drogas são mais evidenciados no comportamento e no corpo, sendo isso encarado como situações causadas pelo uso das diferentes substâncias

com uma forte evidência de degradação a utilização “na lata”, traduzindo, o que elas fazem com a pessoa e com o seu corpo, tornando uma questão de vida ou de morte, inclusive submetendo as famílias a esses riscos. É importante levar em conta que, à medida que um dos riscos é a diminuição da vida, numa perspectiva de vida em extensão, ela provavelmente estaria sendo vivida pelo usuário sem o compromisso ou preocupação de futuro em extensão e sim em intensidade, uma vez a possibilidade dela se acabar a qualquer momento (VARGAS, 1998), como retratado a seguir:

Olha ela acaba com o ser humano, ela destrói tudo, ela destrói a imagem, da pessoa, a pessoa não consegue cuidar da aparência, a pessoa não consegue se alimentar direito, é tudo, destrói tudo na pessoa, tudo, acaba, acaba com a pessoa. A pessoa não tem vontade de levantar, nem tem vontade de se alimentar, levantar, o psicológico, o raciocínio, a pessoa fica revoltada, dá uma sensação estranha na pessoa que parece que a pessoa ficou totalmente louca, pirada da cabeça, uma coisa... gente é uma coisa fora do comum, acho que pior de todas é ela, todas são graves, mais a pior, a pior de todas é essa na lata (CASO B – Mãe).

Diante desse quadro com o qual as famílias se depararam, o cuidado com o outro que não desejava ou não dava conta de se deixar cuidar, se esquivando especialmente da família, impondo-lhe maiores dificuldades ao cuidado e o aumento dos riscos pela imprevisibilidade, tornou-se mais complexo (EPELE, 2012), ao depararem-se com as diferenças das pessoas pelos diferentes efeitos das substâncias, conforme ilustrado pelo relato a seguir:

(...) Pelo jeito, a maconha faz a pessoa ficar mais mole, mais tranquila, relaxada e essa outra não, a pessoa fica agressiva, violenta, se for possível ela é até capaz de matar uma pessoa. Até aquela pessoa que tá dentro dum lar, uma mãe, um pai, um irmão, qualquer coisa. Percebi o Moises violento, agressivo, coisa que ele nunca foi, meu filho sempre foi um menino dócil e hoje não, hoje o Moisés tá se transformando numa pessoa violenta (CASO B – Mãe).

Assim, diante das observações ligadas ao corpo, é chocante para as famílias o que se nota além do emagrecimento, um dos fatores mais evidentes que favoreceram a descoberta, contrastando com os sinais que anteriormente aparentavam saúde, o desleixo com o autocuidado e a sujeição a riscos. Tal situação vem sugerir uma deterioração do corpo que vai se transformando em “lixo”, o que é observado nas circunstâncias em que se vê a pessoa ao sair de casa aparentando cuidado, tendo as

roupas limpas e, ao retornar, quando a propósito, inesperadamente retorna, percebê-la transformada em “farrapo humano”.

Portanto, em relação à aparência exterior dos corpos que deveriam ater-se física e moralmente retos, observa-se uma degradação moral há muito superada pela pedagogia dos corpos forjada ao longo do tempo, estes tornaram-se destinados aos espaços de reclusão pela desconformidade com as expectativas e referenciais de corpos aceitáveis da contemporaneidade (SOARES e FRAGA, 2003), entretanto, no caso, a aparência exterior a dizer muito da interior.

Percebe-se que os familiares deparam com uma proximidade ofensiva e temerosa com a morte, diante da convivência com os seus, numa espécie de flerte com tal possibilidade. Assim, a mesma morte que fascina pelo seu grande volume em noticiários, paradoxalmente a queremos afastada de nossa realidade cotidiana. Temos consciente ou inconscientemente a nossa rejeição manifestada pelo nojo, no sentido de algo que vem nos agredir, esta sendo uma reação de proteção contra a transgressão da ordem do que se convencionou “sobre o ser, como o deve ser”, ou seja, inconformam-se com pessoas da família nesta situação, principalmente em se tratando de jovens, para quem a morte deveria se tratar de fronteira longínqua (RODRIGUES, 1975 p. 130; VARGAS, 1998; GUTIÉRREZ, 2008).

O “nojo” manifesto vem conferir uma proximidade indesejável com os odores repugnantes, evidenciados e enfatizados nas caras e bocas pelo modo que alguns dos familiares se referem, o que ressalta aos sentidos, como um pai o expressou em um tom de evidenciar a gravidade da situação da filha, remetendo a uma concepção de risco de contágio. O mesmo da perspectiva dos “miasmas” das ideias higienistas que sublinharam o sanitarismo pela desodorização como medida, contra o “mau cheiro do pecador”, alguém se degradando fisicamente refletindo a deterioração moral (Corbin, 1987 *apud* BRONAUT, 2004).

A esse respeito, há que nos reportarmos à perspectiva sociológica, quanto ao que naturalizamos contemporaneamente como decorrente de visões sobre a saúde, visto que o que evitamos hoje diante dessa perspectiva decorreu-se do processo de repressão social de condutas da vida privada, em nome das boas maneiras e costumes, influenciados pela moral e pela religião, que foram ao longo do tempo ritualizados ou institucionalizados como causadores de desagrado, antipatia,

repugnância, medo, nojo ou vergonha (ELIAS, 2001). Esses sentimentos foram socialmente alimentados em condições específicas e, a partir daí, reproduzidos não porque originariamente se devessem a comportamentos anti-higiênicos e sim, porque feitos à vista correspondiam a associações desagradáveis tornando a cultura, profundamente impregnada de noções de contágio e de purificação em seu sentido moral (DOUGLAS, 1991).

As providências no caso descrito seriam conforme uma mãe, fazer a assepsia das roupas da filha em separado das dos demais da casa, conforme parte do relato do pai:

(...) o dependente químico é transformado num farrapo humano. A pessoa sai de casa bem vestida, assim que nem o senhor está aqui. Ele volta sujo, ele volta mulambento... Cheio de sujeira... Enfim, olha, é um lixo humano! Ele se transforma num lixo humano. (...) Totalmente transformada. Sai limpinha e volta toda suja, não gosto nem de lembrar muito não, mas... Tem que falar, né? Ao ponto de causar até nojo entre a gente... O senhor já viu assim uma pessoa que fica muitos dias sem tomar banho, com uma roupa só no corpo. A pessoa passa a cheirar mal. Fede mesmo... (...) (CASO E – Pai).

Sendo essas algumas das características dos usuários de drogas na concepção das famílias, observaremos como se deu o processo de descoberta.

3.4.3 O processo de descoberta do uso de pasta base de cocaína

Quando tratamos acerca da descoberta, observamos que ela não se constituiu em um fato em si, já que esta se tratou de um processo, no sentido de algo que se deu paulatinamente, através de sinais, dúvidas e desconfiâncias, mas que não foram motivo de grande alarde inicialmente, muito provavelmente por não ter significado prejuízos ao desempenho moral que interferisse nos valores centrais das famílias (SARTI, 2005).

Deste modo consideraremos aqui a descoberta no sentido da certeza do uso de PBC, já que a maioria dos familiares demonstrava certo conhecimento sobre o uso da maconha, seus efeitos e a bebida, muitos relatando neste caso, terem presenciado evidências dessas outras SPA junto às pessoas. No entanto, denotando uma classificação entre drogas leves ou pesadas pelos familiares e com isso, relativizando os impactos dessas ditas mais leves, quando comparadas à PBC, cujas evidências começaram a ser notadas nos corpos magros e no comportamento (SILVA, 2007) e a magreza, histórica e simbolicamente, associa-se à fraqueza física e moral, à doença. Tais observações vieram causar alarde e trazer a noção de que estaria ocorrendo o envolvimento com “droga mais pesada”, como observaram:

Ah com certeza mais pesada que a maconha ele usa, usava (...) e ele emagrecia muito quando ele tava usando, muito magro quando ele chegava em casa muito suado, suado [*ênfase*] mesmo... (CASO A – Mãe)

Era maconha, porque ela era bem saudável, gorda, né? Não tinha traços de ninguém que usava droga. Que a maioria das pessoas que usam droga, hoje em dia, ficam toda acabada, magra, perde noite, não come... (...) Ai, a gente acredita que ela começou a usar drogas mais pesadas pra ter acontecido isso. Porque quando ela usava maconha, não acontecia esse tipo de coisa. Ela não era agressiva, ela não tinha medo de ninguém (CASO D – Irmã).

Portanto, o uso de SPA passou a significar um problema, quando mudou esse quadro, através das transformações no comportamento e na aparência, no sentido de bem nutridos, alimentando-se, tendo uma convivência mais frequente com as famílias, ou, no mínimo, mantendo relações que evidenciassem uma proximidade. Os mesmos, à medida que o uso de drogas deixou de ocorrer com certo controle, se converteram em corpos magros, desvitalizados e avessos a esses contatos com a família. O que antes eram corpos aceitáveis quando aparentavam saúde, segundo uma “pedagogia de corpos retos”, conforme padrões contemporâneos de corpos aceitáveis (SOARES e FRAGA, 2003), notavam-se transformações evidentes, para algo inaceitável, como uma das descrições:

Teve uma época que ele tava muito magro! Ele sentava na mesa comia um pouquinho falava: Não! Não quero comer. Vai comer vai alimentar porque senão você não vai parar em pé né? Ele falava pra mim que... diz

que a maconha dá apetite. Eu acho que as outras drogas não dá não, porque tinha época que ele comia bem, bastante! Outras épocas não! Quando ele parava assim.... ele engordava (CASO A – Mãe).

A “droga mais pesada”, portanto, “surteu” naquilo que veio proporcionar desequilíbrio na dinâmica familiar, imprimindo marcas visíveis no corpo, percebidas a partir de um emagrecimento evidente, em meio aos outros sinais anteriormente observados, tais como os prejuízos no auto cuidado e os contatos mais distanciados, refletidos em comportamentos menos dóceis, agressivos e auto agressivos, no sentido do desleixo e do aumento da exposição a riscos (EPELE, 2012).

Tais situações vieram comprometer a sociabilidade no meio familiar, inclusive no risco das pessoas empreenderem ou se submeterem à violência, exemplificado, na situação de submissão à prostituição, evidenciada no caso das mulheres pesquisadas, estas estimuladas pelo uso e para sustentarem o uso, conforme ilustrado no relato:

(...) Porque quando ela usava maconha, não acontecia esse tipo de coisa. Ela não era agressiva, ela não tinha medo de ninguém.(...) começou a ficar ruim, louca... Começou a ficar com tremedeira, ficar ansiosa, assim que ela ficava... E pelo que eu conheço assim, pelo que eu via, não era desse jeito. Porque a gente sabia muito bem o que ela usava. Ai depois disso, que a gente começou a falar que só pode ser droga mais forte do que maconha. (...) Onde é a prostituição. Ela começou também até a vender o corpo dela pra usar droga, pra se manter. Pra ter dinheiro. Mas, nisso só foi afundando mais ela (CASO D – Irmã).

Nos casos analisados, diversos foram os fatos que se sucederam e vieram dar sentido às observações. Inicialmente pelos sinais esparsos, mas que ainda não afetavam a dinâmica relacional, informações de terceiros que só ganharam sentido, ou foram levadas em conta em determinado momento, entretanto, não de imediato, pois essas informações só fizeram sentido, após a confirmação dos fatos, com a materialidade dos mesmos, por meio do encontro de evidências do uso da droga. Tais considerações sugerem diante das dúvidas iniciais, um receio “de se ir a fundo”, ou “não queria ver”, ou saber, não por haver aí uma escolha, mas provavelmente, uma tentativa vã de se adiar a dor pela impotência diante dela. Percebe-se que a descoberta, tratou-se de um processo que poderia ser descrito como fases que denotavam uma evolução, que tinha curso desde as etapas iniciais, quando não se

percebia a gravidade da situação, uma percepção embaçada, portanto, até depararem-se com os casos já em estado avançado havendo aí maior nitidez nas observações.

Sobre tal visão da descoberta como um processo que se deu como por fases, socorrer-nos-iam PAYÁ e FIGLIE (2010), que o descreveram como uma dinâmica classificando-a em estágios, da inicial negação em que ocorrem tensões, na medida em que se evitam tratar do assunto e sentimentos envolvidos, passando-se à tentativa de se retomar o controle, aí a questão sendo tratada como segredo familiar, instaurando um clima de cumplicidade, seguindo-se a desorganização familiar decorrente da inversão de papéis e funções na família, com as pessoas assumindo responsabilidades que não são suas, culminando na exaustão emocional de todos os envolvidos e as suas respectivas consequências.

Tais percepções sobre os familiares analisados, têm ressonância ainda em pesquisa realizada por ZACHARIAS et al. (2011), com familiares de usuários de crack, que descreveram a descoberta categorizada por mudanças no comportamento, algo que vinha do exterior, danificando vidas até então entendidas como equilibradas, culminando em mentiras e segredos que se aprofundaram a ponto de comprometerem as pessoas e as relações.

Como podemos observar:

Descobrimos por intermédio de outros que dava notícia, (...) nunca pegamos no flagra. (CASO A – Pai).

É porque minha filha sempre falava os mesmos amigos dela era amigos dele quase todos, e ela sempre tentava dá o toque pra gente mais a gente às vezes, a gente não quer assim ir fundo sabe? Procurar saber aceitar e achar que não é nada, é mudança dele, é nervoso dele, não sei o que...!E sempre não querendo aceitar! (...) Não demonstrava nada! Nunca demonstrou! Então a gente não ligou muito não (CASO A – Mãe).

(...) a gente não tava se importando porque a gente não queria ver que ela tava assim. 'Não, ela tá bem, ela não tá surtada. Ela tá bem' Ai só foi a gente acreditar nisso que ela surto de novo feio mesmo. Que ela chegou aqui, que ela queria sair do banho, pelada pra rua. A gente teve que segurar. A gente viu que a coisa era séria. Mas, ai foi que a gente se uniu, porque no começo ninguém queria acreditar que ela tava desse jeito...(.) (CASO D – Irmã).

Nesse sentido, essa confirmação do uso de pasta base de cocaína, corresponde à descoberta como parte de um processo, em que inicialmente a situação veio a ser

relativizada, também como se pudesse ser considerada como parte de uma experiência da juventude. Haja vista que, na ligação de fatos e eventos, pelos familiares, pensando sobre suas trajetórias, todos identificaram que as pessoas iniciaram o uso de drogas entre 12 e 15 anos, período da adolescência, como classificaram alguns, a partir do uso da maconha ou da bebida alcoólica, o que também foi observado por SAITO (2008), como já tratamos.

Tal circunstância, independente de uma classificação que se convencionou denominá-la assim, trata-se de um importante demarcador da transição do mundo infantil para o mundo adulto, portanto, um espaço de incertezas, inseguranças e possibilidades que se apresenta diante das complexidades da contemporaneidade e nesse sentido, vulnerabilizante (COUTINHO, 2005).

A despeito de opiniões que se fixam na descrição de uma fase para caracterizar a adolescência, torna-se importante a compreensão de que se trata de uma condição social, em que personagens vivenciam um necessário e determinado momento e situação social que não podem ser interpretados enquanto vivenciando uma situação estanque e por si problemática (ARTIAGA, 2003).

Nesse sentido, a adolescência tratada no singular, sem considerá-la uma experiência a ser vivida, que não podendo ser evitada ou manter-se nela pelo tempo que se desejar, trata-se de um campo delicado dado à tendência à naturalização que é reforçada e reforça o senso comum que por si, associa adolescência a risco, levando a uma visão errônea do jovem como um ser incapaz de responder às suas carências e dificuldades. Deve-se levar em conta que nem todos os jovens são vulneráveis e, se o são, reúnem possibilidade para a superação de adversidades e prosseguimento de sua trajetória de vida. Assim, nos deparamos com uma situação que deve ser vista no plural (LYRA et al., 2002; DELL'AGLIO e SANTOS, 2011; ADORNO, 2011)

No casos descritos, entretanto, há que se levar em conta que o que aparentou nos relatos, as pessoas comportavam-se ao encontro das expectativas sociais “normais”, e em se tratando da referida fase em que ambiguidades nos comportamentos são previstas, tratava-se de situação que se aproximava das características das condições crônicas como podemos tratar acerca do uso de drogas, em que se alternavam períodos de aparente “normalidade” e situações críticas inicialmente sob certo controle, como o expressam:

(...) toda vida ele foi um menino saudável toda vida dele até que vê? Porque isso aí tem muito tempo, mais praticamente começou dos 12 anos de idade, mais antes ele sempre foi um menino saudável! Ele brincava muito, brincava com as gurizada de rua, era, brincava mesmo com os moleques essa criançada ficava mesmo em cima dele que ele tinha aquele jeito assim meio palhaço né? Bem sabe? Agitado mais... brincadeira fazia as pessoas rir sempre. Meio cômico [*risos*] aí ele depois que começou a afastar (CASO A – MÃE).

É interessante, que a descoberta foi ofuscada também pelo fato de que a situação não foi apreendida no espaço de conforto e de controle da casa e sim na rua, lugar em que a família referia não ter pé da situação, a rua que simboliza o espaço estrangeiro e desconhecido das relações impessoais e do risco, um espaço diferente da casa onde os papeis são bem definidos e há regras, inclusive para a diversão, ao contrário da rua, espaço onde cada um deve zelar por si, ainda que se espere que isso ocorra a partir dos referenciais apreendidos na casa (DAMATTA, 1997), como exemplificado a seguir:

A maioria da adolescência dela a minha mãe não acompanhou muito porque ela sempre sumia. Ela aprendeu tudo o que ela aprendeu com essas meninas. Com essas pessoas na rua. Ela aprendeu isso pra vida dela: usar droga, sair e se divertir. Ela só quis ver o lado bom. O lado de curtidão. E foi aí que ela quebrou a cara, porque a vida não é assim e ela foi se enfiando mais na droga (CASO D – Irmã).

Observados os fatores que auxiliaram o processo de descoberta do uso de PBC pelos familiares, analisamos a seguir os fatores levados em conta como causalidade para o uso da substância.

3.4.4 As noções de causalidades do uso de pasta base de cocaína na perspectiva dos familiares

Quando o fenômeno das SPA vem a ser vivenciado pelas famílias, o diagnóstico médico não só não é suficiente para responder, como é reinterpretado à luz da dimensão sociocultural daquele que sofre. Portanto, este acontecimento requer uma explicação que não é estanque e as pessoas diante da realidade a percebem e traduzem de modos diferentes e na busca de sentidos se questionam inevitavelmente diante da aflição “por que isso está acontecendo?”, “por que comigo?”, “por que agora?” (PALHA e BUENO, 2010; ADAM e HERZLICH, 2001).

Assim, a pertinência em se analisar as explicações causais dos familiares entrevistados, dentre os que se ocupam do cuidado com os seus, diante do uso de PBC é justificada e ancorada nesta pesquisa por ser na rede de relações mais próximas que se conhece o indivíduo e sua história, especialmente no entorno da família e com base nela.

Desta feita, as explicações causais dos familiares estão envoltas numa história da origem/gênese, demonstrando que tais interpretações não são pontuais, mas, situadas na totalidade da vida, remetendo a alterações já desde a circunstância do parto, que poderiam ter favorecido as mudanças no comportamento. Comportamentos esses tais como um familiar referiu que o filho desde pequeno era “nervoso, muito estressadinho”, um diminutivo que ao mesmo tempo em que relativiza a questão, traz uma forte conotação moral. Trazendo suposições da existência de problemas onde radica-se, popularmente, o nervoso: a cabeça enquanto busca por uma localização biológica para o problema, conforme DUARTE (1988; 1998), abrigando versões desde a mais biologizantes às de cunho moral, mas ancorando uma correlação com o sofrimento mental.

Olha o Cristiano, ele... desde quando ele nasceu eu acho que ele eu ficava assim, eu achava que ele tinha algum problema, porque ele foi tirado a ferro até pedi pro médico fazer assim uns exames que naquela época eu tinha medo que ele era nervoso muito estressadinho desde pequenininho, né? Aí pedi pro médico pra bate um raio-X da cabeça para ver se tinha alguma coisa ele falou: Não! Tá tudo normal (CASO A – Mãe).

Desse modo, em alguns dos casos, insiste-se em uma comprovação através de exames de imagem “da cabeça”, cujo resultado negativo, não os convence, tal como os pedidos ou repetições de exames de raios-X onde nada se comprovava. Diante

dessa aparente negação de causa explícita que pudesse ser evidenciada, é que o discurso do sofrimento ganha maior destaque, visto que passa a ser instância sob exclusivo controle daquele que sofre e entorno, notando-se a singularidade acerca da experiência do adoecimento (RODRIGUES e CAROSO, 1998; CAROSO et al., 2004).

Assim, não se deixou de buscar algo que pudesse conferir uma dimensão palpável, que imprimisse concretude ao problema, ao menos pertinente a sua localização. Neste sentido recorre-se a DUARTE (2003), ao citar as representações do nervoso como perturbação físico moral na concepção popular, ocupando o lugar de um psiquismo, afetando algo além da corporeidade, das pessoas, desencadeado por suas condições de vida, sendo ilustrativa a explicação de uma irmã:

Porque ela tinha cabeça fraca, parecia que ninguém fazia a cabeça dela. Você podia falar que ela tava com outra cabeça. Porque o que ela aprendeu... O que ela aprendeu, tudo que ela adquiriu foi na rua. Foi com os amigos dela. Então, tudo o que minha mãe falava, eu falava, meu pai falava ou alguém falava, ela não tava nem aí... Porque é igual a uma criação. Ela foi criada com essas pessoas. O que ela aprendeu foi com essas pessoas, então a cabeça dela era outra. Não era a nossa cabeça. Ela 'ah...' Ela não ligava. (CASO D – Irmã).

Busca-se assim a objetividade como um nexos explicativo sobre o modo como as relações se estabelecem no presente, caracterizando uma descoberta sobre o uso de drogas, especialmente de PBC que se deu, conforme tratado anteriormente, pela observação dos comportamentos estranhos e relações conflituosas, dentre outros, evidenciando o consumo abusivo, fora do controle. Daí tenta-se compreender a origem do infortúnio e, para isso, revolvem-se no presente, elementos biográficos do passado que pudessem justificar e trazer nexos de objetividade à situação vivenciada (WILLIAMS, 1984), objetivando-se com isso, postular uma causalidade específica para o fenômeno que se apresenta (DUARTE, 2003), conforme exemplificado nos relatos a seguir:

(...) mais era muito nervoso, muito nervoso mesmo e desviando pra esse outro lado que eu já vim descobrir bem mais tarde, né? Que é o lado das drogas né? (CASO A – Mãe).

Olha, ela já fez eletro, duas vezes, da cabeça. Não dá nada. Duas, não, três. Duas foi nós que pedimos e uma foi lá no CAPS. (...) Ela não tem nenhuma coisa. Ela, assim... Aí, o psiquiatra falou que é só desvio de comportamento (...) (CASO E – Mãe).

Recorreram-se a matrizes culturais, sociais e simbólicas que pudessem conferir explicações de causalidade para essas intercorrências surgidas na trajetória da vida, procurando conferir esclarecimentos sobre alguma vulnerabilidade para o consequente uso de SPA, de modo que não buscaram apenas uma perspectiva, mas a sua combinação. Tal situação vem denotar não haver uma ideia linear, mas uma sobreposição dessas, indicando assim, mais de uma causa, às vezes um conjunto delas que se interconectam, ou uma que levou à outra, sem se desprezar a reflexão do que pudessem ter feito de errado nos cuidados até então, perpassando uma matriz de cunho moral, sendo ilustrativos os argumentos, a saber:

(...) Eu falava assim meu filho você tem alguma coisa assim da sua infância? Alguma coisa que você passou e você não quer falar pra mim? O que, que aconteceu? Algum trauma? Você tem algum trauma? (CASO A – Mãe).

