



# Psicologia em pesquisa

Revista do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF



Volume 9 | Número 2  
Junho - Dezembro de 2015



REVISTA  
PSICOLOGIA  
EM PESQUISA



## Psicologia em Pesquisa

ISSN 1982-1247

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF | Brasil

Volume 9 Número 2

Julho - Dezembro 2015

### Missão

**Psicologia em Pesquisa** é um periódico eletrônico semestral (junho e dezembro) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e tem como público alvo pesquisadores, docentes e profissionais de psicologia e demais áreas correlatas.

Seu objetivo principal é promover a produção e a divulgação do conhecimento científico no campo da Psicologia e de suas áreas afins. Para tanto, prioriza a publicação de artigos originais que relatam os resultados de pesquisas empíricas ou teóricas. Também são publicadas outras comunicações científicas originais como, por exemplo, revisão de literatura, ensaio teórico, resenha, entrevista, relato de experiência, que tenham relevância para a Psicologia e suas áreas correlatas. Os manuscritos podem ser submetidos em português, inglês ou espanhol.

Com a meta de assegurar uma avaliação imparcial e promover um intercâmbio entre os autores e seus pares, todos os manuscritos submetidos à **Psicologia em Pesquisa** são avaliados segundo um processo de revisão às cegas por pares, seguindo orientações do Committee on Publication Ethics (COPE) em todos os aspectos éticos e, em especial, em relação a casos de má conduta e plágio em publicações acadêmicas.

### Editor-Chefe

Richard Theisen Simanke – UFJF  
Telmo Mota Ronzani – UFJF

### Editores Associados

Fernando Antonio Basile Colugnati – UNICAMP  
Francis Ricardo dos Reis Justi – UFJF  
Francisco Teixeira Portugal – UFRJ  
Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho – UFAL  
Vitor Geraldi Haase – UFMG

### Comissão de Política Editorial

Saulo de Freitas Araujo – UFJF  
Altemir José Gonçalves Barbosa – UFJF  
Juliana Perucchi – UFJF  
Lélio Moura Lourenço – UFJF  
Marisa Consenza Rodrigues – UFJF

### Assistentes do Editor

Daniel Alexandre Gouvêa Gomes – UFJF  
Maira Leon Ferreira – UFJF  
Mayra Bibiano Caixeiro – UFJF  
Thiago Virgílio da Silva Stroppa – UFJF

### Equipe Técnica

Cíntia Fernandes Marcellos – UFJF  
Henrique Pinto Gomide – UFJF  
Thiago Constâncio Ribeiro Pereira – UFJF

### Produção Editorial

Zeppelini Editorial/Instituto Filantropia

### Conselho Editorial

Acácia Angeli Aparecida dos Santos – Universidade São Francisco  
Adelina Guisande – Universidad de Santiago de Compostela (Espanha)  
Alexander Moreira-Almeida – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Ana Maria Jacó-Vilela – Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Ann Dowker – University of Oxford (Inglaterra)  
António M. Diniz – Universidade de Évora (Portugal)  
Antônio Maurício Castanheira Neves – Universidade Católica de Petrópolis  
Carla Witter – Universidade São Judas Tadeu  
Cláudio Garcia Capitão – Universidade São Francisco  
Eduardo José Manzini – Universidade Estadual Paulista  
Enrique Saforcada – Universidad de Buenos Aires (Argentina)  
Erikson Felipe Furtado – Universidade de São Paulo  
Fernando Vidal – Universitat Autònoma de Barcelona (Espanha)  
Gerardo Prieto – Universidad de Salamanca (Espanha)  
Gerson Yukio Tomanari – Universidade de São Paulo  
José Antônio Damásio Abib – Universidade Federal de São Carlos  
Leandro Almeida – Universidade do Minho (Portugal)  
Makilim Nunes Batista – Universidade São Francisco  
Márcia Maria Peruzzi Elia da Mota – Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Marcos Emanuel Pereira – Universidade Federal da Bahia  
Marcus Bentes de Carvalho – Universidade Federal do Pará  
Maria do Carmo Guedes – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
Mônica Sanches Yassuda – Universidade de São Paulo  
Richard Saitz – Boston University (EUA)  
Sandra Regina Kirchner Guimarães – Universidade Federal do Paraná  
Sônia Maria Guedes Gondim – Universidade Federal da Bahia  
Thomas Sturm – Universitat Autònoma de Barcelona (Espanha)  
William Barbosa Gomes – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Zilda Aparecida Pereira Del Prette – Universidade Federal de São Carlos

## Psicologia em Pesquisa

ISSN 1982-1247

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF | Brasil

Volume 9 Número 2

Julho - Dezembro 2015

### Sumário

#### Editorial

#### 109 Drogas e Direitos Humanos

*Telmo Mota Ronzani*

#### Artigos / Articles

#### 111 Violencias institucionales y reproducción de estigmas en usuarios de cocaínas fumables de Montevideo

*Institutional violence and stigma reproduction on smoked cocaine users in Montevideo*

*Giancarlo Albano, Luisina Castelli, Emmanuel Martínez, Marcelo Rossal*

#### 126 Violados indignos: usuários de crack no Rio de Janeiro e em Nova Iorque

*Violated and undignified: crack cocaine users in Rio de Janeiro and New York*

*Danielle de Carvalho Vallim*

#### 139 Especificidades do tratamento de mulheres usuárias de crack: interface com direitos humanos

*Treatment specificities for crack addiction in women: interface with human rights*

*Jéssica Limberger, Jaluza Aimée Schneider, Ilana Andretta*

#### 148 Los retos de la reducción de daños como política pública de drogas en Brasil

*The challenges of harm reduction as a public policy related to drugs in Brazil*

*Maristela Moraes, Marisela Montenegro, Benedito Medrado, Oriol Romani*

#### 159 Estereotipia social en los profesionales de la salud pública de Uruguay acerca del uso de benzodiazepinas

*Social stereotyping in public health professionals of Uruguay on benzodiazepine use*

*Andrea Bielli, Pilar Bacci, Gabriela Bruno, Nancy Calisto, Santiago Navarro*

#### 170 Social distance toward people with substance dependence: a survey among health professionals

*La distancia social de las personas con dependencia de sustancias: una encuesta entre los profesionales de la salud*

*Pollyanna Santos da Silveira, Rhaisa Gontijo Soares, Henrique Pinto Gomide, Gabriela Correia Lubambo Ferreira, Ana Luísa Marlière Casela, Leonardo Fernandes Martins, Telmo Mota Ronzani*

#### 177 Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal

*Harm reduction in the view of professionals working in CAPS AD II of the Federal District*

*Glacy Daiane Barbosa Calassa, Maria Aparecida Penso, Lêda Gonçalves de Freitas*

#### 188 Consumo de álcool e drogas e o trabalho do psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família

*Alcohol and drugs consumption and psychologist's work in health family support nucleus*

*Ana Izabel Oliveira Lima, Magda Dimenstein, João Paulo Macedo*

#### 198 Estratégias utilizadas no tratamento de famílias com usuários de substâncias

*Strategies for treating families affected by substance abuse users*

*Eroy Aparecida da Silva, Thiago Pavin Rodrigues, Denise De Micheli, André Luiz Monezi Andrade*

#### 205 Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III

*Singular Therapeutic Project in women attending in a CAPS AD III*

*Scheila Silva Rasch, Angela Nobre de Andrade, Luziane Zacché Avellar, Pedro Machado Ribeiro Neto*

#### Resenha / Review

#### 216 As redes de atenção aos usuários de drogas e suas múltiplas dimensões

*Marcelo Dalla Vecchia*

## Editorial

### Drogas e Direitos Humanos

É com muita satisfação que apresento o número especial da Revista *Psicologia em Pesquisa* com o tema Drogas e Direitos Humanos. Ao mesmo tempo em que escrevo como editor deste número, assumo o grande desafio de ser o novo editor-chefe da revista, cargo anteriormente ocupado pelos professores Richard Simanke e Saulo Araújo. Será um desafio duplo, pois, em primeiro lugar, assumo um posto ocupado por grandes pesquisadores e teóricos de Psicologia, que organizaram e fizeram um ótimo trabalho em nossa revista. Em segundo lugar, devemos manter a qualidade e a periodicidade em tempos de dificuldade financeira pela qual estamos passando. Mas, dentro do nosso compromisso, faremos o possível para manter o legado de tão eminentes colegas.

Minha chegada na revista com este número especial não poderia ser mais oportuna, pois tenho uma trajetória relacionada ao tema proposto e algumas publicações na área. Sabemos da relevância e da necessidade da produção de conhecimento na área de álcool, tabaco e outras drogas. Esse tema tem grande impacto social e de saúde em todo o mundo, e muitas vezes se reflete em ações de intervenção e de políticas públicas sem base em evidências científicas e sem a preocupação com a dimensão ética e dos direitos humanos.

Para além da importância das evidências e do avanço do conhecimento sobre drogas, acrescenta-se o grande desafio de assumir que não há produção científica sem impacto ético ou social quando estamos pesquisando seres humanos. Por isso, nossa intenção é deixar claro que defendemos uma ação acadêmica que se comprometa ou se declare abertamente para quem e para que serve nosso conhecimento na área de drogas. Em tempos em que a estratégia de “guerra às drogas” é cada vez mais questionada, ação que dominou o cenário nacional e internacional e já produziu milhares de mortes e impactos sociais e de saúde em todo o mundo — especialmente entre populações específicas, como os mais pobres, negros e moradores de comunidades ou países considerados periféricos na cadeia de acumulação do capital —, o tema de direitos humanos se torna central em nossa área.

Portanto, o presente número especial é uma provocação aos pesquisadores da área para que apresentem pesquisas relacionadas ao tema dos direitos humanos. A publicação consiste em mais uma dentre várias ações ocorridas no ano de 2015, quando organizamos, com os professores da Universidade Federal de São João del Rey (UFSJ) Marcelo Dalla Vecchia, Fernando Santana e Cassia Beatriz, o V Congresso Internacional Sobre Drogas (V CID), com o mesmo tema e foco de discussão. Essa parceria nos rendeu vários frutos e, principalmente, maior aproximação interinstitucional e bons encontros e reflexões acerca desse e de outros temas relacionados. Aproveito para agradecer a todos os envolvidos da UFSJ, bem como do Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA) da UFJF e às agências de financiamento CAPES, FAPEMIG e CNPq, que tornaram possíveis as outras ações dessa iniciativa conjunta.

Os artigos publicados neste número apresentam uma riqueza de perspectivas, com diferentes abordagens metodológicas e teóricas, visão transdisciplinar e autores de diversos países.

O artigo *Violencia institucional y reproducción de estigmas en usuarios de cocaínas fumables de Montevideo*, dos pesquisadores uruguaios Emmanuel Martínez e Marcelo Rossal, objetivou estudar o discurso dos direitos dos usuários de drogas e as consequências do estigma direcionado a esse grupo. O artigo *Violados e indignos: usuários de crack no Rio de Janeiro e Nova Iorque*, da antropóloga Daniele Vallim, traz um estudo etnográfico sobre pessoas que usam substâncias em cenários de rua nas cidades do Rio de Janeiro e Nova Iorque, analisando o impacto de tal contexto na significação e nos modos de vida dessa população. Já o artigo *Especificidades do tratamento de mulheres usuárias de crack: interface com Direitos Humanos*, de Jéssica Limberger, Jaluza Aimèe Schneider e Ilana Andretta, discute o recorte de gênero no tratamento de mulheres usuárias de *crack* e sua repercussão nos aspectos de direitos humanos dessas pessoas. O artigo *Los retos de la reducción de daños como política pública sobre drogas en Brasil*, de Maristela Moraes, Marisela Montenegro, Benedito Medrado e Oriol Romaní,

é uma pesquisa documental sobre como a estratégia de Redução de Danos é implementada na política sobre drogas no Brasil, analisando suas tensões e os avanços na área. O artigo *Estereotipia social en los profesionales de salud pública de Uruguay acerca del uso de benzodiazepinas*, de Andrea Bielli, Pilar Bacci, Gabriela Bruno, Nancy Calisto e Santiago Navarro, apresenta um estudo sobre as controvérsias do uso de benzodiazepínicos em clínicas de saúde do Uruguai. O artigo *Social distance toward people with substance dependence: a survey among health professionals*, de Pollyanna Santos da Silveira, Rhaisa Gontijo Soares, Henrique Pinto Gomide, Leonardo Fernandes Martins, Gabriela Correia Lubambo Ferreira, Ana Luísa Marlière Casela e Telmo Mota Ronzani, apresenta uma pesquisa correlacional sobre o desejo de distância social de profissionais de saúde em relação a usuários de drogas e discute o impacto dessa relação na qualidade da intervenção direcionada a essa população. O artigo *Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal*, de Glacy Daiane B. Calassa, Maria Aparecida Penso e Lêda Gonçalves, investiga como os profissionais dos CAPS Álcool e Drogas do Distrito Federal percebem a abordagem da Redução de Danos e as implicações dessa percepção sobre a intervenção aos usuários na perspectiva dos direitos humanos. O artigo *Consumo de Álcool e Drogas e o Trabalho do Psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família*, de Ana Izabel Oliveira Lima, Magda Dimenstein e João Paulo Macedo, analisa os desafios das práticas dos psicólogos do NASF em relação aos usuários de drogas e faz uma crítica da formação do psicólogo no Brasil. A pesquisa *Estratégias utilizadas no tratamento de famílias com usuários de substâncias*, de Eroy Aparecida da Silva, Thiago Pavin Rodrigues, Denise De Micheli e André Luiz Monezi Andrade, investiga as estratégias cognitivo-comportamentais de usuários de drogas e familiares para lidar com situações de risco durante o tratamento. Por último, o artigo *Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um Caps Ad III*, de Scheila Silva Rasch, Angela Nobre de Andrade, Luziane Zacché Avellar e Pedro Machado Ribeiro Neto, analisa os prontuários de um CAPS AD para averiguar a influência do Plano Singular Terapêutico no cuidado aos usuários de drogas e as implicações de tal abordagem no cuidado dessas pessoas.

Os artigos apresentados trazem uma importante contribuição para o avanço no conhecimento e na discussão sobre drogas. Esperamos que os leitores de diversas áreas e interesses se beneficiem deste número, que traga como resultado principal o avanço das políticas e práticas nos serviços na direção dos direitos humanos das pessoas que consomem substâncias psicoativas.

*Telmo Mota Ronzani*

*Editor-chefe da Revista Psicologia em Pesquisa*

## Violencias institucionales y reproducción de estigmas en usuarios de cocaínas fumables de Montevideo

Institutional violence and stigma reproduction on smoked cocaine users in Montevideo

Giancarlo Albano<sup>I</sup>  
Luisina Castelli<sup>I</sup>  
Emmanuel Martínez<sup>I</sup>  
Marcelo Rossal<sup>II</sup>

### Resumo

A través de las oposiciones legal/ilegal y legítimo/ilegítimo, nos proponemos estudiar el discurso de los derechos humanos y su vulneración cotidiana en relación a los usuarios de cocaínas fumables en Montevideo, Uruguay. Esos sujetos pertenecen a los sectores más pobres de la sociedad y se encuentran notoriamente afectados por el estigma, la violencia y la desigualdad. El trabajo recoge resultados de un proceso de investigación etnográfica con usuarios de cocaínas fumables y muestra cómo la continuidad de la violencia configura los cuerpos y las identidades de los sujetos, de tal forma que se les dificulta participar de otras redes distintas a las del mercado ilegal, así como emprender los procesos de rehabilitación social y sanitaria.

**Palabras clave:** pasta base de cocaína; estigma; violencias; desigualdades.

### Abstract

By means of the legal/illegal and legitimate/illegitimate categories, we propose to study the discourse of human rights and their everyday vulnerability regarding smoked cocaine users in Montevideo, Uruguay. These subjects belong to the poorest places of the population, and are notoriously affected by stigma, structural violence, and inequality. This work summarizes the results of an ethnographic research process with users of smoked cocaine, and shows how the *continuum* of violence sets the bodies and identities of the subjects in a way that makes their participation harder in networks other than in the illegal market. It also aims at conducting processes of social and health rehabilitation.

**Keywords:** cocaine base; stigma; violences; inequalities.

<sup>I</sup>Centro de Estudios Interdisciplinarios Latinoamericanos, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (Montevideo), Uruguay.

<sup>II</sup>Departamento de Antropología Social y Centro de Estudios Interdisciplinarios Latinoamericanos, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Sistema Nacional de Investigadores (Montevideo), Uruguay.

El presente artículo recoge los resultados de una investigación de corte etnográfico sobre las trayectorias de los usuarios de cocaínas fumables con uso problemático en Montevideo, Uruguay. Esta experiencia etnográfica permite aproximarnos a la complejidad de los discursos, las percepciones y las prácticas de estos sujetos, mayoritariamente pertenecientes a los sectores más pobres de la sociedad uruguaya.

Se trata, además, de poner en evidencia las tensiones entre las normas jurídicas, los derechos humanos y los sentidos que les atribuyen los sujetos en el contexto de precariedad en que están situados, así como el “discurso de los derechos” y su violación cotidiana concreta por parte de los agentes estatales. Los derechos humanos son un instrumento normativo internacional instalado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y ampliado por declaraciones, convenciones y recomendaciones posteriores, que define un significado universal de dignidad humana y justicia. Desde esta óptica, los derechos

humanos son lo que de Sousa Santos (2002) llama de “localismo globalizado” o “globalización desde arriba”. Es ampliamente conocida la crítica introducida por la antropología a las aspiraciones universalizantes de la racionalidad occidental que tiene este instrumento, lo cual ha conducido, a su vez, a una revisión de las visiones simplistas del relativismo cultural (Segato, 2004). Por otra parte, referimos como “discurso de los derechos” a un conjunto de enunciados que explicitan, tanto por parte de los agentes gubernamentales como de los técnicos “en el territorio”, desde un “enfoque de derechos” a la diferencia de los enfoques tutelares o paternalistas en relación a los ‘sujetos vulnerables’, en nuestro caso, los usuarios problemáticos de cocaínas fumables.

En este sentido, el “discurso de los derechos” es moral y políticamente correcto, cuya relación con las prácticas concretas puede no ser de correspondencia. En base a dicho discurso, se sostiene que las políticas públicas no deberían reposar ni en el asistencialismo,

ni en el paternalismo, ni en la tutela, sino en el cumplimiento de los derechos de los sujetos<sup>1</sup>. El plano más preciso y universal de este discurso se refiere a los niños y adolescentes. Fonseca y Cardarello (2005) lo han entendido como un “frente discursivo”, que ha generado el paso de lo que algunos politólogos llaman “coaliciones promotoras” (Sanjurjo García, 2013) a una suerte de hegemonía (Eagleton, 1997), en el sentido de que es el único discurso legítimo, pero que no ha logrado aún hacerse carne en las prácticas de los propios técnicos que lo enarbolan, los cuales siguen siendo en buena medida asistencialistas y tutelares. Sin embargo, fuera de los agentes de las políticas sociales y sanitarias, los agentes de la violencia estatal suelen responder, más que a discursos de derechos, a prácticas que, ancladas en la larga duración, han castigado los cuerpos y el honor de los pobres.

En relación a ello, es necesario abordar dos ejes delineados por los pares legal/ilegal y legítimo/ilegítimo. ¿Por qué es pertinente atender este par de oposiciones? En primera instancia, porque, si bien en Uruguay consumir cualquier droga es una actividad lícita, fumar pasta base es claramente ilegítimo, y el suministro y la venta de la sustancia es ilegal, por lo tanto para consumirla hay que participar de un mercado ilegal, que es inevitable generador de violencia interpersonal (Silva de Sousa, 2004) y de una economía moral de violencia (Karandinos, Hart, Castillo & Bourgois, 2014).

En Uruguay, de acuerdo a la legislación vigente, el consumo de estupefacientes no se encuentra penado, aunque sí lo está su comercialización. La Ley 17.016, que sustituye algunas disposiciones de la anterior – 14.294, establece en su artículo 31:

(q)uedará exento de pena el que tuviera en su poder una cantidad razonable destinada exclusivamente a su consumo personal, con arreglo a la convicción moral que se forme el Juez a su respecto, debiendo fundamentar en su fallo a las razones que la han formado.

1 Referimos a la omnipresencia discursiva del “enfoque de derechos” entre los distintos actores de las políticas públicas uruguayas. El enfoque de derechos vendría a superar al asistencialismo, pero adherir a un enfoque o enarbolan un discurso no implica superar las prácticas asistencialistas y tutelares. Abramovich (2006, p. 36) da buena cuenta de este enfoque: “En líneas generales, el enfoque basado en derechos considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que ellos son titulares de derechos que obligan al Estado”.

Punto éste que genera contradicciones, por ejemplo en lo que se refiere al desigual tratamiento jurídico que reciben situaciones similares, las cuales quedan libradas a “la convicción moral de los juzgadores” y constituyen “una forma encubierta de penalizar la posesión de drogas para consumo personal” (Bardazano, 2012, p. 58).

En esta línea, Garibotto (2010) muestra que, mientras que entre un tercio y la mitad de las incautaciones realizadas de las diferentes sustancias son de menos de 10 gramos, las penas mínimas excarcelables no parecen reflejarse en los procesamientos, ya que los procesados sin prisión son muy pocos:

[La pasta base] merece una reflexión especial, ya que si bien existen directivas específicas para atacar especialmente los puntos de venta de esta sustancia, se puede observar que en 258 casos [aproximadamente un 25% del total] se incautaron dos gramos o menos de PBC. Esto plantea el interrogante de si, efectivamente, se está deteniendo a los traficantes de dicha sustancia o están siendo detenidos los usuarios más vulnerables. (Garibotto, 2010, p. 86).

Como se observa, y aunque el consumo no se encuentre penado, el eje legal/ilegal es más problemático de lo que podría suponerse *a priori*, y los sujetos con los que nos encontramos conocen — y sufren — muy bien estos pasajes grises de la legalidad.

Así, cabe una reflexión en torno a la relación entre legalidad y legitimidad: si el consumo (de cocaínas fumables específicamente) no es ilegal pero sí ilegítimo para los distintos agentes estatales, hay que resaltar que esta dualidad descansa sobre los mismos preceptos, a saber, el concurso de diferentes instituciones (como la Medicina, el Derecho o la propia academia) en la configuración de las “formas de clasificación de personas y conductas dentro de los procesos de constitución de los Estados Modernos” (Renoldi, 2008, p. 177). Esto hace que, detrás de la no penalización del consumo, se encuentren fuertemente asentadas clasificaciones naturalizadas sobre las “drogas” y sus “consumidores” (que van desde aspectos “epidemiológicos” hasta de supuesta “irracionalidad” de los usuarios), las cuales deslegitiman sus acciones, propician su criminalización y desacreditan, en última instancia, su condición de ciudadanos en plenitud.

Desde el discurso dominante, el sentido común policial y de otros agentes estatales, se entiende que los usuarios de cocaínas fumables desarrollan prácticas ilegales y/o ilegítimas para proveerse de la sustancia o de los recursos para acceder a ella. En otras palabras, las prácticas concretas que realizan cotidianamente los usuarios de pasta base son valoradas a través de la matriz dominante de lo que es considerado legal e ilegal, como por lo que se entiende como legítimo e ilegítimo. Pero para estos sujetos y en el contexto en que se producen, estas prácticas se pueden sostener — y a menudo lo hacen — en representaciones diferentes a las hegemónicas y a las que establece el marco jurídico, de modo tal que ciertas manifestaciones del ilegal pueden adquirir carácter legítimo, así como prácticas legales ser consideradas inmorales, ilegítimas y, por lo tanto, desacreditadas.

El orden jurídico es externo a los sujetos, pesa sobre ellos y se manifiesta en la detención, el confinamiento, la institucionalización; el efecto del legal/ilegal ocurre en la relación del sujeto con dicho orden, pero estas normativas pueden o no tener un sentido válido para ellos: perder bien o perder mal, como señalan nuestros interlocutores. Nunca es grato perder: ser detenido, procesado y encarcelado, pero este hecho puede estar justificado o no. ‘Perder mal’ ocurre cuando la persona es ‘embagayada’ o ‘engarronada’, cuando no “era para estar preso” y se estima que el hecho, aunque configure delito, no es una acción ilegítima (por ejemplo, comprar y distribuir drogas entre amigos, o cuando se ven involucrados en un hecho en el que no fueron protagonistas, mucho más común entre las mujeres). ‘Perder bien’, en cambio, implica el reconocimiento del procesado de la causa penal en la cual se encuentra involucrado, por ejemplo en la ocasión de un robo con violencia (rapiña para la legislación uruguaya). Así, las valoraciones del legítimo e ilegítimo se reconfiguran según las moralidades propias del universo de la significación en el cual los sujetos se desenvuelven.

Aunque el consumo de cocaínas fumables no es ilegal, su usuario está unánimemente deslegitimado. En un primer momento de interlocución, algunos usuarios justificaron el consumo bajo la premisa de que “me gusta la droga”, “soy drogadicto”, “siempre está ahí”, incluso otros escenificaron el estigma que portan mediante gesticulaciones agresivas y discursos auto-inculpantes: “soy delincuente”, “para qué vas a hablar conmigo”, “mi vida está perdida”. Pero a medida que se establece cierta confianza, nuestros interlocutores acababan manifestando la necesidad de dejar

el consumo o disminuirlo. Aparecía así, que “poder manejarla” (usar controladamente la sustancia) no sería tan grave como “haber perdido todo” o “estar arruinado”. Así, emerge una concepción moral clara y una idea de vida buena: tener un trabajo, casa, familia y, en algunos casos, “consumir tranquilo” o “ir llevándola”. Esta forma de consumo sería legítima, pero para muchos, ello sería imposible, ya que también está presente la creencia de que “si fumás uno, no parás”<sup>2</sup>.