(...) você fica assim... um emaranhado de dúvidas na sua cabeça na hora... Você fica procurando, procurando saber o que você falou, o que você fez de errado (...) (CASO E – Pai).

(...) Porque é espiritual. Mental os caras ainda não tem... A ciência ainda não descobriu como detectar o pensamento, das intenções do ser humano, do que passa na cabeça dele (CASO E – Pai).

As vulnerabilidades observadas são explicadas como decorrentes de “traumas” remetendo a uma matriz emocional, “fraqueza mental” aludindo ao biológico/moral, ou ainda “falha na educação” em casa. Ou ainda, algo comum e decorrente da fase da adolescência, como assim alguns o referiram, em decorrência da localização temporal do surgimento das dificuldades, como argumentou um pai. Aponta-se ainda, o uso como paliativo, para suportar a situação de “prostituição” no sentido de se criar condições para tolerar uma situação adversa, como argumentou uma mãe:

Pela mesma razão, pra mostrar que tava lá no meio do grupo (...). Eu acho que pra ela entrar no meio da prostituição, porque ela se prostitui, né? Então, pra ela entrar nesse meio, ela tem que tá com a cabeça. Porque as pessoas fala que pra entrar no meio tem que tá com a cabeça assim. Então, ela vai. Ela se droga e vai. Foi nisso que ela engravidou dessa menina. Que ela não sabe quem é o pai da menina. E a menina tá registrada só no nome dela. (CASO E – Mãe).

Dessas noções causais, entretanto, perpassando todas as explicações sobressai a ideia de fraqueza mental dentre os relatos, sendo algo reiterado, com uma forte conotação moral pejorativa que a aproxima de um distúrbio da vontade (DUARTE, 1988). Essa por si vulnerabilizaria essas pessoas às influências relacionais, o que vem demarcar uma singularidade biográfica nos casos, haja vista, que outras pessoas, vivendo as mesmas condições nas famílias, resistiram e não enveredaram para o uso de drogas. Neste sentido, essas outras pessoas, “tem princípios”, como assim sintetizaram, no sentido de seguirem os preceitos da casa (DAMATTA, 1997), como interpretaram e podemos observar:

(...) São pessoas fracas mentalmente porque a gente também... as pessoas às vezes fumava pra lá e oferecia (...) a gente sabia falar não (...) Minha filha fala: Mãe quando eu saía que eu era nova ainda o povo me oferecia as coisa também! Mais eu (...) falava não. Só que é assim tem princípios né? (...) ela sempre pensava em mim! (CASO A – Mãe).

Eu acho o seguinte, que, primeiramente, cada um de nós somos um tipo temperamental (...) Assim como leva o alcoolismo, leva a droga também, o tabagismo! Mais só que sempre tem o primeiro chute. O filho começa a fumá como? Vê o pai fumando, o pai fuma, o vizinho, o avó, o amigo fuma (...) assim mesmo é a bebida. “Ah! Vamo cá na gandaia! Com quatorze, quinze anos o guri vai e cai na gandaiaaia!” Nessa de cair na gandaia ele experimenta a bebida, aí ele começa. Aí vem o domínio da bebida, das drogas sobre aquela pessoa, entendeu? (...) (CASO A – Pai).

Cabe aqui salientar que estudos recentes vêm demonstrar uma crescente perda da autoridade parental, sobretudo no meio urbano com a precarização da função simbólica da autoridade paterna, além da diminuição da presença real dos pais junto aos seus filhos, dentro da lógica de mercado, dado às necessidades de trabalho em condições muitas vezes precárias ou inadequadas com a diminuição de direitos, pela informalidade (VASCONCELOS, 2012). O Estado que por sua vez poderia em parte compensar essa precarização da autoridade familiar, acaba por atuar dentro da

mesma lógica do mercado, com a redução de investimentos em instituições públicas e de cidadania de base em quantidade e qualidade suficientes, tais com escolas, creches e equipamentos de lazer, de saúde e de mobilidade urbana (VASCONCELOS, 2012).

Esses chefes de famílias, herdeiros da pedagogia da palmada, modelo pelo qual os pais mandavam e os filhos obedeciam (DUARTE, 1988), confrontados com o modelo individualista e individualizante modernos, fundado no hedonismo e incorporado por esses filhos que apresentam dificuldades em assimilar na totalidade os valores de seus pais na atualidade, vem ocasionar situações de conflitos entre gerações (DAMATTA, 1997). Tais situações, em paralelo com o novo contexto de proposta de educação segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, acabam por ampliar tais crises (BRASL, 1990), especialmente entre pessoas de baixa renda que ainda não assimilaram essas questões.

Assim, nesse cenário, dentre as matrizes explicativas para o uso de drogas, é também recorrente nos relatos as de cunho espiritual, exemplificado por um dos casos em que se denominou a causa como “encosto”, contemplando assim uma causalidade imaterial de acepção religiosa, e para tal, buscavam a atenção em um “centro de mesa branca”, cuidando em reiterar: “mesa branca de Alan Kardec”, no sentido de estabelecer uma diferenciação ou hierarquização em oposição à vertente do espiritismo ligada às religiões afro-brasileiras (AMARAL e SILVA, 1993). Esse cuidado, ao referir à religião, muito provavelmente veio decorrente de resquícios de desavenças entre religiões na referida família, pois, foi uma das razões atribuídas por Florisbela (a mãe) caso (C) para a separação de seus pais, cujo pai era católico. Ademais, o enfrentamento de situações de aflição por meio da interferência religiosa se trata de um dos recursos buscados pela maioria das famílias, no intuito de amenizar o sofrimento, evidenciando respostas para as questões subjetivas, portanto a religião tratando-se de um importante recurso para a produção de sentidos (MOTA et al., 2012).

Assim, a descrição desses familiares tem ressonância em pesquisas de MINAYO (1998), onde encosto e outras descrições imateriais de causalidade constituem-se em um modo explicativo, quando as enfermidades não têm uma

definição médica, sendo assim obra do plano espiritual, conferindo com isso objetividade à aflição. E assim o descrevem:

(...) ele... tem dois sintomas quando ele tá com vontade de usar entorpecente, ele fica incomodado assim com as costas, sente muitas dores nas costas, ele tem muita dor no estômago né? (...) que às vezes nós dávamos até remédio pro estômago, mas, não era isso daí, (...) principalmente eu vê meu filho se entortar todinho, ele se entorta, ele entorta parecendo que ele tá com um bicho dentro do corpo. Isso ele me contou, sentado aqui conversando esses dias. “Mamãe quando eu cheiro gasolina, cheiro gás e muitas vezes eu uso pasta base, não a maconha mais a pasta base, eu vejo, eu vejo coisas, eu vejo coisas, eu vejo é algo assim pedindo pra mim mesmo fazer coisas erradas entendeu?” É que parece que tem alguma coisa nas costas dele, algo está na costa dele né? E que eu tô tentando não sei de que maneira porque a gente não vê o espírito, a gente vê só a gente né, vê se consegue sair isso dele, ele nunca... ele não nasceu assim. (CASO C – Mãe).

Eu acredito que seja alguma coisa acompanhada porque ele não era assim. (...) Do mau né? Não sei por que, mais... eu levei ele ali num senhor né, da mesa branca que tem ali muito bom. (...) Eu levei, ele veio de lá sentindo bem, aliviado, que a gente vê que né?... e lá o senhor falou pra ele que isso é um acompanhamento pro mau mesmo (CASO C – Avó).

No entanto, há que se observar que, no panorama atual de estudos sobre religiosidade, salientam-se tanto efeitos positivos como negativos de seu uso, nos enfrentamentos em contextos de saúde, ressaltando-se que estes só fazem sentido se as crenças fizerem parte do sistema de valores da pessoa, sendo que para ter efeito positivo, não deveria estar direcionado unicamente à cura, mas ao bem estar amplo da pessoa, incluindo outros aspectos da vida (FARIA e SEIDL, 2005).

Merece, também, observarmos nessa análise, devido à ênfase, duas (02) mães, que atribuíram como um dos fatores que vieram favorecer o uso de drogas, a “ausência” do pai na mediação do filho, entre o espaço da casa e da rua. Salienta-se que os respectivos casos são de pessoas do gênero masculino e por isso interpretaram na divisão complementar de suas funções nos cuidados, as atribuições do pai na família como universo moral, cabendo ao homem a socialização do filho ao espaço da rua (SARTI, 2005; ROMANELLI, 2005).

A gente às vezes esquecia até da gente mesmo! Eu ficava com raiva dele achando que ele tinha culpa dessa situação [*referindo-se ao marido*] de

não dar muita atenção pra ele, assim quando ele era criança sair mais, (...) Eu falava assim: Será que não é falta assim dele estar sempre presente, sair, se ia pra um jogo falar: “vamos Cristiano me acompanha!” Porque sempre tem aquela que a filha acompanha, fica mais com a mãe e o filho segue os passos do pai, sair né? Às vezes ele ia num lugar e ele pequeno queria ir ele falava: Não, fica aí! Fica aí, com sua mãe eu não vou levar você lá não! E talvez isso daí não é? Fazia falta pra ele, do pai! (CASO A – Mãe).

Eu acho que é uma ausência de alguma coisa dentro do lar, dentro da casa, essa ausência eu tô começando a observar que talvez seja a ausência do pai, que tudo... muito era a mãe presente na escola, na igreja, né? tudo na vida dele, tudo a mãe, (...) ele começou a falar... poxa vida! O meu pai ele só tá aqui de vez em quando, ele não deixa faltar comida, roupa, calçado, tudo mais, mas o principal que é o abraço, o diálogo, tá ali... deixa eu vê com meu filho como tá na escola, tal... (...) (CASO B – Mãe).

Temos ainda, nas explicações sobre os papéis dos pais, em outra situação, a interpretação de uma irmã sobre o uso de drogas, que ela denominou “fuga”, também atribuindo à ausência do pai, pois a pessoa do gênero feminino não teria suportado a agressividade e violência desse pai. No caso em questão, seria mais apropriado considerar não uma ausência como ela denominou, mas uma presença violenta do pai, além do que, esse pai, não exercia o seu papel complementar dentro das atribuições da família, o que sobrecarregava a mãe pela necessidade dela trabalhar fora (SARTI, 2005; ROMANELLI, 2005).

É notável nesse relato, o que ele exemplifica como denúncia de violência de gênero sofrida pelas mulheres, suas consequências e a análise de motivações para o uso de drogas entre as mesmas, nas famílias de classes populares (ASSIS e CASTRO, 2010; PINHO, 2005; FONSECA, 2004). Em uma lógica semelhante à de suportar artificialmente a situação de prostituição, o que também veio ocorrer com a pessoa em questão:

(...) Meu pai não é um exemplo de pessoa, um exemplo de pai. Como homem pra tá... De pai mesmo. Ele nunca foi presente. Toda vez que ele era presente, a conversa dele era só bater. Conversa dele nunca foi conversa. Minha mãe sempre conversava, porque a minha mãe sempre tava fora, chegava cansada, mas sempre colocou as coisas dentro de casa. Então, a conversa dele era sempre bater. E não se importar tanto com os filhos. Quem se importava era a minha mãe. Então, não tinha aquela coisa. Então, ele dava mais medo de você fugir de casa do que você ficar dentro de casa. Pra ela, eu acho que pra... Usando droga pra se esquecer, da vida... Das coisas que ela tinha em casa. Pra começar a viajar... Sentir e ver... Tentar sentir alguma coisa diferente... (CASO D – Irmã).

Nessa busca por explicações em que se percorreram as mais diversas matrizes explicativas, as mães, em todos os casos, avaliaram a criação e os cuidados empreendidos, a ponto de algumas delas terem trazido em questão um “*mea culpa*” no sentido de uma possível ocorrência de falhas nesses cuidados, como se essa fosse a atribuição principal da mulher, embora, na maioria das famílias pesquisadas homens tenham sido referidos ou cobrados em seu papel de pai. Tal situação se fez comum em mulheres, especialmente em mães, ao trazerem para si as responsabilidades nos cuidados, sendo elas que incorporam as atribuições sociais de cuidadoras principais, incorrendo com isso em uma sobrecarga de cuidados que poderiam ser divididos como observou ROSA (2011), como um dos relatos o ilustra:

(...) o fato que eu não quero que aconteça alguma coisa com meu filho, depois eu me culpar como me culpei (...), que eu não fiz nada, não tomei uma atitude não fiz nada, é isso que eu fico com receio (CASO C – Mãe).

Embora se perceba que as explicações dadas pelas famílias não são unicasais, dentre as matrizes explicativas, se sobressai a matriz relacional, pois, referem que o uso de drogas foi favorecido pelas relações com as “más companhias”, junto às quais as pessoas chegaram predispostas pelas circunstâncias e assim, já vulnerabilizadas, o que é correlato à ideia de contágio relacional, aproximando-se da análise de CAMPOS (2005; 2010) em uma ideia de doença, entretanto não transmissível, mas que afeta as demais pessoas da família, estando dentre as repercussões do alcoolismo, na concepção dos Alcoólicos Anônimos (AA) e suas famílias.

É pertinente, entretanto, ampliar essa ideia de contágio, com o auxílio de MORAIS (2005) que identificou em literaturas do início do século 20, os estudiosos proeminentes da saúde mental da época, como Pedro Pernambuco Filho e Adaauto Botelho que referiram à “cocainomania como um vício facilmente transmissível em diversas relações e camadas sociais, sendo o contágio facilímo no mundo *chic*, nos depravados, nas baixas classes, e entre famílias de acatamento” (MORAIS, 2005, p.181). É essa lógica que parece reger uma importante noção causal que permeia um dos relatos:

(...) Eu acho assim que é companhia [*ênfase*]...porque nós pais damos muita liberdade pros nossos filhos até sem saber se aquilo vai fazer bem ou mal.... (...) (CASO A – Mãe).

É interessante dentre os casos, um dos quais a mãe entendeu como mediador para as drogas e consequentemente às más companhias, a prática do skate, que ela deu a seu filho de presente, se culpando por isso, já que este teria favorecido o “se enturmar”, o que ela diferencia da prática do esporte em si.

O caso é emblemático pelo cuidado que devemos ter com situações passíveis de generalizações, como se exceções fossem a regra, tal como a ligação entre AIDS e homossexualidade masculina que ocorreu em passado recente, tendo presente ainda os seus resquícios. O caso do skate torna-se emblemático pelo necessário e cuidadoso exame da questão em um momento em que o cantor “Chorão⁸”, artista de grande projeção, líder da banda Charlie Brown Jr., grande entusiasta do esporte, faleceu em condições trágicas relacionadas ao abuso de drogas. Aliás, se fosse somente pelo uso, quantos não estariam mortos?

A prática do skate é objeto de análise de BRANDÃO (2006), na associação da atividade à contracultura e movimentos do punk-rock na sua origem, com o hip-hop; bem como à preocupação atual com os corpos aceitáveis da contemporaneidade (SOARES e FRAGA, 2003), associado atualmente a apropriações do espaço urbano, tratando-se de um esporte radical já que impõe aos praticantes os riscos inerentes às manobras nos obstáculos desses espaços (BRANDÃO, 2006).

Já LE BRETON (2004), por sua vez, analisa os esportes radicais, análogos à busca deliberada do jovem por uma sensação prazerosa de vertigem, aparentemente controlada, que pode culminar em acidentes que podem ser fatais ou overdoses em se tratando das drogas; num análogo da vida em intensidade, em relação à sua extensão (VARGAS, 1998), sendo ilustrativo o relato da mãe:

Ele gosta do skate eu me senti culpada né? Porque na visão daqui, daqui de Várzea Grande, na onde a gente vive, a maioria dos skatista são todos

⁸ Encontrado morto em seu apartamento em 06/03/2013 aos 42 anos com sinais de overdose, Revista Isto É, n. 2260 de 13/03/2013. Sendo confirmada a morte por overdose em 04/04/2013 segundo Revista Veja, acervo digital disponível em <http://veja.abril.com.br/noticia/celebridades/chorao-morreu-por-overdose-de-cocaina-aponta-laudo>.

usuários né? E....ele gostou, gostava e gosta como um esporte, só que aí, ele começou a se enturmar (...) (CASO C – Mãe).

Dentro do universo de causalidades sugeridas para o uso de drogas algumas tratadas aqui, observaremos a seguir os impactos nas famílias decorrentes da descoberta.

3.4.5 O impacto da descoberta do uso de pasta base de cocaína

Para dar a dimensão do que aqui denominamos impacto, trazemos alguns dos seus sinônimos, quais sejam: choque, colisão, violência, conflito, pelo que em palavras podem, de algum modo, servir à tentativa de traduzir os sentimentos e reações dos familiares, diante da descoberta do uso de PBC e as consequências e providências de enfrentamento que se seguiram.

A descoberta mobiliza as ideias e explicações mais gerais sobre drogas e o crack e todos os seus efeitos negativos que são fato, acabam por ser potencializados pelos vieses sensacionalistas e midiáticos, além da forte conotação moralista, jurídica, biomédica, onde é veiculada a substância generalizada como crack/cracolândias, com grande poder de atuar negativamente sobre o indivíduo, as famílias e a sociedade (MEDEIROS, 2010).

Decorrente dessa grande publicidade somada aos efeitos da substância em si, conhecida por testemunharem em alguns casos as consequências em pessoas próximas, a PBC é adjetivada como droga pesada. A considerar-se as notícias que tomam as primeiras páginas e grandes chamadas televisivas a influenciarem sobremaneira os seus impactos junto às famílias.

A propósito, na mídia brasileira que não só reproduz a realidade, mas, também a cria, as drogas são tratadas reiterando-se uma relação estreita com a violência, desfavorecendo ponderações críticas e de conteúdo informativo, reforçando reações cada vez mais repressivas, ao invés de ações que impliquem as

pessoas (ROMANINI e ROSO, 2012). Refletimos sobre essa questão não com a intenção de diminuir o problema, mas de considerarmos aspectos que favoreceram ou desfavoreceram o impacto.

Por isso, o que era comentado antes por terceiros, veio à tona com sentimentos descritos através das analogias: “um cair a ficha”, “uma perda de chão” ou a percepção de a pessoa estar “no fundo do poço,” terminologia essa também largamente utilizada entre os AA como o estado mais baixo que se pode atingir, resultante de uma derrocada pelo uso (CAMPOS, 2010), conforme exemplificado:

(...) eu pelo menos, eu fiquei sabendo quando estava lá no sitio lá (...) Que eu fui mexer, ela tava também [*referindo-se à esposa*], fui mexer com um pano lá num forro de cama, pá! cachimbozinho da paz ali né? (...) que eu peguei o cachimbo aí eu tive certeza falei! Ah! O meu filho está no fundo do poço! (CASO A – Pai).

Conforme observado anteriormente, embora, as descobertas tenham se dado de modo paulatino, e muitos dos casos já estavam sob suspeita, mas sem certeza do uso da PBC que nessa circunstância “apareceu” ou, ao menos, chegou a ser cogitado o seu uso, especialmente denunciado por esses efeitos, havendo pudores ou temores de que ela surgisse, enquanto substância, à medida que negaram terem-na visto, conforme observamos anteriormente.

Percebe-se aí, uma flagrante classificação pelos efeitos na aparência e comportamentos, sinais objetivos e subjetivos como já afirmamos, dentre eles o flagrante de algum objeto que a denunciasses, com o cachimbo, “descoberto” após ser procurado. Algo que trouxe a certeza do uso da droga “mais pesada” e da certeza, a surpresa e a decepção, tornando a circunstância um marco memorável, no sentido de desagradavelmente marcante, uma epifania (DENZIN, 1989).

Olha, porque muita gente foi me falando, mas eu não acreditava. (...) Ai, eu tive uma amiga minha que tem um filho dependente (...) chegou e falou pra mim: (...) tá na boca de drogas ela pegou as coisas. (...) Ela tinha jaqueta. Eu trabalhava de doméstica, eu ganhava muita coisa boa. Então, eu ganhei duas jaquetas bonitas. (...) Ela tava lá trocando. (...) esperei ela sair. Olhei e cadê a jaqueta? Já não tinha mais nenhuma. (...) já entrei assim, em desespero. (...) Aí, comecei a revirar, e fui revirar (...) a revirar a gaveta. Abri a cômoda, comecei a jogar as coisas pra fora. Fui jogando, jogando, jogando. Aí eu falei assim: ‘Achei um cachimbo’ (CASO E – Mãe).

Tais foram as comoções que se advieram, que as emoções mobilizadas foram descritas como dor e buscando conferir-lhe uma dimensão, uma mãe, por exemplo, a descreveu como algo que a levou a pensar em se matar, pela vergonha extremada perante o julgamento moral social e de raiva generalizada com relação ao filho, a outros membros da família e de si mesma, traduzindo o estigma que se estende à família, tal como observamos:

Eu acho assim porque olha eu fiquei muito, muito, muito, muito revoltada com isso! Eu perguntava para mim mesma: aonde foi que eu errei [*emociona-se*]? E eu chorava muito, eu ficava nervosa ele saia assim quando ele saia eu falava ai Meu Deus já vai! não tinha experiência nenhuma né? Às vezes me dava aquele eu ficava eu fiquei tão assim... sabe desnorreada? Que as vezes me dava até vontade de sair me suicidar (CASO A – Mãe).

Passados os primeiros momentos em que ideias predominantes na sociedade são mobilizadas e posteriormente contrastadas com a experiência, essa mãe passou a idealizar o que relativizaria a situação do filho, alegando que preferiria o filho “homossexual que drogado”. A afirmação chama a atenção ao embutir uma classificação de cunho moral que dispõe as duas situações em uma mesma categoria, porém hierarquizadas. Assim, parece que ambas as situações são estigmatizadas no sentido goffmaniano de uma identidade deteriorada (GOFFMAN, 2004), mas também integrariam uma cultura desviante poderia dizer BECKER (2009) ou, ainda, se caracterizariam como pessoas abjetas, como sinônimo de desprezíveis que transitam em áreas de fronteiras culturais, subvertendo os limites entre homem e mulher, por exemplo, (LEITE JÚNIOR, 2012) ou da lucidez e loucura, como podemos ilustrar:

Falava não eu não quero eu não aceito eu falava assim eu não aceito isso na minha família posso aceitar tudo, assim aceitasse se meu filho fosse um homossexual! Aceitava tudo! Mais, menos isso, isso é a única coisa que eu não aceitava. Porque na minha família nunca teve assim... pelo menos que eu saiba não!!! Nem bebida, nem cigarro, nem nada. Então pra mim aquilo era um transtorno até me sentia até envergonhada daquilo tudo que está se passando. Falava Meu Deus! Como que eu vou sair na rua? Como que eu vou abrir com alguém? (CASO A – Mãe).

É curiosa a expressão tratada anteriormente, à medida que já a ouvi no senso comum, expressada por homens só que invertendo a sua ordem de hierarquização, o que me aguçou o exame da questão em seu aspecto simbólico, e me remeteu a ROSA (2011), que observou a postura de relativização dos familiares que naturalmente comparam suas situações com as de outrem. O que eu ousaria interpretar como o estabelecimento de uma medida buscando-se a hierarquização mencionada, assim também como num prisma de situação (DUARTE, 1988).

Nesse sentido, nos deparamos com um debate em uma revista eletrônica, onde foi referido o mesmo que a mãe disse, o que talvez nos dê pistas sobre o que colocaria o drogado em desvantagem com relação ao homossexual, como a mãe expressou anteriormente e uma participante do debate acrescentou: “pior ter um filho drogado, pois esse denuncia a morte” (UNINTER, 2006).

Além da morte, retornando ao caso da mãe, como ela mesma expressou, a vergonha (GOFFMAN, 2004), que remete à falha moral da família pelo uso de drogas, tanto que ela própria mencionou a ideia de suicídio por isso, estando aí nesse caso, muito próximos, os substantivos vergonha e morte, a morte social, inclusive, se antecipando à morte biológica iminente.

Ou outro caso, em que a sensação diante do impacto, a epifania (DENZIN, 1989), veio descrita como como um buraco que de repente se abrisse, ocasionando uma perda de chão, no sentido de faltarem-lhe as referências e a base para se sustentar de pé diante da situação que se apresentava ou uma perda de si simbolizada no próprio corpo como se tivesse perdido um pedaço da própria carne (RODRIGUES, 1975), numa dimensão de que a sua continuidade por meio do filho, tivesse se perdido.

Foi referido ainda, traduzindo uma lógica relacional que a família também estaria doente, pois, a situação de um indivíduo não afeta somente a ele, mas, também aos demais movida pela noção de contágio já apontada anteriormente (CAMPOS, 2010).

Tais sentimentos descritos vêm embutir uma ideia de cronicidade extensiva aos familiares, o contágio (CAMPOS, 2010), onde tais situações de dúvidas e incertezas levaram uma mãe a recorrer à ajuda profissional, no sistema de saúde através da psiquiatria, sendo diagnosticada a situação da familiar envolvida, como

depressão e prescritas medicações para ela acalmar-se. Assim, diante de tal situação, um uso de drogas prescritas para a familiar, para lidar com o problema das drogas proscritas, mais um paradoxo em certo sentido (FIORE, 2007), como referido:

Ah... foi sensação de perda, perda, parece que eu perdi um ... eu senti assim como se minha carne do meu corpo tivesse caído do meu corpo, um sensação de um buraco fundo tudo tava perdido, senti um... a perda, e é uma perda muito grande. (...) no decorrer... tanta angústia... eu ficar pensando meu filho se drogando, (...) é muito triste [pausa] desculpa... (...) Então, eu tomo remédio pra dormir e pra depressão, eu comecei a ficar com depressão, minha vontade é só querer ficar deitada, não querer cuidar das coisas mais. Triste, uma tristeza que vinha dentro de mim, uma coisa assim... de vê a que ponto a família... tá doente. Então hoje eu faço um tratamento com psiquiatra, eu tomo medicação, eu vejo que a medicação tem me ajudado. (...) eu consigo mais assim ser um pouco mais calma, (...) e depois desse fato, tudo me tornei uma pessoa mais nervosa né? (...) eu fiquei doente (...) (CASO B – Mãe).

Destaca-se que “a família vira de cabeça para baixo”, como sintetiza outra mãe caso (A), referindo-se às mudanças muitas das vezes mais evidentes, em que a família modifica toda a sua rotina anterior para adequar-se à nova situação, incorrendo em conflitos diversos, inseguranças, estresse, perdas materiais e afetivas, além do comprometimento das individualidades. Tais situações, afetando desta maneira o conjunto das relações, promovem a desorganização do universo relacional, obrigando os membros da família a redefinirem suas posições, caracterizando a “doença da família”, como uma situação, contagiosa no sentido relacional de afetação (CAMPOS, 2010), como exemplificado:

Nem almoçou, ele comeu de manhã e deitou, não levantou, chamei ele mas não levantou, daqui a pouco aí ele levanta, aí ele trocou a noite pelo dia (CASO C – Avó).

(...) eu fico totalmente assim... Perdida. Tem vez que me dá um desânimo. Mas, eu não posso desanimar, eu tenho que continuar assim, firme e forte. E cuidando. Pedindo a Deus pra eu não ficar doente, porque eu tenho pavor de ficar doente. Porque daí se eu ficar doente, aí vai ficar difícil. Por isso que eu oro muito (...) (CASO E – Mãe).

Não obstante, o que se segue é uma reorganização da dinâmica familiar, uma adaptação, à medida que se passava a conviver com a situação. Evidencia-se uma forma de enfrentamento denotando uma não passividade, buscando-se um

reestabelecimento ainda que provisório, até que outros acontecimentos (incertos e imprevistos) viessem ruir com a rotina forjada. Portanto, apesar das adversidades enfrentadas, a vida da família segue o seu curso numa normalidade possível (ADAM e HERZLICH, 2001).

Observaremos a seguir o cotidiano dos familiares cuidadores, no convívio com as pessoas usuárias de PBC.

3.4.6 Cotidiano de familiares que convivem com pessoas usuárias de pasta base de cocaína: características e enfrentamentos

Diante desse panorama que culminou nos impactos descritos anteriormente, o cotidiano passou a ser percebido como de incertezas num correlato com a própria rotina desordenada e imprevisível das pessoas, envolvendo e demandando um necessário processo de ajustamento diante de uma condição crônica (CANESQUI, 2007), configurando o que os esperava no enfrentamento da situação.

Foram relatadas dificuldades que vieram comprometer as relações familiares na percepção de indisponibilidades de algum familiar na divisão e compartilhamento dos cuidados, resultando em acumulação e sobrecarga de uns em detrimento de outros, objetivamente, reavaliando-se papéis nos cuidados. Tais relatos acabam por se tratar de algo que se atém apenas à esfera da verbalização como se um desabafo fosse por parte das mulheres, pois, na prática o desfecho que se observa é a sobrecarga no que diz respeito às atividades e ocupações das mesmas, especialmente as mães, como as principais provedoras do cuidado.

Assim, os cuidados posteriores ao impacto inicial decorrente da constatação da “droga mais forte”, como referiram à PBC, foram relatados como mais desgastantes, estressantes e nervosos, pela insegurança, medos e dúvidas, diante da necessidade de providências a serem tomadas em um “terreno” pouco conhecido. Embora já houvesse uma vigilância anterior especialmente das mulheres que

notavam e se preocupavam com mudanças de hábitos e comportamentos, como a troca do dia pela noite, as rotinas desordenadas, a falta de motivação para os estudos e o trabalho, o sumiço de valores e objetos, descuidos com a apresentação e a higiene e o distanciamento nas relações, o que acaba por ser assimilado como a rotina da pessoa usuária de PBC, ficando diante das incertezas, dúvidas e sobressaltos, desordenadas na real acepção da palavra, as rotinas dos familiares.

Desse modo, com a descoberta de que a PBC estaria causando a situação descrita anteriormente, a vigilância passou a ser ampliada e mais acurada, envolvendo a maior parte dos membros das famílias.

Os familiares procuraram dessa forma, ampliar inicialmente os recursos do âmbito privado, por exemplo, acompanhando, buscando ou monitorando as pessoas nos diversos lugares em que poderiam ser encontradas, caso não estivessem em casa, tendo uma espécie de mapeamento sobre onde a pessoa poderia estar e pudessem procurá-la, ampliando-se a vigilância externa.

Fora do ambiente privado, devido a receios e a vergonha, a questão foi abordada, entretanto, de modo cuidadoso, tratando-se confidencialmente sobre o problema que ora se apresentava, recorrendo à rede de relações informais na busca de auxílios. Nota-se que algumas dessas pessoas da rede de relações tinham por sua vez, trânsito no contexto formal da saúde, além de uma relação de proximidade pelo convívio na vizinhança e uma empatia por conviverem com situações correlatas, tal como expressado a seguir:

Eu preciso abrir com alguém isso que está acontecendo! Inclusive a primeira pessoa que eu contei foi uma vizinha minha que ela é enfermeira né? E agente muito amiga Graças a Deus eu contei pra ela, ela falou: Não, não é assim eu também tenho problema! Então a pessoa vai contando seus problemas e a gente porque quando se trata assim da droga assim eu acho que as pessoas se fecham não sei a gente tem não sei se a gente tem um pouco de vergonha! Acha que vai acontecer com todo mundo mais menos com a família da gente! Menos com o filho da gente! (CASO A – Mãe).

A enfermeira é minha amiga, que trabalha aqui (...) que me deu os remédios dela. (...) Apoio também, porque ela também tem um filho dependente. Hoje é tão incrível você vê uma família que não tá passando por isso, é difícil! (CASO E – Mãe).

Então, haveria uma vigilância intra doméstica onde se recorre aos recursos disponíveis no contexto privado que são mobilizados e uma vigilância extra doméstica decorrente da rede de contatos no espaço público.

Observa-se que os cuidados tiveram que ser redobrados na vigilância das pessoas e da casa, uma vez que dinheiro e objetos à disposição que pudessem ser de utilidade no mercado das drogas poderiam ser furtados pelas pessoas, como ocorreu em alguns dos casos. Tais situações comprometiam ainda mais a economia familiar, já abalada em se tratando de famílias de classes populares administrando pequenos orçamentos, com a sobrecarga de lidar com os dispêndios financeiros das pessoas que já poderiam estar desempenhando alguma atividade que pudesse contribuir com o orçamento familiar. O que atenderia, dessa forma, às expectativas da família em sua ordem moral (SARTI, 2005).

As estratégias empreendidas eram evitar deixar bolsas, carteiras ou dinheiro disponíveis e guardar ou esconder objetos tais, como ventiladores, celulares ou aparelhos de som e até mesmo alimentos, mais fáceis de serem convertidos no escambo comum com essa mercadoria (droga).

Diante da imprevisibilidade da pessoa, percebe-se um esforço redobrado de quem cuida, no sentido de zelar para que os suas atitudes não viessem mobilizar na pessoa reações intempestivas que pudessem afetar a família, utilizando-se como estratégia, buscar a atenção da pessoa procurando envolvê-la em outras questões e, com isso, dissuadi-la de movimentos ao encontro da droga ou dos meios para consegui-la, como ilustrado a seguir:

(...) É assim o tempo todo. E eu tenho que ficar quieta! Quieta! Quieta! Quieta! Ai não pode ficar no celular, não pode ficar o sonzinho do Davi [*pertences do neto disponíveis à mãe*]. Não pode ficar o meu celular, não pode ficar comida, não pode nada. Tudo fechado aqui dentro. A roupa boa das crianças, a roupa de cama, (...) Esconde tudo e fica sempre olhando, assim pra ela. Sempre tomando conta. Sempre conversando. Tentando distrair, falando alguma coisa. Fazendo ela lembrar das amizades. Falar do que aconteceu. Às vezes, contar uma história, né? E assim vou... (...) Essas coisas assim eu faço (CASO E – Mãe).

Quanto aos cuidados de vigilância que se redobraram, a rotina era descrita por alguns como um “pisar em ovos”, significando a lida constante com algo frágil, sendo que os menores motivos poderiam desencadear reações inesperadas ou

justificar pretextos para se buscar o consumo de drogas. Tais situações demandaram dos familiares a necessidade de assumirem a função de mediadores das relações dessas pessoas no ambiente doméstico e no meio externo, entre o público e o privado, como defendem SCHENKER e MINAYO (2004), acerca da família como a principal mediadora da saúde de seus membros.

Lidar com ela é o mais difícil. (...) Ah, porque você tem que ficar pisando em ovo, assim, andando em ovo. Não pode descuidar porque é triste você vê seu filho sair assim desembestado e você não sabe o que vai acontecer. Quando vai voltar. (...) (CASO E – Mãe).

Em meio às adversidades colocadas pela situação do uso de PBC, os familiares diante de um cotidiano imprevisível vão reelaborando rotinas, forjando a “normalidade” possível ajustando-se às demais demandas cotidianas. São ações decorrentes da cronicidade como em outras condições crônicas em que se busca controlar a situação e viver tão normalmente quanto possível, embora a situação que se apresenta (ADAM e HERZLICH, 2001).

É muito difícil, muito difícil, as vezes eu tenho que correr atrás de uma coisa, minha mãe tem que trabalhar, nós temos nossos afazeres: comida, colégio, cuidar das outras criança né? E a gente fica preocupada com ele, fica preocupada. Ora que ele sai, chega pede cinco reais pra ela [*a avó*], cinco reais pra mim, ah [*pausa*] ele chega né, ele chega, aí ele fala que ele vai comprar um cigarro, que ele vai comprar um negócio, que ele vai comprar outro [*referindo-se a drogas*]. Ele pega a motinha dele e sai e volta, aí passa mais um pouquinho mais cinco minutos ele sai de novo, aí ele volta. Ele fica assim... toda ora ele sai um pouquinho, aí quando ele não quer que eu veja, ele sai por aqui a pé entendeu, então é uma coisa que as vezes ele não mente pra nós, ele mente pra ele mesmo (CASO C – Mãe).

Conviver com o usuário de PBC, entretanto, restringe a sociabilidade dos familiares, requer estar sempre em estado de alerta para os enfrentamentos cotidianos, além do que, não se pode viajar ou se ausentar da casa a não ser por curtos espaços de tempo, deixando o lazer comprometido, ampliando a incidência de estresse, diante da impossibilidade de se confiar na pessoa lidando com os bens e valores pertencentes à coletividade familiar, tal como um dos relatos ilustra:

(...) Passear a gente já não pode mais... (...) porque a situação não permite. Se eu for, eu ainda tenho o trabalho que areja a mente. A minha esposa, por exemplo, de quase três anos pra cá ela não sabe mais o que é sair de casa. Mesmo pra ir assim, na igreja é difícil. (...) (CASO E – Pai).

Tais situações apresentam grande semelhança com outras condições crônicas, em que se depara com períodos de calma e aparente controle que se alternam com circunstâncias de crises, movimentos representados como altos e baixos, em que a pessoa aparenta em dado momento uma sociabilidade esperada e quando sugeria melhora e reestabelecimento, desaparece de casa, só reaparecendo daí a alguns dias, situações essas denominadas pelos familiares como recaídas.

Tal situação por sua descrição vem corroborar a definição das condições crônicas (OMS, 2003) que podem ser tratadas e controladas, reduzindo-se as crises, alternando-se, muitas vezes, períodos de controle das mesmas e de retorno à situação crítica (AGUILAR e PILLON, 2005; LEITE, 2000), as “recaídas”, embutindo uma crise latente e a incerteza sobre os acontecimentos futuros (ADAM e HERZLICH, 2001), como ilustrado por um dos familiares:

(...) De uns tempos pra cá, [*a filha*] fica três dias em casa, e cinco na rua. Dois em casa, três na rua, tamo assim... Agora tá 30... Acho que 32 dias, acho que parece, que está sóbria aqui dentro, pensando positivo... Como todas as vezes, dá impressão que tá pensando positivo. É uma coisa que parece que não tem fim.(...) (CASO E – Pai).

Ademais, diga-se de passagem, no redobrar desses cuidados, as famílias tendem a assumir afetiva e financeiramente os cuidados dos filhos dos filhos ainda que esses netos ou sobrinhos em alguns casos, não vivam diretamente sob a sua guarda, dado à falta de capacidade dos filhos em suprirem as respectivas demandas emocionais e materiais, como na maioria dos casos pesquisados. Embora esse arranjo se faça presente no caso das pessoas em uso de drogas, não é exclusiva delas, pois, tais cuidados, empreendidos pelos avós e tios, podemos entendê-los ainda, como resultantes das novas configurações familiares diferenciando-as do modelo clássico nuclear (OLIVEIRA, 2009).

As situações em que avós se tornam responsáveis por netos como se filhos fossem, embora, já se trate de um desenho comum na atualidade, em sua especificidade sendo poucos os estudos a respeito, estes são denominados pais

substitutos, avós guardiões ou retaguarda. O fato é que tais situações ocorrem, especialmente devido ao uso de drogas pelos filhos, onde avós acabam se dispondo a essa sobrecarga afetivo emocional e financeira na criação dos netos (BRITO et al., 2009).

Além disso, muitas vezes, esses cuidados são concomitantes aos cuidados com os filhos que continuam demandando atenção nas esferas material e emocional. Tal momento é paradoxal na medida em que há um maior distanciamento da geração dos netos que dos filhos, em uma circunstância em que os avós, é que estariam se aproximando da necessidade de serem cuidados (BRITO et al., 2009; ROSA, 2009). Não se ignora também, haver legislação que responsabiliza os familiares pelos menores e incapazes impelindo-os ao cuidado e punindo-os na omissão ou abandono.

Tais situações são ilustradas pelos cuidados de netos por avós em todos os casos, sendo no caso (E) os avós cuidam da filha e de três filhos dela, sendo que esses cuidados ainda auxiliam o enfrentamento, minimizando conflitos cotidianos, bem como prevenindo a ocorrência de problemas judiciais, já que a droga não a deixa preocupar-se com os demais e com suas responsabilidades, salvo, consigo mesma. É ilustrativo o relato a seguir, sobre a impressão de avós em relação de afeto dos filhos com os netos em alguns dos casos:

(...) O Moisés vem de cada três meses, aí a gente aproveita vai pra lá pra ver o filho dele (...) a gente reúne lá, come churrasco, Moisés brinca com o filho dele. Eu tô ensinando o Moisés assim... eu não vejo Moisés assim interessado no filho dele, sabe eu presto atenção... que eu fico assim cobrando como se eu tivesse mostrando o que ele tem que fazer, não sei... não vejo interesse. Eu vejo que a droga ela faz a pessoa não olhar pro lado, só olha pra ela mesma (...) (CASO B – Mãe).

O fato é que a rotina das pessoas, também segue, embora agora com maior monitoramento se assimilando à rotina da família. Comparando-se ao que estivera comprometido antes, as relações, a desordem nos horários e o trânsito junto à família. É observado o reestabelecimento da sociabilidade da pessoa dentro de uma normalidade possível, relativizando-se problemas decorrentes do uso de drogas, desde que estes não venham afetar essa aparente normalidade, sugerindo um reequilíbrio ainda que sejam reequilíbrios provisórios.

Estes reequilíbrios possibilitam vislumbrar um futuro ainda que não seja de longo prazo, mas de curto prazo, ao encontro de uma compensação ou estabilização. Um futuro possível de ser observado em ganhos de curto prazo, em substituição ao conceito usual de cura como algo para sempre (JUCÁ, 2007; GUTIÉRREZ, 2008), sendo ilustrativo o relato:

(...) Ele não tá usando mais! Se tá usando é outras coisas que eu não percebo (...) Em termos de perceber mesmo, ele está tranquilo ele senta ele conversa com nós ele fica aqui assiste a novela ele sai (...) ele agora fica, só vai de noite mais ele vai aqui nos colega dele aqui de baixo fica tomando tereré. São pessoas também que o povo fala que já foi envolvido que hoje toma remédio faz tratamento também. (...) ele tá lá com eles tomando um tereré tocando violão envolvido com outras coisas e quando ele estava usando ele é isolado não fica com ninguém os amigos mesmo afastaram todos dele os amigos entre aspas porque isso não é amigo (...) (CASO A – Mãe).

As situações em que após certo período sem o uso de drogas, se retorna ao uso, é denominada pelos familiares como “recaída”, proveniente de “abstinência”. A abstinência nesses casos é explicada pelos familiares, como decorrente de uma vontade incontável de se retornar ao uso da PBC, após algum tempo sem consumi-la, como se o organismo estivesse demandando a droga, algo para além da mera vontade, por isso, incontável (FIORE, 2007).

Nesse sentido a abstinência aqui comentada, não seria uma postura de evitar-se o uso da PBC e sim uma demanda urgente pela substância na tentativa de aplacar os efeitos de sua falta no organismo, após certo tempo abstinente do uso, numa livre tradução pelos familiares orientados pela experiência; da síndrome de abstinência talvez com empréstimos da visão biomédica (FIORE, 2007). As consequências da abstinência fazem parte do cotidiano das pessoas e familiares, é uma situação temida e razão para apreensão. Diante dela os familiares se sujeitam desde às incursões às ruas na busca das pessoas, até tentarem soluções de atenção às vezes novas, tal como a maioria dos casos chegaram ao CAPS-ad. Sendo assim descrita a situação:

(...) só que existe abstinência, existe aquele processo que ele é... igual aquele filme que fala da recaída né, ele tá bem dois, três, quatro dias ele tá segurando, tentando fazer o máximo mais a gente não sabe o amanhã, não sabe depois. E ele fica mais assim final de semana, sexta, sábado e domingo né, domingo nem tanto mais na sexta e no sábado, eu não sei por

que, ele falou que é quando ele costumava usar com os amiguinhos dele, era final de semana (CASO C – Mãe).

Por outro lado, torna-se de grande valor para os familiares, a abstinência no sentido de abstenção ou não utilização da PBC, tal como princípios valorizados e abordados pelos AA e iniciativas correlatas que privilegiam a abstinência no sentido de evitação do uso, como princípio para a busca de melhora (CAMPOS, 2010). Sendo usual para os alcóolicos o manterem-se “sóbrios”, tal como no caso das drogas ilícitas, o manterem-se “limpos”, pressupondo que a droga “suja”, suja a pessoa o que se reflete em seu estado físico simbolizando a sujeira interna.

Entretanto, isto não deixa de significar, um referencial do qual os familiares se utilizam no monitoramento com vistas ao cuidado, uma vez que no que se percebe, apesar das limitações nos planos para o futuro, um dia seguinte sem intercorrências graves tal como o não uso de PBC no dia anterior torna-se motivo de comemoração. Um futuro possível e de curto prazo, no lugar de uma cura em seu sentido usual (GUTIÉRREZ, 2008), como os relatos exemplificam:

(...) O que é o mais difícil no dia a dia? Ah, eu acho que não tem mais nada difícil... Difícil é só quando eu fico sabendo que ela já teve uma recaída, né? Mas, no mais não tem mais nada difícil mais... Sempre quando eu posso eu vou lá ver ela [*na casa dela, pois, após receber os cuidados da mãe e irmãos, uma vez estabilizada ela retorna à sua casa com marido e filhos*]. Passo o dia com ela, ligo pra ela. Ai o marido dela fala que tá tudo bem, passa o telefone pra mim, eu converso com ela. É isso aí... (CASO D – Mãe).

O mais difícil é acordar todo dia e pensar que ela pode recair de novo. Mas, quando o dia termina, e saber que ela não recaiu. Não que agonia toda dia, que você fica agoniando, mas sempre vem no pensamento, todos os dias... O dia inteiro... ‘Ah, passou... Ela tá bem! Ela passou, ela tá bem...’ Que isso sempre vai tá na cabeça. Na minha cabeça sempre tá ‘ah, ela tá bem!...’(...) (CASO D – Irmã).

Outros desafios, que passam a fazer parte do cotidiano dos familiares de pessoas usuárias de PBC e que requerem enfrentamentos são os perigos a que essas pessoas estão susceptíveis nas ruas e nos locais de comercialização, diante do mercado clandestino das drogas ilícitas, promovendo riscos, inclusive, o de morte por desavenças, overdoses, efeitos de ações policiais ou dos endividamentos e suas consequências.