### *Pichis*

Buena parte de los usuarios problemáticos de cocaínas fumables en Uruguay, según indican los datos disponibles (Suárez & Ramírez, 2014), han sido afectados por el sistema penal. Asimismo, un tercio vive en la calle o en refugios estatales, lo cual implica un sometimiento al estigma de vivir en la calle (Panter-Brick, 2002). Como ha sido visto en otra investigación, en las trayectorias de los habitantes de la calle, son las violencias institucionales las que consolidan los estigmas (Fraiman & Rossal, 2011). No sólo el paso por el sistema carcelario, sino también por instituciones de amparo de la infancia, el haber sido detenidos cotidianamente por la policía, aunque no se hayan cometido delito, y el pasaje por los refugios para personas sin techo sirven a la consolidación de los estigmas, que, para el caso uruguayo, se emblematizan con el término *pichi*. Este término denigrante es usado por parte de los policías como sinónimo de delincuente y, en la jerga popular, como sinónimo de pobre.

Uruguay se destaca, desde principios del siglo XX, por su temprano *Welfare State* (Vanger, 1983), lo cual es el modelo o arquitectura de Estado social anclado en “el empleo formal y sus categorías de ocupación, orientado al jefe de hogar masculino y apoyado en la hipótesis de estabilidad del modelo biparental nuclear” alejado de la “estructura de riesgos” que se ha ido estableciendo desde entonces (Filgueira, Katzman & Rodríguez, 2005, p. 9). Su “proceso civilizatorio” (Elias, 1988) fue atenuado por una Dictadura entre 1933 y 1938, afectado por una crisis de la democracia desde finales de los años 1960 y severamente dañado, con terrorismo de Estado, entre

2 Evidentemente, estos enunciados son subsidiarios del paradigma abstencionista que fue dominante en Uruguay hasta 2004, momento en que se estableció como política oficial la reducción de riesgos y daños (Sanjurjo García, 2013).



1973 y 1984, por la Dictadura Militar. Hasta finales de los años 1960, la tortura era una práctica policial dedicada a los *pichis*. De hecho, las primeras víctimas de la tortura como práctica sistemática fueron *pichis* que un grupo represivo detuvo ilegalmente para que sirvieran como modelo para las enseñanzas de la tortura del asesor norteamericano Dan Mitrione (Hevia Coscuelluela, 1985). También a finales de los años 1960, la Policía empezó a torturar a militantes estudiantiles y sindicales; a tratarlos como a *pichis* y a llamarlos de esa forma<sup>3</sup>.

En esa línea de continuidad, el Estado uruguayo, como contracara de su proceso civilizatorio, sigue castigando a sus ciudadanos más pobres, para quienes destina instrumentos de protección social focalizados que funcionan mediante formas neoliberales de gubernamentalidad (Rose, O'Malley & Valverde, 2012), signadas por la precariedad laboral de sus técnicos.

Así, esta gubernamentalidad ha colonizado las políticas sociales a partir de variados discursos, como el 'enfoque de género' y la 'prevención de la violencia'. Basándose en fondos internacionales o presupuestales, según el caso, la 'mano izquierda' del Estado (Bourdieu, 1999) opera en la protección de los sectores focalizados por sus condiciones de riesgo y vulnerabilidad: mujeres con hijos afectadas por la violencia doméstica, jóvenes, usuarios de drogas. Estos programas son sostenidos por recursos que se agotan en sus formatos de proyectos a término y, por consiguiente, actúan con técnicos contratados por plazos breves, mientras que el accionar de las facetas represivas del Estado opera mediante funcionarios públicos inamovibles.

Frente al castigo estatal — sea legal o no —, el Estado, que es una compleja multiplicidad, ofrece para la protección de los más precarios a técnicos que operan en condiciones también precarias. Así, las políticas del país, señaladas en la actualidad y también en la larga duración, como "civilizatorias" y "progresistas", se mantienen en esa línea de larga duración de castigar a los *pichis*.

3 En 1971, un grupo de estudiantes preguntó a un policía por un compañero de ellos que había sido herido, a lo cual el policía les contestó: "el pichi ese, murió". El policía se refería a Heber Nieto, uno de los estudiantes que fueron asesinados en el contexto de la represión política del período previo a la dictadura cívico militar de Uruguay. Antes de esos momentos, pichi solo refería a indigentes, quienes eran los castigados habituales por parte de los agentes estatales. Disponible en: <http://www.lr21.com.uy/politica/357246-el-pichi-ese-murio>

En el 2012, al mismo tiempo que el gobierno proponía la Ley de regulación del mercado de cannabis (Ley 19.172), promovía una Ley de Faltas para penalizar el hecho de dormir en la calle, el aumento de las penas vinculadas al tráfico de pasta base y la internación compulsiva de los usuarios problemáticos de cocaínas fumables (Negro, 2013). De estas propuestas, la Ley de Faltas (Ley 19.120) y el aumento de las penas para el tráfico de pasta base (Ley 19.007) fueron aprobadas, mientras que el proyecto de internación compulsiva sigue su trámite parlamentario.

La Ley de Faltas, en particular, configuró un aumento sistemático en la violencia estatal hacia los usuarios de cocaínas fumables y una relegitimación de la actuación policial cotidiana hacia los *pastosos*, epítome del *pichi* recientemente.

### Cocaínas fumables

En este artículo se prioriza el concepto de cocaínas fumables, puesto que ellas incluyen al *crack* y a la pasta base, y, en Uruguay, a pesar de estar presente en muy mayor medida esta última, el *crack* es anterior en su consumo y hay evidencias de que continúa usándose. De igual forma, en contextos como el brasileño, en el cual el *crack* sería dominante, también hay datos de la presencia de pasta base en algunos lugares del inmenso territorio de Brasil.

En cuanto a la sustancia en sí misma, debe señalarse que la pasta base de cocaína es un producto previo a la producción de clorhidrato de cocaína, un aglomerado que puede fumarse directamente; el *crack*, en cambio, es una sustancia que se produce al "cocinar", generalmente con bicarbonato, el clorhidrato de cocaína y, luego de ello, la cocaína ya puede fumárselos (Umpiérrez, 2013). En cualquier caso, las prácticas de vida de los usuarios y las dinámicas de los mercados de cocaínas fumables son semejantes más allá de si se fuma *crack* o pasta base. En ambos casos, se consume mediante la utilización de "pipas" elaboradas de diferentes materiales: inhaladores, latas de refrescos, tubos plásticos, entre otros. Es habitual que algunos usuarios fumen pasta base mezclada con tabaco o marihuana (denominada *basoco*). En relación a los efectos de su consumo, la bibliografía señala que esta sustancia:

atraviesa rápidamente la barrera hemoencefálica alcanzando el sistema nervioso central, tardando sólo cinco segundos en producir el efecto euforizante. La duración del efecto euforizante es muy corta

y el efecto estimulante desaparece rápidamente, ocasionando una profunda angustia en el consumidor. De aquí el deseo compulsivo por seguir consumiendo y el gran poder adictivo que posee. (UNODC, 2013, p. 56).

El consumo de cocaínas fumables comenzó a ser visible en Uruguay desde 2002 — momento de fuerte crisis económica y social —, aunque la práctica de fumar cocaína es previa: ya en los años 1990 se fumaba *crack* (se lo llamaba *merca cocinada*). En la región, el uso de pasta base es muy anterior. Países como Chile y Perú registraron este consumo ya hace unos 40 años (UNODC, 2013). En cuanto a la magnitud del consumo, trabajos recientes determinan que el consumo de pasta base se encuentra en una “meseta” (Suárez & Ramírez, 2014); en relación a la región, el consumo de la sustancia muestra que Uruguay se encuentra con una prevalencia media (CICAD/OEA, 2011). Según los datos arrojados por la “5° Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas del Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD)” (JND, 2006), la prevalencia en Montevideo del consumo de pasta base de la población entre 18 y 64 años es de 0,4% (unas 3.300 personas), pero hay que señalar que esta herramienta metodológica deja por fuera precisamente a buena parte de la población objetivo de este estudio. Sin embargo, otros estudios, recabando diferentes datos, estiman una prevalencia varias veces superior, con un número entre 9.800 y 17.800 usuarios de pasta base para Montevideo en esta franja etaria (Suárez & Ramírez, 2014, p. 49). Aunque, en general, el consumo de cocaínas fumables puede considerarse de baja magnitud, adquiere una alta visibilidad por el estigma al que está asociado (Oliveira, Martins, Richter & Ronzani, 2012), por la violencia de su mercado ilegal y por la alta concentración geográfica y socioeconómica de sus consumidores (Albano, Castelli, Martínez & Rossal, 2014; Suárez & Ramírez, 2014).

En Uruguay y en escenarios próximos, se ha llevado a cabo un cierto número de investigaciones cualitativas que abordan el consumo de cocaínas fumables, algunas de ellas con métodos etnográficos (Castilla y Lorenzo, 2012; 2013; Castilla, Epele & Olsen, 2012; Epele, 2007, 2010; Ferreira Adorno et al., 2013; Folgar, 2003, 2006; Folgar & Rado, 2003; Garibotto, Calicchio, Latorre & Scarlatta, 2006; JND, 2006; Mecha, 2013; Melotto, 2009; Míguez, 2006, 2007; SEDRONAR, 2007; Pawlowicz et al., 2011; Sepúlveda, 1997; Touzé, Vila, Pawlowicz & Rossi, 2006).

En los Estados Unidos, hay una enorme producción etnográfica sobre el uso y el mercado del *crack*, siendo clásico el trabajo de Bourgois (2010). Asimismo, la investigación de Draus y Carlson (2009) es un antecedente directo de la que presentamos, pues realizó una etnografía sobre la base de un universo de usuarios de *crack* que participaron en un estudio utilizando la metodología *Respondent Driven Sampling* (RDS).

## Método

Este trabajo es un producto del proyecto “Efectos y prácticas de consumo problemático de cocaínas fumables en poblaciones ocultas” (Albano et al., 2014). El estudio, de carácter etnográfico, se desarrolló en conjunto a una encuesta basada en la metodología RDS, con el objetivo de obtener mejores datos sobre una población “oculta” (Feldman & Aldrich, 1990) con consumo problemático de cocaínas fumables en Montevideo, Uruguay. Este método, traducido en español como muestreo dirigido por el entrevistado, permite realizar un acercamiento en poblaciones ocultas<sup>4</sup>, obteniendo un “tamaño muestral representativo de la población objeto, dado que el reclutamiento se expande a diferentes niveles de profundidad y dentro de redes sociales distintas [permitiendo además] disminuir el sesgo característico” (Estrada & Vargas, 2010, p. 267).

El abordaje del presente investigación implicó la realización de entrevistas, observaciones *in situ* y diálogo cotidiano con hombres y mujeres que participaron de la investigación de RDS. Se realizaron 40 entrevistas ahondando en sus trayectorias de vida y se registraron sistemáticamente los diálogos con los 318 participantes que tuvo la encuesta (Suárez & Ramírez, 2014; ONUDC-JND, 2013). El equipo de investigación realizó recorridos por la zona donde se desarrolló el estudio observando lugares de referencia, *achiques*<sup>5</sup> y demás espacios donde muchos de nuestros interlocutores viven diariamente. Si bien la encuesta se desarrolló en el segundo semestre de 2012, nuestro equipo revisitó el campo durante 2013.

4 Tomamos la definición para este concepto dada por Wiebel: “The term ‘hidden population’ refers here to a subset of the general population whose membership is not readily distinguished or enumerated based on existing knowledge and/or sampling capabilities” (Wiebel, 1990, p. 6).

5 *Achique* o *achiques* pueden tener distintos significados. *Achique(s)* se considera a algún lugar provisorio para quedarse o pernoctar, para *achicar*. Asimismo *achicar* se refiere a bajar, disminuir el consumo. Se *achica* un consumo cuando se reducen las cantidades; se busca salir de la calle, del *ruido*, *achicando* en algún lado.

Los requisitos para participar del estudio cuantitativo y, por ende, del trabajo etnográfico, eran tener entre 18 y 64 años y practicar un consumo sostenido de cocaínas fumables (con una frecuencia de por lo menos una vez a la semana) en los últimos seis meses. Las y los participantes provenían de distintos barrios, principalmente de la Zona Oeste de Montevideo por proximidad al barrio en donde se había instalado el dispositivo para realizar la encuesta. Concurrían al local por invitación de otro que había participado antes; cada uno podía invitar hasta tres conocidos y recibía un incentivo de alimentación por ello.

En cuanto a los participantes de este estudio, se puede afirmar que el perfil era mayoritariamente masculino (89,3%) y joven (29 años de promedio), presentándose casi un 80% de casos en la franja etaria entre 18 y 35 años. Un conjunto de datos dan cuenta de la vulnerabilidad de esta población, desde la distribución territorial en los espacios con los mayores índices de pobreza, pasando por los educativos (donde un 63,7% tiene como máximo nivel educativo alcanzado a la primaria o se encuentra sin instrucción comparado con el 20,9% de la población en general, mientras que sólo el 5,9% accedió al nivel secundario superior, o sea 30,6% de la población en general), por los laborales (tan solo el 22,0% de los usuarios ha contado con contrato formal de trabajo, bajando al 15,0% si consideramos ingreso principal), por centros de internación de menores en conflicto con la ley (25,1%) y/o cárcel o penitenciaría (34,0%), así como de prevalencia del VIH (6,3%, lo que supera en más de diez veces la media nacional). Cabe resaltar que al tratarse de una población con consumo problemático, la frecuencia del consumo durante 2013 es mayoritariamente diaria (48,0%) o de varias veces a la semana (44,0%); asimismo, se presenta un importante policonsumo, en el cual se destaca el uso de alcohol (78,0%) y marihuana (75,0%) (ONUDC-JND, 2013; Suárez & Ramírez, 2014).

Las entrevistas se realizaron en base a un cuestionario abierto, regidas por un enfoque etnográfico, “estar allí”, establecer lazos de confianza y abandonarse al saber del otro:

Las técnicas etnográficas de observación participante, desarrolladas sobre todo por la antropología social desde los años 1920, han demostrado ser más adecuadas que las metodologías cuantitativas para documentar la vida de los individuos marginados por una sociedad hostil. So-

lamente tras establecer lazos de confianza, proceso que requiere mucho tiempo, es posible hacer preguntas incisivas con respecto a temas personales y esperar respuestas serias y reflexivas. Por lo general, los etnógrafos viven en las comunidades que estudian y cultivan vínculos estrechos de larga duración con las personas que describen. Para reunir “datos precisos”, los etnógrafos violan los cánones de la investigación positivista. Nos involucramos de manera íntima con las personas que estudiamos. (Burgois, 2010, p. 43).

A partir de la investigación, delineamos un modelo tentativo de aproximación etnográfica: al momento del primer contacto, el sujeto dice lo que se espera que diga, escenificando el estigma que porta o reproduciendo un discurso “domesticado”, un “deber ser”, lo cual puede estar seguido de un momento irónico o desconfiado. Recién luego de despejadas (aunque no en todos los casos ni en todo momento) estas formas defensivas del discurso, se desarrolla un intercambio reflexivo (Albano et al., 2014).

La antropología contemporánea ha ido consolidando el método etnográfico como forma de aproximarse a las prácticas y los discursos de los sujetos en sus contextos cotidianos y, especialmente, ante poblaciones estigmatizadas y “ocultas” (Feldman & Aldrich, 1990). Hay que remarcar que discursos y prácticas no siempre coinciden, y eso no tiene que ser entendido como una muestra de intención consciente de engaño o falso testimonio: en todos nosotros conviven discursos, moralidades y prácticas a simple vista contradictorias, pero que dan cuenta de las multiplicidades que nos constituyen en tanto que sujetos. En este sentido, el método etnográfico busca el acercamiento a los sujetos en los espacios en que desarrollan sus discursos y prácticas, procurando contextualizarlos y ponerlos en relación. Así, se busca acceder a los sujetos “de carne y hueso”, a partir de sus discursos, pero también de la observación de sus cuerpos en acto (*performances*, ritualidades, gestualidad), muchas veces producto, en este caso, de trayectorias marcadas por continuos de violencia (Bourgois & Scheper-Hughes, 2004).

Cabe señalar, por último, que también alimentan las reflexiones volcadas en este artículo las experiencias de investigación que los autores han desarrollado en otras instancias sobre el uso de cocaínas fumables y los vínculos de estos sujetos con distintas instituciones y actores estatales y paraestatales.

## Resultados

### *Cárcel y violencias institucionales*

Uno de nuestros entrevistados (Alejo, 30 años) llegó a la cárcel en medio de una vorágine desquiciada que lo tuvo por protagonista: estuvo tres días emparrillado<sup>6</sup>, tomó una bicicleta de un jardín y, más tarde, se quedó dormido al lado de ella. Lo despertó el funcionario policial amarrocándolo<sup>7</sup>, luego de ello, el procesamiento y la prisión. Otro (Agustín, 26 años) pidió prestado el celular a un conocido y le dejó su mochila con la cédula de identidad adentro, perdió este celular rápidamente y todo contacto con el conocido. A los meses le pidieron documentos en la calle y al dar su nombre saltó que estaba requerido; el resultado es el mismo: procesamiento y prisión por la apropiación indebida de dicho celular. Las violencias estatales empiezan como burocráticas<sup>8</sup>, en ambos casos el procesamiento con prisión a sujetos que lo necesitan, inequívocamente, es ingresar a los dispositivos de tratamiento por el consumo problemático de pasta base. Sin embargo, al lugar que los mandó el Estado es al escalón más bajo en la clasificación carcelaria: el “preso adicto”, el “rastrillo sin códigos”, el “sucio” sin familia ni asistencia de ningún tipo; el escalón más bajo de los *pichis*.

Pero la violencia estatal no sólo se expresa con la privación de libertad. La calle y las plazas son escenarios habituales de su desarrollo: dos funcionarios policiales interrumpieron a uno de nuestros entrevistados (Manager, 38 años) que se aprestaba a fumar pasta base en una plaza pública. “¿Que hacés?”, le preguntaron, “Fumando esta porquería”, respondió él. “Y si es una porquería, ¿para qué fumás?”, volvió a preguntar el policía, mientras sacaba su cachiporra. En este momento, el otro funcionario le dice: “Dejalo, que se mate.”. Ante esto, nuestro entrevistado les contestó: “¿Sabés para qué fumo? Para olvidarme de ustedes, de los problemas”; y agregó: “me importaba tres carajos que la policía me cagara a palo”. Este tipo de episodio

cotidiano da cuenta de la violencia a las que se ven sometidos cotidianamente estos sujetos.

Como fue dicho, una buena porción de los sujetos que componen nuestro universo tuvo experiencia de la cárcel -34,0% en centros penitenciarios para adultos y 25,1% en centros de privación de libertad para adolescentes, de acuerdo a Suárez y Ramírez (2014). Sin embargo, las vivencias del sistema penal son muy distintas en función de las redes, especialmente familiares y barriales. De esta forma, será muy distinta la experiencia de cárcel de aquel que llega a un espacio social donde hay familiares y amigos, a la de un preso nuevo y desconocido en el ambiente carcelario.

En Uruguay, a diferencia de lo que ocurre en otros países, no existen organizaciones al modo del “*Primeiro Comando da Capital*” (Marques, 2010), siendo fundamentales las relaciones familiares en primer término y barriales en segunda instancia, pero también importaría, al igual que en Argentina (Míguez, 2008), el delito cometido “Los *transas* mandan afuera, pero en la *tranca* mandamos los *chorros*”<sup>9</sup>. De todos modos, hay que relativizar estas afirmaciones, puesto que quienes manejan mayor poder económico asociado a una red del mercado ilegal también tendrán mejores condiciones carcelarias, como ha sido señalado en forma unánime.

Siguen tres testimonios que refieren a este asunto:

[Luis, 30 años]

*¿Cómo fue el tiempo que estuviste adentro, los dos años y siete meses?*

Estuvo un poquito complicado, porque pasa que a las personas que no tienen visitas muchas veces lo discriminan, *sacás*. Según como caigas, *sacás*. Después bueno, me ha pasado que se me ha complicado porque, le decimos *paqueteros*, la persona que tiene lo que le llaman los *paquetes*, “los monos”, viste todo para subsistir y todo así, entendés, discrimina mucho al que no tiene, y se me han armado problemas y me he cruzado con mucha gente de esa, y así he tenido un poquito de *bardo*. Después no, después las otras *canas* fueron tranquilas<sup>10</sup>.

6 *Emparrillado* o *estar de parrilla* significa pasar consumiendo grandes cantidades de cocaína o, como en este caso, pasta base, sin dormir por más de un día.

7 *Amarrocar* es la inmovilización mediante el uso de esposas.

8 Recientemente, Manfred Nowak y Jorg Stippel criticaron duramente el sistema penal uruguayo, calificándolo de dictatorial, pues supondría la culpabilidad de sus procesados. Como vimos, los sujetos más vulnerables que caen en el sistema penal pasan rápidamente de una *parrilla* a la cárcel, sin que el sistema opere en pos de su protección (El País, 22 de marzo de 2013).

9 *Transa* refiere a traficante, *chorro* a ladrón.

10 *Sacás* es un modismo que significa ¿comprendes? *Paqueteros* refiere a personas que tienen familias que les envían distintas cosas para hacer la vida en la cárcel menos penosa, los *paquetes* son los envíos. *Bardos* significa problemas y *cana*, a la vez, policía, cárcel y tiempo en la cárcel.

[Wilson, 38 años]

*Entonces ahí en la cárcel consumías cocaína y consumías mucho?*

Ehh... lo normal, lo normal, porque mi hermano tenía poder adquisitivo ahí adentro, por ejemplo él mandaba a comprar... mirá lo que te cuento, cerveza, *whisky*... a los propios *botones* y estaba con el director del cárcel... *bigote pa atrás*, nosotros teníamos heladera, cocina, teníamos el televisor a color, DVD no había, había los videos, aquellos aparatos gigantes ¿te acordás?, teníamos uno de esos... Teníamos pintada la celda, había un tipo que era *maricón* que era el que nos limpiaba, nos lavaba ¿me entendés lo que te quiero decir?<sup>11</sup>

[Miguel, 40 años]

Yo nunca fui de robar, mis hermanos fueron todos ladrones, yo a los 18 años estaba en un baile ahí con una morocha medio alegre [...], y me dice mi hermano que ya había entrado a una tienda y que tenía todo ahí en la azotea, todo lleno de ropa, una montaña así y me llevó, nunca había robado. “Venga”, me dijeron, y por eso estuve a los 18 años.

*Te agarraron*

La única vez que robé, ¿te das cuenta? Porque mi único antecedente, el único y el último, es eso que tengo desde los 18 años, y dije que nunca más, porque si hay algo de que estoy seguro le dije al juez, usted mándeme para *Libertad*, para el *Comcar*, para donde usted quiera, pero por robar nunca más, acá no me tiene nunca más, por robar yo sé que no, porque eso lo controlo yo ¿me entendés? Cuando me bajaron del ómnibus, en la cárcel, que te bajan en la enfermería, por las ventanitas, que había unos ventiladores en unas ventanitas en el *Comcar*, no quiero exagerar pero 25 o 30 gritán-

dome y saludándome ¡Miguel! [dice su apellido] y me dio vergüenza<sup>12</sup>.

Vemos que no se trata de situaciones ni de trayectorias homogéneas, sino que existe una gran diversidad, mismo entre los sujetos que provienen de los sectores más desfavorecidos por la desigualdad social. Frente a discursos que homogeneizan y crean un sujeto, “el delincuente”, “el *pichi*”, y una “subcultura”, la delictiva, al establecer una mirada cercana y un vínculo dialógico, aparecen los sujetos “de carne y hueso”. Sujetos a los que el Estado ofrece, primero que todo, la violencia; pero esto no implica que no existan posibilidades de rehabilitación, aprendizaje de un oficio o el establecimiento de amistad y camaradería. La cárcel, como cualquier otro espacio social, no es únicamente un oscuro espacio de violencia. Nuevamente, el Estado aparece como una multiplicidad, incluso al interior de sus dispositivos más violentos.

*Pasta base y delito*

La asociación pasta base y delito, corriente en los discursos dominantes, tiene complejidades que conviene tener presente. Generalmente se uniformiza a “los pastabaseros” o “pastosos” como sujetos intrínseca o necesariamente inclinados a las actividades delictivas. Sea por causas “farmacológicas”, por necesitar dinero para el consumo o por razones “sistémicas” (Goldstein, 1985), los usuarios de cocaínas fumables son siempre sospechosos.

Sin embargo, nos encontramos con trayectorias de personas signadas por una violencia estructural que las hace vulnerables a participar del mercado ilegal, en varias de sus facetas. En todos los casos, nuestros interlocutores, que habían cometido delitos en el pasado, dijeron ser menos eficientes ahora para planificar y ejecutar un hecho delictivo, que antes de fumar pasta base, aunque siendo usuarios de esa sustancia se tornan un blanco más fácil del sistema penal. Aunque algunos de ellos sí realizan, eventualmente, “delitos de bagatela”, como robar plantas de los jardines de las casas, timbres, metales, mangueras de aire acondicionado y, con mayor riesgo, cables de suministro eléctrico y alumbrado público.

11 *Botón*, *botones* significa policía. *Bigote pa' atrás* o *bigote pa' arriba* significa estar cómodo y *maricón*, en la jerga carcelaria, muchas veces refiere a transexual. Este interlocutor proviene de una familia de *transas*.

12 *Comcar* y *libertad* refieren a dos cárceles. El *Penal de Libertad* fue un centro de reclusión de presos políticos durante la dictadura cívico militar. El *Comcar* es el complejo carcelario de Santiago Vázquez, están reclusos allí más de 2.000 presos de un total de más de 9.000 personas privadas de libertad para todo el país.