Vale ressaltar que o mercado das drogas embora se firme como outros mercados, em sua organização que perpassa os vácuos do poder público, tem produzido aumento significativo de violência urbana (CONTE et al., 2007), sendo ilustrativo o fragmento de um estudo que reproduzimos na íntegra:

Assim, o processo de endividamento gerado pelo crack desemboca em outro tipo de conflito interno à comunidade e/ou seu entorno: o roubo. Esse tipo de delito torna-se prática comum na medida em que as bocas atuam muito por escambo. O trabalho de grande parte das conexões internas à rede é mão de obra remunerada por produto. Nesse sentido, tanto o dinheiro quanto algum tipo de bem funcionam como meios de troca para o produto. Esse fato valida o roubo como prática própria do comércio do crack. As situações de roubo podem ocorrer dentro da própria família, no entorno da bocas ou na região de moradia, sendo esse delito o mais passível de resultar em assassinato do usuário pelos próprios integrantes da rede (SAPORI et al. 2010 p. 73).

De igual maneira, os familiares além de submetidos a uma rotina desgastante, também correm os mesmos riscos quando se dirigem às ruas para procurar um filho, por exemplo, nos pontos de venda da droga ou quando são alvo de cobranças de dívidas dos filhos em suas casas. Sendo ilustrativo o relato de um pai acerca dos riscos que perpassam e ultrapassam o consumo de drogas:

O medo não era dele usar, usuário é uma coisa né? O duro é não ter o dinheiro e aí começar a pegar fiado chegar traficando, de traficante querer acertar as contas com ele, cê sabe como é que é né? Isso pode acontecer, então o meu medo é esse aí! (CASO A – Pai).

Ao considerar que a situação que se apresenta, faz parte de um universo amplo, para além dos limites da casa, em igual medida, são ampliadas as estratégias de enfrentamento pelas famílias através da utilização das redes de relacionamentos, como vizinhos e conhecidos ou até mesmo, tolerarem-se alguns comportamentos, como o caso da avó que aceita o uso de PBC dentro de casa, numa lógica subjacente à da redução de danos, visando de certo modo proteger e minimizar os riscos, conforme ilustrado através do relato:

(...) então ela acha que ele usando aqui, deixando, vai proteger ele (...) [a mãe referindo-se à avó materna], (CASO C – Mãe).

Cabe aqui salientar que, embora a ideia passada pelos familiares venha ao encontro dos itinerários terapêuticos⁹ quando referiram sobre os seus percursos na busca de soluções, não iremos alongar a questão dos itinerários por não ser objeto deste estudo, mas chamamos a atenção para a sua complexidade, pois, tampouco, haveria a intenção de resumi-la. O fato é que as famílias apesar da perplexidade diante de situações extremas e desconhecidas, não ficam em situação de passividade e buscam desde “receitas” caseiras a diferentes recursos para o enfrentamento da situação como pontuado a seguir.

Deste modo, outros recursos foram buscados para o enfrentamento da situação, dentre eles os recursos religiosos, que foram apropriados pelos familiares, a partir da interpretação da questão como de cunho sobrenatural ou exógena em alusão à sua origem percebida pela família como de ordem imaterial, sendo uma forma de compreender a situação dentro de uma totalidade que transcende o plano material (CAMPOS, 2010; RABELO, 1993), parecendo se tratar de um recurso no sentido terapêutico para enfrentar e conviver com a situação que é crônica, destinada à família por uma “vontade” maior, conforme exemplificamos com um dos relatos:

Ah, eu sei que eu vou na Igreja Mundial. E a partir da hora que eu peço pra Deus uma coisa, eu consigo. (...) já faz um tempinho. Já tem um ano e pouco, dois anos e pouco. (...) De vez em quando eu vou. Não vou direto porque eu trabalho, né? Mas, eu gosto de ir. (...) Por causa desse problema da minha família. (...) porque se você não recorrer a Deus. Você não consegue nada na vida. Tudo na vida tem que ter Deus no meio. Vou procurar Deus. (...) eu me senti melhor lá. Eu senti... De todas as igrejas que eu já fui, a que eu me senti melhor. Eu me senti bem (CASO D – Mãe).

Dentre os recursos buscados ao encontro das soluções caseiras consta inicialmente, providências visando ao afastamento da pessoa das fontes de influência, como é exemplo o caso de um pai que trabalha em obras percorrendo municípios durante o tempo de duração das obras, sem, no entanto, se estabelecer em nenhum deles, tendo a sua família residindo no município de Várzea Grande, decidiu

⁹ Portanto o itinerário terapêutico remete à ideia de eventos sucessivos que formam uma unidade de ações somente de um ponto de vista retrospectivo, buscando dar coerência à série de atos fragmentos, com a participação da rede social, da família e da pessoa de modo a legitimar os tratamentos utilizados (ALVES e SOUZA, 1999).

levar o filho consigo, acompanhando-o nas respectivas obras, tendo lhe ensinado inclusive um ofício para que além de afastado ele tivesse um trabalho a ocupar-lhe.

Aqui também subjaz o valor regenerativo do mundo do trabalho que requer conformidade com regras, permite assumir responsabilidades de auto sustentar-se e a uma família; bem como para simplesmente ocupar a pessoa e, pelo seu oposto, ao uso de drogas interpretado como falta de ocupação.

Outros familiares recorreram a uma chácara de uso ocasional da família, deslocada do ambiente da rotina do filho, na qual os pais procuraram monitorá-lo contando com uma rede de apoio social¹⁰, de familiares que residiam nas proximidades, mas referiram piora do quadro, decorrente do isolamento conforme a interpretação, mas esta ligada ao afastamento da família, conforme o relato:

(...) Ele foi lá pra a chácara que a gente, tem ele achava que ele afastando da turma ele ia tentar ele ia sair, mais aonde que pioro porque ele se isolou né? (...) (CASO A – Mãe).

Outra solução encontrada pelos familiares mobilizando as redes de apoio, foi a busca por internação, ou seja, a retirada da pessoa de seu ambiente para outro controlado, sendo um dos recursos utilizados pela maioria das famílias, salvo em um dos casos, em CT, a maioria pagando por esse recurso, ou seja: dos cinco casos, quatro foram internados em CT, salvo o caso (D).

As CT são, em sua maioria, criadas por iniciativas religiosas, utilizando-se como ferramenta a ideologia dos 12 passos, apregoando que a recuperação só é possível através do reconhecimento individual das drogas como um problema, embora não sejam somente as CT que se utilizam dessa ideologia.

Por essa vertente, consideram-se a falta de controle sobre o uso e a existência de um poder superior há que se contar, e após um internamento de longa duração em média de seis meses, recomenda-se a continuidade da atenção junto à comunidade, nos grupos de mútua-ajuda, tais como AA ou Narcóticos Anônimos (NA) (SCHENKER e MINAYO, 2004).

¹⁰ Rede de apoio social é um conceito complexo, que pode ser explicado pelo fato de que a pessoa pode optar por administrar só a situação ou se ver obrigada a isso recorrendo a diferentes redes a lhe favorecerem o apoio material, normativo, afetivo, cognitivo e emocional necessários, junto ao tecido social, permitindo uma melhor administração da situação conferindo funcionalidade às relações (ADAM e HERZLICH, 2001).

As CT na atenção à questão dos problemas relacionados a álcool e outras drogas revelam uma lacuna do Estado no cumprimento e desenvolvimento de políticas públicas de saúde para o tratamento dessas pessoas e atenção aos seus familiares. As políticas tornam-se de tal modo enviesadas, que o Estado que poderia ter se implicado mais em ações preventivas de atenção ambulatorial, antes do agravamento do problema no contexto social, vem de modo retrógrado valorizando medidas de internações, comprando vagas em comunidades terapêuticas. A esse respeito, uma notícia que nos chama a atenção é o “Cartão Recomeço” apelidado como “Bolsa Crack” que irá proporcionar R\$1.350,00 por mês como pagamento por tratamentos em serviços privados de internação de dependentes químicos no Estado de São Paulo (RIBEIRO e DANTAS, 2013).

Cabe reiterar que não se trata aqui de crítica leviana a uma iniciativa e sim, a iniciativa dissonante de políticas públicas que não tiveram sequência em sua implantação, a partir da lei da RP, como o comprova relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre a insuficiência de serviços públicos de atenção à dependência química sobre a qual trataremos adiante (TCU, 2012).

Os relatos de insucesso na utilização das CT como recurso, estavam relacionados desde ao quanto era oneroso para as famílias arcarem com os pagamentos de mensalidades, até situações adversas ocorridas decorrentes do isolamento, exacerbando comportamentos tal como num surto, interpretado por um familiar como “entrar em desespero”, ou por outro, ora explicado como abstinência, no sentido já tratado anteriormente, interpretado como vontade incontrolável do uso de drogas após certo tempo sem consumir (FIORE, 2007), sendo ilustrativo:

(...) Ai depois disso daí também ele quis né bem? [*referindo-se ao marido*] Ficar numa entidade lá (...), numa evangélica, povo evangélico que era conhecido ele falou: Vou ficar lá! Ele ficou um mês e pouco, veio bem, quando ele tava lá não tava usando mais eu acho que aí ele teve abstinência... dentro de um mês mais ou menos e veio embora veio até a pé! (...) (CASO A – Mãe).

(...) internamos ele durante 30 dias, ele num aguentou ficar na clínica [*Aqui no caso clínica como denominação de CT*]. (...) o pai fez das tripas coração, pagamos uma clínica só que não deu certo. (...) Quando chegou o Moisés chegou lá entrou... tipo um desespero e ele começou a orar, orar, pegar a Bíblia, começo a lê a Bíblia (...) (CASO B – Mãe).

Vale ressaltar que as diferentes tentativas de tratamento, sem se ater aos modelos terapêuticos subjacentes a cada uma, nos trazem evidências de que doença e cura são experiências construídas na intersubjetividade dos familiares e entorno, sendo esses significados continuamente negociados pelo modo com que visões de mundo e projetos de cura são cotidianamente incorporadas (RABELO, 1993).

Desse modo, o CAPS-ad, dentre as estratégias descritas, foi um dos recursos buscados, parecendo ter sido posterior às diversas alternativas que o precederam, ao que podemos inferir razões diversas, dentre elas a não percepção pelas famílias da necessidade desse tipo de intervenção até que por alguma razão ela se fez necessária ou por desconhecimento dessa alternativa na rede de atenção, após explorarem os recursos disponíveis até então.

Podemos ainda considerar, tratar-se de uma tendência das famílias, procurarem esgotar os recursos da esfera privada, tentando estratégias de atuação que anteriormente se mostraram eficazes, evitando-se assim, publicizar o assunto e consequências desse tornar público, tais como lidar com os rótulos advindos e o contato com sentimentos tais como impotência, exaustão, culpa e desespero (ROSA, 2009).

Ademais, a demora em buscar ajuda externa ou profissional corroborando o agravamento do problema, muitas vezes, deve-se à tendência de os familiares se sentirem culpados e envergonhados pela situação que se apresenta (PAYÁ e FIGLIE 2010).

Assim, após o percurso pelas iniciativas que evidenciaram os cuidados informais ou comunitários, com o auxílio de parentes ou amigos e os cuidados formais nas redes primárias de atenção, como postos de saúde, as pessoas em sua maioria receberam atenção em CT. Entenda-se aqui por rede social formal a que se relaciona à posição e papéis formais desempenhados pelos seus membros na sociedade, incluindo profissionais de saúde entre outros, rede social informal aquela cujos membros têm relevância pelas relações em sua dimensão pessoal e afetiva, entre família, amigos, vizinhos (BOCCHI e ANGELO, 2008).

Esse apoio institucional para as famílias vem proporcionar uma divisão da sobrecarga diante dos cuidados e da vigilância, fato observado por ROSA (2011),

como uma das funções da atenção que o Estado não pode delegar somente às famílias. Assim, as famílias como base para atenção à saúde, representam na atualidade das reformulações dos cuidados que lhe foram devolvidos pelo Estado, que isto não livre o Estado das responsabilidades com políticas públicas de saúde para que essas não sejam desmanteladas diante de outras políticas (SERAPIONI, 2005; ROSA, 2011), como descrito:

(...) A atenção que eles dão lá é a atenção que a família não pode tá dando 24 horas, né? É uma atenção que ela alivia desestressa, fica aliviado... É uma terapia. Ela fica bem. É uma coisa que a família não pode tá com ela ali, é o CAPS que tá (CASO D – Irmã).

As pessoas em sua maioria, foram levadas ao CAPS-ad pelos familiares, em decorrência de situações que extrapolaram limites, quais sejam: do orçamento pela indisponibilidade dos recursos, ou por situações com as quais os recursos disponíveis não os permitiam lidar, ou não conseguiam denominar ou denominavam como “surto” ou “abstinência” como já tratado anteriormente.

Na trajetória até o CAPS-ad, as orientações, foram obtidas por intermédio de pesquisas em mídias, informações na Pastoral da Sobriedade da Igreja Católica, indicações da polícia ou corpo de bombeiros após intercorrência mais grave na casa em que se fez necessário esse socorro, quando a pessoa havia se trancado no quarto com um bujão de gás para cheirar, na falta de outras drogas, colocando todos em risco. Em outro caso, após surto com ameaça de suicídio, em que se fez necessária a intervenção em hospital psiquiátrico e de lá o encaminhamento para o CAPS-ad ou ainda, um caso de uma mulher, que diante da agressividade com que se dirigia aos seus pais, estes pelo receio, recorreram aos meios judiciais, através do Ministério Público, para conseguirem tratamento para a filha que foi encaminhada judicialmente para o CAPS-ad.

O fato é que a maioria dos casos foram dirigidos ao CAPS-ad, diante de circunstâncias extremadas, ou seja, embora, já se tratassem de situações com as quais já vinham lidando, apresentavam-se as crises após algum tempo em estado latente, que alternavam, por sua vez, os níveis de gravidade inclusive, sendo que tais situações nos remetem como já tratamos, aos pressupostos das condições crônicas

guardadas as devidas proporções que as diferenciam, do diabetes ou da hipertensão, por exemplo, (FIORE, 2007).

Embora, seja necessário e oportuno refletir também, que as famílias, ao se remeterem em situação extrema à polícia, o ultimato de “interdição” através do judiciário, ao que nos parece, além da questão real das situações de ameaça com as quais conviviam, procuram a lei, no sentido simbólico de estabelecimento de limites de autoridade naquele momento, delegada ao Estado, entendendo-o como instituição que reproduz o modelo familiar de autoridade (BRANDÃO, 2005).

Talvez aí a procura do CAPS-ad, como entidade do Estado, a autoridade que se encontrava fragilizada na família, já que controles morais que tornariam a lei imposta desnecessária deixaram de surtir efeito (ZALUAR, 1999), como os relatos vêm ilustrar:

(...) Onde que eu vou arrumar um tratamento? Eu não tenho condições de pagar! Não tenho um plano de saúde, eu não sei pra mim ajudar esse guri fazer um tratamento porque hoje é tudo caro, psiquiatra é muito caro tudo né? envolve dinheiro e eu não tenho. Como que eu vou fazer? Até que a minha filha trouxe o papelzinho do CAPS (...) o Cristiano (...) Tava afundando, afundando, afundando mesmo e saía umas duas três vezes por dia, (...) vou internar você ou por bem se você não for por bem eu vou pedir para o juiz interditar você. Aí ele deu um pulo lá em cima ah eu não vou eu não nem, nem, pode parar que eu não vou não, vou sair, eu não vou ficar internado, que isso não adianta nada (...) ele ligou [no CAPS] aí eles falaram assim: “vem, o endereço é esse, você vem aqui”. Foi aí que as portas se abriram ele foi conversou (...) (CASO A – Mãe).

Como tenho uma amiga, amiga de verdade ela tem problema com o marido problema de álcool, ela conheceu a Pastoral da Sobriedade, ela me convidou pra mim ir. Através da Pastoral eu conheci o CAPS e foi assim... e até hoje eu tô ino no CAPS (...) (CASO B – Mãe).

Nós procuramos ajuda depois que o caso já tava sério. Foi que nós começamos no CAPS, né? Quando a coisa já tava bem já avançada, que nós começamos a procurar ajuda. (...) o Barbosa já foi no Mistério Público, né? Pra pedir orientação, pra pedir ajuda, tudo, né? Com medo dela se tornar violenta aqui dentro de casa. Porque a maioria deles são, né? Então, é isso que também segura dela não ser violenta em casa. Porque ela sabe que se ela fazer alguma coisa a polícia leva ela. (...) Porque ela é encaminhada pro CAPS pela justiça também. (...) (CASO E - Mãe).

Ao depararem-se com o CAPS, alguns dos familiares informaram surpresa pelo acolhimento e a descoberta de um lugar que oferece atenção “gratuita,” o que

acabou por conferir ao espaço um significado de ambiente para “quem não tem condições”, portanto, destinado ao pobre. Diante disso, poderíamos nos perguntar, quais seriam então os espaços destinados aos mais abastados? Entretanto, iríamos entrar em intenso debate de especulações a respeito de como esses lidariam com essa questão, porém a esse respeito, um pai tem a sua interpretação:

Hoje em dia é mais fácil você ver na maioria das casas com, do que sem... É uma realidade verdadeira mesmo. Mas, a sociedade, eu não sei, parece que encobre, tem preconceito, da posição social... Se o senhor fizer uma pesquisa nesses consultórios psiquiátricos o senhor vai confirmar o que eu tô te falando... Esses consultórios andam cheios de dependente... (CASO E – Pai).

Diante disso, também os nossos recursos de pesquisa seriam limitados pelo pequeno acervo de trabalhos a respeito, num paradoxo com a profusão de notícias controversas em revistas populares especializadas em ricos e famosos. Tal situação comprovada através dos jornais, sites e outros meios que socializam a vida de celebridades, glamourizando inclusive o sofrimento e a morte delas, tal como a “síndrome dos 27 anos” tão alardeada diante do falecimento da cantora Amy Winehouse em decorrência de seu envolvimento com drogas proscritas e prescritas (HENN, 2011) e o recente falecimento do cantor Chorão vocalista da banda Charlie Brown Jr., comentada anteriormente. Estas pessoas, ao que se supõe, tinham recursos financeiros que não as impedia de mudar a condição em que viviam, tal não aconteceu, porque a questão das drogas em sua complexidade, está além da capacidade financeira de se buscar a atenção à saúde.

Não poderíamos, entretanto nos furtar a oportunidade de considerar equivocada essa visão de gratuidade, uma vez que o SUS gerenciado pelo Estado, só não recebe pagamento direto do cidadão, embora o acesso seja universal. Portanto, usufrui-se do que já se paga através dos impostos enquanto pessoa física ou jurídica, além de ser prevista a participação da comunidade em sua gestão (BRASIL, 1990a), assim sendo a saúde pública, não deve ser traduzida como gratuita, como a referem:

E a vantagem disso tudo é que a gente não paga um centavo por isso! É pras pessoas mesmo que buscam mesmo porque não tem condições! Agente não paga um centavo ali você tem psicólogo, você tem é psiquiatra, exames eles dão todo assim os lugares assim para você ir

conseguir fazer com facilidade porque você chega nas policlínicas se você for fazer uma consulta dia-a-dia é muito difícil até para você conseguir, mais quando vem de lá do CAPS já o pedido é fácil para você conseguir! Cê chega lá rapidinho eles atende e é tudo de graça remédio né? Os remédios que toma tudo. É muito bom a gente precisa disso a gente se você não tem condições nenhuma! (CASO A – Mãe).

É interessante, entretanto, ainda na ideia de espaço para o pobre em paralelo aos espaços que seriam destinados aos mais abastados, o relato de um familiar que nesse sentido, compara o CAPS-ad e o grupo de NA que ele também frequenta. Em sua opinião o que demarca essa diferença entre o pobre e as pessoas “de poder econômico mais elevado”, como ele discerne ricos de pobres são pessoas que frequentam esses lugares, como veremos em seu relato a seguir:

(...) E o NA, que é narcóticos anônimos, que salas separadas... A gente verifica lá, que tem a classe média pra cima, do que pra baixo... Todas as pessoas lá são na sua maioria de pessoas de poder econômico mais elevado. Isso lá naqueles grupos de autoajuda. Nos CAPS a gente vê a pobreza... Lá naquelas reuniões [*referindo-se ao NA*] a gente vê que a coisa não é só na pobreza. Lá tem várias pessoas lá, tudo de posição social... Pai advogado, o outro é médico, o outro é ex-drogado médico... (...)... Enfim, tudo o que você imaginar tem lá (...) (CASO E – Pai).

Temos aqui uma discussão complexa que pode ser auxiliada pelo que tratamos anteriormente como o modo que usuários da assistência veem o SUS, agravado por sua concepção sanitária biomédica que favorece a medicalização da vida, aporte insuficiente de recursos já subfinanciados, além de iniquidades de acesso, dentre outros, que o tornam entendido como direcionado à população pobre (PASCHE, 2009). Entretanto, não poderíamos deixar escapar a oportunidade de considerar que o objetivo desta crítica não é condenar o sistema e sim, levarmos em conta as suas bases e concepções, no interesse de conquistarmos o sistema de saúde tal qual fôra estabelecido por Lei. Assim, muito embora na prática, o SUS esteja distante das ideias e concepções floreadas por leis e portarias ministeriais, se comparado à prática e a outros sistemas de saúde como o americano, por exemplo, saímos em vantagem, haja vista o SUS atender de forma exclusiva 70% da população brasileira, mas estar disponível para os 100% dos cidadãos inclusive, quando nos viram as costas os planos de saúde, embora, ainda tenhamos muito que aprender com os sistemas europeus e canadense (CASTELLANO, 2009).

Ainda analisando dificuldade em trajetórias relacionadas à atenção à saúde, ROSA (2005; 2009 p. 175), observou uma espécie de relação de “subalternização” das famílias em relação aos profissionais “pouco habituados ao olhar antropológico para entenderem outros códigos culturais e outros arranjos, que não os de sua própria classe social”, dificultando a aproximação dessas pessoas deixando-as em certa passividade, o que concordamos tratar-se de um dos fatores que dificultam a adesão das pessoas a propostas de tratamento que considerem na prática um protagonismo das famílias e dos demais usuários.

A esse respeito, os familiares relataram ter recebido um bom acolhimento e participarem de atividades, tais como grupos de família, de artesanato, assembleias e festividades oportunizadas no CAPS-ad. A maioria dos familiares comentou sobre a oportunidade de encontro com outras famílias e lá a percepção da ocorrência de questões apresentadas e consideradas mais graves que as suas. Tal como ROSA (2011), observou alguns familiares ao compartilharem suas experiências, se sentirem menos comprometidos do que outros diante da oportunidade do encontro e avaliação de situações. Tal percepção tem grande aproximação com a ideia de ajuda mútua, que por sua vez se trata de um significativo movimento social contemporâneo, que se fundamenta na vivência subjetiva de problemas em grupos de parceiros, que partilham situações em comum através do conhecimento e compartilhamento de experiências que permitem o reequilíbrio relacional (MONTEIRO, 1997).

A participação familiar nas atividades do CAPS-ad, além da troca de experiências, tende a favorecer uma oportunidade de cuidado destinada também a quem cuida, além de se tratar de uma aproximação entre as pessoas que estão sob cuidados no mesmo lugar, conferindo-lhes um espaço de mediação das relações, como o descrevem:

Do CAPS eu tô participando do arte-terapia e do grupo de família. (...) Ah eu vejo assim que a gente tem que olhar pra gente mesmo, que todo mundo tem esse problema, que a gente tem que ajudar, tem que ter paciência, ter calma, ter muita é assim... através do sofrimento do meu irmão eu escuto lá eu vejo que o meu problema é pequeno diante deles lá. Já vi caso de uma senhora lá que ela tem um problema com o marido e com o filho, uma senhora que acho que ela já tem quase seus 80 anos e ela procurou... a pessoa simples, humilde e pessoa que ... acho que se vou falar ... acho que, tudo ela tem. (...) (CASO B – Mãe).