Dar cuenta de las vidas de estas personas es relevante para comprender los continuos de violencia (Bourgois, 2010; Bourgois & Scheper-Hughes, 2004) que las afectan desde sus nacimientos, e implica delinear qué moralidades, subjetividades y trayectorias son propiciadas por las condiciones en las que se han formado:

[Luis, 30 años]

L: [...] De los 7 a los 18 viví en el INAME, ¿sacás? A los 12 yo ya empecé a probar las drogas. Empecé con el *porro*, ya consumía vino, empecé cigarrillo, porrito, un día se me tocó para el tema de consumir cocaína y le entré a la cocaína. [...] Eso fue en el promedio entre los 12 entendés, y ya para adelante<sup>13</sup>.

G: ¿Consumías ahí en el INAME mismo?  
L: Sí.

G: ¿Corrían todas esas cosas?

L: No, pero eso lo hacíamos fuera, afuera de los hogares, ¿entendés? Porque yo estaba en parte de los hogares abiertos, no estaba en hogares de seguridad, *sacás*. Estaba por el tema de amparo. [Le decíamos a la funcionaria] “voy a salir a dar una vuelta”, y ahí salías, si te gustaba para robar robabas, entendés, para *manguear*, *mangueabas* [Después] a los 23, caí preso. Caí preso por rapiña y ta, yo ya estaba consumido, estaba drogado hasta las *manijas* ¿entendés? Ya también consumía en esa época pastillas, que ahí fue cuando empecé a decir, “esto me está haciendo mal”. Me estaba *mandando cualquiera*. Y ta, y así fue. Después bueno, así fue mi vida, hasta el día de hoy, fue lo que es,

13 INAME es el antiguo Instituto Nacional del Menor, antes de 1985 se llamó Consejo del Niño y, luego del nuevo código de la infancia y la adolescencia, cambió su nombre por INAU, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. Debe señalarse aquí que la primera droga de uso del sujeto es el alcohol, pero sin embargo señala a la marihuana como la droga con la que empezó, *porro* es cigarrillo de marihuana. Esto se debería al extendido discurso de la “teoría de la escalada”, según el cual, la persona que “ingresa” al consumo de drogas, como la marihuana, teleológicamente acaba consumiendo las drogas más duras. Obviamente ese discurso puede tener variados efectos de realidad, pero es racionalmente inviable: muy poquitos de los usuarios de alcohol, la primera droga de uso en la sociedad uruguaya, acaban fumando cocaínas, la droga considerada la más dura. Asimismo, la identificación de la marihuana como primera droga de uso es también producto del discurso prohibicionista y estigmatizante de las drogas ilegales, por lo tanto el alcohol queda afuera del peligroso “mundo de las drogas” (Velho, 1994).

estar en las calles, en la cárcel y ta. Calle, cárcel y lo que fue INAME, entendés<sup>14</sup>.

[Milton, 37 años]

M: A los 14 años me fui a Brasil, porque me había fugado de la Colonia, y me voy para el Interior. Pierdo en Artigas, al hogar rural de varones de Artigas [...]

G: ¿A los 14?

M: A los 14 años. Estuve un año en Brasil y me vine. [...] Era delincuente en los tiempos del Chino Perazza, del Pelado Roldán, entendés, del Negro Sombra, del Negro Sol, toda esa gente, delincuentes, ¿no? Cuando conseguía cocaína tomaba cocaína. [...]

G: Pero vos, ¿te criaste en la Colonia ahí en la Colonia Berro? ¿O caíste en algún momento?

M: No, caí en algún momento. Tuve caídas. De menor, mi viejo me sacaba, pero mi vieja no, en ese tiempo era el *Consejo del Niño*. Si tus dos viejos firmaban, te ibas. Y mi vieja no me firmaba para sacarme.

G: Pero ahí no era por un tema de drogas, digamos...

M: No, no, ahí era porque era delincuente, me dio para robar de chico, no te voy a mentir. Salía y robaba.

G: ¿Te criaste acá en Montevideo?

M: Sí.

G: ¿En qué barrio?

M: En el Borro. [...] Había los *pibitos* que andaban robando, 14, 15 años. Ya con nueve años fue cuando me saqué un cuarto de los *Boy Scouts*, que me llevé todas las mochilas para mi casa, pero ta, por el entorno que tenía, ¿entendés?, iba a jugar al fútbol con pibes que ya andaban ¿entendés?, que me decían “Colonia Berro”, pahh para mí era “La Colonia”, “tengo que ir a la Colonia”, decía yo, ¿entendés?<sup>15</sup>

14 *Manguear* significa mendigar. *Hasta las manijas* o *hasta la manija* significa estar enterrado sin posibilidad de salida. *Mandando cualquiera* implica haciendo cualquier disparate.

15 Este interlocutor nombra a la *Colonia Berro*, centro de detención de adolescentes en conflicto con la ley penal. Las personas que nombra fueron adolescentes infractores muy conocidos mediáticamente en su momento, los años 1980. *Pibitos* significa niños o adolescentes. Su barrio de origen es el más pobre de Montevideo.

El uso problemático de cocaínas fumables llega como un golpe de gracia a la ya vulnerada situación de algunos de estos sujetos, quienes se encontraban inmersos en estrategias de provisión ilegales y en ambientes con redes de circulación de drogas ilícitas. Esto equivale a afirmar que el delito ya estaba presente en la cotidianeidad de algunos de estos sujetos antes del consumo de la sustancia.

Las representaciones dominantes, según las cuales los *pastabaseros* son una especie de ‘amenaza pública’, son puestas en juego por nuestros interlocutores; pero más allá de la escenificación, aparece la reflexión sobre sus circunstancias:

[Patricio, 35 años]

P: [...] Hay pibes que con 18 años tienen... están locos, se arruinan la vida, tienen para hacer 20, 30 años por, por una garrafa; porque agarraron y le llevaron la cartera a un viejo, el viejo cayó mal y se mató, cosas así que yo también... En ese sentido, yo veo, mirá que me he mandado mis cagadas, pero digo, de agarrar armas, nunca agarré un arma para robar. Nunca rapiñé una persona, ¿qué más? Cosas hago, no es cosas normales tampoco, pero sí he robado para drogarme, he robado, pero busco la manera de no lastimar a nadie, no lastimar a nadie. Digo, vos cuando le das [robar] a una persona a la persona la estás arruinando, porque le estás llevando lo... pero no, te digo, no lastimar a nadie en el sentido de que, porque yo quiera fumar, no voy a dar una puñalada a una persona; yo robo si la persona no me ve, digo... lo hurto casa o negocio, yo que sé, de esa manera, pero después, digo, de lastimar, lastimar por droga, nunca he llegado a eso tampoco. Después bueno, he hecho de todo. He hecho de todo, he estado bien y he estado mal.

[Néstor, 35 años]

G: Pah ¿y todas esas cicatrices qué son?

N: Mis enemigos.

G: ¿Qué son, cuchilladas, qué son?

N: Estos son tiro, tiro, tiro.

G: ¿Cuántos tiros tenés?

N: Siete.

G: ¿En la misma vez o diferente?

N: No, siempre diferente.

G: ¿Todas diferentes veces?

N: Este es más grande.

G: ¿Y estos de acá, de la panza?

N: No, esto me lo hice yo.

G: Te lo hiciste vos, ¿cómo?

N: Porque me querían encerrar. Me querían [trasladar a un lugar de castigo], y ta. Yo quería irme para el penal y me querían meter en un módulo al Sur y yo no quería estar ahí. No quería estar en ese módulo.

G: ¿Cuándo fue la última de estas cicatrices?

N: Hace dos años, un año y medio. No, este tiro fue hace dos meses.

G: ¿Cuánto?

N: Dos meses.

G: Dos meses, ¡pah! ¿Cómo fue eso?

N: Esto, por sacarle la garrafa a un *rastriño*, que le había robado a mi tía. Lo agarré, lo maté a palo, le llevaba la garrafa de 13 kg. A mi tía, lo fui a buscar al *cante*, le saqué la garrafa, vino y me dio un tiro.

G: ¿Qué es, un 22?

N: Un 22. Entró acá y salió acá.

G: Son cicatrices de guerra...

N: Hay más. En la cabeza tengo más tajos que [...]<sup>16</sup>

Se hace evidente el grado de asimilación de las condiciones de precariedad en las que se han desarrollado sus trayectorias y por las que han sido castigados. Estos sujetos son representados como delincuentes, “con el signo negativo y unívoco”, y recluidos a un “escamoteo burocrático de la pena” por la cual el castigo tiende a convertirse “en la parte más oculta del proceso penal” (Foucault, 2002, p. 17). Por lo tanto, ha sido común que sus derechos queden obliterados por el estigma y que los mecanismos del castigo legal adquieran “un asidero justificable no ya simplemente sobre las infracciones, sino sobre los individuos; no ya sobre lo que han hecho, sino sobre lo que son, serán y pueden ser” (Foucault, 2002, p. 26). Néstor acaba la conversación muy emocionado con una apelación pública, gráfico “grito del sujeto” (Acosta, 2005, p. 59):

16 *Cante* es una abreviación de *cantegril*, forma irónica y de larga data en Uruguay, utilizada para referirse a los asentamientos urbanos irregulares (por el Cantegril Country Club de Punta del Este).

Quiero aprovechar esta entrevista para que el que la escuche, si puede ofrecerme una fuente laboral para mí. Porque a veces con muchos antecedentes [...] Mirá que yo he buscado trabajo, ¿viste? Pero ya te preguntan si tenés antecedentes y hay muchos lados que te discriminan. Quien te diga que no, te está mintiendo. Si yo tuviera un trabajo seguro para mi familia, yo ni me drogaria, ¿entendés? Capaz que no te digo, me fumaría un *porrito* por ahí, ¿viste? Pero a mí ya me asqueó la pasta base. Fijate que hace 13 años que yo fumo pasta base. No, no. Y he fumado [...] Recién ahora en estos dos últimos años sé lo que es fumar de a *chasqui* que se llama [fuma con la sustancia comprada al menudeo], antes fumaba en otra cosa. Fumaba en piedra entera [...] Me manejaba de otra manera, como tenía más dinero en el bolsillo. Fumaba mucho más que ahora. Pero me mataba menos porque, como yo te digo [...] No me salen más las palabras, amigo [...].

## Discusión

En estos relatos se ilustran continuos de violencia concretos que atraviesan las trayectorias de los usuarios de cocaínas fumables, tanto dentro de lugares de reclusión como en la calle, y que los acompañan aún incluso en sus intentos de desvincular sus vidas del uso de pasta base, y de las redes del mercado ilegal.

En relación a la continuidad de la violencia, la violencia institucional es el factor que sirve a su consolidación, en los cuerpos y en las identidades de los sujetos, marcándolos, muchas veces, desde su infancia. La violencia institucional puede adoptar formas simbólicas o físicas y es reproducida por los agentes e instituciones estatales, y se diferencia de la violencia estructural (Galtung, 1975, en Bourgois, 2005, p. 13). En otro lugar (Fraiman & Rossal, 2011), se ha visto cómo la violencia institucional se realiza en espacios concretos del Estado: comisarías policiales, oficinas del Poder Judicial y espacios de diagnóstico del “Instituto de la Niñez y la Adolescencia” (INAU).

La violencia institucional es el ingrediente necesario a la continuidad de la violencia, sustituyendo, en su relativa opacidad, a la explícita violencia política que se aprecia en otras sociedades, como las que estudió Bour-

gois (2009) en Centro América. Así, podría postularse que, en situaciones de normalidad político jurídica, la violencia estatal sería, principalmente, institucional, mientras que en países en situación de conflicto abierto o gobiernos *de facto*, la violencia del Estado, o incluso la de los grupos de poder que se le oponen, sería política y enfocaría en determinados sujetos.

Desde una perspectiva diferente a la de Bourgois y Scheper-Hughes (2004), Moser y McIlwaine (2006) definen violencia institucional como:

[...] ejercicio de actos violentos para obtener o mantener el poder de grupos o instituciones, [...] generada por instituciones del Estado, tanto aquellas dedicadas al control como la policía, como aquellas dedicadas a prestar servicios civiles urbanos, como educación y salud. (Ruiz Flores, 2012, p. 253-255).

Si bien confluimos con la definición ya que la violencia institucional es generada por instituciones del Estado, no adherimos a que ésta se desarrolle necesariamente con la finalidad de mantener un poder, sino como el efecto de prácticas instituidas que exceden generalmente las motivaciones de sus agentes, a diferencia de la violencia política que suele estar más ajustada a fines concretos de los sujetos e instituciones que la ejercen: destruir a un grupo opositor, derrocar a una clase gobernante, infundir el miedo entre un determinado grupo social. De todos modos, para el caso uruguayo, se aprecia, con el ejemplo de la categoría estigmatizante de *pichi*, la continuidad entre la violencia política del Estado en tiempos de la Dictadura y la institucional de los períodos regidos por el Estado de derecho.

Del mismo modo en que se reproducen las violencias sobre los sujetos, las formas de resistencia que estos desarrollan no siempre se orientan contra aquello que los oprime y el castigo se va tornando más privado, más sutil y en apariencia más distante de la sociedad que lo produce<sup>17</sup>.

17 Esas formas de resistencia merecerían mejor análisis. Podría entenderse como prácticas de resistencia realizar motines contra la autoridad carcelaria (Foucault, 2002), pero, en cualquier caso, estas prácticas se relacionarán inevitablemente con formas de violencia estatal que tienen una trabazón interna tal que son difíciles de examinar desde lejos: un motín podrá ser usado para cobrarse deudas internas a la situación carcelaria (Míguez, 2008) o a veces las causas de la resistencia pueden resultar inconfesables, tanto para reclusos como para los carceleros.



Así, el castigo continúa más allá de las instituciones de reclusión, y las violencias “ocultas” del sistema penal se convierten en marcas condenatorias incluso luego de cumplida la pena, reconociéndose de esta forma un “cerco político del cuerpo” (Foucault, 2002), que dificulta fuertemente la inserción del sujeto en otras redes sociales distintas a las del mercado ilegal (Silva de Sousa, 2004; Karandinos et al., 2014).

Para contribuir a una modificación sustantiva en las trayectorias de usuarios problemáticos de cocaínas fumables, no debería ni negarse la realidad de sus vínculos con el mercado ilegal, y por lo tanto la posibilidad de cometer delitos; así como tampoco contribuir con la reproducción de un estigma que sólo aumenta riesgos y oblitera posibilidades de cambio (Oliveira et al., 2012). Deberían, en cambio, considerarse desde cerca sus voces y derechos, anhelos de ‘vida buena’ y el deseo de familia y trabajo que todos — más allá de las dificultades concretas, de las violencias vividas — nos plantearon sin ambages en el transcurso de la investigación.

Finalmente, debe señalarse que si bien existen espacios en los cuales el personal sanitario y de las políticas sociales al servicio del Estado se aproxima a los usuarios de pasta base desde una perspectiva de reducción de daños y un “enfoque de derechos”:

1. esto suele ocurrir mediante dispositivos de atención productos de formas de gubernamentalidad “liberales avanzadas” (Rose, 2007, p. 116), que operan con trabajadores precarios para la atención de los sujetos más precarios; y
2. muchas veces en estos dispositivos también se cae en la desacreditación de los usuarios, actualizándose las disposiciones tutelares de técnicos y funcionarios, reproduciéndose impensadamente violencias institucionales, estigmas y tutelazgos.

## Agradecimientos

Se agradece a todas las personas con las que hemos tenido oportunidad de intercambiar en distintas instancias de investigación, especialmente a aquellos que nos brindaron su confianza y relataron sus experiencias con el consumo de cocaínas fumables. Sus nombres han sido modificados para proteger su identidad. Para realizar el estudio se contó con el apoyo de la Junta Nacional de Drogas mediante fondos de la Organización de Estados Americanos – Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (OEA – CICAD).

## Referencias

- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*, 88, 35-50.
- Acosta, Y. (2005). *Sujeto y democratización en el contexto de la globalización: Perspectivas críticas desde América Latina*. Montevideo: Nordan.
- Albano, G., Castelli, L., Martínez, E. & Rossal, M. (2014). Caminando solos. In: Suárez, H. & Rossal, M. (Coords.), *Fisuras: Dos estudios sobre pasta base de cocaína. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas* (pp. 61-147). Montevideo: FHCE UdelaR – OUD, JND.
- Bardazano, G. (2012). Se presume culpable. Sobre la justificación de las decisiones judiciales relativas a la interpretación del artículo 31 del decreto ley 14.294 en su redacción dada por la ley 17.016. In: Paraskevaídis, N. A. (Ed.), *Aporte universitario al debate nacional sobre drogas* (pp. 39-61). Montevideo, CSIC.
- Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo*. Buenos Aires: FCS.
- Bourgois, P. (2005). Más allá de una pornografía de la violencia. Lecciones desde El Salvador. In: Ferrándiz, F. & Feixa, C. (Eds.), *Jóvenes sin tregua: Culturas y políticas de la violencia* (pp. 11-35). Barcelona: Anthropos.
- Bourgois, P. (2009). Treinta años de retrospectiva etnográfica sobre las violencias en las Américas. In: López García, J., Bastos, S., Camus, M. (Comps.), *Guatemala: Violencias desbordadas* (pp. 29-62). España: Servicio de Publicaciones de Universidad de Córdoba.
- Bourgois, P. (2010). *En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Bourgois, P. & Scheper-Hughes, N. (2004). Introduction: Making sense of violence. In: Bourgois, P. & Scheper-Hughes, N. (Eds.), *Violence in war and peace* (pp. 425-434). Malden, Oxford, Victoria: Blackwell Publishing.
- Castilla, V. & Lorenzo, G. (2012). Maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*, (36), 69-89.
- Castilla, V. & Lorenzo, G. (2013). Las huellas del daño. In: Epele, M. (Comp.), *Padecer, cuidar y tratar: Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas* (pp. 57-80). Buenos Aires: Editorial Antropofagia.

- Castilla, V., Epele, M. & Olsen, C. (2012). Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires, Argentina. *Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología*, (14), 209-229.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos – CICAD – OEA (2011). *Informe del Uso de Drogas en las Américas*. Washington: CICAD – OEA. Consultado el 24 de Enero de 2014, en [http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso\\_de\\_Drogas\\_en\\_Americas2011\\_Esp.pdf](http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Americas2011_Esp.pdf)
- De Sousa Santos, B. (2002). Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos. *El otro derecho*, (28), 59-83.
- Draus, P. & Carlson, R. (2009). The Game turns on you: crack, sex, gender, and power in small-town Ohio. *Journal of Contemporary Ethnography*, 38-3, 384-408.
- Eagleton, T. (1997). *Ideología, una introducción*. Barcelona: Paidós.
- Elias, N. (1988). *El proceso de la civilización: Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- EL PAÍS. (2013). *Sistema Judicial Uruguayo tiene filosofía dictatorial*, 22 de marzo.
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social*, (25), Buenos Aires, 153-170.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Estrada, M. J. & Vargas, R. L. (2010). El muestreo dirigido por los entrevistados (mde) para acceder a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al VIH: su aplicación en grupos de hombres que tienen sexo con hombres. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(3), 266-281. Consultado el 15 de abril de 2015, en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2010000300008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2010000300008&script=sci_arttext)
- Feldman, H. & Aldrich, M. (1990). The role of ethnography in substance abuse research and public policy: historical precedent and future prospects. In: Lambert, E. (Ed.), *The collection and interpretation of data from hidden population* (pp. 12-30). Washington, D.C.: NIDA Research Monograph 98.
- Ferreira Adorno, R., Ramos Comes, B., Lucca, D., Vasconcellos, M., Rui, T., Calil da Costa, T. & da Silva, S. (2013). Usuarios y territorios del crack: dimensiones sobre dispositivos políticos y de salud acerca de las drogas en el Brasil. In: Epele, M. (Comp.), *Padecer, cuidar y tratar: Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas* (pp. 81-99). Buenos Aires: Editorial Antropofagia.
- Filgueira, F., Katzman, R. & Rodriguez, F. (2005). Las claves generacionales de la integración y exclusión social: adolescencia y juventud en Uruguay y Chile en los albores del siglo XXI. *Prisma*, Montevideo, 43-65.
- Folgar, L. (2003). Aportes antropológicos sobre la cuestión del tema 'drogas'. *Anuario de Antropología Social y Cultural*, Departamento de Antropología Social, FHCE, Montevideo, 25-37.
- Folgar, L. (2006). De lata y lateros: usuarios de PBC y sus mundos de sentido. *Anuario de Antropología Social y Cultural*, Departamento de Antropología Social, FHCE, Montevideo, 117-183.
- Folgar, L. & Rado, C. (2003). Las drogas y sus lugares simbólicos: una etnografía barrial. In: A. Lapetina (Comp.), *Drogas y políticas sociales en el Uruguay de hoy*. Paradojas, experiencias y desafíos. Montevideo: Editorial Frontera.
- Fonseca, C. & Cardarello, A. (2005). Derechos de los más y menos humanos. In: Tiscornia, S. & Pita, M. (Eds.), *Derechos humanos, tribunales y policías en Argentina y Brasil: Estudios de antropología jurídica*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fraiman, R. & Rossal, M. (2011). *De calles, tranacas y botones: Una etnografía sobre pobreza, violencia y solidaridad urbana*. Montevideo: BID – MI.
- Garibotto, G. (2010). Cárceles y drogas en Uruguay. In: Transnational Institute (Ed.), *Sistemas sobrecargados: leyes de drogas y cárceles en América Latina*. Consultado el 31 de julio de 2015, en <http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2011/Spanish/sistemas%20sobrecargados-resumen%20uruguay-web.pdf>
- Garibotto, G., Calicchio, L., Latorre, L. & Scarlatta, L. (2006). *Mercado de pasta base de cocaína en Uruguay: Complejidad y prospectiva*. Consultado el 31 de julio de 2015, en <https://geiaj.wordpress.com/bibliografia/>
- Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15, 493-506.
- Hevia Coscuelluela, M. (1985). *Pasaporte 11333: Uruguay ocho años con la C.I.A.* Montevideo: Suplemento de Liberación Nacional.

- Junta Nacional de Drogas – JND (2006). *Pasta base de cocaína: Prácticas y gestión de riesgos en adolescentes uruguayos*. ONU, Oficina Contra la Droga y el Delito. Accesado el 24 de enero de 2014, en [http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com\\_content&view=article&id=96:pasta-base-de-cocaina-practicas-y-gestion-deriesgos-en-adolescentes-uruguayos&catid=10:publicaciones&Itemid=20](http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=96:pasta-base-de-cocaina-practicas-y-gestion-deriesgos-en-adolescentes-uruguayos&catid=10:publicaciones&Itemid=20)
- Junta Nacional de Drogas – JND (2007). *4ta. Encuesta Nacional en Hogares Sobre Consumo de Drogas*. JND – OUD, Montevideo. Accesado el 24 de enero de 2014, en [http://infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/OUD\\_4ta\\_encuesta\\_drogas\\_Uruguay\\_hogares\\_2006.pdf](http://infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/OUD_4ta_encuesta_drogas_Uruguay_hogares_2006.pdf)
- Karandinos, G., Hart, L., Castillo, F. & Bourgois, P. (2014). The moral economy of violence in the US inner city. *Current Anthropology*, 55(1), 1-22.
- Marques, A. (2010). “Liderança”, “proceder” e “igualdade”: uma etnografia das relações políticas no Primeiro Comando da Capital. *Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia*, 14(2), 311-335.
- Mecha, A. (2013). (Des)dibujando sujetos. Los discursos expertos sobre la Pasta Base ‘Paco’ y sobre sus usuarios. In: Epele, M. (Comp.), *Padecer, cuidar y tratar: Estudios socioantropológicos sobre consumo problemático de drogas* (pp. 185-206). Buenos Aires: Editorial Antropofagia.
- Melotto, P. (2009). *Trajetórias e usos de crack: estudo antropológico sobre trajetórias de usuários de crack no contexto de bairros populares de São Leopoldo – RS*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.
- Míguez, H. (2006). *Estudio de consumo de pasta base en una villa de emergencia del Conurbano Bonaerense*. Buenos Aires: Observatorio sobre el uso de sustancias adictivas, Conicet/Sada.
- Míguez, H. (2007). El uso de paco y la segunda exclusión. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 53(1), 18-22.
- Míguez, D. (2008). *Delito y cultura: Los códigos de la ilegalidad en la juventud marginal urbana*. Buenos Aires: Biblos.
- Moser, C. & McIlwaine, C. (2006). Latin American urban violence as a development concern: towards a framework for violence reduction. *World Development*, 34(1), 89-112.
- Negro, C. (2013). La nueva regulación de la pasta base de cocaína. “Maldita pasta base”, *Revista de Derecho Penal*, en imprenta.
- Oliveira, M. C., Martins, L. F., Richter, K. & Ronzani, T. M. (2012). Evaluation of an intervention to reduce health professional stigma toward drug users: A pilot study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(5), 138-148.
- ONUJND. (2013). Estudios de seroprevalencia de VIH/SIDA y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta base, crack y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su área metropolitana. Accesado el 24 de enero de 2014, en: [http://infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/estudio\\_vih\\_sida\\_cocaina\\_fumable.pdf](http://infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/estudio_vih_sida_cocaina_fumable.pdf)
- Panther-Brick, C. (2002). Street children, human rights, and public health: A critique and future directions. *Annual Review of Anthropology*, 147-171.
- Pawlowicz, M., Galante, A., Goltzman, P., Rossi, D., Cymerman P. & Touzé, G. (2011). Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos. In: Blanck, E. (Coord.), *Panorámicas de Salud Mental: a un año de la Ley Nacional N.º 26.657* (pp. 168-187). Buenos Aires: Eudeba.
- Renoldi, B. (2008). *Narcotráfico y justicia en Argentina: La autoridad de lo escrito en el juicio*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Rose, N. (2007). ¿La muerte de lo social? Reconfiguración del territorio de gobierno. *Revista Argentina de Sociología*, 5(8), 111-150.
- Rose, N., O’Malley, P. & Valverde, M. (2012). Gubernamentalidad. *Astrolabio Nueva Época*, 8, 113-152.
- Ruiz Flores, J. C. (2012). Violencias en la periferia de Santiago. La población José María Caro. *Revista INVI*, 74(27), 249-285.
- Sanjurjo García, D. (2013). El cambio en las políticas de estupefacientes: el ejemplo de Uruguay. *Revista Jurídica Universidad Autónoma de Madrid*, 27, 291-311.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico – SEDRONAR. (2007). *Aspectos cualitativos del consumo de Pasta Base de Cocaína/Paco*. Buenos Aires: Observatorio Argentino de Drogas, Organización Internacional para las Migraciones.
- Segato, R. (2004). *Antropología y derechos humanos: Alteridad y ética en el movimiento de los derechos universales*. Brasília. (Serie Antropología.)
- Sepúlveda, M. (1997). El silencio de los angustiados: contextos discursivos en el consumo de Pasta base de Cocaína. In: Hopenhayn, M. (Comp.), *La grieta de las drogas: Desintegración social y políticas públicas en América Latina*. Santiago de Chile: Cepal.