(...) me senti acolhida, amparada, então essa ajuda que nós temos foi muito importante o CAPS (...) Se o seu filho ou o seu marido ou alguma filha, ou filho ou alguém da família não quer ir, vai você, vai você se fortalecer, lá nos ensina a fortalecer (CASO B – Mãe).

(...) É você ouvir as outras pessoas, outras, né? Famílias... Ouvir, contribuir dando o seu depoimento. Tudo isso é uma troca de experiência. Que é muito importante. É importante porque a gente quando chega lá, você fala ‘o problema meu, é o maior do mundo.’ Mas, quando você depara lá, pessoas às vezes que tem três filhos, e agente com uma só. Eu chego lá e tem família que tem três... Dois... Então, hoje a gente chega a conclusão (...) (CASO E – Pai).

Alguns observaram como vantagem da atenção no CAPS-ad a facilidade de trânsito na rede de atenção à saúde e o acesso aos medicamentos, esses reputados pelos familiares como um dos recursos mais importantes oportunizados pelo CAPS-ad (BRASIL, 2002; BEZERRA e DIMESNTEIN, 2008). Fica, portanto, diante do uso de drogas desautorizado, um uso de drogas moralmente autorizado balizando o estatuto social e de poder diante do uso de drogas (VARGAS, 1998; FIORE, 2007), como se observa:

Ele toma o remédio ele fala assim: não mãe deixa eu tomar esse remédio se ele às vezes ele não quer assim eu falo não pode tomar pode tomar para você ficar bem porque você ficando bem eu também tô bem, você sabe que eu tô bem se você não tomar eu vou ficar triste eu vou ficar doente também eu tava ficando doente igual ele! (...) (CASO A – Mãe).

Por oportuno observa-se aí um paradoxo do uso de drogas também pelo CAPS-ad, como tratamento para o uso de drogas, diferenciando-se daí além do proscrito ou prescrito, a ordem médica como estatuto de poder para esse discernimento (VARGAS, 1998; FIORE, 2007), sendo menos estigmatizante o prescrito na rede oficial de saúde com o respaldo do poder biomédico, por conferir ao uso de drogas prescritas o status de combate a enfermidades.

(...) Você sabe que eu sou muito contra, as drogas pra combater drogas... Medicamentos pra combater drogas, é droga! Eu não vejo que vai chegar a um final isso aí... Como? O lado espiritual é difícil você colocar porque cada um tem o seu modo de ver, de analisar, a sua opinião formada (CASO E – Pai).

Outro ponto considerado atrativo do CAPS-ad, a favorecer o enfrentamento, é o fato de ser importante ao manejo cotidiano de famílias que convivem com a pessoa usuária de PBC, o modelo de atenção permitir e estimular o envolvimento da família em diversas situações, como uma mãe exemplificou sobre uma festa de final de ano cuja cota para sua participação seria dois refrigerantes.

Essa referência à festa, a propósito, é bom lembrar se trata de um mediador simbólico das relações sociais, tal como o observado quanto aos momentos do cafezinho nas reuniões de AA (CAMPOS, 2010), ademais, as festividades e confraternizações no CAPS têm finalidade terapêutica em consonância com o Projeto Terapêutico Global que orienta o seu funcionamento (BRASIL, 2002).

Apesar dos comentários elogiosos ao CAPS-ad, foram observadas, entretanto, limitações e dificuldades na assistência, impostas pelo espaço físico insuficiente para a atenção, ou a pouca abrangência da assistência dificultando o acesso das pessoas, questões essas que vêm refletir a lentidão da reestruturação do modelo assistencial concebido segundo a Lei n. 10.216 que redireciona a atenção em saúde mental (BRASIL, 2001).

Tal lentidão vem a ser comprovada pelo relatório do TCU que refere como incompleta a implantação de equipamentos de saúde tais como os CAPS. A situação vem privar o acesso ao tratamento de milhares de pessoas, principalmente as de baixa renda, fragilizando dentre as ações de tratamento, principalmente as especializadas no atendimento de usuários de SPA. Foi constatado que até o final de 2010, 1234 municípios brasileiros contavam com CAPS e desses apenas 208 com CAPS-ad, muito embora, as avaliações dos CAPS existentes tenham sido positivas (TCU, 2012), como observaram:

O CAPS oferece o médico clínico geral, oferece o psicólogo, oferece o psiquiatra. Embora, você sabe que o serviço público sempre tá deixando a desejar. Pelo menos nisso aí... Isso é dito, é repetido, falado diariamente. Os nossos governantes, eles parecem que só enxergam as Secretárias, as coisas deles só pra gerar renda pra eles... É a crítica que eu faço e que eu vejo. (...) (CASO E – Pai).

(...) a estrutura que o CAPS tem ali que não é nem uma... as sala apertada, você fica... mais todo mundo tá ali porque nós precisamos, nós se sentimos bem no CAPS. (...) (CASO B – Mãe).

Entretanto, os relatos acerca do tratamento que pudesse favorecer os enfrentamentos, são carregados de contradições, às quais não me refiro com ironia, mas que refletem a própria complexidade e a polissemia que os debates sobre drogas engendram, além de reconhecermos o quão desgastante é a convivência familiar com pessoa usuária de PBC. Desse modo, muitos desses familiares, ao tempo que referiram ao CAPS-ad como um bom espaço de atenção e que não adiantaria o tratamento ou outra medida caso a pessoa não a desejasse, reivindicaram a necessidade de dispositivos de saúde que contivessem as pessoas, ou seja, a internação.

Diante de um cotidiano conturbado por uma situação cercada de estigmas, condições socioeconômicas desfavoráveis, uma rede de atenção à saúde mental precária e a desinformação que, aliadas a evoluções que ainda não ocorreram apesar da Lei da RP, e os debates em torno da questão que, ao invés de criarem avanços estimulam retrocessos. Há que se considerar ainda, o fato de que a convivência com esse usuário ocasionalmente chega às vias do insuportável (MEDEIROS, 2010), acabando essas questões por criar meio fértil para que os familiares demandem a internação.

Chama a atenção, o fato de uma mãe ter especificado um tempo para a filha de pelo menos “um ano internada”, argumentando, a necessidade de adaptar-se, baseada no próprio desgaste ao qual a família se vê submetida em virtude dos altos e baixos das crises e diante disso da apreensão constante da qual estão sujeitos. Esta demanda da mãe traduz a necessidade de apoio na atenção à filha, em um espaço em que ela teria a certeza de onde ela estaria, sendo auxiliada nos cuidados em um ambiente de controle. Algo diferente das incertezas de quando ela não está em casa, como relatado:

(...) Eu na minha opinião, eu acharia assim que me ajudasse eu queria que ela ficasse internada pelo menos um ano, porque daí eu ficaria mais... Eu teria mais tempo pra me adaptar melhor e ela, às vezes, se curaria de verdade. Mas, isso é uma coisa que nós já fomos atrás e não tem como. Eles não tão internando mais, quando a pessoa não quer. Então, agora nós temos que lutar, assim, só nós (...) (CASO E – Mãe).

Cabe, entretanto, ressaltar, que algumas das críticas dos familiares quanto ao modo de atenção, tem respaldo e fundamento na sua experiência e vem expressar necessidades previstas desde a concepção da atenção substitutiva da reforma psiquiátrica, ou seja, os dispositivos ainda não inseridos na atenção, tais como: leitos de internação para desintoxicação em hospitais gerais, criação de CAPS especialmente CAPS III para atenção 24 horas, dentre outros.

Embora ha muito tempo previstos, esses dispositivos de atenção à saúde mental, é notória a lentidão do cumprimento da implantação do modelo substitutivo ao sistema hospitalocêntrico de atenção, decorrente dos mais de 20 anos da luta antimanicomial que precederam a Lei da RP (BRASIL, 2001; TCU, 2012).

Deste modo, o município de Várzea Grande-MT que tem apenas um CAPS-ad, pelo seu volume populacional de 252.596 habitantes (IBGE, 2010), poderia ter em sua rede de atenção, um CAPS-ad III¹¹, que tem por característica o funcionamento 24 horas, favorecendo um suporte intensivo de atenção, com leitos de observação para as pessoas que eventualmente não se encontrem em condições de retornarem às suas casas. Ainda, deveria haver leitos de desintoxicação credenciados em hospitais gerais, para breves internações que se fizessem necessárias para este fim (BRASIL, 2007).

Deve ser observado aqui, que o CAPS-ad no qual foram identificadas as pessoas para esta pesquisa, como a maioria dos existentes no país, funciona apenas no horário comercial. Como então atender às pessoas que trabalham nesse horário, demanda da maioria das ocupações remuneradas? O CAPS-ad em questão, por exemplo, tem seu funcionamento das 7h às 17h, de segunda às sexta feira. Os relatos a seguir são ilustrativos:

Que tá faltando mais investimento... porque você vê que ali é carente né? É uma casa ali não é um abrigo é uma casa. (...) Se eles tivessem as condições melhor, por exemplo, um alojamento de vez em quando não é pra morar lá (...) Mas as pessoas por exemplo a eu trouxe o meu filho de lá eu não quero voltar com ele quero que vocês dão uns primeiros reparo nele aí seria um lugar pra ele ficar né? As próprias pessoas que muitas vezes ficam sem vontade de voltar para casa tem muitos que ficam com vergonha de voltar pra casa então vai pra lá as pessoas acolhem ele tem as pessoas a noite que trata faz tomar remédio comida na hora certa uma

¹¹ CAPS III, Serviço de atenção psicossocial com atendimento 24 horas, com capacidade operacional para municípios acima de 200.000 habitantes.

alimentação pra ele quer dizer pra ele tentar sair da rua e infelizmente eles não tem (...) (CASO A – Pai).

(...) falta uma clínica no caso, o CAPS teria que ter uma clínica pra uns mais avançados, pra alguns mais é... num estado ... vamos supor, meu filho faz tratamento no CAPS (...) numa emergência tem algum lugar no CAPS que eu possa levar ele numa emergência sem que aconteça nada com ele (CASO C – Mãe).

(...) Não vou dizer que é excelente porque falta muita estrutura, né? Não tem estrutura. (...) estrutura física, né? Um dia pode ser que venha a ter isso... Mas, eu acho que deveria ter tipo um alojamento (...) Na minha opinião. (...) É, tipo pra pessoa poder passar umas horas, chega lá um cara arrasado na vida, nas drogas... Dá um banho nele, acolher como se ele fosse... Não digo um hospital, né? Mas, que fosse um ambulatório que tivesse esse espaço, isso é o que eu acho. Deveria existir... Ficar umas horas lá... Pra pessoa se recompor, tendo um acompanhamento. (...) (CASO E – Pai).

Portanto, por mais difícil e desafiadora a trajetória, é possível percebermos as famílias como impulsionadoras do cuidado no âmbito interno e externo. A família assim pode ser representada como um ponto de ancoragem para a não continuidade de um movimento de queda livre às ruas (FERNANDES e ARAÚJO, 2010), nos casos que aqui tratamos, as ruas como espaço intermediário, de passagem, não de permanência, espaço de fronteira onde vivem aqueles que se desviam das normas preestabelecidas pela sociedade (LEITE JÚNIOR, 2012).

3.4.7 Situação atual de saúde das pessoas e expectativas dos familiares

Ao relatarem sobre a situação atual das pessoas, prepondera nas explicações dos familiares uma perspectiva de ausência ou presença de doença, buscando-se comprovações por exames e não considerando o uso de drogas, em si uma doença; portanto, a concepção de doença para os familiares vem ligada a algo que incapacita, em decorrência de limitações ou dificuldades de ordem física (BORGES et al. 2011),

decorrente dessa ideia, na visão dos familiares, as pessoas em questão têm saúde, embora, utilizem drogas.

(...) todos os exames que ele fez até antes que ele tava com problema com a tosse, a gente achava que era uma tuberculose. Minha vizinha como ela é enfermeira ela falou assim: Dona Maria manda o Cristiano ir pra lá fazer um exame lá de tuberculose! Fazer lá que ele tá com esse problema! Tá tossindo demais e não era. Ele fez todos os exame e não deu nada deu só alérgica (...) É até HIV tudo ele fez, nunca deu nada não (CASO A – Mãe).

(...) único probleminha que ele teve foi quando ele quebrou o braço, mais doença não. (...) porque nunca teve problema nenhum, foi uma criança que não vivia com febre, não vivia com doença, não vivia com nada né, pra mim é um menino sadio (CASO C – Avó).

Denota para uma mãe, entretanto, sinais de saúde, o fato de o filho estar no momento, buscando trabalho e cuidando do corpo em academia não sendo nenhum motivo de alarme para ela, ele estar tomando “aqueles remédios” o que nos fez supor os anabolizantes, para aumento da massa muscular. Entretanto, NOTO et al. (2003) argumentam em pesquisa a respeito, que embora os anabolizantes não sejam classificados como psicotrópicos, têm alto potencial de abuso, dependência e outros riscos decorrentes advindos da busca da vaidade.

Em decorrência disso, os anabolizantes foram considerados relevantes e investigados nos levantamentos domiciliares sobre o consumo de drogas psicotrópicas, realizados pelo CEBRID, embora eles não sejam drogas psicotrópicas, pelo destaque do aumento de seu uso, em detrimento até mesmo do crack, cujo uso saltou de 0,4 para 0,7, de 2001 para 2005 e os esteroides anabolizantes de 0,3 para 0,9 do total das pessoas que referiram terem utilizado da substância (CARLINI et al., 2002; 2006).

Esse aparente cuidado com o corpo, buscando melhor apresentação por intermédio do crescimento muscular, segundo CETLIN (2010) vem denotar para familiares e profissionais, a ideia de que se está “sarando”, ideia que se rege pela associação entre gordura, força e saúde em oposição à magreza, fraqueza e doença. Embora um relato representativo de uma mãe a respeito venha embutir certo cuidado, ao observar esta como uma situação presente, transparecendo uma ideia de incerteza

quanto ao futuro visto a observação de que o filho eventualmente retorna ao uso de drogas (AGUILAR e PILLON, 2005; LEITE, 2000), como exemplificado:

Agora, por exemplo, que ele tá parado [*referente ao trabalho*], ele tá todo animado que ele vai pra academia, que ele gosta muito de esportes de fazer, ele faz academia ele toma aqueles, esses remédios assim pra, pra criá assim, massa muscular, ele preocupa assim com o corpo dele sabe? Então a gente percebe que tá engordando, vai fazer a caminhada as corridas dele, caminha, volta [...] quando ele tá metido na droga ele para tudo (CASO A – Mãe).

Assim, as expectativas dos familiares são de cura para a situação, e esta, é representada pela abstinência, referida como: “estar livre das drogas”, conferindo à ideia de cura uma dimensão moral e às SPA uma ideia de algo poderoso como se tivessem vida própria, conforme dito por todos os familiares. Entretanto, como saber o que é “para sempre”, se os familiares reparam eventualidades do uso de PBC, após dias ou meses de abstinência? Nos deparamos aqui com uma idealização, ao se pensar a questão quanto ao futuro de longo prazo, visto que este é naturalmente de incerteza, a ponto de alguns referí-lo em sua dimensão imaterial, como um tempo pertencente a Deus, algo que muitos evocaram sendo tais expectativas notadas em alguns dos fragmentos:

(...) ficar livre das drogas se livrar dela para sempre de uma vez, não é assim, levar três quatro meses depois voltar (...) (CASO A – Mãe).

(...) Curado é ele viver uma vida normal, não ficar vegetando, viver uma vida normal igual todo ser humano, como todo rapaz da idade dele, casar, ter uma família, ter os filhos mais tarde, trabalhar, estudar, ter seu lazer, brincar (CASO C – Mãe).

Se ainda considerarmos as imponderabilidades às quais o homem está sujeito por sua humanidade, o que significaria este “para sempre”? Ainda mais em se tratando de jovens. Socorrer-nos-iam JUCÁ (2007) e GUTIÉRREZ (2008), ao trazerem em consideração, a capacidade de realizar objetivos futuros de curto prazo, tal como perceber amanhã um propósito estabelecido hoje, ou levar em conta a estabilização de uma situação como um avanço conquistado, do que uma cura como

um elemento estanque e de difícil alcance, pela própria subjetividade da ideia de cura.

A ideia de cura diante da PBC tem significado de liberdade, à medida que se possa dar novo sentido à vida por meio de mudanças subjetivas das pessoas a despeito das drogas (TOROSSIAN, 2004), possibilitando, viabilizar espaços para: o trabalho, os estudos, o casamento e a família, esses configurando importantes valores norteadores (SARTI, 2005), com a conotação de cura em sua dimensão moral, como ilustram os fragmentos a seguir:

É ficar livre das drogas se livrar dela para sempre de uma vez não é assim levar três quatro meses depois voltar e né? Porque ele não tem o vício de bebida não tem de cigarro que tudo é droga tem dessa daí, eu quero que ele fique livre pra sempre (...) e aí a minha família vai retornar à vida normal é o que a gente mais quer, que a família quer né? Os filhos livres disso (...) terminar a faculdade dele! Arrumar um bom emprego! Casar! Ter família né? Construí a família dele, pra deixar a gente também mais... tranquilo (...) É cuidar é se tratar e ficar bem, arrumar um serviço, porque ele tem um filho, ele precisa cuidar, ele tem que dá assistência pra esse menino, né? (CASO A – Mãe).

(...) Quem faz o seu futuro é você, né? Pra mim eu penso assim. Você tem que correr atrás das coisas pra você conseguir. Pro futuro da minha família é que todos consigam os seus objetivos. Mais a minha irmã, principalmente. Igual como eu disse, se acontece alguma coisa na família, todos se abalam... Mas, que ela consiga sair dessa, né? Que ela continue assim como ela tá, indo no CAPS, fazendo tudo direitinho. E que ela consiga criar os filhos dela, porque ela tem três filhos que depende dela. E três filhos sendo criados sem ter mãe, não é bom. Então, que no futuro dela, ela consiga se recuperar pra criar os filhos dela (CASO D – Irmã).

Embora, diante de suas afirmações, os familiares objetivamente explicassem a ideia de cura relacionada à abstinência do uso de drogas, pudemos perceber que na prática relativizavam-se os usos, a depender dos tipos de drogas consumidas. Assim, embora não se admitisse, tolerava-se o uso de substâncias “mais leves” e as drogas prescritas. Admitir-se-ia assim numa alternativa à abstinência, um uso sob controle, que não afetasse as esferas relacionais mais importantes, o trabalho e a família especialmente (SARTI, 2005). Tal situação traz certa congruência com a RD (FIORE, 2007), como já observado.

Por outro lado, uma mãe admitiu ter tido com o filho uma conversa nesse sentido de proximidade com a RD, quando ele lhe relatou, diante de dificuldades de

atender à expectativa da abstinência do uso de PBC na família, a ideia de vir a utilizar a maconha em seu lugar, com o que, ainda que temerosa e ressabiada, ela aparentou concordar, ainda que duvidando, da capacidade do filho em levá-la a cabo, como ela referiu:

(...) falou pra mim: mãe eu vou fazer uma troca de entorpecente (...) eu falei como assim Dart? não... eu vou tentar parar de usar a base né? Eu vou ficar só no fumo, na maconha, porque a base né? Fica daquela forma e o fumo não, então eu vou transferir essa pra outra você entendeu? (...) assim... no começo ele trocando entendeu? Pra poder depois deixar a outra também (CASO C – Mãe).

É importante salientar que a RD é um conjunto de iniciativas tão amplo quanto as discussões, controvérsias e concordâncias a respeito, sendo que um dos equívocos que dificultam a sua compreensão é exatamente limitá-la à ideia de troca ou substituição, como à ideia de troca de seringas, por exemplo (FIORE, 2007).

Seria razoável, todavia, considerar ao encontro da RD o princípio de que qualquer tipo de cuidado deve, acima de tudo, evitar que o tratamento seja mais danoso que a própria situação de sofrimento que já se enfrenta, neste sentido, a diminuição, ainda que gradual da substância consumida, já seria um ganho a ser valorizado que, favoreceria o tratamento de grande parte das pessoas, que muitas das vezes abandonam o cuidado, por serem cobradas especificamente na abstinência (FIORE, 2007).

Diante das incertezas pela situação que se apresenta, as expectativas da família quanto ao futuro das pessoas são de um futuro idealizado ao encontro das contradições de um mundo atual comparado a tempos de outrora, como se aqueles fossem tempos melhores (CAROSO et al. 2004). Às vezes, diante de fatalidades que acometem usuários de drogas, em decorrência do uso e do entorno do mercado perigoso das drogas, as expectativas são catastróficas, como ilustram os relatos:

(...) O futuro da família eu espero assim... eu e meu esposo tá curtindo os netos, porque já curto o neto nossa! Da gente tá assim feliz, alegre, o Moisés sorridente, brincando com o filho dele e... se falar assim... eu gostaria que ele se entendesse com a mãe do filho nele (...) (CASO B – Mãe).

(...) o futuro será uma cadeia ou morrer (CASO B – Mãe)

Diante do imponderável, as famílias se apegam a princípios de “espiritualidade” ou “de religiosidade”, aqui diferidos em decorrência dos embates epistemológicos existentes acerca desses conceitos, no entanto, são evidenciados possíveis fatores protetores ou de favorecimento ao melhor enfrentamento dessa problemática, quando a situação é permeada pela espiritualidade, sendo essa vertente, elemento chave de algumas modalidades de tratamento, tais como AA ou NA e seus correlatos de apoio aos familiares (SANCHES e NAPPO, 2007; SCHENKER e MINAYO, 2004).

Desse modo, a matriz religiosa mobilizada pela fé, serve para imprimir sentido, e certa coerência aos acontecimentos diante do esgotamento ou das limitações dos recursos palpáveis que, na expectativa dos familiares, poderiam favorecer o reestabelecimento de valores considerados importantes por eles, como o ilustram alguns dos relatos:

Eu espero um milagre de Deus e acho que pra ele está faltando um motivo, eu tenho a impressão se ele apaixonasse por uma moça ele deixaria tudo, porque eu sei que homem quando ele quer um troço, ele quer né? Ele eu acho que é falta de estímulo. (CASO C – Avó).

Eu espero que ela recupere a sua vida normal, que ela seja recuperada totalmente... Primeiro em Deus... Em Deus... Esse é o fundamento principal. Ela tem que ter isso no coração... Se eu pudesse produzir isso na mente dela, mas eu não posso. O que eu posso falar e oferecer é... É estar fazendo bastante reunião em casa, meditar na palavra de Deus, ouvir os ensinamentos, as coisas boas que nós temos, é isso... Esperando (CASO E – Pai).

Diante da experiência de familiares, uma condição crônica que através de sua nomeação assimilada como depressão ou ansiedade, assim podendo ser interpretada à luz de uma matriz psicológica ou biomédica, pela dificuldade em mensurá-la por integrar um plano subjetivo, ganha uma dimensão e uma conotação de ordem espiritual, à medida que venha ser interpretada como decorrente de pecados, assim adquirindo um nexo de objetividade. Desse modo a condição crônica apresentada enquanto uma experiência pode ser explicada e compreendida por elementos da fé, e

assim a prática científica, torna-se passível de interpretações (CAROSO et al., 2004), como exemplificado através do relato:

(...) Ela é doente! A depressão tem ansiedade. Uma doença que não tem explicação, são várias questões assim, que se você contar tudo... Biblicamente falando, é cheia de pecados! (...) saúde física ela tem, agora mental ela não tem (...) Ora, ela é saudável, faz todo tipo de exame... Nós fizemos uma bateria de exames agora... (...) Muito embora, tem sido uma luta porque ela não dá sequência às consultas. Com muito custo ela conseguiu concluir todos os exames dela perfeitamente... (...) Agora mental, não tem explicação. (CASO E – Pai).