- Silva de Sousa, R. (2004). Narcotráfico y economía ilícita: las redes del crimen organizado en Río de Janeiro. *Revista Mexicana de Sociología*, 66(1), 141-192.
- Suárez, H. & Ramírez, J. (2014). Los desposeídos. In: Suárez, H. & Rossal, M. (Coords.), *Fisuras: Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*. Montevideo: FHCE, UdelaR – OUD, JND.
- Touzé, G., Vila, M., Pawlowicz, M. P. & Rossi, D. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil – Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Umpierrez, E. (2013). *¿Qué son las cocaínas fumables? Análisis químico de muestra de Pasta Base de Cocaína del Uruguay*. Encuentro Internacional de Investigadores en Cocaínas Fumables, JND. Accesado el 24 de Enero de 2014, en [http://infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/20130320\\_202\\_eleuterio\\_umpierrez.pdf](http://infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/20130320_202_eleuterio_umpierrez.pdf)
- United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC (2013). *Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos*. Lima: ONUDC – DEVIDA.
- Vanger, M. (1983). *El país modelo: José Batlle y Ordoñez, 1907-1915*. Montevideo: Editorial Arca.
- Velho, G. (1994). A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: Zaluar, A. (Comp.), *Drogas e cidadania: Repressão ou redução de danos?* (pp. 23-29). São Paulo: Brasiliense.
- Wiebel, W. (1990). Identifying and gaining access to hidden populations. In: Lambert, E. (Ed.), *The collection and interpretation of data from hidden population* (pp. 4-11). Washington, D.C.: NIDA Research Monograph 98.

**Dirección para correspondencia:**

Marcelo Rossal  
 Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación,  
 Universidad de la República  
 Magallanes, 1577  
 Montevideo, Uruguay  
 E-mail: mrossal@fhuce.edu.uy

Recibido el 30/07/2015

Revisado el 15/10/2015

Aceptado el 14/11/2015

## Violados indignos: usuários de *crack* no Rio de Janeiro e em Nova Iorque<sup>1</sup>

Violated and undignified: crack cocaine users in Rio de Janeiro and New York

Danielle de Carvalho Vallim<sup>1</sup>

### Resumo

Este estudo analisa formas de manifestação da violência praticada contra usuários de *crack* em cenas de uso, nas cidades do Rio de Janeiro e de Nova Iorque. O método qualitativo constituiu a proposta metodológica em ambas as cidades, com técnicas de observação participante, relatos de histórias de vida e entrevistas semiestruturadas. Concluiu-se que, nos ambientes em que essa população se encontrava, reproduziam-se formas particulares de sofrimento, provocadas pelas violências física e moral, contra e entre os usuários, bem como pela discriminação social a que eram submetidos, perpetuando formas de banalização da violência e do sofrimento. Tornou-se evidente que o uso de drogas em cenas de uso de *crack* nas duas cidades eleva a exposição de seus usuários a problemas de saúde, violência, estigma, isolamento social e violação dos direitos.

**Palavras-chave:** violência; usuários de *crack*; *crack*; discriminação; estigma.

### Abstract

This research analyzes the violence practiced to crack cocaine users at the spots of use at Rio de Janeiro, Brazil, and New York cities. The qualitative method was based on participant observation technique, life history and semi-structured interviews in both cities. It was concluded that in the environment in which this population is based, particular forms of suffering are reproduced, caused by physical and moral violence against and between users, as well as by the social discrimination they are subjected to, perpetuating forms of trivialization of violence and suffering. It was clear that drug use in crack use scenes in both cities increases the exposure of the users to health problems, violence, stigma, social isolation and violation of rights.

**Keywords:** violence; crack cocaine users; crack cocaine; discrimination; stigma.

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), Brasil

O uso de drogas em espaços públicos, tais como as cenas de uso de *crack* no Rio de Janeiro e em Nova Iorque, eleva a exposição dos indivíduos que fazem uso abusivo a problemas de saúde, violência, estigma, isolamento social e violação dos direitos (Vallim, 2015). Os espaços públicos apropriados para uso de drogas de forma irregular, normalmente, não oferecem estrutura e condições necessárias às boas condução e execução de práticas de redução de danos. Isso ocasiona o compartilhamento de copos e/ou cachimbos entre os usuários, o descarte inadequado de agulhas e seringas usadas e a prática de sexo sem proteção, o que aumenta os riscos à saúde. Entende-se por riscos as “chances probabilísticas de suscetibilidade a agravos e doenças, em função da exposição de indivíduos a agentes agressores (ou protetores)” (Elias & Bastos, 2011).

As consequências do compartilhamento de aparatos de uso entre usuários de *crack* podem ser doenças tais como pneumonia e tuberculose, entre outras. Contudo, ainda que os problemas de saúde sejam latentes em cenas de uso, outro estudo etnográfico,

anterior a este, realizado por McNeil, Kerr, Lampkin, and Small (2015) em clínica para uso assistido de drogas no Canadá, demonstra que a busca de usuários de *crack* por espaços privados para uso assistido se dá em função da procura por locais seguros, distantes da violência das cenas de uso em espaços públicos, e não, necessariamente, para reduzir os danos à saúde individual e coletiva.

O comportamento de risco e os danos sofridos pela população usuária de *crack* são produzidos pelas condições sociais e ambientais em que estão inseridos (Bourgois, 2003). Os ambientes em que essa população se encontra perpetuam formas particulares de sofrimento provocadas pela violência física e moral entre e contra os usuários, bem como pela discriminação social a que são diariamente submetidos nas cenas de uso (Vallim, 2015). Como se trata de população vulnerável e discriminada socialmente, ocorre a banalização da violência e do sofrimento nos contextos em que são apresentados (Scheper-Hughes, 1992), o que, por sua vez, promove a tendência em reconhecer esse tipo de sofrimento como

<sup>1</sup> Tal pesquisa foi realizada com o apoio institucional do Núcleo de Pesquisas das Violências do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro) e da Mailmam School of Public Health/Columbia University. Em Nova Iorque, o apoio financeiro ocorreu pessoalmente por Carl Hart. Agradeço a todos os apoiadores.

natural nos indivíduos em cenas de uso (Bourdieu & Wacquant, 1992; Bourgois, 2003). Com isso, o “cracudo”<sup>1</sup> e o “*crackhead*”<sup>2</sup> aceitam e absorvem os estereótipos atribuídos à identidade social, marcada por deformidades (Kalichman et al., 2009). Consequentemente, acatam e naturalizam a violência e o sofrimento, especialmente em função de punições aceitas como decorrência de comportamentos considerados “desviantes” pela maioria da sociedade, ou seja, “anormais”.

## Método

Em busca de apreender manifestações e ocorrências no contexto dos usuários de drogas, tais como fatos, eventos, vivências, ideias e sentimentos, foi utilizado o método qualitativo de pesquisa, apoiando-se nas técnicas: observação participante, entrevistas semiestruturadas, diários de campo e histórias de vida. Tais procedimentos permitiram o “estudo das interações sociais e dos processos interpretativos e simbolizantes, por meio dos quais a realidade é constituída e apreendida culturalmente” (Macrae & Vidal, 2006).

### Observação Participante

A observação participante foi indicada para compreender problemas ou impasses que necessitavam ser analisados em maior detalhe e penetrar no mundo dos sujeitos da pesquisa, o que implicou relação muito próxima entre pesquisador e sujeito pesquisado. Com a inserção do pesquisador nos campos de vivência do pesquisado, o estudo teve como foco captar significados, visões de mundo e concepções ideacionais dos usuários abusivos de *crack* nos locais em que se encontravam fazendo uso da droga.

No percurso da pesquisa visitei 33 cenas de uso, 27 no Rio de Janeiro e 6 em Nova Iorque, todas localizadas em espaços públicos ou em áreas abandonadas. Em consequência, ocorreram diálogos, conversas e observações com centenas de usuários abusivos de *crack*.

No Rio de Janeiro a pesquisa ocorreu entre os anos de 2011 e 2014 e em Nova Iorque, entre 2013 e 2014.

### Entrevistas Semiestruturadas

De maio a dezembro de 2011, juntamente com as pesquisadoras Christiane Sampaio<sup>3</sup> e Alba Zaluar<sup>4</sup>, esta como coordenadora, realizei pesquisa qualitativa por meio de visitas ao campo e aplicação de entrevistas semiestruturadas a 45 usuários abusivos de *crack* nas cenas de uso de Jacarezinho, Manguinhos, Glória e Central do Brasil e na sede da organização não governamental (ONG) Psicotropicus, em diferentes bairros da cidade do Rio de Janeiro.

Em Nova Iorque realizei a pesquisa juntamente com Carl Hart<sup>5</sup> e Robert Fullilove<sup>6</sup> e igualmente foram efetivadas 45 entrevistas, que ocorreram sob a responsabilidade do Departamento de Ciências Sociomédicas da Escola de Saúde Pública da Universidade de Columbia, entre maio e junho de 2014, na sede da Washington Heights Corner Project (WHCP). Essa é uma organização que atua através da abordagem da redução de danos e na superação do estigma associado ao uso de drogas com a população usuária abusiva residente no bairro de Washington Heights, em Manhattan.

Ao todo, foram realizadas 90 entrevistas no Rio de Janeiro e em Nova Iorque.

Faz-se necessário esclarecer que, ainda que as entrevistas tenham ocorrido na sede da WHCP, os participantes entrevistados, em ambas as cidades, seguiram o mesmo perfil: usuários abusivos de *crack* em situação de vulnerabilidade social e, em grande parte, vivendo em situação de rua e frequentando cenas de uso abertas.

Os roteiros aplicados nas duas cidades eram idênticos e continham questões relacionadas ao perfil sociocultural dos participantes, tais como: idade, sexo, gênero, moradia, escolaridade, trabalho, renda, família, cenas de uso, raça, estigma e história de relação com a droga.

Informantes/facilitadores locais, usuários, ex-usuários e pessoas muito familiarizadas com as dinâmicas relacionadas ao uso de drogas nas duas cidades colaboraram significativamente com a jornada de pes-

1 Termo pejorativo utilizado no Rio de Janeiro para nomear usuários de *crack*.

2 Termo pejorativo utilizado nos Estados Unidos para nomear usuários de *crack*.

3 Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

4 Professora doutora do Instituto de Estudos Sociais e Políticos e Coordenadora do Núcleo de Pesquisas das Violências.

5 Professor associado do Departamento de Psicologia e Psiquiatria da Universidade de Columbia, em Nova Iorque.

6 Professor associado do Departamento de Ciências Sociomédicas da Escola de Saúde Pública da Universidade de Columbia, em Nova Iorque.

quisa. Em Nova Iorque, os informantes foram Tina, Lauren e John. No Rio de Janeiro, Tina, Lauren, John e D. Carla acompanhavam-me às cenas de uso, explicavam os trâmites do uso e do comércio de drogas nas duas cidades e me forneciam inúmeras informações valiosas. Eram pessoas conhecidas nos territórios, tanto pelos traficantes quanto pelos usuários, possibilitando maior acesso e segurança nos locais frequentados. Todos os informantes foram extremamente importantes para que fosse possível ampliar o acesso aos sujeitos pesquisados, possibilitando a entrada nas regiões pesquisadas, a fim de obter respostas às indagações surgidas, dissipando e esclarecendo dúvidas e questionamentos no percurso da investigação (Foot Whyte, 2005).

Foi possível também relacionar o que foi captado através das entrevistas semiestruturadas, das histórias de vida e do processo de observação participante.

Os nomes dos participantes e informantes utilizados neste artigo são fictícios, respeitando a confidencialidade dos sujeitos.

### *Comitês de Ética*

Ambas as pesquisas foram devidamente aprovadas pelos respectivos Comitês de Ética. No Rio de Janeiro, o projeto “Prevenção da violência, uma perspectiva ecológica” foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob registro nº 0006. 0. 259.000-11, coordenado por Alba Zaluvar e executado por mim e Cristhiane Sampaio<sup>7</sup>. Em Nova Iorque, foi aprovado o projeto “*Crack cocaine users. Their vulnerabilities and social conditions: one analysis about New York City*” pelo *Institutional Review Board* (IRB) da *Columbia University Medical Center*, pelo número IRB AAAM9907, executado e coordenado por mim, em parceria com Carl Hart e Robert Fullilove<sup>8</sup>.

## **Resultados**

### *Violência em Cenas de Uso*

No decorrer da pesquisa foi observada a ocorrência de práticas de violência nas cenas de uso, da-

das em três aspectos: entre companheiros afetivos; nas práticas de alguns policiais; e a praticada pelo próprio tráfico (Vallim, 2015).

### *Intimidade como Objeto de Violência nas Cenas de Uso*

Dados do Mapa da Violência de 2013 (Jacobo, 2013), no Rio de Janeiro, indicaram que a violência doméstica, praticada nas relações familiares e nas relações íntimas de afeto, são as que mais se aplicavam às mulheres jovens (Heilborn, Faya, Damasceno, 2014; Heilborn & Souza, 2014). Como a população carioca usuária de *crack* incluída nesta pesquisa era majoritariamente jovem, a mulher apresentou-se como a mais vitimizada pela violência praticada no recorte de gênero.

Dados de pesquisa realizada em 2005-2006 pelo Núcleo de Pesquisas das Violências (NUPEVI) para analisar a frequência, a natureza e as circunstâncias de crimes e agressões a pessoas maiores de 15 anos na cidade do Rio de Janeiro (Zaluvar, 2009) também indicaram que a agressão física, entre os crimes analisados, atendia a circunstâncias muito mais relacionadas às emoções e às interações dos envolvidos do que ao ganho material. O poder e o reconhecimento simbólico eram mais relevantes para o agressor na execução da agressão do que os ganhos materiais envolvidos em roubos, furtos, etc. E esse tipo de agressão foi perpetrada mais contra as mulheres: 10% das entrevistadas agredidas na vida toda para 8% dos homens. Nos mesmos dados nas favelas em 2007, o número de agressões na vida chegou a 14%, o que demonstrou que esse tipo de agressão era mais comum nas favelas cariocas (regiões onde se encontravam boa parte das cenas de uso e dos usuários abusivos do *crack*). Os percentuais para agressões às mulheres também eram mais significativos nas favelas: 13% para mulheres e 14% para homens, “indicando um nível de agressividade interpessoal mais alto nas favelas” (Zaluvar, 2009, p. 10). A agressão entre os homens, no entanto, se dava mais comumente nos espaços públicos, envolvendo desconhecidos, enquanto a violência contra as mulheres ficava mais no espaço privado, entre pessoas que se conheciam. As agressões ocorridas nas cenas de uso, fora dos ambientes, romperam com esse quadro que foi encontrado em toda a cidade, inclusive nas favelas. De qualquer forma, as cenas de uso estavam contidas em espaços delimitados, onde o estigma contra o usuário funciona como um chamamento à agressão, mesmo que visível, pois era socialmente sancionada.

7 Tais testemunhos foram denunciados por mim à Comissão de Direitos Humanos na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro em reunião ocorrida no gabinete do Vereador Renato Cinco, em janeiro de 2014.

8 Co-Investigadores da pesquisa.

Ainda assim, por mais controverso que seja frente à realidade nacional, no que se referiu à violência contra a mulher cometida por parceiros afetivos, especialmente em territórios com maior taxa de criminalidade (Heilborn et al., 2014), foram poucos os depoimentos que falavam sobre violência íntima entre pessoas que se relacionavam afetivamente nesta pesquisa. Mas isso não significa que não tenham ocorrido.

Um dos exemplos mais marcantes se deu pelo relato de Bruna, que, no percurso da entrevista, se apresentou emocionalmente abalada e chorando muito ao falar sobre as agressões que estava sofrendo de seu parceiro, também usuário de *crack*. Ambos viviam em situação de rua nas cenas de uso. Segue parte da entrevista de Bruna falando sobre isso:

**Participante:** (chorando) Eu apanho muito. O cara fuma, fica com ciúmes. Se eu estou dura e ele está com dinheiro, me troca por causa de um pedaço do *crack*. Eu faço coisa que eu nunca fiz. Eu corro atrás, boto dinheiro na mão dele e sou espancada, tia.

**Pesquisadora:** Você está falando do seu namorado?

**Participante:** De lá para cá, pelo espancamento, sem motivo, eu estou começando a desgostar dele. Fala que não me quer quando está com dinheiro, mas quando está sem dinheiro [...]

**Pesquisadora:** Você vive com ele na rua?

**Participante:** Sim, há muito tempo.

**Pesquisadora:** Há quanto tempo você está com ele? [...] Você está na rua há oito anos.

**Participante:** Eu não tenho este tempo com ele não.

**Pesquisadora:** E antes você ficava aqui dentro da comunidade?

**Participante:** Sim. Porque o artigo que eu pratico, aqui não pode, prá ser assim, é melhor chegar nos meus amigos e falar pra me matar.

**Pesquisadora:** Do que você ganha, quanto você usa pro consumo de *crack*? Se você consegue, por exemplo, cem reais?

**Participante:** Cinco reais eu tiro prá uma comida e [...]

**Pesquisadora:** O seu companheiro também gosta?

**Participante:** Sim, muito.

**Pesquisadora:** E você compra para você e para ele?

**Participante:** Quando eu tenho, eu divido direitinho.

**Pesquisadora:** Você se considera uma pessoa que se mantém?

**Participante:** Sim, claro, e muitas vezes mantém o dele também. Só que ele acha que eu dependo dele, mantenho o meu vício e minha fome também.

**Participante:** É que a gente vai prá uma missão [...] e bate mais ainda se não ficar. *(Participante entrevistada no Rio de Janeiro)*

### *A Violência Policial e a Mulher nas Cenas de Uso*

Constatou-se que a violência marcada pelo abuso de poder institucional e por arranjos sociopolíticos — especialmente no que se refere ao recorte de gênero — resultou de ações de alguns policiais militares nas cenas de uso. A imagem estereotipada, atrelada à desvalorização humana promovida pelo estigma em torno da imagem da mulher usuária de *crack* (Bourgois, 2003; Fullilove & Fullilove, 1992; Silva, 2000), de fato a tornava alvo fácil de agressões físicas e de violências moral e sexual, muitas vezes promovidas por alguns desses policiais militares.

Em janeiro de 2014, para a realização desta pesquisa, estive, juntamente com a equipe do Consultório de Rua (CR), nas cenas de uso localizadas na linha de trem do Jacarezinho. Nesse período, já havia ocorrido o processo de pacificação pela Polícia Militar (PM) nas comunidades de Jacarezinho e Manguinhos. A força policial estava controlando o território e, por isso, havia policiais concentrados em pontos específicos da linha do trem, inclusive próximos aos usuários. A linha do trem, àquela altura, estava subdividida em quatro cenas de uso: Chupa Cabra, Bairro Carioca, Base 10 e Casa das Primas. Nessa ocasião, ocorreu meu primeiro dia de visita a uma cena após o processo de pacificação. Durante a realização da pesquisa em momentos anteriores à ocupação policial na comunidade, era possível ouvir testemunhos de violência, normalmente relacionados a agressões físicas à mulher em cenas de uso: desentendimentos afetivos; conflitos com o tráfico; e desentendimentos com outros usuários em função da disputa por pedras de *crack*. Porém, em janeiro de 2014, obtiveram-se relatos de número considerável de usuários que indicavam violência praticada por



alguns agentes da PM, incluindo a violência com recorte de gênero. Os testemunhos indicavam que o tipo de violência praticada era sexual.

Nesse dia de visita à cena, nenhuma mulher relatou ter sido vítima da violência praticada por alguns agentes policiais, assim como nenhuma das mulheres dadas como violentadas quis se manifestar; assim, os casos foram relatados por testemunhos e não por denúncias registradas pelos agentes do CR ou na delegacia. Tais agressões, de modo informal, foram relatadas por mulheres e homens que diziam ter presenciado a violência dentro das cenas.

No que diz respeito à reação das mulheres dadas como agredidas, compreendeu-se que o silêncio em relação à denúncia se deu por receio de retaliações da parte dos policiais envolvidos na agressão, além do processo de banalização da violência, assim como exposto nos relatos e testemunhos ocorridos nesse dia de pesquisa, os quais são mostrados a seguir.

Como procedimento de trabalho em campo, a equipe do CR perguntou ao grupo de usuários sobre suas necessidades emergenciais, decorrentes de acontecimentos diários. Nesse dia, na visita à cena de uso Bairro Carioca, diversos usuários testemunharam agressões decorrentes de ações de alguns policiais. Segundo eles, diariamente, um grupo de dois a três policiais frequentava a cena no período da noite e exercia o abuso de poder, furtando objetos pessoais do grupo e os agredindo física e sexualmente. Também ocorreram relatos de que uma das usuárias, de nome R. (uma jovem de aproximadamente 24 anos de idade que se encontrava na cena naquele momento), havia sido abusada sexualmente por dois policiais poucos dias antes de nossa visita. Segundo o grupo, os policiais haviam agredido a jovem física e sexualmente. A equipe do CR conversou com R. sobre o ocorrido, mas ela, por sua vez, banalizou o caso e não se interessou em prestar denúncia. Poucos metros após, estava localizada a cena de uso denominada Casa das Primas, que consistia em quatro quartos anexos ao percurso da linha do trem, próximo ao início da entrada/saída para a Comunidade do Jacarezinho.

A cena era ocupada por um grupo de aproximadamente 15 usuários. No momento em que a equipe do CR se aproximava, Césio, médico da equipe, foi abordado por um usuário que estava com um dos pés de chinelo na mão e dizia “Eles levaram o outro, ‘tão’ levando um monte de coisa da gente!”, referindo-se ao outro pé de chinelo, assinalando o roubo. O usuário de nome Robson dizia: “Eles

vêm aqui todo dia à noite, ‘bate’ na gente, ‘furta’ nossas coisas e ‘agride’ as meninas!”. Césio e os outros profissionais da equipe do CR pediram calma e chegaram à cena para iniciar atendimento ao grupo. Os outros usuários prosseguiram com relatos sobre violações diárias, constantes, cometidas pelos policiais, com agressões físicas, morais e sexuais. Segundo eles, ocorriam de forma similar às da cena Bairro Carioca, à noite e em grupo de três policiais. Os relatos indicavam que os agressores os ofendiam verbalmente, roubavam seus pertences e tocavam nas mulheres. Naquele dia, o grupo indicou duas mulheres de aproximadamente 20 a 22 anos, tocadas pelos policiais na noite anterior. Césio prestou assistência a uma delas, demonstrando apoio. A jovem, por sua vez, não quis comentar o ocorrido.

Observou-se que, nas cenas, as mulheres costumavam demonstrar maior inibição frente às agressões sofridas por suas colegas. Embora se manifestassem, agiam de forma mais sutil e discreta, receosas de possíveis retaliações. Tal silêncio é similar ao que encobria as agressões sofridas dentro da família e dentro da casa onde moravam. Para Rocha (2007), isso se dá em função da discriminação à qual a mulher ainda é submetida, especialmente em casos relacionados à violência sexual, pois tendem a se tornar responsáveis pela violência ocorrida por meio da justificativa de que foram sedutoras e, portanto, responsáveis.

Testemunhos também ocorreram na cena de uso da Glória, região Sul da cidade do Rio de Janeiro. Em uma das entrevistas, a participante de nome Zelina, moradora do local há cerca de dois anos, vivia com um grupo de outros três usuários (também participantes desta pesquisa), ligados por laços familiares (Helton, pai; Vitoria, filha, e Ronaldo, companheiro da filha). Zelina era namorada de Helton. Ela nos relatou ter recebido um chute de um policial militar na altura do pulmão em abordagem na Rua Santo Amaro, no Bairro Glória, Zona Sul do Rio de Janeiro, o que ocasionou derrame pleural. Devido à agressão, no dia em que foi entrevistada, apresentava saúde bastante debilitada. Medicada após atendimento em um posto de saúde, Zelina ainda reclamava de muitas dores quando estava sendo entrevistada.

Zelina relatou estar em situação de rua desde os 11 anos de idade porque era abusada pelo pai. Morava nas imediações do bairro da Glória, mais precisamente na Rua Santo Amaro, com grande movimentação de transeuntes, comércio e polícia. Trabalhava com o que eles chamam de “garimpo” — venda de qualquer tipo de objeto usado, doado por

moradores. Estava com muito medo e assustada com a violência policial contra a população que vive em situação de rua. Contudo, tinha receio de denunciá-los em função de possíveis retaliações violentas. De acordo com Zelina: “É horrível o cotidiano na rua. Sou ameaçada por polícia na rua, acordada por spray de pimenta [...] é horrível!”.

Testemunhos de agressão policial às mulheres foram uma constante em todas as etapas e locais de execução da pesquisa, ultrapassando fronteiras culturais e internacionais. Em Nova Iorque, por cerca de 2 meses, de fevereiro a abril de 2014, durante todos os sábados, entre 19 h e 22 h, acompanhava e executava o trabalho de redução de danos com distribuição de kits para sexo e uso de drogas seguros no bairro Washington Heights, juntamente com Tina e Lauren. Em função do uso de drogas, tanto Tina quanto Lauren haviam vivenciado muitas experiências nas ruas de Nova Iorque, quer seja vendendo, quer seja usando drogas, sendo constantemente abordadas por policiais. Por isso, adquiriram muita sabedoria sobre os trâmites e pontos de venda e sobre os tipos de abordagem da polícia.