Portanto, nesta análise foram destacados aspectos gerais sobre a experiência de familiares de pessoas usuárias de PBC; mas compreende-se que pode haver diferenciais nessa experiência conforme variáveis sociais e no caso, destacamos a de gênero como discutiremos a seguir.

3.4.8 Variações sobre gênero das pessoas na experiência dos familiares

Embora tenham sido observadas ao longo da análise, especificidades, relacionadas às diferenças de gênero no que diz respeito a familiares de pessoas usuárias de PBC, na intenção de se observar possíveis variações na experiência por tratar-se de homem ou mulher, caberia aqui, analisarmos outras questões que não foram observadas anteriormente, a exemplo da dificuldade inicial de campo ao tentar identificá-las junto ao CAPS-ad, onde pudemos perceber os reflexos sobre estas questões nesta pesquisa.

Na pesquisa, pelos critérios de inclusão, existia um potencial de familiares para respondê-la, relacionados por sua vez a 13 pessoas do gênero masculino e quatro pessoas do gênero feminino, sendo que, no geral, enquanto participantes do tratamento no CAPS-ad, havia um número significativamente inferior de mulheres se comparado aos homens.

A propósito das famílias analisadas, somente nos casos (D) e (E), as pessoas envolvidas eram do gênero feminino, uma vez que na fase de campo, somente informantes dessas duas famílias, se dispuseram a participar da pesquisa no período. Ainda assim, foram notórias as dificuldades de acesso mesmo a essas duas famílias, que se dispuseram à custa de certa persistência e trabalho redobrado de aproximação, a participar da pesquisa.

Tal situação, se compararmos aos casos cujas pessoas envolvidas na questão eram do sexo masculino, a quantos fôssemos nos reportar, nos pareceu que teríamos acesso, dado às dificuldades que não tivemos com aqueles familiares.

Deste modo, foi observada na pesquisa uma forte variação de gênero, refletida nas dificuldades de campo em encontrar mulheres, se compararmos aos casos cujas pessoas envolvidas eram homens. Tais dificuldades comparáveis às ligadas à obtenção de respaldo científico quando a questão do uso de SPA é relacionada ao gênero feminino.

Muito embora informações demonstrem que o consumo de drogas ilícitas no mundo seja maior entre os homens que entre mulheres, sendo maior entre elas o consumo de sedativos e tranquilizantes para diversos fins, se levarmos em conta, os países que informam seus dados diferenciados por sexo. No entanto essa disparidade por gênero pode estar em declínio, em decorrência da diminuição das diferenças culturais e maior igualdade entre gênero especialmente entre as populações mais jovens (UNODC, 2012).

No Brasil essas informações se confirmam nas pesquisas do CEBRID (CARLINI et al., 2002; 2006), entretanto, são poucas as pesquisas que abordam o assunto drogas, diferenciando gênero, além do que, os poucos estudos existentes já se apresentam salientando essa insuficiência.

Além disso, estudos existentes sobre drogas tendem a homogeneizar o comportamento dos usuários sem atentar para a discussão de gênero, sub-representando e invisibilizando o gênero feminino (BARBOSA, 2008; OLIVEIRA et al., 2006; GUIMARÃES et al., 2009), não considerando as idiosincrasias sobre a questão.

O que percebemos diante de tais dificuldades é que o estigma no que diz respeito aos familiares das mulheres aumenta sobremaneira, representado pela

vergonha (GOFFMAN, 2004), diante da situação. Quando esgotadas as possibilidades dos recursos internos da família, na busca de soluções para a questão, percebe-se uma dificuldade de se reconhecer a visibilidade do problema, quando ele alcança o espaço público das ruas, mesmo porque o espaço das ruas não é entendido como universo moral feminino pelas famílias (SARTI, 2005), visto que tudo o que se queria era torná-las boas donas de casa, para o casamento e o cuidado dos filhos.

Os dois casos das mulheres pesquisadas, são emblemáticos se comparados aos casos dos homens, pelo modo tardio para buscar providências, mesmo porque não se queria saber o que se passava nas ruas pelas próprias dificuldades em se lidar com o que essa questão evocava, como já observado, sendo ilustrativos, alguns relatos:

(...) Até o momento dela surtar a gente nunca, assim... Da gente mesmo, da gente procurar um auxílio 'anti-droga' pra ela, não! Porque ela nunca assim... Quando a gente citava certas coisas, ela sempre se afastava da gente! Ela procurava se afastar, ela nunca foi de procurar nós assim... Nesse momento que a gente começava a querer falar com ela, pra dar conselho. Ela se afastava mais. Então, foi mais quando ela surtou mesmo. Que a gente viu que, a gente vai ter que procurar ajuda, correr atrás... Ela foi internada no Adauto Botelho, tudo essas coisas... (CASO D – Irmã).

(...) É, por exemplo, vizinho ou alguém falar 'eu vi ela lá em tal lugar, ela desceu lá pra baixo, ô ela tava com fulano lá num sei assim, tava assim, tão, né? (...) A gente se sente muito mal, muito mal... Porque na minha opinião, eu acho que eles não deviam falar. Deviam ver e deixar quieto. Porque o que os olhos não vê, o coração não sente. Então, a gente não vendo e não sabendo, a gente faz de conta que não tá existindo (CASO E – Mãe).

Todo mundo vem... Meu marido já teve até uma desavença. Porque as pessoas são muito indiscreta (...) e fala 'ô, seu Barbosa, sua filha duas horas da manhã tava batendo lá na porta da minha casa pedindo dinheiro. Então, é tudo coisa assim. É muito... Horrível pra gente. A outra [o vizinho] 'olha, sua filha tava se prostituindo lá no ponto final por dois reais pra comprar a droga (...) (CASO E – Mãe).

Não seria inferência impertinente, acrescentar a essa discussão, a possibilidade do acesso de mulheres aos serviços de saúde que frequentam para outras questões, levarem aos mesmos, sintomas decorrentes do uso de drogas, sem admiti-lo, mascarando-os, às vezes ou em decorrência de outras necessidades de assistência, contribuindo para a invisibilidade da questão junto a essa clientela. Um

dos fatos que o comprovam são os diversos estudos sobre exames pré-natais, muito estimulados, diga-se de passagem, que identificam gestantes usuárias de drogas (KAUP et al. 2001; MENDOZA-SASSI et al. 2007). Aliás, o fato que levou uma dessas mulheres à assistência recentemente, embora em hospital psiquiátrico, foi o denominado “surto” em que ela ameaçara se matar, e não transtornos anteriores ou vulnerabilidades decorrentes do uso de drogas, como descrito pela irmã no caso (D), embora ela já tivesse quatro filhos naquela circunstância.

Nesse sentido, outra situação que provavelmente nos dê pistas sobre essa impressão da demora em recorrer a espaços de assistência externos às alternativas da casa, são as relativizações, o que nos remete às observações de DUARTE (1988) sobre o prisma de situação, ao percebermos nessa análise uma aproximação desse ponto de vista. Um caso que exemplifica tal situação é o que nos contou uma mãe relatando o fato de que a filha já se prostituía antes, ressaltando: mas, era “mais sossegado”, referindo menor intensidade e menor gravidade, provavelmente devido a parceiros conhecidos fixos e estava assim, menos na rua, diminuindo os riscos que a atividade envolve, claramente relativizando a situação, aliada à expectativa idealizada de que algum homem viesse a exercer domínio sobre a filha, conforme seu relato:

(...) já se prostituía. Mas, era assim, mais né? Mais sossegado. Ela tinha um homem só. Quer dizer, ela tinha dois, né? Um que a gente sabia e outro que ela andava por aí. Porque vinha muita gente aqui na porta. Então, até nós aceitamos, ela começar a namorar um rapaz pra ver se ele dava um jeito. Ele gostava muito dela e gosta até hoje. Na semana passada, ainda ele veio aqui na porta, né? Tudo assim. Mas, ela não quer saber. A gente aceitou que ela namorasse ele pra ver se ele conseguia domar ela (...) (CASO E – Mãe).

A propósito, conforme pesquisas revelam, além do forte preconceito social quanto ao uso de quaisquer SPA no contexto geral, a mulher é ainda mais estigmatizada que o homem, o que vem contribuir para a ideia estereotipada quanto a um aumento dos efeitos das SPA sobre elas, tais como as ditas tendências a maior agressividade, promiscuidade e falha no cumprimento dos papéis familiares. Por outro lado, naturaliza-se a dependência masculina agravada pelo beber entre os homens, como uma afirmação da masculinidade, com a consequência de uma visão

enviesada que não contribuía para a atenção às mulheres, tornando-o um fenômeno escondido na maior parte do mundo (HOCHGRAF e BRASILIANO, 2010; VIEIRA, 2011; HORTA, 2007).

Têm ainda relevância, quanto ao contexto social, o fato de que as mulheres normalmente são cobradas nas responsabilidades familiares, no que diz respeito aos cuidados com os filhos e por muitas vezes, é a maternidade que se torna motivação para a busca por tratamentos (HOCHGRAF e BRASILIANO, 2010), reiterando-se aí o papel social introjetado da mulher, enquanto a cuidadora natural (ROSA, 2011), invisibilizando eventuais demandas de cuidados para si mesmas, tal como uma familiar referiu sobre a gestação do primeiro filho de sua irmã, nascido há 10 anos:

E ela desaparecia de novo. (...) Ai até que ela parou porque teve o primeiro filho dela. Engraçado que quando ela engravidou ela tinha consciência que ela não podia usar droga. ‘Ah, Joana você vai mexer?’ ‘Não’. Já não usava. ‘Não, Deus me livre, meu filho’ (CASO D – Irmã).

O comércio sexual, portanto, é uma das situações que provavelmente nos dão pistas que reforçam as impressões das pesquisas quanto às barreiras do preconceito e da vergonha, constituindo um dado importante e comum em se tratando das mulheres, não que não atinjam a homens também. As preocupações aumentam sobre esta prática no contexto das drogas, pela perspectiva da ocorrência das relações sexuais sem proteção que trazem maior suscetibilidade a doenças, tais como as DST, dentre as quais a AIDS (HOCHGRAF e BRASILIANO, 2010), visto que nos dois casos em questão os familiares relataram um envolvimento intenso das pessoas com a prostituição como alternativa de mobilidade dentro do “mercado” das drogas, conforme o relato:

(...) antes ela não se prostituía, ela só roubava as coisas [*referindo-se a objetos e provisões da casa*]. Aí, a partir do momento que eu tranquei tudo, não tem o que tirar. (...) então ela se prostitui (CASO E – Mãe).

Foi nisso que ela engravidou dessa menina. Que ela não sabe quem é o pai da menina. E a menina tá registrada só no nome dela. (...) A menina tem um ano e meio. Um ano e meio já tem a menina (CASO E – Mãe).

O conhecimento da prostituição passou a ser um problema, portanto, quando o que se tratava de uma situação circunstancial, como observado anteriormente, até que a pessoa fosse “domada”, no sentido de convencida a ocupar o universo moral da mulher na casa (SARTI, 2005), passasse cada vez mais ao universo da rua.

Na rua a prática da prostituição tornou-se comércio que favoreceu a mobilidade no mercado das drogas, sendo um meio para se adquirir a PBC. Esta por sua vez, por seus breves efeitos, leva a pessoa a buscar a substância com maior frequência para manter esses efeitos (ALBUQUERQUE, 2010). Tal situação tende a aumentar a permanência nas ruas para se adquiri-la, tornando-se um movimento cíclico em torno das drogas, que são utilizadas ainda, para se suportar, a própria situação de prostituição (MELCOP e MAIA, 2010), como já observado.

Tal situação tende a tornar ainda mais complexa a questão, a ponto de os conflitos ocasionarem o rompimento das relações ou o distanciamento dos contatos, comprometendo o auxílio a essas pessoas, onde a família tende a negar a dependência. Além disso, em alguns casos, que não são poucos, algumas dessas mulheres são geralmente, vítimas de algum tipo de violência doméstica (HOCHGRAF e BRASILIANO, 2010), a violência física propriamente, bem como as demais formas de violência implicadas, como podemos ilustrar:

O marido dela também foi uma pessoa que fez ela sofre um pouco também por... Isso foi só ajudando, né? De falar pra ela ‘ah, esquece que eu sou seu pai, não quero saber de você’. Foi a última palavra que meu pai falou pra ela quando ela tava aqui com a gente. (...) E meu pai como não era um pai tão presente, nessa de bater, cansou de bater, cansou de correr atrás... Não quis saber...(C) (CASO D – Irmã).

Ai, eu batia nela e ela aparecia. O Barbosa bateu nela, porque a gente perde totalmente o controle. Ai, depois de tanto a gente ir nas reuniões, essas coisas assim, ai nós ficamos calmo. A gente já não bate mais, não agride mais e nem com coisa assim. A gente não... (CASO E – Mãe).

Cabe também, a propósito do gênero feminino, salientarmos a evidência das mulheres no cuidado, que trazem a maior responsabilidade desse cuidado para si, bem como as suas consequências quando os rumos não seguem dentro do esperado. Esta uma característica das mulheres por razões socioculturais que lhes causa

sobrecarga e estresse, tal como observado por ROSA (2011), por isso provavelmente, destacam-se as mães nesses cuidados.

Apesar desse destaque da mulher no cuidado, estudos ainda incipientes começam perceber o emergir do homem no cuidado, especialmente em se tratando das condições crônicas ao associá-lo como elemento importante, na partilha dos cuidados com outros familiares diante de situações de imprevisibilidade, permanentes ou de longa duração, haja vista, em se tratando da família como um sistema relacional, no qual existam homens presentes com os quais se possam contar esses se tratam de cuidadores em potencial (MUSQUIM, 2012).

Muito embora não seja objeto desta pesquisa essa discussão em sua especificidade ao gênero feminino é questão que é de vital importância a nosso ver para nortear a atenção sobre drogas às mulheres, o que merece melhor e maior atenção em outras pesquisas e nos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações desta pesquisa, bem como as suas contribuições e sugestões para futuras investigações serão aqui apresentadas, dando vulto a importantes reflexões acerca da experiência dos familiares, porém sem a pretensão de esgotá-las. Este é um assunto vasto, intrincado, ainda pouco explorado e carregado de contradições e complexidades, que perpassa pelas discussões sobre drogas e famílias.

Este estudo, denominado “A experiência de familiares de pessoas usuárias de PBC atendidas em um CAPS-ad de Mato Grosso”, foi impulsionado pela intenção de se realizar uma investigação mais aprofundada sobre como os familiares dessas pessoas constroem as suas experiências a partir do convívio cotidiano.

Assim, adotou-se a perspectiva sócio antropológica que privilegia a visão das pessoas (com)vivendo com uma condição que as acompanha nas diversas circunstâncias da vida.

Por requerer enfrentamentos contínuos ou de longa duração, decorrentes das situações de crise que se alternam com circunstâncias de estabilidade, comparáveis a doenças recorrentes, respeitadas as devidas proporções, tornou exequível a abordagem da questão como uma condição crônica. Nessa perspectiva versa sobre uma situação que pode ser tratada e controlada, reduzindo-se as situações críticas, cujos períodos de controle e de retorno se alternam, sendo interpretados como recaídas, embutindo tensões latentes e incertezas quanto às perspectivas futuras.

A questão é comumente tratada no rol da saúde, especificamente da mental, por sua imponderabilidade no plano orgânico, embora aqui, de maneira cuidadosa, devido o termo mental em si encerrar por sua origem uma influência biomédica. Não obstante, em linhas gerais, a dependência de drogas é mundialmente classificada entre os transtornos psiquiátricos atendidos na rede de saúde mental, orientados por políticas de saúde.

No percurso empreendido na pesquisa, ao analisar o relato dos familiares, perceberam-se considerações quanto ao fato de que as drogas não significam novidade. Entretanto, a certeza do uso de PBC surpreende quando se trata de uma

ocorrência dentro da própria família, pois até então, o problema das drogas era considerado em terceira pessoa, ou seja, um acontecimento nas outras famílias. Quando se tratou de ocorrência dentro da própria família, os familiares foram tomados de surpresa e perplexidade, o que os levou a questionar: por que comigo? Por que agora? Por que em minha família?

A prática do uso de drogas, observada e experienciada pelos familiares dos usuários, não segue um padrão estanque, tendo sim uma dinamicidade, no sentido de uma trajetória em que evoluiu esse uso, assim como a percepção dele. Não obstante, a circunstância biográfica nomeada como adolescência, em média a partir dos 12 anos de idade, foi um marco onde a maioria dos familiares, analisando a vida pregressa das pessoas identificou o início do consumo, através do uso de maconha, substância classificada como mais leve, como a diferenciam da PBC, definida como droga pesada.

O uso de drogas, na maioria dos casos, se deu nessa circunstância, sendo uma das fronteiras da vida caracterizada por vicissitudes e vulnerabilidades, com o agravante de, considerarem as pessoas já vulnerabilizadas por circunstâncias ou situações atreladas à vida pregressa, anteriores ao uso das drogas. Essas circunstâncias versaram sobre as questões ligadas ao parto, falhas no desempenho de papéis dos pais no contexto familiar, à suscetibilidade às más companhias, tratada como fator determinante para o uso.

Neste contexto, drogas para os familiares seriam identificadas pela ilicitude do uso, algo com volição própria e por isso tratadas em primeira pessoa. Assim sendo os seus efeitos foram observados no comportamento, no corpo e nas relações. Seu uso não seria uma doença em si ou algo decorrente, mas sim uma questão comportamental/moral, sendo entendido como um distúrbio da vontade. Tal situação veio conferir às famílias sentimentos diversos, como: vergonha, derrota e falha na educação, especialmente às mulheres, que trazem para si, em maior intensidade, as responsabilidades pelo cuidado e os efeitos dos estigmas do entorno.

Pode-se dizer que as drogas possuem conotações democráticas quanto ao seu uso, uma vez que não distinguem famílias ou classes sociais, o que vem amenizar e relativizar a vivência da questão quando se observam problemas enfrentados por outrem. Desse modo, às vezes os problemas dos outros são vistos como mais graves,

o que podemos denominar uma visão, por um prisma de situação, ou seja, uma alternativa positiva de classificação em situações negativas. Embora se observem que as condições socioeconômicas influenciam o modo do enfrentamento.

Os usuários, na percepção dos familiares, são classificados pela gravidade da situação em que se encontram, entre os que estão sujeitos a menor gravidade, por estarem sob os cuidados das famílias, e os “noiados” que se encontram nas ruas à mercê de maiores riscos por não terem esses cuidados, uma vez distantes ou cindidos com as respectivas famílias. Nesse sentido são bem demarcados os respectivos espaços entre a casa, ambiente feminino do cuidado e da segurança, e a rua, espaço masculino perigoso fronteiro. Na rua, através do uso da PBC, as pessoas são transformadas em algo não humano, algo que causa repugnância, alguém deteriorado, que vive na fronteira entre o humano e o não humano.

O processo de descoberta do uso de drogas, como a própria expressão denota, demonstra ser algo paulatino. Os indicadores iniciais do uso eram encobertos pelos estigmas que impossibilitavam ou dificultavam a visibilidade do problema, no sentido de relacioná-lo ao uso de SPA, com o seu encobrimento por dificuldades em aceitar a situação ou relacionar comportamentos em desconforto com valores morais desejáveis ao uso. Ou ainda, por aparentar tratar-se de situação comum e passageira decorrente de alguma etapa de vida. Portanto, ainda que houvesse uma suspeita quanto ao uso de drogas, não se podia afirmar a certeza ou a continuidade do uso por não se comprometerem nessa etapa inicial as relações familiares, uma vez que as sociabilidades e as expectativas do cumprimento das exigências do universo moral, ainda não estariam de todo comprometidas.

O ponto culminante da descoberta ocorreu à medida que foram notáveis as mudanças no corpo e no comportamento, que afetaram o aparente equilíbrio das sociabilidades, a cisão com o universo moral dos estudos, do trabalho e da família. Estas percepções possibilitaram uma ligação de fatos e circunstâncias que impulsionaram dar crédito às falas de vizinhos, amigos ou familiares que tentavam alertá-los, mas que ainda encontravam resistências. Faltava encontrar algo que proporcionasse uma ligação da situação que se observava, com o uso de drogas “mais pesadas”, o cachimbo, por exemplo.

O universo de causalidades do uso de PBC segundo os familiares é explicado por uma sobreposição de ideias acerca da origem, percorrendo-se causas psicológicas, espirituais, biologicistas ou comportamentais que pudessem ter correlações com falhas na educação, levando-os à revisão do desempenho de papéis familiares, entretanto, o nexos causal mais evidente nas explicações, seriam as más companhias, o que sugere um contágio relacional acometendo as pessoas já vulnerabilizadas.

Os impactos da descoberta do uso de PBC são traduzidos em uma lógica também relacional de contágio, no sentido do nível de afetação em que a família se percebe tomada pela situação de um de seus membros, que contagia os demais. Tal situação, mobilizadora de uma vastidão de emoções intensas, tais como: perplexidade, vergonha, raiva, dor, angústia, culpa, medo e impotência. Uma epifania quando se deu a certeza, como se um marco memorável em seu sentido de surpresa negativa, um divisor de águas decorrente da confirmação do uso de PBC, por evidências materiais que explicavam a razão dos comportamentos anômalos. Com o agravante da droga demonizada, da qual se tratava.

O cotidiano nas famílias é de apreensão e vigilância constantes, o que leva a uma rotina de condições estressantes, com o agravante dos hábitos desordenados e imprevisíveis das pessoas. A situação é demarcada por um cenário em que se alternam períodos de melhora e de estabilidade com os sobressaltos das recaídas, onde se convive com uma ideia de incertezas e pessimismo quanto às expectativas futuras. O que amplia a gravidade dessa situação é que além do convívio com as pessoas, se convive com as questões do entorno, ou seja, o mercado das drogas perpassado por perigos, violência e a morte iminente, dificultando ainda mais o enfrentamento.

As famílias, entretanto, não se apresentam passivas diante da situação, na medida em que buscam recursos que favoreçam o enfrentamento cotidiano, desde a atenção com pertences de outros e da casa que possam servir de escambo no mercado das drogas, um monitoramento mais contundente da pessoa exigindo ou demandando a participação de mais membros das famílias, amigos, vizinhos e parentes, perfazendo uma rede de cuidados, até a busca por espaços externos em auxílio aos

enfrentamentos, como igrejas e ou comunidades terapêuticas, culminando com a atenção no CAPS-ad.

Percebe-se ainda, no cotidiano desses familiares, que embora a situação adversa que se apresentara, na medida em que ela acabou sendo assimilada por outras demandas cotidianas vai-se forjando uma normalidade possível, ao encontro de características das condições crônicas: “viver com, apesar de”.