Em um sábado de abril, Tina me levou a alguns pontos de venda de drogas e ao quarteirão da Rua 176, indicando alguns prédios em que existiam apartamentos onde se produziam drogas. Tina explicou, detalhadamente, os trâmites de venda, o posicionamento dos vendedores, as ações da polícia para coibir a venda e as ações do tráfico para burlar a polícia. Falou sobre o período em que vendera drogas (havia sido presa por tráfico), sobre os momentos de abordagens policiais das quais foi vítima e, chorando, lembrou o dia em que policiais invadiram sua casa e a estupraram na frente de quatro de seus cinco filhos:

Eu fui estuprada pela polícia! Eles invadiram a minha casa, eu estava lá com meus filhos. Me estupraram na frente dos meus quatro filhos [...] meus meninos estavam lá e viram tudo! Eles [os policiais] sabiam que meus filhos estavam vendo e fizeram de maldade [choro]! Não quero que esse tipo de coisa aconteça novamente em minha vida, mas fico pensando no que isso gerou na cabeça deles [filhos]. Eles nunca mais falaram nada sobre isso, mas eles viram a mãe deles sendo estuprada. (Tina, informante da pesquisa. Tradução: Danielle Vallim).

Para Tavares-dos-Santos, Nery & Simon (1998), uma das formas de violência é a praticada pelo excesso e abuso de poder. Nesse sentido, a violência seria uma forma de interação regida pela afirmação e pelo excesso de poder, que tem como consequência a anulação do outro, do sujeito (Zaluar & Leal, 2001; Tavares-dos-Santos, Nery, & Simon, 1998), portanto uma negação da sociabilidade que se dá a despeito das diferenças de poder e status entre os participantes da interação. Contudo, Zaluar & Leal (2001, p. 148) discutem que, para que o poder seja exercido, é necessário que se esclareça onde e como esse excesso se manifesta, “o que implica dizer, os limites, as regras e as normas legitimamente aceitas para o exercício do poder”.

Compreendeu-se que os territórios onde se localizam as cenas de uso — ocupados por usuários de *crack* — são reflexos do processo de urbanização acelerada ocorrida a partir da década de 1950, ocasionando problemas relativos à habitação, ao trabalho, à saúde e à educação que coexistem com o controle social e a vigilância policial (Zaluar, 2000). Isso permite que os territórios de uso de drogas ilegais, por sua possibilidade de criminalizar quem ali esteja atuando como traficante, sejam marcados por regras e normas que viabilizam o excesso de poder da polícia. Além disso, o estigma regido em torno da imagem do usuário (Ronzani et al., 2014; Vallim, 2015) também permite que, embora na maioria das vezes não haja razão legal para tal, a abordagem policial ocorra de forma indiscriminada e marcada pelo excesso de poder, especialmente no que se refere ao abuso nas relações de gênero.

Dados da pesquisa realizada pelo NUPEVI (Zaluar, 2009) para analisar a frequência, a natureza e as circunstâncias de crimes e agressões a pessoas maiores de 15 anos na cidade do Rio de Janeiro indicaram que as mulheres com idade reprodutiva, entre 20 e 40 anos, são as mais agredidas em toda a cidade. Nas favelas, a agressão física ocorre com mais frequência, e a população jovem é a vítima. As mulheres a partir de 15 anos, por se casarem mais cedo, foram as mais agredidas, com pequena queda até os 40 e queda excessiva após essa idade. No que se refere à cor ou à raça, a população negra obteve os maiores índices de agressão na vida, com 14%. A população parda teve 10% e menos da metade do índice para os brancos, com 6%. Tal pesquisa indica que as mulheres negras e jovens em idade sexual reprodutiva, moradoras de favelas, tendem a ser mais

agredidas. O local e padrão de agressão também diferem de acordo com a localidade e o gênero, como afirma Zaluar (2009, p. 10):

Na cidade do Rio de Janeiro, o local onde ocorreu a última agressão tem, na agressão física, padrão diferente do roubo e do furto, mas é principalmente diverso entre homens e mulheres. Entre os homens, os locais predominantes são as ruas do bairro onde moram, atingindo 37,4% dos agredidos; as ruas fora do bairro, que somaram 22,9%; outros locais de encontro entre homens (bares, casas noturnas, bailes, estádios), que importaram 13,4%. Ou seja, 73,7% das agressões ocorreram em locais públicos. Entre as mulheres, o local de maior incidência de agressões é a residência da entrevistada (50,7%) e as residências de parentes e vizinhos (7,1%), isto é, 57,8% em ambientes domésticos e privados. Nas favelas, as estimativas são ligeiramente diferentes, mas mantém-se o padrão público para os homens e o padrão privado para as mulheres. Os homens foram agredidos nas ruas e nas praças do bairro (52%), externamente ao bairro (17%), totalizando 74% em locais públicos, ao passo que apenas 24% deles o foram em casa, duas vezes e meia mais do que na cidade. Isso sugere que há mais agressão doméstica e na vizinhança para os homens favelados. Essa particularidade das favelas também afeta as mulheres, que são mais atacadas em casa ou na residência de vizinhos, somando 66,9% agredidas em cenários domésticos, proporção bem maior do que as agredidas nas ruas do seu bairro (23,5%) e fora do bairro (9%).

Entre raças, o negro, entre gêneros, a mulher, entre pobres, os “cracudos” ou “*crackheads*”, reconhecidos como “desviantes” ou “meliantes”, são os mais vulneráveis aos abusos. Se a pessoa é mulher, negra e “cracuda”, pouca probabilidade existe de que venha a ser respeitada na atual conjuntura da fragilidade na concretização de direitos civis para parcelas da população pobre, que também é formada por cidadãos portadores de direitos que devem ser respeitados.

### *Violência e Tráfico nas Cenas de Uso*

Zaluar (2009) indica que, em comunidades pobres, pelo fato de não estarem inseridas no moderno sistema industrial e não terem acesso à prestação de serviços básicos oferecidos pelo Estado, a concretização dos direitos civis e políticos da cidadania torna-se amplamente comprometida. Isso, por sua vez, permite a entrada e o domínio do poder paralelo, ou seja, do poder do tráfico sobre as comunidades. O tráfico, por sua vez, toma o papel de provedor de benefícios sociais e econômicos à comunidade.

Parte dos cenários de uso de *crack* estava localizada em ou próximo a comunidades sob o domínio e controle do tráfico, o que geralmente ocorria de forma bastante rígida, hierarquizada e militarizada. “Esse domínio se baseia em estruturas de controle social, que engendram uma espécie de ‘cooperação forçada’” (Leeds, 1998) entre traficantes e moradores, “movida por um mecanismo de coerção, apoio e violência repressiva” (Heilborn et al., 2014). O controle social e o poder hegemônico do tráfico nas comunidades são proporcionados pelos serviços prestados à comunidade, pela familiaridade dos traficantes com a comunidade e pela construção de uma relação paternalista exercida entre o tráfico e a população que domina (Heilborn et al., 2014).

Em determinada visita à comunidade de Mangueiros, eu e Christiane estávamos em frente à casa de D. Carla, nossa acompanhante comunitária, aguardando sua presença para irmos à cena de uso Campo da Coreia, localizada dentro da comunidade. Nesse momento, uma moto passou em frente à casa de D. Carla, o piloto buzinou e o passageiro que estava na carona sorriu, acenando para D. Carla, que respondeu com outro aceno e um sorriso muito simpático. Ela nos disse que o carona era o chefe do tráfico da comunidade, que, segundo ela, tratava-se de uma pessoa muito boa, que costumava oferecer churrascos a todos os moradores. D. Carla também nos disse que, em todos os momentos em que surgiam necessidades, os moradores da comunidade recorriam a ele, que, por sua vez, sempre demonstrou ser prestativo e colaborador. Em suas palavras: “Ele é muito bom pra gente, é filho da comunidade”.

Para alguns autores que analisam o mito da marginalidade, assim como Souza (2000) e Zaluar (1994), nas favelas, nota-se uma distinção entre “trabalhadores” — identificados como a maioria da população que recorre ao mercado formal para aquisição de renda — e “bandidos” — pessoas envolvidas com o mercado ilegal

de drogas. Porém, ainda que haja essa distinção, há certa solidariedade dos “trabalhadores” para com os “bandidos”, pelo fato de todos serem parte de uma mesma comunidade e pobres (Zaluar, 1994). Além disso, os próprios “bandidos” devem ser vistos como “vítimas de uma engrenagem que os devora” (Souza, 2000). Souza (2000, p. 85 e 88) discute que:

É bom não esquecer que o tráfico e o comportamento dos traficantes, antes de serem causas, são consequências: a erosão dos valores não começa nas favelas, e muito menos a elas se restringe; os maus exemplos que vêm “do alto” (cinismo, corrupção, desrespeito pela coisa pública) são devastadores, à luz do que as favelas e os traficantes são meras caixas de ressonância [...]. A marginalidade é, sem dúvida, um mito — mas as condições de contexto que tornam o tráfico de drogas cada vez mais atraente para a população favelada não o são. Não se deve, por um medo infundado de se desviar da nobre militância em prol da justiça social, tentar tapar o sol com a peneira. Não perceber o enorme poder de cooptação do tráfico de drogas e os custos da influência crescente do tráfico será, isso sim, o maior desserviço que se poderá prestar aos próprios favelados. Ainda que fosse possível eliminar o tráfico de favelas com recurso à repressão da oferta, sem intervir no lado da demanda — o que, sem medida, constitui uma expectativa irrealista —, restaria a seguinte questão: o que oferecer como alternativa a uma população favelada que, em grande medida, tornou-se economicamente mais ou menos dependente do tráfico de tóxicos? A consideração do alcance econômico-social do tráfico de varejo nas favelas contribui para enfraquecer, com base em argumentos não apenas éticos, mas sociopolíticos, a ênfase na repressão como solução para o problema, uma vez que combater o tráfico sem a geração de alternativas ocupacionais para os favelados pode trazer como consequência conflitos e tensões ainda muito mais sérios que aqueles que surgem como subprodutos do florescimento da economia ilegal.

O domínio do tráfico sobre a comunidade, por muitas vezes, não permite que ocorram agressões, furtos, roubos, assaltos, assassinatos ou qualquer outro tipo de violação (que não sejam as cometidas pelo próprio tráfico) da ordem imposta pelo poder paralelo, de forma que garanta o controle social sobre os moradores, mantendo o mínimo de segurança possível. Por essa razão, o tráfico costuma punir quem comete essas violações, e, geralmente, o “infrator” é punido com severas agressões físicas ou até mesmo assassinato. Para Zaluar (2007, p. 35-36):

A urbanização muito rápida não permite que as práticas sociais urbanas de tolerância e civilidade sejam difundidas entre os novos habitantes das cidades nem que os valores morais tradicionais sejam interiorizados do mesmo modo pelas novas gerações da cidade. Assim, muitos homens jovens e pobres se tornaram vulneráveis às atrações do crime-negócio por causa da crise em suas famílias, muitas dessas incapazes de lidar com os conflitos surgidos na vida urbana mais multifacetada e imprevisível. Vulneráveis também por causa do abismo entre adultos e jovens, por causa do sistema escolar ineficaz, além da falta de treinamento profissional, adicionado aos postos de trabalho insuficientes, se tornaram violentos em razão da falta de socialização na civilidade e nas artes da negociação, próprias do mundo urbano cosmopolita mais diversificado e menos segmentado em grupos fechados de parentesco ou localidade.

No período em que a pesquisa foi iniciada, Manguinhos e Jacarezinho eram comunidades que ainda estavam sob o domínio de facções de narcotraficantes. Havia uma usuária abusiva de *crack* de nome Isabela, vivendo em situação de rua, moradora da casa de Manguinhos. Era muito jovem, com aproximadamente 18 anos. Isabela revelou ter ido para a comunidade em função do uso abusivo de *crack*. Em um dia de pesquisa, ela foi abordada pela equipe (eu, Christiane e D. Carla) para conversar sobre seu cotidiano, porém, não foi uma das integrantes participantes da entrevista. D. Carla nos informou que Isabela havia sido espancada algumas vezes pelo tráfico local por cometer furtos e assaltos dentro ou em locais próxi-

mos à comunidade de Manguinhos. Pouco mais de um mês após a abordagem, fomos informadas de que ela havia sido morta pelo tráfico por ter continuado a violar as “regras”, assaltando e furtando. Realmente, a jovem desapareceu da cena.

Outro relato sobre agressões do tráfico a usuárias de *crack* ocorreu durante uma entrevista em que Lara, uma usuária abusiva de *crack* da cena de Manguinhos, chorando, disse ter sido “encrepada” — totalmente enrolada com fita crepe até o sufocamento — pelo tráfico, por suspeita de cometer assassinato dentro da comunidade, assim como segue em seu relato:

**Participante:** Mas teve um “negócio”, que eu falo prá ele: “como você tem coragem, cara, sempre fechei contigo”, já fiquei entre a vida e a morte em Manguinhos, no caso de ser “encrepada”, por causa de um menino que morreu embaixo da ponte.

**Pesquisadora:** O que é “encrepada”?

**Participante:** Fita crepe, tia, prá morrer.

**Pesquisadora:** Fizeram isso com você?

**Participante:** Quase! O M. levou eles na boca de fumo e disse que eu não tinha nada a ver, que eu fui até a boca porque eu era esposa dele, e ele foi um dos culpados e não tinha nada a ver. Porque eu era a única mulher entre eles. Eram três ou quatro meninos. Senão eu ia ficar dentro da “cachanga”, até o patrão chegar. E aí na hora do “desenrolô”, tem gente que fala demais, disseram que meu esposo teria matado o menor por ciúmes de mim, mas, na verdade, este menor me olhava pra ele (o esposo), tudo que eu fazia ele sabia por este menor. E eu tenho certeza que não foi ele. (Participante entrevistada no Rio de Janeiro).

Lara vendia o corpo para obter renda e comprar *crack* e, durante os programas, dizia furta seus clientes. Como tinha consciência de que isso era proibido pelo tráfico dentro da comunidade, realizava seus programas em locais externos porque, segundo ela, “o artigo<sup>9</sup> que eu pratico, aqui não pode, prá ser assim, é melhor chegar nos meus amigos e falar pra me

matar!” Lara era consciente dos “artigos” autorizados pelo tráfico na comunidade e do impedimento para a prática de furtos aos clientes. Caso os violasse, poderia ser vítima das correções, inclusive, com risco de ser assassinada. Por isso, dizia não poder praticar esse “artigo” na comunidade.

Nas comunidades sob o domínio do tráfico visitadas no Rio de Janeiro para a execução desta pesquisa, a venda de drogas sempre foi explícita. As drogas eram vendidas por traficantes em bancas, como uma espécie de feira, em pacotes fechados, com registros de pesos, tipos e qualidades diferentes, sendo anunciadas: “pó de R\$ 10,00, de R\$ 20,00; maconha de R\$ 10,00; *crack* de R\$ 5,00”. Maconha, *crack*, cocaína e loló, geralmente, eram as drogas mais comercializadas. Os usuários tendiam a se concentrar no entorno ou junto aos locais onde ocorria a venda. Por isso, muitas cenas de uso situavam-se nas proximidades das bancas.

Em Nova Iorque, no bairro de Washington Heights, o tráfico se organizava de forma diferente, exercendo apenas o controle sobre o comércio de drogas, assumindo a venda em locais específicos dentro do bairro cujo território não era militarmente (pelas armas) controlado por traficantes armados. Não havia uma forma de poder paralelo que se afirmasse como poder dominante, pois não exerciam o domínio e o controle social sobre os moradores do bairro. Nele, a polícia poderia entrar a qualquer hora para vigiar e realizar prisões. Nesse contexto, havia apenas uma forma de comércio paralelo ilícito, com vendedores de drogas se subdividindo em quarteirões específicos para cada tipo e preço de droga comercializada.

Os traficantes, assim como os habitantes do bairro, eram predominantemente latinos, dominados por porto-riquenhos e dominicanos. Dados do censo da cidade de Nova Iorque (New York City, [2013]) indicam que Washington Heights possui 209.617 habitantes. Desses, 109.880 não nasceram nos Estados Unidos e 49% são de origem estrangeira, sendo 89% de países da América Latina, especialmente Porto Rico e República Dominicana. Da população de origem latina, 68% fala espanhol como primeira língua; 45% da população residente de Washington Heights é composta por cidadãos naturalizados americanos e 56% não possuem cidadania americana. Bourgois (2003) afirma que as experiências do processo de imigração de porto-riquenhos e dominicanos em Nova Iorque estão diretamente relacionadas aos custos da imigração, caracterizando-se pela pobreza e pela de-

<sup>9</sup> Termo utilizado para identificar que a conduta praticada não é permitida pelo tráfico dentro da comunidade.

sarticulação política, econômica e cultural americana. Isso faz com que parte dessa população recorra ao trabalho informal ou ilícito, inserindo-se no comércio, na produção e na venda de drogas. O autor posiciona que o tráfico de drogas, dentro do contexto de marginalidade a que essa população de imigrantes é submetida, se torna uma referência para a população jovem; independente da violência e da autodestruição, torna-se parte de um estilo de vida.

Durante o processo de pesquisa nos pontos de vendas de drogas em Washington Heights, foi estabelecido diálogo com alguns vendedores de drogas que geralmente eram jovens de origem latina, dominicanos ou porto-riquenhos, entre 17 e 25 anos, muitas vezes sem domínio do inglês, que viram no tráfico uma possibilidade de vida.

Em uma das visitas a uma cena de uso de *crack* em Washington Heights, localizada em um parque público na Avenida Audubon, estava acompanhada por John. Enquanto circulávamos pelo quarteirão da Rua 176, entre as avenidas Saint Nicholas e Audubon, John ia me explicando sobre os locais e as formas de consumo nos prédios da rua, quando passamos por um jovem chamado Pablo, de aproximadamente 16 anos, parado em frente a um dos prédios. John cumprimentou o rapaz e me apresentou como sua amiga brasileira que estava pesquisando o uso de drogas em Nova Iorque. Pablo mal dominava a língua inglesa, evidenciando dificuldades de entendimento sobre o que John lhe falava. Iniciei um diálogo com ele em espanhol. Pablo, de origem dominicana, morando em Nova Iorque há três meses, me contou que, afastado dos estudos, começou a vender drogas como forma de obter renda.

Durante os trabalhos de redução de danos e distribuição de kits para sexo seguro em Washington Heights, juntamente com Tina e Lauren, elas me informavam sobre toda a dinâmica de drogas no bairro. Mostravam, pessoalmente, os locais de venda, produção e a forma de estruturação do tráfico. A Rua 176 era a principal via de movimentação na venda de drogas. Cada bloco, em cada parte da rua, era controlado por um traficante responsável pela venda. Com isso, cada bloco, além de ter um “dono” (chefe proprietário e responsável pelo comércio de drogas em determinado bloco) do comércio, também mantinha especificidades em relação à droga vendida e seu valor. Por exemplo, no bloco de frente na Rua 176, na direção sul da cidade, havia venda de *crack* por US\$ 5,00. Já à direita, o *crack* era comercializado com valores

entre US\$ 6,00 e US\$ 10,00. Os donos dos blocos se organizavam em relação às drogas e aos valores estabelecidos e, dificilmente, ocorriam conflitos em função das diferenças de valores. Nas palavras de Lauren, “há clientes para todos os valores e tipos de drogas”.

O *crack* a US\$ 5,00 podia ser fumado apenas uma vez (um *hit*), já os entre US\$ 6,00 e 10,00, com melhor qualidade, poderiam ser fumados até duas vezes (dois *hits*). O “dono” do bloco administrava funcionários responsáveis pela produção, distribuição e venda em seu reduto, e não é permitida a invasão da propriedade do outro. Os vendedores de drogas (traficantes) ficavam espalhados pelos blocos da Rua 176 ou nas ruas e avenidas paralelas (Broadway e Avenidas Wodsworth, Saint Nicholas e Audubon), negociando e vendendo drogas, normalmente, dialogando ao telefone com clientes ou outros traficantes.

A organização para venda de drogas no bairro se estruturava de forma que impedia a exposição de mercadorias para comercialização. Os vendedores circulavam pelos blocos, pelas ruas e pelas avenidas do bairro como qualquer outro transeunte sem a exibição de armas. Havia duas alternativas para comercialização: ou eram vendidas nas ruas ou através do sistema *delivery*. Tina, que já foi traficante em Washington Heights, informou que, normalmente, os traficantes deixavam as drogas e o dinheiro em carros estacionados nas ruas. A própria Tina guardava a maconha a ser vendida em carro estacionado na rua. Contou que, um dia, o automóvel em que depositava as drogas que vendia foi levado, voltando apenas quatro dias depois, mas o estoque de maconha se manteve intacto. Ela descreveu a sensação de alívio por não ter sido furtada, considerando que teria que arcar com o valor de significativa quantidade de maconha para devolução a seu chefe, o “dono” do bloco.

As drogas vendidas eram *crack*, cocaína, maconha, heroína, *angel dust*, pílulas ansiolíticas e opioides sem prescrição médica. Eram comercializadas nas ruas com valores de US\$ 5,00; 6,00; 7,00; 10,00; 15,00 e 20,00. Drogas com valores superiores a US\$ 20,00 eram vendidas apenas por *delivery* e, para isso, era necessário telefonar para o vendedor. Por vários momentos, no processo de entrevista, quando os participantes da pesquisa em Nova Iorque eram perguntados sobre a forma como obtinham a droga, muitos diziam telefonar para os vendedores para pedir *crack* ou heroína *delivery*, com entrega nas cenas de uso localizadas embaixo da ponte Washington Heights, em locais que serviam de moradia e cena de uso para os usuários.

Os vendedores também ficavam distribuídos em frente às lojas Deli<sup>10</sup>. Tina me informou que, normalmente, os proprietários das Deli, onde os vendedores se localizavam, recebiam uma espécie de pagamento para a utilização do ponto. No dia em que obtive essa informação, executávamos o trabalho de redução de danos e passávamos pela Avenida Saint Nicholas, quando Tina me indicou um vendedor negociando drogas pelo telefone, em frente a uma Deli na Avenida Saint Nicholas, dizendo: “Olhe para o outro lado, está vendo aquele rapaz com touca, ao telefone em frente a Deli? Ele está negociando drogas! Está vendendo!”.

Pedi a Tina para que parássemos para observá-lo. O rapaz posicionava-se em frente à Deli e evidenciava muita agitação em inúmeros telefonemas. Aproveitei a oportunidade para perguntar, aprofundando informações sobre procedimentos da comercialização. Queria saber se sempre utilizavam a Deli, por que ele se movimentava tanto e falava sempre ao telefone. Tina disse:

O dono da Deli ganha um valor [propina] todo mês. A Deli é um ponto melhor porque não dá muita pista pra polícia, mas a polícia sabe. Ele fica ao telefone o tempo todo negociando drogas com clientes e outros traficantes do bloco. (Tradução: Danielle Vallim)

Na verdade, os blocos se distribuíam e se dividiam por vendas e por categorias de drogas. Existia o bloco da cocaína em pó, o do *crack*, o da heroína, etc. Comparando a dinâmica das cenas de uso das comunidades do Rio de Janeiro com as de Nova Iorque, nestas nenhum bloco expunha, explicitamente, seus produtos, enquanto nas do Rio de Janeiro as mercadorias eram totalmente expostas e os traficantes exibiam suas armas.

Entre a Avenida Watsworth e a Rua 176, Tina identificou um prédio com produção de cocaína e maco-nha, fornecedor de parte das drogas vendidas no bairro.

Para efetuar o transporte de um bairro para outro, Tina informou que esse ocorria com grandes quantidades de drogas, no valor em torno de US\$ 500,00. Havia o acréscimo de US\$ 100,00 para transportes na direção de locais muito perigosos. Tina

colocava a droga entre suas pernas para transportá-la, mas era muito arriscado e, por conta disto, foi presa várias vezes.

Em Nova Iorque, no bairro de Washington Heights, a violência promovida pelo tráfico ocorria, especificamente, entre os próprios traficantes em função de trapaça ou desrespeito às regras, ou entre o tráfico e consumidores de drogas em função de débitos consequentes da compra de drogas. Porém, esse tipo de violência, embora afete a comunidade do bairro, não interfere na organização social no sentido de determinar regras sociais, tampouco assume o poder do Estado.

A violência que ocorria entre traficantes tem origem na violação das regras de conduta impostas pelo tráfico. Assim, ocorria, por exemplo, quando um “dono” de bloco assumia venda em outro bloco sob outro domínio; ou quando o “dono” do bloco estava insatisfeito com algum de seus vendedores e produtores de drogas. A própria Tina disse que, no período em que vendia drogas, foi vítima da violência do tráfico. Disse ter sido surrada por seu chefe, um traficante violento, “dono” do bloco, em função de desentendimento gerado por irregularidade no lucro obtido com as drogas vendidas. Reagiu jogando uma lixeira em cima dele e terminou sendo muito agredida.

## Discussão

As cenas de uso nas duas cidades são caracterizadas por locais que se mostraram inapropriados, violentos, sujos e com risco de transmissão de doenças, em meio à impossibilidade de locais permitidos e adequados ao uso, colocando em risco não apenas a saúde e o bem-estar dos usuários, mas também da população que convive no entorno e reforçando as percepções sociais que promovem a banalização da violência nesses espaços e corroboram o reconhecimento desse tipo de sofrimento como natural por parte da população vulnerável que consome a droga.