Embora a abstinência constituísse o foco dos familiares com um objetivo a ser perseguido e salientada como uma necessidade imperativa no sentido de evitar-se o uso de drogas, especialmente da PBC, era ao mesmo tempo um problema pelas circunstâncias de crises denominadas “abstinência”. Tais crises eram interpretadas como decorrentes da “falta da droga no organismo”, numa livre interpretação de conceitos biomédicos, nos quais as drogas medicamentosas adquirem destaque e presença. Assim, as drogas prescritas são toleradas como tratamento para as proscritas, havendo poucos questionamentos quanto a essa questão, não havendo, entretanto, subserviência à ordem médica no que diz respeito ao uso medicamentoso de drogas, uma vez que ela sofre reinterpretações quanto ao modo ou circunstâncias de uso.

De modo objetivo, deseja-se então a abstinência do uso de drogas, no sentido de abandonar o ato de usar, entretanto, desde que não comprometa as relações, as moralidades ou não se depare com acontecimentos anômalos. “Toleram-se” situações desde que não se perceba o uso ou sintomas decorrentes a comprometerem as relações e as obrigações morais, portanto, em consonância com a redução de danos, estratégia que reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam danos à saúde e possibilitem a atenção às pessoas.

As circunstâncias em que recorreram ao CAPS-ad se deram quando a maioria dos recursos conhecidos pelas famílias haviam sido utilizados e a gravidade da situação aumentava, tornando-se insustentável o cumprimento da lei, em seu sentido simbólico do respeito aos limites e das autoridades nas famílias, que naquele momento, passou a ser delegada ao Estado, entendendo-o como instituição que reproduz o modelo familiar de autoridade. Essa autoridade foi conferida ao CAPS-ad, por se tratar de um espaço público de saúde, que conta ainda como atrativo na percepção dos familiares, a terapêutica medicamentosa, integrar o contexto público

de atenção, interpretado como gratuidade da assistência, e por isso destinado às pessoas pobres.

A situação atual diante das dúvidas, inseguranças e receios tornam os cuidados mais apreensivos. Deste modo, quanto ao que possa significar o futuro da pessoa e da família, passa-se a valorizar resultados de curto prazo, como por exemplo, comemorar hoje o fato de não ter ocorrido nenhuma intercorrência mais grave ontem. Percebe-se um apego à religiosidade para sustentar a situação como algo que por sua imponderabilidade e de difícil explicação intelectual, passa a ter uma dimensão sobrenatural pertencente a Deus. Tais interpretações servindo, portanto, para imprimir sentidos e certa coerência aos acontecimentos.

As expectativas dos familiares, entretanto, são idealizadas em um futuro de longo prazo, em que as pessoas reestabeleçam definitivamente as relações com o universo moral, constituam família, cuidem dos filhos, trabalhem e estudem.

Nota-se forte variação de gênero na experiência dos familiares de pessoas usuárias de PBC, traduzido pela pequena clientela feminina em tratamento, se comparado ao quantitativo de homens, algo confirmado pela literatura. Além do que, a busca pela atenção para as mulheres foi mais tardia que para os homens, confirmando serem os estigmas mais contundentes relativos às mulheres. Tal situação se confirma também nas dificuldades de campo em se abordar familiares de mulheres quando comparados aos familiares de homens.

É fato que homens e mulheres estão sujeitos aos riscos ligados ao uso de drogas, especialmente da pasta base de cocaína, que vão desde as implicações ao corpo, ao psiquismo e às relações, especialmente as consequências ligadas ao mundo do crime e da saúde. Daí os resultados de prisão e morte, estando as mulheres ainda, mais suscetíveis aos problemas de saúde que os homens, decorrentes do mercado sexual do entorno das drogas, com a consequente sujeição aos riscos das DST especialmente a AIDS, diante do uso do corpo como meio de troca nesse mercado.

Entende-se que são poucas as famílias que se envolvem ou acompanham as pessoas em tratamento, tornando desafiadora a melhora da efetividade da atenção ao centralizar o tratamento nas pessoas e nas famílias, o que se configuraria em uma importante conquista das práticas clínicas vigentes, devendo os tratamentos para condições crônicas ser reorientados, portanto, em torno dos usuários e das famílias.

Esta situação, em que as pessoas recebem o acompanhamento e a atenção dos familiares e estes por sua vez, também recebem atenção, sugeriu favorecer a manutenção de uma sociabilidade em auxílio a uma melhora do quadro de saúde, se comparada às pessoas que vagam pelas ruas tendo como única expectativa reunirem meios para um mínimo de sobrevivência e para a busca da pasta base de cocaína como objetivo principal.

Cabe aqui, como ilustração, a alusão ao romance “Sangue Quente”¹², que por sua vez, inspirou o filme: “Meu Namorado é um Zumbi”¹³, parafraseando o termo: “noiados” vagando pelas ruas. Chama a atenção, que embora os roteiros que retratam Zumbis apocalípticos, já um clichê nos livros e filmes dessa categoria, nessa história, a perspectiva é a de um Zumbi, o que o distingue da maioria das tramas sobre esse tema. O protagonista se depara confuso e perdido em memórias que não sabe muito bem se são suas, questiona a sua condição de morto vivo, tem *flash* de lembranças, das pessoas quando elas eram vivas. Só que há aí uma ironia, pois, as relações entre as pessoas eram cada vez mais frias em decorrência dos distanciamentos motivados pelo ter, pela pressa, pelo consumo desenfreado e pelo uso das tecnologias, que por sua vez aumentavam o distanciamento entre as pessoas, ocupadas com elas mesmas em um hedonismo, absortas pelo mundo das tecnologias, numa valorização do virtual em detrimento do presencial. À medida que se apercebia disso, o protagonista da história, até então entorpecido, se reaproximava das pessoas de um modo diferente, voltando cada vez mais a “sentir”, a tal ponto que até mesmo a dor passa a ser algo prazeroso, por retorná-lo à condição humana de “sangue quente”, ao evitar entorpecer a dor e seus significados, consegue resgatar a sua importância na vida que segue.

Daí, com o devido cuidado em não vitimizar os atores, ou polarizar os olhares (ROSA, 2009), a importância da preservação das relações, diferencial substancial para que as pessoas não se percam e se transformem em “noias” lançados à própria sorte. É nesse contexto que a família se sobressai enquanto principal mediadora da saúde e dos cuidados de seus membros, razão pela qual este estudo a privilegiou,

¹² Marion I. Sangue quente. São Paulo: Leya, 2011.

¹³ Meu Namorado é um Zumbi. Filme dirigido por Jonathan Levine, 2013.

devendo ter seu protagonismo reconhecido, além de também ser merecedora de cuidados e da devida atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Bauru: Edusc; 2001.

Adorno RCF. Crianças, adolescentes e jovens: exclusão, vulnerabilidade, cidadania e modos de vida – uma aproximação aos circuitos de trânsito pelas ruas. In: Silva EA, De Micheli D, organizadoras. Adolescência uso e abuso de drogas uma visão integrativa. São Paulo: Fap-Unifesp; 2011. p. 303-314.

Aguilar LR, Pillon SC. Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. Rev Latino-Americana de Enfermagem. 2005;13:790-797.

Albuquerque BS. Idade doida de pedra: configurações históricas e antropológicas do crack da contemporaneidade. In: Saporì LF, Medeiros R, organizadores. Crack um desafio social. Belo Horizonte: PUC Minas; 2010. p. 13-37.

Alves, PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. Cad Saúde Públ. 1993;9(3):263-271.

Alves PCB, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IM, organizadores. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-138.

Alves PC, Rabelo MCM. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Alves PC, Rabelo MCM, Souza IMA, organizadores. Experiência de doença e narrativa. 20. ed. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 1999. p. 171-185.

Alves PC, Rabelo MCM, Souza IMA, organizadores. Experiência de Doença e Narrativa. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. (Coleção Antropologia e Saúde). Introdução. p. 11-39

Alves VS. Modelo de atenção á saúde de usuários de Álcool e outras drogas no contexto do centro de atenção psicossocial (CAPS-ad) [tese de doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; 2009.

Amaral RC, Silva VG. A Cor do Axé: Brancos e Negros no Candomblé de São Paulo. Estudos Afro-Asiáticos [periódico na internet]. 1993 [acesso em 14 jan 2013];25:99-124. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/da/vagner/cordoaxe.PDF>.

Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Andrade MVO. Oxi ou pasta base? Rev Perícia Federal. 2005;6(21):11-13.

Angell M. A epidemia da doença mental. Rev Piauí. 2011;59:44-49.

Artiaga JF. ¿Cómo trabajar com adolescentes sin empezar por considerarlos um problema? Papeles del psicólogo, enero-abril, año/vol. 23, n. 084, Consejo general de colégios oficiales de psicólogos, España, Madrid. 2003:1-8 [acesso em 25 jun 2013]. Disponível em: <http://www.bibliocristiana.net/LibrosCristianos/Educacion/C%F3mo%20trabajar%20con%20adolescentes%20sin%20empezar%20por%20considerarlos%20un%20problema.pdf>

Assis DFF, Castro NT. Alcoolismo feminino: início do beber alcóolico e busca por tratamento. Textos & Contextos [periódico na internet]. 2010 [acesso em 14 jan 2013];9(2):358-370. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7260>.

Azevedo DM, Miranda FAN. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS-ad Natal-RN: com a palavra a família. Esc Anna Nery Enfermagem. 2010;14(1):56-73.

Barbosa LC. O Fundo de Poço Pode Se Transformar em Fundo de Posso!: trabalho com um grupo de mulheres alcoolistas sob a perspectiva de redução de danos [dissertação de mestrado na internet]. Rio de Janeiro: ENSP; 2008 [acesso em 18 fev 2013]. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/4978/2/1044.pdf>.

Barsaglini RA, Canesqui AM. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. Rev Saúde e Sociedade. 2010;19(4):919-932.

Beck LM, David HMSL. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. Esc Anna Nery [periódico na internet]. 2007 [acesso em 13 maio 2013];11(4):706-711. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000400024&script=sci_arttext.

Becker H. Outsiders: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar; 2009.

Berger PL, Luckmann T. A construção da realidade social. 33. ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

Bergeret J, Leblanc J. Toxicomanias uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.

Betts JA. Sociedade de consumo e toxicomania – consumir ou não ser. AAPOA Rev tóxicos e manias [periódico na internet]. 2004 [acesso em 13 fev 2012];26:65-81. Disponível em: <http://www.appoa.com.br/download/Revista%2026%20-%20Sociedade%20de%20consumo%20e%20toxicomanias.pdf>.

Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. Psicol Cienc Prof [periódico na internet]. 2008 [acesso em 20 maio 2013];28(3):632-645. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n3/v28n3a15.pdf>.

Bilac ED. Sobre as transformações nas estruturas familiares no Brasil: notas muito preliminares. In: Ribeiro I, Ribeiro ACT, organizadores. Família em processos contemporâneos inovações culturais na sociedade brasileira. São Paulo: Loyola; 1995. p. 43-61.

Bilac ED. Família: algumas inquietações. In: Carvalho MCB, organizador. Família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez; 2005. p. 29-38.

Bocchi SCM, Angelo M. Entre a Liberdade e a Reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. Rev Latino-am Enfermagem [periódico na internet]. 2008 [acesso em 13 maio 2013];16(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_02.pdf.

Bodanzky L. Bicho de Sete Cabeças [filme]. Brasil; 2000. 74 min.

Bordin S, et al. Dependência química na mulher. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R, organizadores. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca; 2010. p. 395-404.

Borba LO. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. Rev. Esc. Enferm. USP [periódico na internet]. 2011 [acesso em 02 de jul 2013]; 45(2): 442-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>

Borges MS, et al. Representações sociais sobre cuidar e tratar: o olhar de pacientes e profissionais. Rev Esc Enferm [periódico na internet]. 2011 [acesso em 23 abril 2013];45(6):1427-1433. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a21.pdf>

Bourgeois P. Crack in Spanish Harlem: culture and economy in the inner city. Anthropology Today. 1989 ago [acesso em 08 set 2011];5(4):6-11. Disponível em: <http://www.philippebourgeois.net/AnthroTodayCrackPublished1989.pdf>

Brandão HMD. A lei em nome do pai: impasses no exercício da paternidade na contemporaneidade [dissertação de mestrado na internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2005 [acesso em 22 mar 2013]. Disponível em: http://www.pospsi.ufba.br/Hortensia_Brandao.pdf

Brandão L. Corpos deslizantes, corpos desviantes: a prática do skate e suas representações no espaço urbano (1972-1989) – Dourados-MS [dissertação de mestrado na internet]. Dourados: Universidade Federal da Grande Dourados; 2006 [acesso em 18 mar 2013]. Disponível em: http://www.ufgd.edu.br:8080/jspui/handle/123456789/194?mode=full&submit_simple=Mostrar+registro+em+formato+completo

Brasil. Lei n 8.069, de 13 de julho de 190. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e dá outras providências [lei na internet]. [acesso em 26 jun 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990a. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [lei na internet]. [acesso em 13 jan 2012]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Regulamenta as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos e dá outras providências. Diário Oficial União. 16 out 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial na área da saúde mental [lei na internet]. [acesso em 14 jun 2011]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=219802>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS III, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional e dá outras providências [lei na internet]. [acesso 30 jun 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 768, de 26 de outubro de 2006. Dispõe sobre laudo para autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custos APAC [lei na internet]. [acesso 30 jun 2011]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2006/-pt-768.htm>.

Brasil. Secretaria Nacional Antidrogas. Glossário de álcool e drogas. Brasília: SENAD, 2010 [acesso 18 ago 2011]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327615.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 276, de 30 de março de 2012. Institui o sistema de registro das ações ambulatoriais de saúde RAAS [lei na internet]. [acesso 25 jun 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0276_30_03_2012.html.

Bravo OA. Discurso sobre drogas nas instituições públicas do DF. Temas em Psicologia da SBP [periódico na internet]. 2002 [acesso em 07 jan 2013];10(1):39-52. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v10n1/v10n1a04.pdf>.

Brischiliari A, Waidman MAP. O portador de transtorno mental e a vida em família. Esc Anna Nery [periódico na internet]. 2012 [acesso em 03 jul 2013]; jan-mar; 16(1): 147-156. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a20.pdf>.

Brito CMS, et al. Avós que criam seus netos: circunstâncias e consequências. In: Carneiro TF, organizador. Família e casal: efeitos da contemporaneidade. Rio de Janeiro: PUC Rio; 2009 [acesso em 20 abril 2013]. p. 158-176. Disponível em:

http://www.dbd.puc-rio.br/pergamum/docdigital/ebook_familia_e_casal.pdf#page=138.

Bronaut MMC. Três portas para entrar na casa do Barão: uma história de sensibilidades e percepções urbanas [dissertação de mestrado na internet]. Florianópolis: UDESC, 2004 [acesso em 27 de mar 2013]. Disponível em: http://www.tede.udesc.br/tde_arquivos/10/TDE-2006-02-22T14:15:55Z-71/Publico/Margari.pdf

Bucher R. Drogas e sociedade nos tempos da AIDS. Brasília: UNB; 1996.

Caldeira ZF. Drogas, indivíduo e família: um estudo de relações singulares [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; 1999.

Campos EA. O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. Ciência e Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2005 [acesso em 03 jan 2013];10(supl):267-278. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a27v10s0.pdf>.

Campos EA. Nosso remédio é a palavra: uma etnografia sobre o modelo terapêutico de Alcoólicos Anônimos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

Canesqui AM, organizadora. Olhares Sócio antropológicos Sobre os Adoecidos Crônicos. São Paulo: Fapesp / Hucitec; 2007.

Carlini EA, et al. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: Cebrid, Unesp; 2002 [acesso em 02 jan 2013]. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil/parte_1.pdf.

Carlini EA, et al. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID, UNESP; 2006 [acesso em 02 jan 2013]. Disponível em: <http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>.

Carneiro HF. Mal-estar e resto. Rev Mal-Estar e Subjetividade periódico na internet]. 2001 [acesso em 03 jan 2013];1(1):43-56. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-1482001000100003.

Carneiro HS. Bebidas alcoólicas e outras drogas na época moderna: economia e embriaguez do século XVI ao XVIII. NEIP - Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos [periódico na internet]. 2004 [acesso em 12 fev 2012]. Disponível em: www.neip.info/t_henrique_historia.pdf.

Caroso C, et al. Nem tudo na vida tem explicação: exploração sobre causas de doenças e seus significados. In: Leibing A, organizadora. Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil. Rio de Janeiro: Nau; 2004. p. 145-173.

Carvalho MCB, organizador. Família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC / Cortez; 2005. O lugar da família na política social.

Castellano D. Nem tudo é ruim no nosso SUS. *Gazeta do Povo – Paraná*. 22 nov 2009 [acesso em 14 maio 2013]; Caderno Vida e Cidadania. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=946949&tit=Nem-tudo-e-ruim-no-nosso-SUS>.

Cebriad – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas. Brasília: SENAD; 2010.

Cetlin GS. O tratamento ao usuário compulsivo de crack: fissuras no cotidiano profissional. In: Saporì LF, Medeiros R, organizadores. *Crack um desafio social*. Belo Horizonte: PUC Minas; 2010. p. 145-164.

Chaves DA, Carvalho Neto A. Programas públicos de geração de emprego para jovens e segregação espacial. *Ciências Sociais Unisinos* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 07 maio 2013];42(2):111-122. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/938/93842204.pdf>.

Conte M, et al. Consumismo, uso de drogas e criminalidade: riscos e responsabilidade. *Psicologia ciência e profissão* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 20 mar 2013];27(1):94-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n1/v27n1a08.pdf>.

Corrêa M. Repensando a Família Patriarcal Brasileira. In: Arantes AA, et al., organizadores. *Colcha de Retalhos: estudos sobre a família no Brasil*. 3. ed. Campinas: Unicamp; 1994. p. 15-42.

Coutinho LG. A adolescência na contemporaneidade: ideal cultural ou sintoma social. *Pulsional Rev Psicanálise* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 07 março 2013];XVII(181):13-19. Disponível em: http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/181_02.pdf

DaMatta R. *A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. 5. ed. Rio de Janeiro: Rocco; 1997.

DaMatta, R. *Relativizando uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Rocco; 2010.

Del Olmo R. *A face oculta da droga*. Rio de Janeiro: Revan; 1990.

Dell’Aglio DD, Santos LL. Adolescentes em situação de vulnerabilidade: drogas, risco e resiliência. In: Silva EA, De Micheli D, organizadoras. *Adolescência uso e abuso de drogas uma visão integrativa*. São Paulo: Fap-Unifesp; 2011. p. 231-255.

Denzin N. *Interpretative Biography*. Newbury Park: Sage Publications; 1989 [acesso em 14 mar 2013]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/56671227/Denzin-Interpretive-Biography>.

Dias DAS, Moreira JO. As vicissitudes dos conceitos de normal e patológico: relendo Canguilhem. *Rev Psicologia e Saúde* [periódico na internet]. 2011 jan/jun [acesso em 27 dez 2011];3(1):77-85. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/84/154>.

Dos Santos SA, organizador. *Ações afirmativas e combate ao racismo nas Américas*. Brasília: MEC / Unesco; 2005. Introdução; p. 15-34.

Douglas M. *Pureza e perigo: ensaio sobre as noções de poluição e tabu*. Rio de Janeiro: Edições 70; 1991.

Duarte LFD. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. 2. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar; 1988.

Duarte LFD. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 9-27.

Duarte LFD. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência e Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2003 [acesso 13 mar 2013];8(sup):173-183. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000100013&script=sci_arttext.

Elias N. *O processo civilizador, volume I: uma história dos costumes*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2011.

Epele M. Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. *Mana* [periódico na internet]. 2012 [acesso 09 jan 2013];18(2):247-268. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/mana/v18n2/01.pdf>.

Espinheira G. A existência humana: prazeres, riscos e opções. In: MS - Ministério da Saúde. *Drogas aids e sociedade*. Brasília: CDIC; 1995. p. 9-24.

Espinheira G. Geometrias do movimento: Prefácio. In: Nery Filho A, MacRae E, Tavares LA, Rego M, organizadores. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA; 2009. p. 9-20.

Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doenças: revisão de literatura. *Psicologia: reflexão e crítica* [periódico na internet]. 2005 [acesso 10 maio 2013];18(3): 381-389. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a12v18n3.pdf>.

Fernandes L, Araújo T. *A vida do andamento: para uma caracterização dos consumidores problemáticos de drogas em Guimarães*. Portugal: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; 2010.

Filizola CLA, et al. Compreendendo o alcoolismo na família. *Esc Anna Nery Enfermagem*. 2006;10(4):660-70.

Fiore M. Uso de drogas controversias médicas e debate público. Campinas: Mercado das Letras; 2007.

Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-64.

Fonseca C. Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares [texto na internet]. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS; 2004 [acesso em 16 jan 2012]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/6605658/Claudia-Fonseca-Familia-Fofoca-e-Honra>.

Foucault M. História da loucura. 7. ed. São Paulo: Perspectiva AS; 2004.

Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC; 2004.

Gomes BR, Adorno RCF. Tornar-se noia: trajetória e sofrimento social nos usos do crack no centro de São Paulo. Rev Centro em Rede de Investigação em Antropologia [periódico na internet]. (Miscelânea e Dossiê vivenciar o sofrimento social: suas ambiguidades e articulações). 2011 [acesso 12 out 2012];15(3):569-586. Disponível em: <http://etnografica.revues.org/1076>.

Gonçalves AM. Cuidados diante do abuso e a dependência de drogas: desafio da prática do Programa de Saúde da Família [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Enfermagem da USP; 2002.

Guimarães ABP, et al. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. Rev Psiquiatr Clín. 2009;36(2):69-74.

Gutiérrez MF. Tempos, contratempos e passatempos, um estudo sobre práticas e sentidos do tempo entre jovens de grupos populares do Grande Recife [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

Helman CG. Cultura e farmacologia: drogas, álcool e tabaco. In: Helman CG. Cultura, saúde e doença. 5. ed. Bolner AR, tradutor. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 179-202.

Henn R. Morte, acontecimento e redes sociais: das raízes da cultura à Amy Winehouse. In: 9º Encontro nacional de pesquisadores em jornalismo; 2011; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pesquisadores em Jornalismo-SBPJor, 2011 [acesso 22 mar 2013]. Disponível em: http://sbpjor.kamotini.kinghost.net/sbpjor/admjor/arquivos/9encontro/CC_11.pdf.

Hochgraf PB, Brasiliano S. Mulheres e substâncias psicoativas. Cocaína e Crack. In: Seibel DS, organizador. Dependência de drogas. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 1025-1041.

Horta RL. Mulheres e Drogas: O que a família tem com isso? Argumentos do Discurso Contemporâneo [tese de doutorado na internet]. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia da PUCRS; 2007 [acesso 21 fev 2013]. Disponível em: http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=727

Hunt LM, Jordan B, Irwin S. Views of what's wrong: diagnosis and patients' concepts of illness. *Soc Sci Med* [periódico na internet]. 1989 [acesso em 27 nov 2011];28(9):945-956. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953689903249>.

Jucá VJS. Compensação e estabilização: os substitutos a cura na saúde mental. *Vivência* [periódico na internet]. 2007 [acesso 17 abr 2013];32:275-291. Disponível em: http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CAP%2017_VLADIA%20JAMILE%20DOS%20SANTOS.pdf

Kaup ZOL, et al. Avaliação do Consumo de Bebida Alcoólica Durante a Gravidez. *RBGO* [periódico na internet]. 2001 [acesso 21 fev 2013];23(9):575-580. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n9/11280.pdf>.

Labate BC, Fiore M, Goulart SL. Introdução. In: Labate C, et al., organizadores. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 23-38.