Nesse caso, formas mais seguras de proteção em espaços destinados ao uso de drogas de modo assistido encontram-se entre as alternativas propostas. A necessidade da utilização de espaços para uso assistido dá-se em função de violência policial, violência diária nas cenas de uso e estigma, revelando que apenas as práticas de distribuição de kits para o uso seguro de *crack* não são suficientes. Compreende-se que as características das cenas de uso apresentadas nesta pesquisa expõem a necessidade de intervenções focadas na organização de espaços para uso de dro-

10 Lojas semelhantes a minimercarias com lanchonetes, abertas 24 horas por dia e localizadas por toda a cidade de Nova Iorque.

gas (Vallim, Zaluar & Sampaio, 2015) e se salienta a necessidade da discussão em torno das percepções sociais e da criação de estratégias de atenção, segurança e redução dos riscos da população que consome *crack* nos territórios de uso.

## Referências

- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). The Practice of Reflexive Sociology (The Paris Workshop). In: Bourdieu, P., & Wacquant, L. (Ed.), *An invitation to reflexive sociology* (pp. 219-257). Chicago: University of Chicago Press.
- Bourgois, P. (2003). *Selling crack in el barrio* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Cambridge University Press. 432 p.
- Elias, L. A., & Bastos, F. I. (2011). Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12), 4721-4730.
- Foot Whyte, W. (2005). *Sociedade de Esquina = Street Corner Society*. A estrutura social de uma área urbana, pobre e degradada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 390 p.
- Fullilove, R., & Fullilove, M. (1992). Intersecting epidemics: black teen crack use and sexually transmitted disease. *Journal of American Medical Women's Associations*. 44(5), 146-153.
- Heilborn, M., Faya, A., Damasceno, A. p., & Souza, J. (2014). Jovens, gênero, mídia e violência em contexto de pacificação na cidade do Rio de Janeiro. *Publicação QUALIS/CAPES: Diálogos Possíveis (FSBA)*, 13, 156-182.
- Heilborn, M., & Souza, J. (2014). Juventude e sociabilidade em um "território pacificado" no Rio de Janeiro: diversidade de experiências e seus marcadores sociais. *Revista de Antropologia do Centro-Oeste, ACENO*, 1(1), 102-122.
- Jacobo, W. J. *Mapa da violência 2013: mortes matadas por armas de fogo*. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americano (CEBELA), 2013. 55 p. Disponível em: <[http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013\\_armas.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013_armas.pdf)>
- Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Cloete, A., Mthembu, P. P., Mkhonta, R. N., Ginindza, T. (2009). Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: The Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS Care*, 21(1), 87-93.
- Leeds, E. (1998). Cocaína e poderes paralelos na periferia urbana brasileira: ameaças à democratização em nível local. In: Zaluar, A. & Alvito, M. (Org.), *Um século de favela* (pp. 233-266). Rio de Janeiro: FGV.
- Macrae, E., & Vidal, S. S. (2006). A Resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social: dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas. *Revista Antropologia*, 49(2), 645-666.
- Mcneil, R., Kerr, T., Lampkin, H., & Small, W. (2015). We need somewhere to smoke crack: An ethnographic study of an unsanctioned safer smoking room in Vancouver, Canada. *International Journal of Drug Policy*. Recuperado de: [http://www.academia.edu/10239725/McNeil\\_R.\\_Kerr\\_T.\\_Lampkin\\_H.\\_and\\_Small\\_Win\\_press.We\\_need\\_somewhere\\_to\\_smoke\\_crack\\_An\\_ethnographic\\_study\\_of\\_unsanctioned\\_safer\\_smoking\\_room\\_in\\_Vancouver\\_Canada.\\_International\\_Journal\\_of\\_DrugPolicy](http://www.academia.edu/10239725/McNeil_R._Kerr_T._Lampkin_H._and_Small_Win_press.We_need_somewhere_to_smoke_crack_An_ethnographic_study_of_unsanctioned_safer_smoking_room_in_Vancouver_Canada._International_Journal_of_DrugPolicy)
- New York City. ([2013]). Department of City Planning 2010-2012 (Censo da Cidade de Nova Iorque). Recuperado de: <[http://www.nyc.gov/html/dcp/pdf/neigh\\_info/profile/mn12\\_profile.pdf](http://www.nyc.gov/html/dcp/pdf/neigh_info/profile/mn12_profile.pdf)>
- Rocha, M. M. (2007) Violência Contra a Mulher. In: Taquette, S. R. (Org.), *Violência contra a Mulher Adolescente/Jovem* (pp. 91-96). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Ronzani, T. M., Noto, A. R., & Silveira, P. S. (2014). *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas*. Guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: UFJF. 24 p.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Silva, S. L. (2000). *Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack*, Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Souza, M. L. (2000). Revisitando a crítica ao mito da marginalidade: a população favelada do Rio de Janeiro em face do tráfico de drogas. In: Acselrad, G. (Org.), *Avessos do Prazer*. Drogas Aids e Direitos Humanos (pp. 89-103). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Tavares-dos-Santos, J. V., Nery, B. D., & Simon, C. C. (1998). (Org.). *A palavra e o gesto emparedados: a violência na escola*. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Educação (SMED). 189 p.
- Vallim, D. C. (2015). *Os passos dos indesejáveis*. Um estudo sobre o contexto sociocultural do uso e usuários de *crack* nas cidades do Rio de Janeiro e Nova Iorque, Tese de Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.



- Vallim, D. C., Zaluar, A., & Sampaio, C. (2015). Uma etnografia das cenas de uso de *crack* no Rio de Janeiro e seus efeitos nos usuários. In: Teixeira, M., & Fonseca, Z. (Orgs.), *Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas* (1ª ed). São Paulo: Hucitec. 263 p.
- Zaluar, A. (1994) *A máquina e a Revolta – As organizações populares e o significado da pobreza*. 2ª edição. Editora Brasileira.
- Zaluar, A. (2000). Violência, Dinheiro Fácil e Justiça no Brasil 1980-1995. In: Gilberta, A (Org.), *Avessos do Prazer. Drogas Aids e Direitos Humanos*. (pp. 51-74). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Zaluar, A. (2007). *Democratização Inacabada: fracasso da Segurança Pública*. São Paulo: Estudos Avançados, 15(61), 31- 49
- Zaluar, A. (2009). Pesquisando no perigo: etnografias voluntárias e não acidentais. *Revista Mana*, 15(2), 557-584.
- Zaluar, A., & Leal, M. C. (2001). Violência extra e intramuros. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 16(45), 145-164.

**Endereço para correspondência:**

Danielle de Carvalho Vallim  
Rua Amália Guimarães, 11  
CEP: 27185-000 – Pirai/RJ  
E-mail: dcvallim@gmail.com

Recebido em 31/07/2015

Revisto em 10/10/2015

Aceito em 16/11/2015

## Especificidades do tratamento de mulheres usuárias de *crack*: interface com direitos humanos<sup>1</sup>

Treatment specificities for crack addiction in women: interface with human rights

Jéssica Limberger<sup>1</sup>  
Jaluza Aimèe Schneider<sup>1</sup>  
Ilana Andretta<sup>1</sup>

### Resumo

O consumo de *crack* por mulheres é um problema de política pública cujo tratamento envolve desafios. Objetivou-se descrever as especificidades do tratamento de mulheres usuárias de *crack*, discutindo sua interface com os direitos humanos. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo com 36 mulheres em tratamento hospitalar por uso de *crack* que responderam a uma entrevista semiestruturada. Foi identificada predominância de mulheres solteiras, negras, de escolaridade e classe econômica baixa e que já eram mães. A falta de motivação e o preconceito dificultaram a procura por tratamento. Dentre os principais motivadores, destacou-se a possibilidade de se aproximar do filho, sendo esta uma reflexão a ser discutida. Portanto, enfatiza-se a importância de políticas públicas e tratamentos que contemplem as especificidades das mulheres, oportunizando o direito de saúde qualificada.

**Palavras-chave:** *crack* (droga); mulheres; direitos humanos.

### Abstract

Crack addiction in women is a public policy issue and its treatment involves challenges. The objective was to describe treatment specificities for crack addiction in women, discussing their interface with human rights. This is a quantitative descriptive study, with 36 women who answered a semi-structured interview while they were hospitalized for crack addiction treatment. We identified predominance of women who are single, black, low educated, low income, and mothers. Lack of motivation and prejudice inhibited the search for treatment. Among the main motivators, we draw attention to the possibility of approaching their children, which is an issue to be discussed. Therefore, we emphasize the importance of public policies and treatments that consider women's specificities, providing the right to qualified health care.

**Keywords:** crack (drug); women; human rights.

<sup>1</sup>Universidade do Vale do Rio dos Sinos (São Leopoldo), Brasil

Os problemas relacionados ao uso de drogas se apresentam como uma importante questão de saúde pública em níveis nacional e mundial. No Brasil, destaca-se o alto índice de usuários de cocaína e seus derivados, principalmente o *crack*, o que classifica o País como o segundo maior consumidor de cocaína, segundo o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD – Laranjeira et al., 2012), atrás apenas dos Estados Unidos. As repercussões do uso do *crack* vão além da funcionalidade física, incluindo impactos psicológicos, familiares e sociais. Isso leva à necessidade de identificar as especificidades da população usuária a fim de adequar os tratamentos às idiosincrasias dos usuários de drogas (Fischer et al., 2015; Spronk, Van Wel, Ramaekers, & Verkes, 2013).

O tratamento de mulheres usuárias de *crack* tem sido um desafio às políticas públicas e aos profissionais da saúde, pois apresenta características específicas que devem ser levadas em consideração. Dados da Pesquisa Nacional Sobre o Uso do *Crack*, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em 2014, apontam que

as mulheres relataram consumir 21 pedras de *crack* em dias de maior uso, enquanto os homens relataram consumir 13 pedras (Bastos & Bertoni, 2014). Tal aspecto já havia sido relatado em uma pesquisa brasileira realizada há uma década com usuários de cocaína na forma inalada, fumada e injetada, que apontou uso mais intenso entre as mulheres (Orsi et al., 2004).

Estudos têm relatado outras especificidades do uso de *crack* por mulheres, apresentando como fatores de risco: experiências de violência ao longo da vida, eventos traumáticos, uso de drogas por demais familiares e baixa escolaridade (American Psychiatric Association, 2014; Diehl, Cordeiro, & Laranjeira, 2011; Limberger & Andretta, 2015; Limberger, Nascimento, Schneider, & Andretta, 2016; Pedrosa, Kessler, & Pechansky, 2013). Além disso, é recorrente o uso concomitante do *crack* com outras drogas (Costa, Soibelman, Zanchet, Costa, & Salgado, 2012), a prática da prostituição como maneira de obter *crack* (Pedrosa et al., 2013) e o diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis (Correa, Matumoto, & Lonardi, 2008; Malta

<sup>1</sup> Agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela Bolsa de Mestrado e Doutorado da primeira autora.

et al., 2008; Nappo, Sanchez, & Oliveira, 2011; Pinto, Tancredi, Buchalla, & Miranda, 2014; Von Diemen, De Boni, Kessler, Benzano, & Pechansky, 2010).

Dentre as especificidades das mulheres que necessitam de ajuda pelo uso do *crack*, destaca-se a questão da maternidade. Aspectos culturais, como o de que a mulher possui maior responsabilidade por seu filho do que o homem, tendem a reforçar o preconceito social, que inclui a visão dos próprios profissionais de saúde sobre a usuária de *crack* gestante, os quais avaliam seu uso como imoral (Cruz et al., 2014; Souza, Oliveira, & Nascimento, 2014). Dessa forma, muitas gestantes usuárias de drogas acabam não revelando o uso aos profissionais de saúde por medo de um novo julgamento, o que acarreta consequências negativas para a saúde da mãe e do feto (Grella, 2007; Kassada, Marcon, & Waidman, 2014).

Diante desse contexto, compreende-se que a contemplação das especificidades da população feminina nas políticas públicas brasileiras de atenção ao usuário abusivo de drogas é recente, sendo incluída apenas em 2003 na Lei nº 10.683 (Brasil, 2003). Percebe-se que, mesmo com a inserção de tais políticas, o número de usuárias que buscam tratamento especializado ainda é baixo devido às dificuldades de acesso, que diminuem a motivação para buscar ajuda (Bungay, Johnson, Varcoe, & Boyd, 2010; Oliveira, Nascimento, & Paiva, 2007).

Avanços nas legislações e nas garantias de direitos são ainda insuficientes, pois persistem violações graves aos direitos humanos, como discriminação contra minorias e grupos vulneráveis (Trindade, 2009). Dessa forma, mulheres usuárias de *crack* sofrem diversos julgamentos: distanciam-se dos papéis sociais culturalmente esperados (esposa, mãe e cuidadora); sofrem com o preconceito presente nos diversos segmentos sociais e entre os próprios usuários (Oliveira, Paiva, & Valente, 2007; Romanini & Roso 2013; Souza et al., 2014) e são referidas como “sem-vergonha”, “que não cuidam dos filhos”, “que transmitem doenças” (Limberger & Andretta, 2015).

Tendo em vista a violação de direitos e a discriminação, é necessário atentar para o número de mulheres negras usuárias de *crack* que são excluídas da sociedade (Alves, 2014) e resistem em buscar ajuda e tratamento por receio de humilhações (Cruz et al., 2014; Grella, 2007). Além disso, por receio do preconceito e pela maior vulnerabilidade social e familiar, mulheres usuárias de *crack* encontram mais dificuldades do que os homens para se reinserir socialmente (Kuri, Alcaráz, & Cáceres, 2015).

A promoção de saúde e o respeito aos direitos humanos de usuários de drogas, especialmente das mulheres usuárias de *crack*, deve ser uma luta constante (Gelbcke & Padilha, 2004) no sentido de atender suas necessidades (Kuri et al., 2015; Oliveira, Nascimento, & Paiva, 2007). Para tanto, considerando-se que a maioria dos estudos nacionais e internacionais é voltada ao perfil dos homens usuários de drogas (Duailibi, Ribeiro, & Laranjeira, 2008; Palamar, Davies, Ompad, Cleland, & Weitzman, 2015), com carência de estudos sobre mulheres usuárias de *crack* na literatura brasileira (Pedroso et al., 2013), as pesquisas precisam avançar. Sendo assim, este estudo teve o objetivo de descrever as especificidades do tratamento de mulheres usuárias de *crack*, analisando sua interface com os direitos humanos.

## Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter quantitativo e transversal (Sampieri, Callado, & Lucio, 2013), que constitui um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Habilidades sociais, perfil clínico e cognitivo de mulheres usuárias de *crack* em internação hospitalar”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, sob parecer nº 012/2015.

Participaram deste estudo mulheres de 18 a 59 anos que se encontravam entre o 7º e o 15º dia de internação para tratamento hospitalar do uso de *crack*. Foram excluídas, por apresentarem comprometimento na visão da realidade e na assimilação das informações (APA, 2014), mulheres com síndrome psicótica (verificada por meio da entrevista clínica *Mini International Neuropsychiatric Interview*) e prejuízo cognitivo (verificado por meio do *Screening Cognitivo* do WAIS-III).

Como instrumento, utilizou-se uma entrevista semiestruturada composta de dados sociodemográficos, critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (APA, 2014) para diagnóstico de Transtorno por Uso de Substâncias, questões fechadas sobre o uso de drogas por familiares e questões abertas sobre o tratamento (motivação, dificuldades encontradas, necessidades das mulheres para buscar tratamento, sentimentos sobre ser mulher e usar *crack*). A entrevista foi desenvolvida pelo grupo de pesquisa Intervenções Cognitivo Comportamentais: Estudo e Pesquisa, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

A coleta de dados foi realizada em hospitais da região metropolitana de Porto Alegre (RS) e da região

nordeste do Rio Grande do Sul que dispunham de leitos de internação para pacientes de saúde mental. Tais hospitais caracterizavam-se como hospitais gerais, além de uma unidade de internação feminina anexa a um hospital geral, todos com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Após a autorização dos hospitais, mediante Carta de Anuência, as participantes foram convidadas a participar da pesquisa. O processo de consentimento livre e esclarecido se deu a partir da explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa, sendo assegurados o anonimato e a voluntariedade no estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido em conjunto com as participantes, que concordaram em participar do estudo e assinaram-no.

Os dados foram coletados pelos integrantes do grupo de pesquisa, com treinamento e supervisão para a coleta de dados. Cada entrevista foi realizada individualmente, em uma sala do hospital que permitisse privacidade, com as informações anotadas pelos entrevistadores. A devolução dos resultados da pesquisa foi oferecida às participantes e aos hospitais mediante contato telefônico disponibilizado no TCLE.

Os dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*®, versão 20.0. A análise descritiva contemplou frequências, porcentagem, média e desvio padrão da amostra. Já as questões abertas foram agrupadas de acordo com as frequências das respostas.

## Resultados

Participaram deste estudo 36 mulheres que se encontravam entre o 7º e o 15º dia de internação, com média de idade de 31,6 anos (DP=6,2). No que diz respeito à cor, 41,7% (n=15) se referiram como negras, 36,1% (n=13), como brancas e 22,2% (n=8), como pardas. A Tabela 1 apresenta os demais dados sociodemográficos.

A grande maioria das participantes (94,4%, n=34) referiu que seus familiares também têm ou tinham problemas com o uso de drogas. Ao serem questionadas sobre o que a família acha de seu uso de drogas, 36,1% (n=13) responderam que os familiares sofrem muito e percebem o uso do *crack* como prejudicial; 19,4% (n=7) relataram apoio familiar ao tratamento; 5,6% (n=2) declararam que a família acredita que o uso de drogas seja decorrência das “más companhias”; e 25% (n=9) relataram falta de apoio da família, sendo que 13,9% (n=5) disseram não ter mais contato com a família.

No que diz respeito ao tratamento, a maioria das mulheres (86,1%, n=31) afirmou já ter realizado outro tipo de tratamento para o uso de drogas. Os tratamentos relatados foram: internação hospitalar (77,8%, n=28); Centro de Atendimento Psicossocial (36,1%, n=13); Comunidade Terapêutica (19,4%, n=7); tratamento ambulatorial em Unidades Básicas de Saúde (16,7%, n=6); consultório particular – psiquiatra (16,7%, n=6); Grupos de Narcóticos Anônimos ou Alcoólicos Anônimos (16,7%, n=6); e serviço de emergência (8,3%, n=3). Apenas uma participante (2,8%) relatou ter feito tratamento com psicoterapia em consultório particular.

As participantes relataram como motivação para a busca do tratamento os filhos em 33,3% (n=12), a necessidade de mudança de vida (25,5%, n=9) e os prejuízos causados pelo uso do *crack* (19,4%, n=7). Metade das mulheres (n=18) revelou a falta de força de vontade como principal empecilho à busca por tratamento, enquanto 41,7% delas (n=15) relataram a motivação própria como condição necessária para que mais mulheres busquem tratamento. Ao serem

**Tabela 1**  
*Variáveis sociodemográficas.*

Variável	n	%
Estado civil		
Solteira	26	72,2
Casada	5	13,9
Separada/Divorciada	3	8,3
União estável	2	5,6
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	22	61,1
Ensino Médio Incompleto	8	22,2
Ensino Médio Completo	4	11,1
Ensino Superior Incompleto ou Completo	2	5,6
Possui filhos?		
Sim	35	97,2
Não	1	2,8
Trabalhava antes da internação?		
Sim	20	55,6
Não	16	44,4
Classificação socioeconômica		
B2	4	11,1
C1	8	22,2
C2	7	19,4
D	7	19,4
E	10	27,8

questionadas sobre sua autopercepção como mulheres usuárias de *crack*, 47,2% (n=17) descreveram se sentir “horrríveis”, caracterizando tal condição como “algo terrível” e de caráter negativo em suas vidas. Apenas três mulheres (8,3%) afirmaram que o prazer é maior que o prejuízo causado pelo uso do *crack*. As demais variáveis podem ser observadas na Tabela 2.

### Discussão

O perfil encontrado neste estudo de mulheres jovens, negras, solteiras e com baixa renda se assemelha aos dados do Perfil Nacional do Uso de *Crack* e de outros estudos (Bastos & Bertoni, 2014; Cruz et al., 2014; Oliveira, Nascimento, & Paiva, 2007; Silva & Pereira, 2015). Nesse sentido, observa-se que esse público específico necessita de um tratamento pautado em suas necessidades. Tais aspectos também foram ressaltados em uma pesquisa multicêntrica realizada em serviços de saúde especializados

com 1.068 mulheres, das quais 50,7% eram negras e 49,3% não negras, com diferenças estatisticamente significativas em relação ao nível de escolaridade, à renda mensal e às oportunidades de atendimento por profissionais da saúde (Lopes, Buchalla, & Ayres, 2007). Percebe-se, a partir da literatura, que os usuários de *crack* encontram dificuldades para se afastar da droga no decorrer do tratamento, ocorrendo novos episódios de consumo, que geram novas internações e diferentes tipos de tratamento (Gabatz et al., 2013; Guimarães, Santos, Freitas, & Araújo, 2008; Pedroso et al., 2013; Ribeiro & Laranjeira, 2012), fato confirmado pelas participantes deste estudo ao se referirem a internações anteriores.

A faixa etária de mulheres jovens usuárias de *crack* também deve ser considerada, tendo em vista que um estudo de revisão evidenciou que mulheres usuárias de droga diminuem a busca pelo tratamento no decorrer da vida (Greenfield et al., 2007). Os dados referentes à baixa escolaridade corroboram estu-

**Tabela 2**

*Percepções das mulheres sobre o tratamento e o uso de crack.*

Variável	n	%
Fatores de motivação para o tratamento		
Filhos	12	33,3
Necessidade de mudança de vida	9	25,0
Familiares	6	16,7
Prejuízos causados pelo uso de <i>crack</i>	7	19,4
Sem motivação	2	5,6
Dificuldades encontradas para buscar tratamento		
Falta de força de vontade	15	41,7
Uso contínuo, não querer deixar de usar	8	22,2
Descrença em relação ao tratamento	5	13,9
Falta de informação sobre os tratamentos	3	8,3
Não ter com quem deixar os filhos	2	5,6
Do que as mulheres necessitam para buscar tratamento?		
Motivação própria	15	41,7
Apoio da família	8	22,2
Conversa e diálogo	6	16,7
Atendimentos específicos para mulheres	4	11,1
Informações sobre os tratamentos	3	8,3
Sentimentos sobre ser mulher e usar <i>crack</i>		
Sentir-se horrível	17	47,2
Sentir-se “um lixo”, baixa autoestima	6	16,7
Sofrer preconceitos	4	11,1
Vergonha	3	8,3
Humilhação	3	8,3
O prazer proporcionado pelo <i>crack</i> é maior que o prejuízo	3	8,3

dos realizados com mulheres usuárias de *crack* (Bastos & Bertoni, 2014; Cruz et al., 2014). Para a Associação Americana de Psiquiatria, a baixa escolaridade é um fator de risco para o uso de *crack* em mulheres (American Psychiatric Association, 2014). Tal questão deve ser considerada, uma vez que a realidade de muitas escolas acaba reproduzindo e mantendo as desigualdades sociais (Libâneo, 2012).

A educação constitui um direito humano fundamental e indispensável para o exercício dos demais direitos e deveres individuais (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura, 2014). A não garantia da educação acarreta dificuldades futuras, como desemprego e baixa renda, condições também identificadas entre as mulheres deste estudo. As baixas condições econômicas evidenciadas, unidas ao preconceito relatado pelas mulheres, reforçam a necessidade de os tratamentos para usuárias de *crack* incluírem a busca por possibilidades econômicas alternativas, na perspectiva do direito de igualdade profissional entre gêneros (Bungay et al., 2010). Nesse sentido, a fim de que os direitos sejam garantidos e a inserção na sociedade seja promovida (Limberger & Andretta, 2015), o tratamento deve considerar o acesso à educação e à profissionalização.

A predominância de mulheres que relataram ter filhos corrobora os resultados de estudos realizados com a população feminina usuária de drogas (Cruz et al., 2014; Oliveira, Nascimento, & Paiva, 2007). O preconceito é reforçado quando, além de usuária de *crack*, a paciente é mãe. Nesse caso, ela passa a ser percebida como irresponsável e imoral, julgamento não formado tão fortemente sobre homens usuários que têm filhos (Cruz et al., 2014; Souza et al., 2014). Nessa perspectiva, um estudo de meta-análise americano apresentou dados consistentes de que tratamentos para uso de substâncias que incluem programas relacionados ao papel de ser mãe resultam na redução do consumo de drogas pelas mulheres usuárias (Milligan et al., 2010). Destaca-se a importância do preparo dos profissionais de saúde frente à visão das mulheres que são mães e usam *crack*, sem julgar ou reforçar o estigma associado a elas (Renner, Gottfried, & Welter, 2012). Assim, os tratamentos devem garantir o direito à saúde e a igualdade, tanto de homens quanto de mulheres, com filhos ou não, que devem ser tratados de forma adequada para um melhor prognóstico.

Os filhos também foram apontados como motivação para o tratamento, ainda que muitas mulheres declararam não conviver com eles. Tais dados se assemelham aos de uma pesquisa qualitativa brasileira

realizada com 16 mulheres usuárias de *crack*, das quais 15 eram mães e apenas 2 conviviam com os filhos (Cruz et al., 2014). A pesquisa ressalta que, em muitos casos, as mães usuárias de *crack* veem o distanciamento dos filhos e a transferência de seus cuidados a outra pessoa como um comportamento adequado, pois reconhecem não ter condições de se responsabilizar por eles (Cruz et al., 2014). Nessa perspectiva, a diminuição dos problemas causados pelo uso do *crack* pode possibilitar o retorno ao convívio com os filhos, constituindo um motivador importante para o tratamento. Segundo Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011), promover a aproximação e o aumento da interação entre os filhos e as usuárias de substâncias em tratamento pode facilitar a recuperação, estimulando a paciente a cuidar de si para então cuidar dos filhos. Também se compreende que a motivação para o tratamento a partir da aproximação dos filhos pode ter sido produzida pela norma de gênero. Assim, é relevante garantir a autonomia da mulher usuária de *crack*. Entende-se que, quando os tratamentos são padronizados com intervenções diretas para a busca do papel de mãe, infringe-se o direito de escolha dessa mulher, enquadrando-a no estigma social do feminino, representando ação contrária ao que preconiza os direitos humanos e reforçando o preconceito social. Dessa forma, os locais de tratamento para usuárias de *crack* devem oportunizar a aproximação com o filho se essa for uma vontade espontânea delas, com aceitação sobre a vontade individual caso esse não seja seu real desejo.

A falta de motivação se configurou como o principal empecilho na busca de ajuda pelas mulheres usuárias de *crack*. Diante da estigmatização social a que estão submetidas, observa-se a necessidade de estimular políticas públicas voltadas ao tratamento dessa população específica. As dificuldades de acesso, tanto estrutural quanto social, aos locais de tratamento interferem na diminuição de motivação para procurar auxílio especializado pelas mulheres usuárias de drogas (Bungay et al., 2010; Oliveira, Paiva, & Valente, 2007). Nesse cenário, o preconceito dos profissionais consiste em associar o uso de *crack* à criminalidade e à violência, sem considerar os aspectos sociais envolvidos no uso (Paula, Jorge, Vasconcellos, & Albuquerque, 2014). Tal preconceito deve ser superado a partir da formação profissional, com a visão estigmatizada sendo substituída pelo trabalho com responsabilidade social. Assim, a promoção do incentivo à busca de ajuda por mulheres usuárias de drogas, unindo-se à diminuição do preconceito dos próprios profissionais

e à adequação aos modelos de tratamento para a população feminina, poderá aumentar a motivação delas para procurar apoio profissional.

Na maioria dos relatos das mulheres deste estudo, foi identificada a existência de outros familiares que possuem problemas com o uso de drogas. Tal aspecto é considerado um importante fator de risco para o início e a continuação do uso de *crack* entre a população feminina (Pedroso, 2013). Percebe-se que a existência de um relacionamento afetivo com um parceiro usuário de substâncias é um fator de risco para o início do uso de drogas, sendo uma maneira de fazer parte do mundo do companheiro e de ser aceita por ele (Cruz et al., 2014; Pedroso, 2013). Nessa perspectiva, entende-se a ideia dos familiares das participantes deste estudo de que o consumo de *crack* foi causado pelas “más companhias”, uma vez que o companheiro e suas interações sociais são importantes fatores de risco para o uso de drogas. Além disso, a literatura evidencia o grupo familiar, quando constituído de integrantes usuários de drogas, como fator de risco para o retorno do uso de *crack* após o tratamento (Marangoni & Oliveira, 2013; Selegim & Oliveira, 2013). Assim, é importante considerar o ambiente e o contexto social ao qual a usuária retornará após o tratamento, abrangendo aspectos que a auxiliem na manutenção do propósito buscado no tratamento, diminuindo os problemas relacionados ao uso de *crack*. Além disso, a inclusão dos familiares no tratamento pode produzir resultados positivos em longo prazo.

Em relação aos sentimentos sobre o uso de *crack*, a maioria das participantes expressou a vergonha, o preconceito e a humilhação sofridos. Uma pesquisa que analisou a imagem das mulheres usuárias de drogas na mídia brasileira destacou o estigma moral sofrido pelas usuárias de *crack* por não cumprirem o papel social esperado (Souza et al., 2014). Porém, o próprio papel social esperado revela um contexto de preconceito e desigualdade das mulheres no Brasil, descumprindo um dos princípios fundamentais dos direitos humanos sobre igualdade de gênero e tornando-as socialmente vulneráveis. Com isso, a normativa de gênero contribui para que os sentimentos vivenciados tenham caráter predominantemente depreciativo, já que apenas um fator, que se refere ao prazer como sendo maior que o prejuízo causado pelo *crack*, diverge da norma hegemônica de gênero. Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade de promover a igualdade conforme preconizada pelos direitos humanos, o que implica reconhecer as diferenças, como os papéis sociais de gêneros, e a partir delas estimular atitudes

que instiguem, de acordo com suas peculiaridades, a inserção social das populações de maior vulnerabilidade, como as mulheres usuárias de *crack* (Piovesan, 2005). Assim, é preciso identificar as particularidades das mulheres usuárias de *crack*, sendo que as violações de direitos exigem respostas diferenciadas, como um tratamento pautado em suas especificidades (Limberger & Andretta, 2015; Piovesan, 2005).

Diante desse contexto, percebem-se os inúmeros desafios presentes nos campos da atenção às mulheres usuárias de *crack* e da garantia de seus direitos. Torna-se imprescindível, portanto, considerar as dificuldades da inserção social dessas mulheres e elaborar estratégias que as auxiliem no enfrentamento do preconceito ao retornarem à vida profissional e familiar, garantido sua autonomia e desmistificando a necessidade de se enquadrarem em um modelo social feminino (Bungay et al., 2010; Kuri et al., 2015). Nesse sentido, observa-se que a promoção de saúde possibilita a redução do uso de drogas ao considerar as necessidades do indivíduo em particular, respeitando seus direitos humanos e promovendo a equidade no atendimento (Gelbcke & Padilha, 2004).

### Considerações finais

A partir dos relatos das mulheres usuárias de *crack*, foi possível descrever questões específicas sobre o tratamento, como a importância de ações que promovam a motivação para a busca por ajuda e diminuam o estigma relacionado ao uso. O fato de a maioria das mulheres ter filhos, que constituem um dos principais motivadores para a procura por mudança de estilo de vida, reforça a importância de incluir questões sobre a maternidade durante o tratamento, garantindo a autonomia das pacientes. Considerando-se que a mudança de estilo de vida perpassa pela busca de um novo sentido nas relações, questões como o autocuidado como forma de ensaio para o cuidado com o outro também devem ser contempladas durante o período de internação hospitalar.

Observou-se também que o preconceito vivido por essa população acarreta maiores dificuldades de acesso e continuidade do tratamento. Muitas vezes, redes de apoio como a família e até mesmo os profissionais de saúde encontram dificuldades para aceitar e prestar auxílio a essas mulheres. Deve-se lidar com um histórico de preconceito que envolve anos de discriminação contra mulheres, sobretudo negras e usuárias de drogas, que precisam de ajuda especializada. Nessa perspectiva, enfatiza-se a importância dos

direitos humanos para assegurar o direito à igualdade em tratamentos para usuários de substâncias. Tanto a mulher quanto o homem merecem cuidados pertinentes às suas peculiaridades, pois, independentemente do gênero, os usuários de *crack* precisam de ajuda especializada e de profissionais que garantam seu direito à saúde.

A principal limitação deste estudo se refere ao baixo número de participantes, não permitindo generalizar os resultados, sendo pertinente sua ampliação. Sugere-se que futuros estudos analisem em profundidade o significado da falta de força de vontade referida pelas mulheres como dificuldade no acesso ao tratamento. Além disso, profissionais da saúde devem promover uma discussão ampliada sobre os motivos que levam as mulheres a usarem e permanecerem usando drogas.

## Referências

- Alves, J. A. (2014). On Mules and Bodies: Black Captivities in the Brazilian Racial Democracy. *Critical Sociology*, 42(2), 229-248. doi:10.1177/0896920514536590.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bastos, F. I., & Bertoni, N. (Orgs.). (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ. Recuperado de <http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.683.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.683.htm)
- Bungay, V., Johnson, J. L., Varcoe, C., & Boyd, S. (2010). Women's health and use of crack cocaine in context: Structural and 'everyday' violence. *International Journal of Drug Policy*, 21(4), 321-329. doi:10.1016/j.drugpo.2009.12.008.
- Correa, N. A. B., Matumoto, F. H., & Lonardoni, M. V. C. (2008). Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo, Umuarama, Estado do Paraná. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 40(3), 209-213. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=541906&indexSearch=ID>
- Costa, G. M., Soibelman, M., Zanchet, D. L., Costa, P. M., & Salgado, C. A. I. (2012). Pregnant crack addicts in a psychiatric unit. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1), 8-12. doi:10.1590/S0047-20852012000100003.
- Cruz, V. D., Oliveira, M. M. de, Pinho, L. B. de, Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., & de Oliveira, J. F. de. (2014). Condições sociodemográficas e padrões de consumo de *crack* entre mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(4), 1068-1076. doi:10.1590/0104-07072014000580013.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2011). *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Perfil dos usuários de cocaína e *crack* no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(Supl. 4), s545-s557. doi:10.1590/S0102-311X2008001600007.
- Fischer, B., Blanken, P., Da Silveira, D., Gallassi, A., Goldner, E. M., Rehm, J., ...Wood, E. (2015). Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: A comprehensive narrative overview of English-language studies. *International Journal of Drug Policy*, 26(4), 352-363. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.01.002>
- Gabatz, R. I. B., Schmidt, A. L., Terra, M. G., Padoin, S. M. M., Silva, A. A., & Lacchini, A. J. B. (2013). Perception of crack users in relation to use and treatment. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 140-146. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/en\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/en_18.pdf)
- Gelbcke, F. L., & Padilha, M. I. C. S. (2004). O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(2), 272-279.
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., ...Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug & Alcohol Dependence*, 86(1), 1-21. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012.
- Grella, C. E. (2007). *Substance abuse treatment services for women: a review of policy initiatives and recent research*. Los Angeles: California Department of Alcohol and Drug Programs.



- Guimarães, C. F., Santos, D. V. V., Freitas, R. C., & Araujo, R. B. (2008). Perfil do usuário de *crack* e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 101-108. doi:10.1590/S0101-81082008000300005.
- Kassada, D. S., Marcon, S. S., & Waidman, M. A. P. (2014). Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(3), 428-434. doi:10.5935/1414-8145.20140061.
- Kuri, S. E. R., Alcaráz, A. J. C., & Cáceres, M. C. F. (2015). Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 15(1), 49-54. Recuperado de <http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/view/222>
- Laranjeira, R., Madruga, C. S., Pinsky, I., Caetano, R., Ribeiro, M., & Mitsuhiro, S. (2012). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)*. São Paulo: INPAD.
- Libâneo, J. C. (2012). O dualismo perverso da escola pública brasileira: escola do conhecimento para os ricos, escola do acolhimento social para os pobres. *Educação e Pesquisa*, 38(1), 13-28. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ep/v38n1/aop323.pdf>
- Limberger, J., Andretta, I. (2015). Novas problemáticas sociais: o uso do *crack* em mulheres e a perspectiva de gênero. *CS*, (15), 41-65. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n15/n15a03.pdf>
- Limberger, J., Nascimento, R. S., Schneider, J. A., & Andretta, I. (2016). Women users of crack: systematic review of Brazilian literature. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 82-88. doi:10.1590/0047-2085000000107.
- Lopes, F., Buchalla, C. M., & Ayres, J. R. C. M. (2007). Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 41(Supl. 2), 39-46. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/32362/34555>
- Malta, M., Monteiro, S., Lima, R. M. J., Bauken, S., Marco, A., Zuim, G. C., ...Strathdee, S. A. (2008). HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 830-837. doi:10.1590/S0034-89102008000500007.
- Marangoni, S. R., & Oliveira, M. L. F. (2013). Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(3), 662-670. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a12>
- Milligan, K., Niccols, A., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., Smith, A., & Liu, J. (2010). Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: a meta-analysis. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 5, 21. doi:10.1186/1747-597X-5-21.
- Nappo, S. A., Sanchez, Z., Oliveira, L. G. (2011). Crack, AIDS, and women in São Paulo, Brazil. *Substance Use & Misuse*, 46(4), 476-485. doi:10.3109/10826084.2010.503480.
- Oliveira, J. F., Nascimento, E. R., & Paiva, M. S. (2007). Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(4), 694-698. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a22>
- Oliveira, J. F., Paiva, M. S., & Valente, C. M. L. (2007). A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 15(2), 247-252. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt\\_v15n2a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a09.pdf)
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (2014). *Educação para todos*. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/pt/brasil/education/education-for-all/>
- Orsi, M. M., Kessler, F., Pechansky, F., Araújo, R., Oliveira, M. S., & Souza, A. C. (2004). Características do uso de cocaína em indivíduos internados em unidades de tratamento de Porto Alegre, RS. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 53(6), 351-358.
- Palamar, J. J., Davies, S., Ompad, D. C., Cleland, C. M., & Weitzman, M. (2015). Powder cocaine and crack use in the United States: An examination of risk for arrest and socioeconomic disparities in use. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 108-116. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.01.029.
- Paula, M. L., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., & Albuquerque, R. A. (2014). Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicologia em Estudo*, 19(2), 223-233. doi:10.1590/1413-737222025006.
- Pedroso, R. S., Kessler, F., & Pechansky, F. (2013). Treatment of female and male inpatient crack users: a qualitative study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(1), 36-45. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/trends/v35n1/a05v35n1.pdf>

- Pedroso, D. T. (2013). Girls on Crack: the Use and the Dependence Vulnerabilities. *Revista de Psicologia da IMED*, 5(2), 126-132. Recuperado de <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/431>
- Pinto, V. M., Tancredi, M. V., Buchalla, C. M., & Miranda, A. E. (2014). History of syphilis in women living with AIDS and associated risk factors in São Paulo, Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 60(4), 342-348. doi:10.1590/1806-9282.60.04.013.
- Piovesan, F. (2005). Ações afirmativas da perspectiva dos direitos humanos. *Cadernos de pesquisa*, 35(124), 43-55.
- Renner, F. W., Gottfried, J. A., & Welter, K. C. (2012). Repercussões neonatais do uso materno de crack. *Boletim Científico de Pediatria*, 1(2), 63-66. Recuperado de [http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/131210145808bcped\\_12\\_02\\_06.pdf](http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/131210145808bcped_12_02_06.pdf)
- Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (Orgs.). (2012). *O tratamento do usuário de crack (2a. ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Romanini, M., & Roso, A. (2013). Mdiatização da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. *Temas em Psicologia*, 21(2), 483-497. doi:10.9788/TP2013.2-14.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F. & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. Porto Alegre: Artmed.
- Selegim, M. R., & Oliveira, M. L. F. (2013). Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(3), 263-268. doi:10.1590/S0103-21002013000300010.
- Silva, E. B. O., & Pereira, A. L. F. (2015). Perfil das mulheres usuárias de cocaína e crack atendidas em Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(2), 203-209. doi:10.12957/reuerj.2015.13997.
- Souza, M. R. R., Oliveira, J. F., & Nascimento, E. R. (2014). A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. *Texto & Contexto Enfermagem*. 23(1), 92-100. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/714/71430666011.pdf>
- Spronk, D. B., Van Wel, J. H., Ramaekers, J. G., & Verkes, R. J. (2013). Characterizing the cognitive effects of cocaine: a comprehensive review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1838-1859. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.07.003.
- Trindade, A. A. C. (2009). O Legado da Declaração Universal dos Direitos Humanos e sua Trajetória ao Longo das Seis Últimas Décadas (1948-2008). In: Giovannetti, A. (Org.). *60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos: conquistas do Brasil*. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão.
- Von Diemen, L., De Boni, R., Kessler, F., Benzano, D., & Pechansky, F. (2010). Risk behaviors for HCV and HIV-seroprevalence among female crack users in Porto Alegre, Brazil. *Archives of Women's Mental Health*, 13(3), 185-191. doi:10.1007/s00737-009-0089-y.

**Endereço para correspondência:**

Ilana Andretta  
 Universidade do Vale do Rio dos Sinos  
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica  
 Avenida Unisinos, 950 – São João Batista –  
 Escola da Saúde/ sala E01 119  
 CEP: 93022-000 – São Leopoldo/RS  
 E-mail: iandretta@unisinos.br

Recebido em 31/07/2015

Revisto em 30/09/2015

Aceito em 05/11/2015

## Los retos de la reducción de daños como política pública de drogas en Brasil<sup>1</sup>

The challenges of harm reduction as a public policy related to drugs in Brazil

Maristela Moraes<sup>I</sup>  
Marisela Montenegro<sup>II</sup>  
Benedito Medrado<sup>III</sup>  
Oriol Romani<sup>IV</sup>

### Resumen

La implementación de las políticas públicas de la reducción de daños en Brasil ha sido objeto de múltiples debates. Tratamos de las principales tensiones de este campo a partir del análisis de 15 documentos de políticas de salud en Brasil. Discutimos que la reducción de daños aparece como un método político-clínico y como una perspectiva emancipadora que tensiona el saber-poder instituido en el campo de las drogas. Sin embargo, al nivel de las políticas públicas, la reducción de daños señala la existencia de conflictos, sea por la indefinición de quien efectivamente opera la política o es responsable por implementarla, sea por la dificultad de llevar a cabo el proyecto de emancipación de sujetos que se ha pretendido.

**Palabras clave:** drogas; reducción de daños; políticas públicas de salud.

### Abstract

The implementation of harm reduction public policies in Brazil has been discussed in many studies. We approached the main tensions in this field based on the analysis of 15 documents related to health policies in Brazil. We discussed that harm reduction appears as a clinical-political method and as an emancipatory perspective that stresses the knowledge-power instituted in the field of drugs. However, at the level of public policies, harm reduction indicates the existence of conflicts, whether by uncertainty of who actually operates the policy or is responsible for implementing it, or whether by difficulty of carrying out the intended project of emancipating the subjects.

**Keywords:** drugs; harm reduction; public health policies.

<sup>I</sup>Universidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica de Psicologia (Campina Grande), Brasil

<sup>II</sup>Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Psicología Social (Barcelona), España

<sup>III</sup>Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Psicologia (Recife), Brasil

<sup>IV</sup>Universidad Rovira i Virgili, Medical Anthropology Research Center (Tarragona), España

La implementación de las políticas públicas de salud que siguen los preceptos de la reducción de daños (RD) en Brasil ha sido un objeto de múltiples debates, en los cuales han participado tanto los gestores y operadores de salud pública como los activistas de variados movimientos sociales. En este artículo pretendemos hacer un recorrido por las principales tensiones que ocurrieron en este campo a partir del análisis de los textos de políticas públicas, dialogados con la experiencia de las autoras y de los autores como miembros de diferentes instancias organizativas en el área.

El diseño del estudio comprendió la identificación y el análisis de 15 documentos de políticas públicas de salud en Brasil, publicados de 2003 hasta 2015, dirigidos a la atención a la salud de las personas que consumen alcohol y otras drogas, y relacionados con la perspectiva de la RD. Las políticas públicas de la RD se caracterizan por políticas de salud asociadas al

uso de drogas que comprendan un enfoque y un conjunto de estrategias asociadas, contemplando la utilización de metodologías cualitativas y dialógicas, tanto para comprender como para intervenir en problemas relacionados con el consumo de dichas sustancias (Romaní, 2008). Eso busca favorecer que los usos de drogas legales o ilegales ocasionen pocos daños a la sociedad (Grup Igia, 2000).

En este sentido, se puede decir que todo lo relacionado con el enfoque de la RD se nos presenta como muy útil para dialogar con otros sentidos producidos respecto a las relaciones de las personas con drogas y otros modos de actuación sanitaria.

Diferentes autores (Sepúlveda & Romaní, 2013; Romaní, 2013; Sepúlveda, 2011; Spink, 2010) señalan la importancia de la discusión respecto al 'riesgo' para reflexionar sobre los efectos del discurso de adopción de estilos de vida saludables y las estrategias de control de los llamados estilos de vida "arriesgados",

1 Apoyo del Programa Internacional de Liderazgo de LASPAU en Harvard University, Kellogg Foundation.

para entender mejor el rol de las políticas públicas de salud sobre drogas, especialmente las de RD.

Tomando el “Lenguaje del Riesgo” (Spink, 2001) como punto de partida, es posible discutir los discursos sobre la RD que se nos presentan como una nueva modalidad de uso de los repertorios lingüísticos respecto al riesgo en el contexto de la emergencia de nuevas formas de gestión de la modernidad tardía<sup>1</sup> y de las posibilidades de producción de sentido a ellas asociadas, incluyendo los sentidos de la propia atención a la salud de personas con problemas asociados al consumo de drogas.

Aunque, por supuesto, ‘riesgo’ y ‘daño’ sean conceptos relacionados con diferentes racionalidades ético-políticas y el daño esté orientado por una matriz ético-jurídica en la cual ‘responsabilidad’ y ‘reparación’ son prácticamente indisociables de su significación histórica, dicha discusión también es importante porque señala la responsabilidad del Estado con las políticas de RD, no solamente con la acción sino también con la omisión frente a sus compromisos con las personas en vulnerabilidad relacionada con el consumo de drogas (Sepúlveda & Romaní, 2013).

En este sentido, las políticas de RD, desde una perspectiva ampliada, incluyen no solo los daños sanitarios propiamente dichos, pero también los sociales, económicos y legales, incluyendo a las personas que consumen drogas, sus familias, su entorno cercano y a la sociedad en general (Grup Igia, 2000), además de los daños que el propio Estado causa al omitir una protección frente a personas o grupos vulnerables (Sepúlveda & Romaní, 2013; Miró, 2014).

A pesar de haber discursos hegemónicos respecto a los posibles daños relacionados con las drogas, las prácticas sociales en torno a las mismas y los discursos que van emergiendo junto con dichas prácticas son muy variados y van más allá de lo que los discursos hegemónicos podrían dar a entender (Romaní, 2013).

En la discusión académica sobre RD se puede encontrar una multiplicidad de comprensiones sobre qué significa una política de RD, por eso es un campo en constante movimiento (De Paula Souza, 2007).

1 Optamos por la utilización del término ‘modernidad tardía’, tal como sugiere Spink (1999), y no ‘modernidad reflexiva’ (Beck, 1993) o ‘postmodernidad’ como dicen otros autores. Para Spink, dicha denominación se relaciona con la dificultad de pensar en cómo nombrar posteriormente lo que venga después del post. Bromeando, pregunta ¿post-post-modernidad? De todos modos, señala que en todas estas nomenclaturas están las ideas de ruptura, del cambio de la sociedad feudal a lo que se llamó modernidad, o modernidad clásica, que está pasando por transformaciones.

Sin embargo, muchos trabajos la definen por lo que no es, por todo a lo que se opone y critica, quizá por organizarse en un sentido distinto de los otros discursos científicos sobre drogas que privilegian o la personalidad, o la substancia, o el medio sociocultural, basados en modelos teóricos que miran hacia la gente que usa drogas como dependiente químico, enfermo o delincuente. La RD, en cambio, ha sido organizada alrededor de un conjunto de estrategias preventivas, con énfasis en los derechos humanos y en las responsabilidades de las personas que toman drogas, aceptando un cierto nivel del uso de dichas sustancias en la sociedad en general, objetivando la disminución de las consecuencias de este consumo (Martins, 2003).

Hay un conjunto de producciones discursivas científicas que conciben la RD como un dispositivo político de lucha en la defensa del derecho a la salud pública o una clínica-política (De Paula Souza, 2007; Moraes, 2008; Moraes & Barreto, 2012; Petuco, 2010).

El campo de la RD por lo tanto puede entenderse como un conjunto de saberes y prácticas innovadores que han impactado en la formulación e implementación de políticas públicas. Sin embargo, debido a su carácter dinámico y multidimensional, dicha implementación no ha estado exenta de disputas relacionadas con la concreción metodológica y programática de su implementación. Hacer un recorrido sobre estas disputas en Brasil permite dar luz sobre las diferentes cuestiones en discordia, que implican la relación entre preceptos teóricos, políticos y éticos y las prácticas concretas para desarrollar este tipo de política pública.

### **El recorrido histórico de las políticas de reducción de daños**

En los años 1960 en Londres ya se habían utilizado técnicas de inyección dirigidas a los consumidores e había sido instaladas salas en las que sus clientes podían inyectarse. En Italia, ante la epidemia de hepatitis B en los 1970, se implantó una iniciativa para eliminar los duros controles de la venta de agujas y jeringuillas en los supermercados (Strang, 2004).

La alarma creada en los años 1980 relacionada con la expansión del VIH/Sida obligó a reconocer las alternativas de asistencia sanitaria que generaron las políticas de RD y riesgos, inicialmente en Europa y, en general, desde la iniciativa y la participación de los usuarios de drogas (Romaní, 2008).

Otros autores dicen que, en aquel momento, la expansión de hepatitis B preocupó más que el VIH/Sida,

también relacionada con el uso de drogas inyectables, por lo que las estrategias de cambio de jeringuillas usadas por nuevas han tenido un importante rol, generando los llamados Programas de RD (PRD), que fueron creados por asociaciones de usuarios/as de drogas de Holanda (Bastos, 2003).

Aunque se ha difundido en todo el mundo, en Latinoamérica el desarrollo de la RD ha encontrado un contexto difícil, especialmente por la influencia directa de las políticas hegemónicas conservadoras estrictamente ortodoxas de EE.UU. (Romaní, 2008). No obstante, de todos modos, la perspectiva de RD ha avanzado a su manera en distintos países, asumiendo sus especificidades en cada uno.

El inicio de los regímenes dictatoriales en Latinoamérica y los cambios macro-políticos hacia un “nuevo orden mundial” en los años 1960, sacudieron las frágiles estructuras democráticas de dichos países, especialmente porque el desarrollo del capital mundial estaba asociado a intereses internos de dominación. Así, las políticas de drogas han tenido un importante rol en la “apertura política” de muchos países. En Brasil, ellas han sido creadas también como estrategia de control de las poblaciones, basadas en un concepto muy abstracto sobre drogas y poniendo las drogas ilícitas como el gran mal que debe ser enfrentado y vencido (De Paula Souza, 2007).

Sin embargo, Brasil es considerado un país con una actuación central en el conjunto de países de Latinoamérica en relación con la implementación de la RD, aunque la política de drogas brasileña esté orientada a la reducción de la oferta de drogas por medio de la represión de su uso y comercio (Fonseca & Bastos, 2005).