Laplantine F. *Antropologia da doença*. Siqueira VL, tradutor. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

Le Breton D. The anthropology of adolescent risk-taking behaviours. *Body & Society* [periódico na internet]. 2004 [acesso em 03 jan 2013];10(1):1-15. Disponível em: http://www.mobilidades.org/arquivo/Antropolog_Adoslescent_risk.pdf.

Leite Júnior J. Transitar para onde? Monstruosidade, (des)patologização, (in)segurança social e identidades transgêneras. *Rev Estudos Feministas* [periódico na internet]. 2012 [acesso 14 mar 2013];20(2):559-568. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/26219/22862>.

Leite MC. Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas. Brasília: SENAD; 2000.

Lima HP, et al. Interfaces entre alcoolismo e promoção da saúde nas produções da pós-graduação stricto sensu brasileira. *Rev Rene*. 2010;11(4):190-199.

Lima M. *Meu nome não é Johnny* [filme]. Brasil; 2008. 124 min.

Lyra J, et al. Homens e cuidado: uma outra família? In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadores. *Família redes, laços e políticas públicas*. 5. ed. São Paulo: Cortez; 2010.

Lyra J. et al. A gente não pode fazer nada, só podemos decidir sabor de sorvete. *Adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direitos*. Cad Cedes

[periódico na internet]. 2002 [acesso 25 jun 2013];22(57):9-21. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>.

MacRae E. O uso ritual de substâncias psicoativas na religião do Santo Daime como exemplo de redução de danos. In: Nery Filho A, MacRae E, Tavares LA, Rego M, organizadores. Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA; 2009. p. 23-36.

Marcon SR. Avaliação da qualidade de vida dos cuidadores de dependentes químicos [tese de doutorado]. São Paulo: Departamento de Enfermagem da UNIFESP; 2009.

Matos A. Hospital Psiquiátrico, comunidades terapêuticas e CAPS-ad, dessemelhança diante do objeto e das ideias: pequenas controvérsias. Rede PSI [periódico na internet]. 2010 [acesso em 07 ago 2011]. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/print.php?itemid=1682>.

Matos NGV, Neves AS. CAPS-Poeira: um modo de intervenção no CAPS-ad. Rev Mal-Estar e Subjetividade [periódico na internet]. 2011 [acesso 8 maio 2013];XI(2): 817-841. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/27/2712578014.pdf>.

Medeiros R. Clínica e croni(cidade): impactos do uso/abuso de crack na configuração urbana e nos tratamentos da toxicomania. In: Saporì LF, Medeiros R, organizadores. Crack um desafio social. Belo Horizonte: PUC Minas; 2010. p. 165-218.

Melcop AGT, E Maia D. Experiência de pesquisa e de intervenção sobre o consumo de drogas entre mulheres e travestis que trabalham na prostituição. Cocaína e Crack. In: Seibel DS, organizador. Dependência de drogas. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 1077-1094.

Melman J. Família e doença mental – repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2. ed. São Paulo: Escrituras; 2006.

Melo MEX. As drogas sob a perspectiva de jovens estudantes de 11 a 15 anos da rede pública de ensino de Cuiabá em 2002 e 2003 um estudo de representações sociais [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Programa de Pós-graduação em Educação da UFMT; 2004.

Minayo MCS. Sobre a toxicomania da sociedade. In: Baptista M, Cruz MS, Matias R, organizadores. Drogas e pós-modernidade. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. p. 13-29.

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec; 1998.

Monteiro FJ. Ajuda-mútua e reabilitação. Análise Psicológica [periódico na internet]. 1997 [acesso 12 maio 2013];3(XV):449-452. Disponível em: <http://www.unifesp.br/grupos/fibromialgia/ajuda.mutua.pdf>.

Morais PCC. Drogas e políticas públicas [tese de doutorado na internet]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG; 2005 [acesso 4 jan 2013]. Disponível em: http://www.crisp.ufmg.br/arquivos/teses_monografias/droga_politica_publica.pdf.

Moreira EC. Uso do crack nas metrópoles modernas: observações preliminares sobre o fenômeno em Salvador, Bahia. In: Nery Filho A, MacRae E, Tavares LA, Rego M, organizadores. Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA; 2009. p. 113-121.

Mota CS, et al. O papel da experiência religiosa no enfrentamento de aflições e problemas de saúde. Interface [periódico na internet]. 2012 [acesso em 10 maio 2013];16(42):665-675. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300007&script=sci_arttext.

MS - Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2002. Brasília: MS; 2002.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: MS; 2004 [acesso 05 out 2012]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf.

MS - Ministério da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa. Brasília: MS, 2008 [acesso 30 mar 2013]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm.

Musquim CA. Experiência de cuidado pelo homem na vivência familiar do adoecimento crônico [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Faculdade de Enfermagem da UFMT; 2012.

Noto AR, et al. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2003 [acesso 23 jan 2013];19(1):69-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14906.pdf>.

Oliveira E. O desafio de assistir pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Oliveira AGB, Alessi NP. Superando o manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá: Ed-UFMT; 2005.

Oliveira JF, et al. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. Ciência e Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2006 [acesso em 27 mar 2013];11(2):473-481. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30434.pdf>.

Oliveira LG. A avaliação da cultura do uso de crack após uma década de introdução da droga na cidade de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 2007.

Oliveira NHD. Recomeçar: família, filhos e desafios. São Paulo: Unesp / Cultura Acadêmica; 2009 [acesso em 15 jun 2011]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/965tk/pdf/oliveira-9788579830365-03.pdf>.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: MS; 2001.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial da saúde, saúde: nova concepção, nova esperança. Brasília: MS; 2002 [acesso em 15 jun 2011]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação - relatório mundial. Brasília: MS; 2003 [acesso em 01 fev 2011]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=62>.

Palha AP, Bueno JR. Prefácio à segunda edição. In: Seibel SD, organizador. Dependência de drogas. 2. ed. São Paulo: Atheneu. Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas; 2010.

Pasche DF. Política nacional de humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. Interface Comunicação Saúde e Educação [periódico na internet]. 2009 [acesso em 23 mar 2013];13(1):701-708. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a21v13s1.pdf>

Payá R, Figlie NB. Abordagem familiar em dependência química. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R, organizadores. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca; 2010. p. 405-425.

Perez PLC. El suicídio em Nuevo León, un perfil psicossocial. Ciencia y sociedade [periódico na internet]. 2006 [acesso em 28 mar 2013];1(2):116-121. Disponível em: http://eprints.uanl.mx/622/1/ciencia_sociedad.pdf.

Petrini JC. Mudanças sociais e mudanças familiares. In: Petrini JC, Cavalcanti VRS, organizadores. Família sociedade e subjetividades uma perspectiva multidisciplinar. Petrópolis: Vozes; 2005. p. 29-53.

Pinho GSA. Minha saúde não é de ferro, mas meus nervos são de aço: a mulher e o uso de drogas na sociedade contemporânea. Clio-Psyché –Mnemosine [periódico na internet]. 2005 [acesso 15 jun 2011];1(1):277-345. Disponível em: <http://www.mnemosine.com.br/mnemo/index.php/mnemo/article/viewFile/119/351>

Pratta EMM, Santos MA. O processo saúde doença e a dependência química: interfaces e evolução. Psicologia, teoria da pesquisa. 2009;25(2):203-11.

Rabelo MC. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública* [periódico na internet]. 1993 [acesso em 20 mar 2013];9(3):316-325. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v9n3/19.pdf>

Raynaut C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas ideias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 2002; Curitiba, BR. p. 43-55.

Ribeiro B, Dantas T. Bolsa crack de R\$ 1.350 vai pagar internação de viciados do Estado de SP. *O Estado de S. Paulo - Estadão.com.br*. 07 maio 2013 [acesso 11 maio 2013]; São Paulo. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,bolsa-crack-de-r-1350-vai-pagar-internacao-de-viciados-do-estado-de-sp,1029486,0.htm>.

Ribeiro I, Ribeiro ACT, organizadores. *Família em Processos Contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo: Loyola, 1995. (Seminários Especiais, Centro João XXIII). *Família em processos contemporâneos: uma introdução*; p. 13-20.

Ribeiro M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. *Rev Brasileira de Psiquiatria*. 2004; 25:50-62.

Riutort P. *Compêndio de sociologia*. São Paulo: Paulus, 2008.

Rodrigues JC. *O tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Achimé, 1975.

Rodrigues N, Caroso CA. Idéia de sofrimento e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 137-149.

Rodrigues T. Tráfico, guerra, proibição. In: Labate C, et al., organizadores. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 91-104.

Romanelli. G. Autoridade e poder na família. In: Carvalho MCB, organizador. *Família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC / Cortez; 2005. p. 73-88.

Romanini M, Roso A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? *Psicologia Ciência Profissão* [periódico na internet]. 2012 [acesso 9 maio 2013];32(1):82-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007.

Rosa LCS. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica. In: Vasconcelos EM, organizador. *Abordagens psicossociais: perspectivas para o serviço social*. v. III. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 159-182.

Rosa LCS. *Transtorno mental e o cuidado na família*. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2011.

Rosa LCS. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 23 nov 2012];11(18):205-218. Disponível em: http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20060915161333.pdf.

Saito MI. Adolescência e projeto de vida: o adolescente como protagonista e agente de transformação – a prevenção em questão. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM, organizadores. *Adolescência: prevenção e risco*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p.559-565.

Sanches ZVDM, Nappo SA. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saúde Pública* [periódico na internet]. 2002 [acesso 9 maio 2013];36(4):420-430. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11760.pdf>.

Sanches ZM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Rev Psiq Clín* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 26 mar 2013];34(1):73-81. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/73.html>

Santos C, Ferreira PC. Migração e distribuição regional no Brasil. *Pesquisa e planejamento econômico. ppe* [periódico na internet]. 2007 [acesso 30 jun 2013];37(3):405-425 dez. Disponível em: <http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/view/1056/1016>

Sapori LF, et al. A relação entre o comércio do crack e a violência urbana na região metropolitana de Belo Horizonte. In: Sapori LF, Medeiros R, organizadores. *Crack um desafio social*. Belo Horizonte: PUC Minas; 2010. p. 38-80.

Sarti CA. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2005.

Sarti CA. Famílias enredadas. In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadores. *Família redes, laços e políticas públicas*. 5. ed. São Paulo: Cortez; 2010. p. 21-36.

Mendoza-Sassi RA, et al. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2007 [acesso 21 fev 2013];23(9):2157-2166. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n9/16.pdf>.

Schenker M, Minayo ACS. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2004 [acesso 20 mar 2013];20(3):649-659. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/02.pdf>.

Schutz ZA. *Fenomenologia e relações sociais (textos escolhidos)*. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

Schulz R, Quittner AL. Caregiving for children and adults with chronic conditions: introduction to the special issue. *Health Psychology* [periódico na internet]. 1998 [acesso 02 jul 2013];17(2):107-111. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/hea/17/2/107.pdf>.

Seibel DS, organizador. Dependência de drogas. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. Cocaína e Crack; p. 217-229.

Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2005 [acesso 10 jun 2012]; 10:243-245. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>

Silva Júnior RC, Gomes CS. Oxi: Uma nova droga? *Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas* [periódico na internet]. 2011 [acesso 13 fev 2012]. Disponível em: www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php.

Silva PL. As representações sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento [dissertação de mestrado na internet]. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFBA; 2007 [acesso 13 fev 2012]. Disponível em: http://www.pospsi.ufba.br/Priscila_Silva.pdf.

Soares LS, Fraga AB. Pedagogia dos corpos retos: das morfologias às carnes humanas alinhadas. *Pro-posições* [periódico na internet]. 2003 [acesso 17 mar 2013]; 14(2;41):77-90. Disponível em: http://mail.fae.unicamp.br/~proposicoes/textos/41-dossie-soarescl_etal.pdf.

Souza DPO. Uso de drogas psicoativas entre estudantes adolescentes trabalhadores da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso [tese de doutorado]. São Paulo: Departamento de Psiquiatria da UNIFESP; 2006.

Souza J, Kantorski LP. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. *Rev Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas* [periódico na internet]. 2007 [acesso 17 mar 2012];3(1). Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/2007v3n2a02.pdf>.

Szymanski H. Teorias e teorias de famílias. In: Carvalho MCB, organizador. *Família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC / Cortez; 2005. p. 23-27.

TCU - Tribunal de Contas da União. Auditoria Operacional: Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – parte 2: prevenção, tratamento e reinserção social do dependente de álcool e outras drogas. Brasília: TCU; 2012 [acesso em 24 out 2012]. Disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/seguranca_publica/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20sobre%20Drogas_Folder_II.pdf.

Theodoro M, Jaccoud L. Raça e educação: os limites das políticas universalistas. In: Dos Santos SA, organizador. *Ações afirmativas e combate ao racismo nas Américas*. Brasília: Ministério da Educação / Unesco; 2005. p. 105-120.

Torossian SD. De qual cura falamos? Relendo conceitos. Rev Tóxicos e Manias [periódico na internet]. 2004 [acesso em 12 fev 2013];26. Disponível em: <http://www.appoa.com.br/download/Revista%2026%20-%20De%20qual%20cura%20falamos.pdf>.

Toscano Júnior A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: Seibel DS, Toscano Júnior A, organizadores. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 7-23.

Trad S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: Nery Filho A, et al., organizadores. Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA; 2009. p. 97-112.

Uninter - Uninter.com Rev Eletrônica [periódico na internet]. 2006 [acesso em 08 jan 2013];20. Disponível em: http://www.grupouninter.com.br/revista/anteriores/index.php@edicao_id=20&menu_id=8&id=414

Unodc - United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report [periódico na internet]. 2012 [acesso 25 abril 2013]. Disponível em: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2012.html>

Vallim DC, et al. Uma Análise do Perfil Sócio Cultural dos Usuários de Crack no Município do Rio de Janeiro: relatos de uma etnografia. In: II Encontro Nacional de

Sócio Antropologia do Uso de Psicoativos; 1 e 2 jul 2012; São Paulo, Brasil. São Paulo: PUC; 2012 [acesso em 24 out 2012]. Disponível em: www.neip.info.

Vargas EV. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para a genealogia das drogas. In: Labate C, et al., organizadores. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 41-64.

Vargas EV. Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbações: perspectivas etnográficas. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 120-136.

Vasconcelos EM. Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do crack: balanço e perspectivas de ação. O social em questão. [periódico na internet]. 2012 [acesso 26 jun 2013];XV(28):149-186. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/8artigo.pdf>.

Velho G. Mudança, crise e violência – política e cultura no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.

Velho G, Fiore M. O consumo de psicoativos como campo de pesquisa e de intervenção política: Entrevista concedida por Gilberto Velho a Maurício Fiore. In: Labate BC, et al., organizadores. Drogas e cultura novas perspectivas. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 123-140.

Velho G. Nobres e anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2008.

Verona H. Abertura. In: Goldman C, et al., organizadores. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. Brasília: CFP; 2010.

Victória CG, Knauth DR, Hassen MN. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Porto Editorial; 2000.

Vieira J. O homem e as drogas: o penoso caminho do retrocesso – volume I. São Paulo: Letras & Letras; 1996.

Viera DL. Adolescência, gênero e uso de substâncias. In: Silva EA, De Micheli D, organizadoras. Adolescência uso e abuso de drogas uma visão integrativa. São Paulo: Fap-Unifesp; 2011. p. 439-461.

Williams G. The genesis of chronic illness: narrative re-construction. *Sociology of Health and Illness*. 1984;6(2).

Zacharias DG, et al. Familiares de Usuários do Crack: da descoberta aos motivos para o uso da droga. In: Anais da IV Jornada de Pesquisa em Psicologia: Desafios Atuais nas Práticas da Psicologia; 25 e 26 nov 2011; Santa Cruz do Sul, Brasil. Santa Cruz do Sul; 2011 [acesso 23 abril 2013]. Disponível em: http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10184/5

Zaluar A, organizadora. Repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense; 1999. Introdução: drogas e cidadania; p. 7-21.

ANEXO

Anexo 1: Parecer consubstanciado do CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital Universitário Júlio Muller- Universidade Federal de Mato Grosso/ UFMT

PROJETO DE PESQUISA

Título: A experiência de familiares cuidadores de pessoas usuárias de pasta base de cocaína atendidas em um CAPS ad em Mato Grosso
Área Temática:

Pesquisador: Robson Alves de Paula

Versão: 2

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso/ UFMT

CAAE: 02020912.6.0000.5541

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer:28524

Data da Relatoria:09/05/2012

Apresentação do Projeto:

Adequado

Objetivo da Pesquisa:

Adequado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentado que o benefício direto ao usuário é o esclarecimento sobre a dinâmica de funcionamento do Caps Ad e do uso e abuso de drogas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências foram atendidas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado, conforme parecer anterior

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador esclareceu todas as pendências elencadas. Projeto aprovado.

CUIABA, 29 de Maio de 2012

Assinado por:
SHIRLEY FERREIRA PEREIRA

APÊNDICES

Apêndice 1: Formulário sócio econômico para entrevista com familiares

ENTREVISTA Nº -----	DATA: ____/____/____
(Pseudônimo) Nome da pessoa atendida no CAPS-ad e idade:	Piso: ☐ Chão Batido ☐ Cerâmica ☐ Piso de Cimento ☐ Outros
(Pseudônimo) Nome do familiar entrevistado:	Paredes: ☐ Tijolos ☐ Madeira ☐ Reboco ☐ Pintada
Data de Nascimento: ____/____/____	☐ Telha ☐ Laje
Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino	Água Encanada: ☐ Sim ☐ Não
Estado civil: ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Convivente ☐ Outros	Cômodos: ☐ 1 a 2 ☐ 3 a 5 ☐ 6 em diante
Procedência:	Possui aparelhos: ☐ TV ☐ Rádio ☐ Máquina de Lavar ☐ Ventilador ☐ Ar Condicionado ☐ Fogão ☐ Outros
Naturalidade:	
Cidade: Estado:	
Profissão:	
Ocupação:	OS DADOS ABAIXO SÃO SOMENTE PARA O ACESSO DO PESQUISADOR:
Posição que ocupa na família:	
Tipo de residência: ☐ Própria ☐ Alugada ☐ Cedida	Endereço:
	Rua:
Valor do aluguel:	Quadra:
Religião:	Número:
De quem é a contribuição principal para a renda familiar?	Bairro:
Rendimento mensal:	Referência:
Renda familiar:	
Número de filhos:	
Quantas pessoas habitam a residência?	Observações:
Alfabetização:	
Tipo de residência:	
Casa Forrada: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente	

Apêndice 2: Roteiro temático semiestruturado para entrevista com os familiares

TEMAS	QUESTÕES TEMÁTICAS
Contexto	História pessoal e familiar Fale sobre o(a) senhor(a) <i>(o que faz, de onde veio, onde residiu, ocupação etc.)</i> Fale sobre o X <i>(sujeito/familiar cuidado, trabalho, estudo, namoro, lazer, etc.)</i>
Conceito de droga e pasta base de cocaína Fisiopatologia Causalidade e explicação sobre a origem da situação de consumo de SPA	- O que X/sujeito tem? - O que é droga? - O que é a PBC? - O que isso/substância faz com a pessoa? E com o corpo? - Como soube que X usava SPA? - Por você acha que as pessoas começam a usar? E no caso do X, a que atribui/por que acha que iniciou? - Há quanto tempo?
Impactos cotidianos (materiais e simbólicos) Gerenciamento cotidiano	- Conte como foi quando descobriu <i>(sentimentos, reação)</i> O que fez? <i>(notar se aponta sinais do uso, comportamentos, as consequências e como contornava)</i> - Como é a rotina/o dia a dia de vocês/família? E a do X? - O que considera mais difícil no dia a dia? Por que? E o que faz diante disso? - Diante dos acontecimentos, procurou ajuda? Qual? Como foi? <i>(os apoios informais e formais, relação com serviços oficiais ou não)</i> - <i>(ao citar o CAPS, explorar como foi, em quais atividades participa e como avalia/o que acha, e o que pensa que ajudaria a lidar com a situação)</i> - Qual é o tratamento que o CAPS oferece? E o que o(a) senhor(a) acha?
Expectativas futuras	- O(a) senhor(a) diria que o X tem saúde? Por que? <i>(notar aqui a resposta para explorar se entende que a pessoa é doente e por que: são parâmetros de normalidade)</i> - E o que o(a) senhor(a) pensa sobre a cura dessa situação? - O que o(a) senhor(a) espera futuramente para o X? <i>(envolve também o futuro da família)</i>

Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO-UFMT
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA-ISC**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TECLE)

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa **A EXPERIÊNCIA DE FAMILIARES DE PESSOAS USUÁRIAS DE PASTA BASE ATENDIDAS EM UM CAPS-AD DE MATO GROSSO**. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. Em caso de recusa o(a) sr(a) não terá nenhum prejuízo ou punição de qualquer natureza em sua relação com o pesquisador ou com a instituição de saúde e terá a segurança de não ser identificado(a), mantendo-se o caráter confidencial das informações de acordo com princípios éticos. Em caso de dúvida poderá ser procurado o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller- UFMT- pelo telefone (65) 3615-8254, com a Profª Shirley F. Pereira (coordenadora). O objetivo deste estudo é analisar a experiência de familiares de pessoas usuárias de pasta base atendidas em um CAPS-ad em Mato Grosso com o intuito de compreender como lidam com essa condição no cotidiano de suas vidas, sendo a nossa intenção que ela venha auxiliar, outros profissionais e serviços de saúde em um aprimoramento do atendimento dessa clientela nesses serviços. A pesquisa será realizada através de perguntas que lhe farei e saliento que não existem respostas certas ou erradas, apenas gostaria de saber a sua opinião sobre os assuntos que lhe indagarei. Gostaria de gravar a nossa conversa para melhor aproveitamento das informações que serão transcritas, entretanto, a gravação não será apresentada a ninguém, todavia, utilizarei o gravador somente se o(a) senhor(a) concordar com este termo. Sua participação nesta pesquisa será voluntária, ou seja, sem receber qualquer incentivo financeiro, entretanto, não terá quaisquer ônus com deslocamentos ou despesas do gênero já que pretendo realizar a pesquisa em sua residência no intuito de minimizar-lhe dificuldades dessa ordem e oferecer-lhe melhor comodidade. Informo que oferecerei como benefício direto à sua participação nesta pesquisa, o meu comprometimento em esclarecer-lhe dúvidas quanto ao sistema de tratamento sobre álcool e drogas no CAPS-ad bem como sobre o atendimento a familiares no serviço. Os dados coletados serão confidenciais e garantimos o sigilo durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Os dados serão divulgados por pseudônimos de forma a impossibilitar a sua identificação atendendo a princípios éticos. O(a) Sr(a) receberá uma cópia desse termo onde consta os dados do pesquisador responsável, para que o(a) Sr(a) possa localizá-lo a qualquer tempo. Meu nome é Robson Alves de Paula, discente Pesquisador do curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva-ISC da UFMT, telefones de contato: (65) 36611991/ 99726819, e-mail: robsonterapi@hotmail.com. Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação **AUTORIZO** a publicação dentro dos princípios éticos pertinentes.

Eu (nome do participante)....., idade:.....
 sexo:.....Naturalidade:.....portador(a) do documento RG
 Nº:.....()-.....declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da
 minha participação na pesquisa e concordo em participar

Assinatura do participante da pesquisa:.....

Assinatura do pesquisador principal:

ROBSON ALVES DE PAULA

_____-_____, ____/____/2012