La RD en Brasil ha sido utilizada inicialmente en Santos, en el Estado de São Paulo, y en Salvador, Bahia, al final de los años 1980, relacionada con la infección por VIH entre personas que usaban drogas inyectables. Los programas de intercambio de jeringuillas se han convertido en una estrategia de “producción de salud”, alternativa a aquellas vinculadas a la abstinencia<sup>2</sup>, diversificándose las ofertas de servicios sanitarios. Eso ocurrió especialmente después de 2003, cuando las acciones de RD dejaron de ser exclusivas de los Programas de VIH/Sida y pasaron a guiar la Política del Ministerio de Salud de Brasil

2 Las estrategias relacionadas con la abstinencia son acciones basadas en el paradigma de la abstinencia pensado de manera más amplia. Es más que una orientación clínica, es una red de instituciones que definen una gobernabilidad para las políticas de drogas y la ejercen de forma coercitiva en la medida en que hacen de la abstinencia la única dirección de tratamiento posible, sometiendo el campo sanitario al poder jurídico, psiquiátrico y religioso (De Paula Souza, 2007, p. 27).

para atención integral a las personas que consumen alcohol y otras drogas y la política de salud mental. Asimismo, dicho proceso de ampliación y definición de la RD como un nuevo paradigma ético, clínico y político implicó un proceso de enfrentamiento a las políticas antidrogas que tuvieron sus bases en el período de la Dictadura Militar (Passos & Souza, 2011).

Desde 1994, el Ministerio de Salud de Brasil tomó oficialmente la RD como estrategia sanitaria para la prevención del Sida y la hepatitis entre usuarios de drogas inyectables, y ha ampliado dichas estrategias a los usuarios de otras drogas, basándose en su eficacia en la reducción de nuevos casos de dichas enfermedades (Brasil, 2004a).

Desde 1996, con el apoyo del Programa Nacional de Sida, se empezaron a crear más PRD en otras ciudades brasileñas, además de Santos y Salvador (Petuco, 2007).

El proceso de construcción legal de la RD en cuanto a las políticas de salud mental empezó con las deliberaciones de la *III Conferência Nacional de Saúde* llevada a cabo en diciembre de 2001 por el Ministerio de Salud de Brasil, que impulsó la publicación de muchos documentos de normalización de la atención a las personas que consumen alcohol y otras drogas (Brasil, 2003): la *Portaria GM/336* (Brasil, 2002a); la *Portaria SAS/189* (Brasil, 2002b; 2004b); la *Portaria 2.19714* (Brasil, 2004a; Moraes, 2005).

Sin embargo, la expansión de los denominados “Centros de Atención Psicosocial Alcohol y otras Drogas” (CAPSad) ha sido el foco de la política del Sistema Único de Salud (SUS) hasta 2009, momento político en que se incorporaron otras estrategias sanitarias, resultado de un intento de dar respuestas al incremento del consumo de *crack*. En dicho contexto, los ‘consultorios de calle’ (*consultórios de rua*, en portugués) han sido instituidos en todo el país<sup>3</sup>,

3 Los consultorios de calle fueron creados en 1999, en Salvador, Bahia, Brasil, en el *Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas* (CETAD), *Universidade Federal da Bahia* (UFBA). Dicha experiencia ha servido de base para la ampliación del proyecto en todo el país (Brasil, 2010a). Entre otras cosas, los consultorios de calle proponen una atención en el propio espacio de la calle, dirigida a las personas que tienen problemas relacionados con el consumo de drogas, pero que “aún” no presentan una demanda formulada tras una búsqueda espontánea de las instituciones de cuidado (p. 4). En 2011, se ha publicado la *Portaria 122*, de 25 de enero, creando las directrices de organización y funcionamiento de los consultorios en la calle (*Consultório na Rua*), vinculados a la atención sanitaria primaria (Brasil, 2012). Los consultorios en la calle son servicios substitutivos de los consultorios de calle, amplían los equipos de trabajo y el ámbito de actuación, vinculándose a la atención primaria y son dirigidos a cuestiones de salud más amplias de la población que vive en la calle.

llevando a cabo acciones previstas en otros dos documentos importantes en el escenario de políticas sobre drogas en Brasil: el “*Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no SUS*” (PEAD 2009-2010), instituido por la Portaria 119 de 04 de junio de 2009 (Brasil, 2009b) y el “*Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*” (PIEC), instituido por el Decreto Presidencial 7.179 de 20 de mayo de 2010 (Brasil, 2010b).

El proceso político de insertar la RD en la política de alcohol y otras drogas del Ministerio de Salud ha generado una articulación con la política nacional de salud mental. Pero, dicha articulación se ha realizado al mismo tiempo que la suspensión de financiación económica de los proyectos de RD por el Programa Nacional de Sida, principal apoyo de los PRD (De Paula Souza, 2007).

En la medida en que se va incorporando la RD de modo ampliado en los sectores de la salud mental, se pasa entonces a ser citada como una perspectiva clínico-política basada en acciones territoriales y en la construcción de las redes de soporte social, es decir, una red que ayuda a insertar e integrar a las personas en sus comunidades y en un territorio de actuación de servicios e iniciativas que buscan atender a las necesidades de personas que acuden a dichos servicios, con énfasis en la rehabilitación y reinserción social. Así, las acciones se suceden en los sitios donde van las personas que hacen usos problemáticos de las drogas, en los servicios de salud flexibles, abiertos y articulados con otros puntos de una red sanitaria, pero también con sectores de la educación, del empleo y la renta, entre otros. Dicha perspectiva oficial de la política pública se considera importante para que sea posible lograr avances en los grados de autonomía de las personas que consumen drogas y sus familias, utilizando menos recursos represivos (Brasil, 2003, p. 11).

La RD es considerada como un dispositivo político de lucha en la defensa del derecho a la atención a la salud por colectivos de protagonistas anteriormente silenciados en el movimiento de la reforma psiquiátrica de Brasil y en el movimiento brasileño de lucha antimanicomial<sup>4</sup> (Moraes, 2008; Moraes & Barreto, 2012; Petuco, 2011).

4 Llamamos reforma psiquiátrica al movimiento iniciado tras la Segunda Guerra Mundial, que tenía como propuesta la reorganización de las prácticas psiquiátricas. Iniciada desde la Psiquiatría Democrática Italiana, se ha difundido por todo el mundo, incluso en Brasil en los años 1970 del siglo pasado (Costa-Rosa, Yassi & Luzio, 2003; Koda, 2003; Moraes, 2005). El inicio del proceso de la reforma psiquiátrica en Brasil ha sido contemporáneo del mo-

Aunque parezca que la RD en Brasil y en otros países tiene sus orígenes en los marcos gubernamentales del control de la infección por el VIH, ha recibido un profundo impacto de los movimientos sociales, especialmente de personas viviendo con VIH, de lucha por el derecho a la salud pública, de reforma psiquiátrica y de lucha antimanicomial, por los movimientos anti-prohibicionistas, y de lucha por cambios en las políticas sobre drogas (Brasil, 2003; Grup Igia, 2000; Martins, 2003; Fonseca & Bastos, 2005; Petuco, 2007). En este sentido, señalamos la importancia de abordar también los discursos no oficiales protagonizados por los movimientos sociales.

### El método y las aproximaciones analíticas

Ya se mencionó que el diseño del estudio comprendió la identificación y el análisis de 15 documentos de políticas públicas de salud en Brasil, dirigidos a las personas que consumen alcohol y otras drogas, relacionados a la perspectiva de la RD. Se eligieron documentos que: tenían la RD y de riesgos al uso de drogas como tema central o en un apartado y publicados por el Ministerio de Sanidad de Brasil (exclusivamente o en conjunto con otros ministerios) o por sus departamentos locales (secretarías estatales o municipales de salud), desde el año 2003 hasta 2015, período del gobierno de los presidentes del Partido de los Trabajadores (Lula da Silva y Dilma Rousseff), en el que se han producido importantes cambios en la atención a la salud en Brasil. Para actualizar las discusiones, añadimos cuatro documentos, que fueron publicados desde 2010 hasta 2015, a los 11 analizados en el ámbito de la tesis doctoral de la primera autora, defendida en el Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona, en noviembre de 2012.

Situamos el estudio en una perspectiva discursiva, basada y orientada por las contribuciones constructoristas de la Psicología Social y por la perspectiva teórico-metodológica de la producción de sentido

---

vimiento sanitario de los años 1970 en favor de cambios en los modelos de atención y gestión sanitaria de las prácticas en salud que han resultado, entre otras cosas, en la construcción del SUS (Brasil, 2005). Aunque a veces aparezcan en algunos textos como sinónimos, el movimiento de lucha anti-manicomial tiene la especificidad de ubicarse entre los llamados nuevos movimientos sociales y reúne no solamente a trabajadores/as de salud, sino también a personas atendidas en los servicios sanitarios y a sus familiares (Grunpeter, Ribeiro da Costa & Mustafá, 2007). La reforma psiquiátrica es una construcción legal y la lucha anti-manicomial no lo es, pero fecunda la reforma y la hace caminar (Petcu, 2012).

y prácticas discursivas (Spink & Frezza, 1999), que propone un modo de dirigir la mirada hacia los fenómenos sociales, enfocando la tensión entre universalidad y particularidad, entre consenso y diversidad, con vistas a la producción de una herramienta útil a la transformación del orden social.

Se consideraron los textos de las políticas públicas como prácticas discursivas, o sea, formas de construir ideas, conceptos, argumentos, convencimientos, posicionamientos, ideologías, retóricas y metáforas (Bernardes, 2004).

Hemos creado, por lo tanto, mapas de producciones discursivas que empezarán por la definición de los grupos temáticos generales relacionados directamente con los objetivos de la investigación, en los que hemos identificado los repertorios, generando ejes y sub-ejes de análisis, de modo coherente con lo que plantea Spink (1999).

Elegimos algunos ejes y sub-ejes de análisis, abordados a continuación, para discutir lo que encontramos como objetivo del presente artículo, o sea, las principales tensiones que han habido en las políticas públicas dirigidas a las personas que consumen drogas, desde la perspectiva de la RD, a partir del análisis de textos de políticas públicas.

*La reducción de daños es definida por lo que se hace, por quién lo hace, dónde y para quién se hace*

La RD puede llevarse a cabo en la calle y en las comunidades donde vive la gente que, en general, no acude a los centros de salud y otros servicios semejantes. El llamado trabajo de campo, que no se realiza en un centro de salud, sino en el territorio, es uno de los aspectos que ha formado parte de las producciones discursivas analizadas.

Hay que destacarse el rol asumido por los trabajadores denominados reductores de daños, los principales “operadores” de muchas de las acciones en el territorio. Dicha identidad quizás se define por las actividades cotidianas que se realizan y los diferencia de otros trabajadores de salud y educadores sociales.

Inicialmente, los reductores de daños eran personas que consumían drogas y habían encontrado una vía diferenciada de acercamiento a las personas de sus comunidades que también consumían drogas. Así, los reductores lograron una condición de sujetos políticos tras sus prácticas profesionales como agentes de la RD, llevadas a cabo en los PRD. Este proceso se empezó en el contexto de la infección por el VIH y de la implicación de poblaciones definidas como integran-

tes de los llamados grupos de riesgo en las prácticas de salud (Petuco, 2007).

De este modo, los reductores cambian de la condición de “población atendida” y pasan a tener estatus de “profesionales de salud”, realizando distintas prácticas de cuidado junto a personas que generalmente no acudían a los centros de salud ni eran visitadas por otros profesionales que desarrollaban acciones comunitarias (como los agentes comunitarios de salud de los equipos de Atención Básica de los Programas de Salud de la Familia en Brasil). Los reductores de daños actúan desde el principio de la utilización de las estrategias de RD junto a las personas que usan drogas, en locales donde viven o conviven, orientadas por la construcción de vínculos y por la búsqueda de caminos terapéuticos focalizados en los sujetos y no en las drogas o las enfermedades (Petuco, 2007; Petuco & Medeiros, 2009).

Además de la calle y de las comunidades, se han señalado otros lugares de actuación de la RD: los servicios sanitarios (de Sida o de la salud mental) y los grandes eventos y fiestas. De todos modos, cuando hablan de la RD dentro de los servicios de salud y, por lo tanto, de acciones que no son realizadas en la calle, se han añadido otros términos para mencionar una cierta “modalidad” de RD que es la que se hace en los centros de salud. Los términos ‘clínica ampliada’, ‘postura’ o ‘escucha diferenciada’ han sido utilizados para referirse a la RD en los servicios de salud, especialmente en la salud mental.

Así que no resulta extraño observar que la construcción de políticas públicas de RD en Brasil se vincula directamente a la acción militante de los movimientos sociales. Se plantea como una herramienta de rechazo de las formas hegemónicas y tradicionales de intervenir y no establece prácticas de salud basadas en la moral o en un rescate de un estado de salud ideal, o en normas prescritas. La RD es aún un movimiento de resistencia a un discurso y una práctica dominante y una forma de construcción de la ciudadanía de personas consideradas “al margen”, debido al consumo de drogas (Nardi & Rigoni, 2005).

Los discursos no oficiales respecto a la RD que se han producido en el proceso de fortalecimiento del llamado ‘movimiento brasileño de RD’ apuntan no solamente a la RD como una tecnología del cuidado, sino como un punto de aglutinación política que reúne a personas desde varias posiciones (las que usan drogas, profesionales de salud – reductores de daños y otros, activistas de otros movimientos sociales) (Petuco, 2007).

### *Una aproximación desde dentro de los movimientos sociales para señalar contradicciones*

Aquí, la primera autora del artículo tiene que tomar la palabra en primera persona para decir que además de investigadora que llevó a cabo la tesis doctoral que ha generado parte de este artículo, ella ha participado en el proceso de construcción del movimiento de RD en Brasil, de modo que lo que tratará de señalar ha sido vivido y determinado desde el “ojo del huracán”, por así decirlo<sup>5</sup>.

5 A principios de los años 2000, participé de la creación de la *Rede Pernambucana de Redução de Danos*, en Recife, Brasil, que ha sido creada como resultado de un gran encuentro internacional llamado Seminario Itinerante Latino Americano (SILA) sobre drogas y comportamiento de riesgo, en el que participaron expertos en RD del país y del extranjero (investigadores y representantes de movimientos sociales). Una de las primeras acciones de la Red ha sido la construcción del Documento Marco de Reducción de Daños para Pernambuco, construido con base en un importante documento español producido por el Grup Igia de Barcelona, llamado “Documento Marco sobre Reducción de Daños” (Grup Igia, 2000). La Red se ha ido concretando en este escenario político-cultural favorable, que entre otros hechos, generó otro evento importante en Recife: la 1ª Conferencia Internacional sobre Alcohol y RD, llevada a cabo en 2002, en la que participaron representantes de las principales asociaciones y redes nacionales e internacionales de RD, además de autores importantes sobre el tema. Los dos eventos han tenido como principal articuladora la ONG Centro de Prevenção às Dependências y su coordinadora Ana Glória Melcop. Yo participaba en la Red como representante, junto con Jorge Lyra, del Instituto PAPAI, ONG en la que actué de 1998 a 2012. Coordiné la Red Pernambucana de RD por cuatro años, junto con representantes de otras organizaciones (de 2002 a 2006). Aún en 2000 ayudé a crear, junto con Alda Roberta Campos, y coordiné durante dos años, junto con Marcílio Cavalcanti, la primera asociación de personas que usan drogas en Brasil, la “Se Liga – Associação de Usuários de Alcool e outras Drogas de Pernambuco”. La “Se Liga” y la Rede Pernambucana han desarrollado importantes acciones de RD en Pernambuco y han estimulado la realización de otras organizaciones y acciones semejantes, en otras partes del país. En 2006, he sido vicepresidente de la red nacional ABORDA. La gestión ha sido electa en asamblea con asociados de todo el país, y la hemos nombrado *Diversidade e Participação*. He estado en la gestión de la ABORDA por dos años, junto con Denis Petuco, Elandias Bezerra, Fátima Machado, Lourdes Alecrin y Maria do Carmo Lachimia. Nuestra gestión (2006 hasta 2008) ha desarrollado un proyecto nacional llamado Roda Brasil de articulación de saberes y prácticas de RD, ampliando la participación de los representantes de Estados de las regiones más pobres del país (Norte y Nordeste) y el número de asociados, y conducido importantes actuaciones políticas en la defensa de la RD y de los reductores de daños. También empezamos discusiones referentes al género en la ABORDA, lo que resultó, entre otras cosas, en un cambio en el nombre de la Red, que ha pasado a llamarse *Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos* (anteriormente llamada *Associação Brasileira de Redutores de Danos*) y en la divulgación de un documento político el 08 de marzo de 2007, titulado “*Dia 8 de Março: unificação das bandeiras pela transformação do mundo*”, tratando de la necesidad del diálogo entre los Movimientos Feminista y de RD (Moraes, Castro, Santiago & Moura, 2007). En 2010, ya viviendo en Barcelona para hacer el

Analizamos que sólo en la segunda mitad de los años 2000 ha sido posible hablar de un movimiento social de la RD en Brasil, desde una especial influencia de algunas redes nacionales, la *Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos* (ABORDA) y la *Rede de Redução de Danos e Direitos Humanos* (REDUC) y de otras organizaciones regionales semejantes. La construcción de una Plataforma Política del Movimiento (en 2008), como intento de lograr una existencia política nacional más unificada y coherente, se ha señalado como el marco de la existencia del movimiento (Moraes, Rameh & Campos, 2011).

La ABORDA, considerada la red nacional más articulada en torno a la RD en Brasil, fue creada en 1997, pero su objetivo principal se concibe de forma distinta por diferentes autores. El objetivo aparece como capacitar y articular los PRD (De Paula Souza, 2007), y defender la dignidad de los reductores de daños y el derecho de las personas que consumen drogas (Petuco, 2007). Ahora llamada en su material de divulgación virtual como *Associação Brasileira de Redução de Danos*<sup>6</sup>, los cambios que ABORDA ha experimentado a lo largo de su existencia están relacionados con la necesidad de involucrarse en la defensa de las políticas y de la tecnología de la RD por los ataques a la propia idea de RD, cómo ya señalaba Dênis Petuco en 2007 (Petuco, 2007).

La creación, implementación y evaluación del Proyecto RoDa Brasil, coordinado por la ABORDA (2007–2008) han tenido como resultado la construcción de una Plataforma Política del Movimiento Brasileño de RD, con líderes locales/comunitarios, personas que consumen drogas y trabajadores de áreas relacionadas con las drogas (incluyendo los reductores de daños) de todo el país.

Desde un análisis del fenómeno del crecimiento de la Marcha de la Marihuana en Brasil y del

doctorado, participé virtualmente en la construcción de otro colectivo del movimiento social, que inicialmente nombramos *Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Redução de Danos*. Sin embargo, el colectivo no ha asumido oficialmente una identidad y ha generado una articulación virtual en un *e-group* llamada *Drogas e Cidadania*. Es importante decir que los otros autores y autoras de este artículo han acompañado de diferentes maneras el proceso que señala la primera autora: 1) Marisela Montenegro tiene publicaciones con el Grup Igia; 2) Benedito Medrado ha sido coordinador de la ONG Instituto Papai; 3) Oriol Romani ha participado en la redacción de los documentos de Grup Igia (en aquellos momentos era presidente de Igia) y también ha participado tanto en la conferencia de Recife de 2002 como en la de ABORDA de 2009, las dos en Brasil.

6 En la página <http://abordabrasil.blogspot.com.br/>. Acceso el 30 de julio de 2015.



movimiento anti-prohibicionista<sup>7</sup>, algunos autores señalan que parece haber una necesidad política actual de hablar sobre la legalización o reglamentación de las drogas lícitas, lo que hace a la gente salir de los guetos y comunicarse con la sociedad de forma amplia (Medeiros & Cecchin, 2011). Por otra parte, el movimiento alrededor de la RD, en determinado momento histórico-político, no ha sido suficiente para satisfacer las demandas de debate respecto al prohibicionismo, como discute Pablo Ornelas Rosa (2014). Según este autor, las políticas de RD no suponen una mirada anti-prohibicionista, ya que parte de los defensores de dichas políticas es contrario a la legalización o liberación de la producción de marihuana. Aunque reconozca que la RD ha ayudado a cuestionar el prohibicionismo, los discursos de la RD no logran posturas más radicales en el tema de legalidad de las drogas.

En la medida en que muchos de los proyectos de la RD, llevados a cabo predominantemente por organizaciones no-gubernamentales (ONG), dejan de ser apoyados por el Ministerio de Salud, y la RD pasa a ser incorporada a la esfera pública gubernamental, dichos colectivos van perdiendo fuerza y algunos cierran sus actividades.

Es importante enfatizar que las ONG han tenido un importante rol en el recorrido de la RD en Brasil, pero la creación de las redes de RD y la implicación de los reductores de daños generó una relación paradójica con el Estado porque al mismo tiempo recibían financiación del Estado y luchaban contra una política antidrogas hegemónica en la máquina gubernamental (Passos & Souza, 2011).

#### *¿Quién opera la política de la reducción de daños?*

Para intentar entender los conflictos entre gobierno y sociedad civil, una pregunta que se hace necesaria es: ¿Quién opera la política de la RD?. Aunque los reductores de daños sean considerados los principales operadores de la política de RD, en general, no eran oficialmente contratados por los sectores gubernamentales, o sea, las intervenciones desde la lógica de la RD las llevaban a cabo sectores no gubernamentales (Moraes, 2012).

En este sentido, la legalización del estatus profesional del reductor de daños ha sido el blanco de las disputas políticas en el escenario de la RD. Lo que sigue en el juego político es quién opera la política, de quién es la responsabilidad de las acciones de RD, quién tiene legitimidad y conocimiento para hacerlo. Cuando la respuesta a esta pregunta es 'los reductores de daños', otro problema aparece, relacionado con legitimar y oficializar una categoría profesional marginal, formada por profesionales híbridos, considerados inadecuados para las exigencias y formalidades de la salud pública.

El riesgo de perder el perfil tradicional del reductor al institucionalizar la profesión aparece como uno de los argumentos relacionados con la regularización de los reductores. Para trabajar en la sanidad, hay que seguir algunas exigencias del mercado formal del trabajo, y por lo tanto, una convocatoria pública para la función de reductor alejaría a profesionales que ya actúan en el campo bajo otras reglas laborales administradas por las contrataciones precarias vía ONG (Moraes, 2012).

#### *¿Quién es responsable de la política?*

#### *¿El sector de VIH/Sida versus la salud mental?*

Este campo complejo de disputa política se refiere a la relación entre el sector de la salud mental y el del VIH/Sida. Las tensiones ocurren no solamente porque la RD ha empezado su historia por el control de la infección por Sida y otras enfermedades de transmisión sanguínea/sexual y ha sido ampliada hacia la salud mental, sino porque parece que hay concepciones distintas respecto a lo que es y lo que se propone la RD en los dos sectores (Moraes, 2012).

El foco del sector de Sida es la prevención de la transmisión de enfermedades, que son los daños en los que hay que intervenir y no los usos de drogas *per se*. Por otro lado, la salud mental aparece como un sector que se centra en la droga y tiene la RD muchas veces como una estrategia para llegar a la abstinencia.

De todo modo, hay que señalar que no todos los discursos de la salud mental tienen la abstinencia como objetivo, por lo menos no de modo explícito. La propia inclusión de la perspectiva de la RD en las políticas más amplias de atención a la salud de personas que toman drogas contradicen la hegemonía del modelo basado en la abstinencia (Moraes, 2012). Sin embargo, los retos por los que pasa la RD para transformarse en una política efectiva señalan la dificultad de ir más allá de la hegemonía de la absti-

<sup>7</sup> Es necesario ubicar la *Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos* y sus articulaciones en diferentes estados de Brasil como un colectivo importante que actúa promoviendo un diálogo entre los movimientos y las personas reunidos alrededor de la discusión sobre drogas, anti-prohibicionismo, salud mental y derechos humanos.

nencia. Tomamos el caso de la construcción del Plan Integrado de RD para el SUS para ejemplificar las disputas políticas de las que mencionamos.

El Gobierno brasileño ha iniciado la construcción de un Plan Integrado de RD para el SUS para tratar de articular no solamente el Sida y la salud mental alrededor de la RD en el contexto del SUS, sino la Atención Básica (primaria) y otros sectores que podrían actuar desde la perspectiva de la RD (Brasil, 2007).

Destacamos un documento de septiembre de 2007: un informe del acto<sup>8</sup> realizado para discutir la necesidad de la construcción del Plan y sus líneas generales. En el documento está descrito el proceso de su oficialización y las etapas posteriores al acontecimiento realizado, además de la consulta pública popular por la que pasaría. Después de la consulta pública, el Plan debería ser encaminado a las instancias técnicas responsables de su aprobación (Brasil, 2007, p. 30).

En diciembre de 2007, es decir, tres meses después del Seminario, fue producida y enviada para consulta pública la primera versión del Plan y en marzo de 2009 se publicó un resumen del Plan. Eso ha sido publicado por el sector de Sida con una reconfiguración del objetivo, proponiendo en aquel entonces solamente una agenda mínima para atender las necesidades prioritarias basadas en las recomendaciones establecidas en el Seminario Nacional de articulación de las acciones de la RD en el ámbito del SUS (*Sumário Executivo do Plano Integrado de RD no SUS*, 2009, p. 01, documento no publicado).

En mayo de 2009, fue presentado en la Comisión Tripartita (una de las principales instancias involucradas en la aprobación del referido Plan Integrado) un “Plan de Emergencia para la Ampliación del Acceso al Tratamiento y Prevención en Alcohol y otras Drogas – PEAD 2009-2011” (Brasil, 2009a).

8 El “*Seminário Nacional Sobre a Articulação das Ações de RD no Âmbito do SUS*” ha sido realizado en Brasília en los días 4 y 5 de septiembre de 2007. Ha sido organizado conjuntamente por los sectores programáticos de VIH/Sida, hepatitis virales y salud mental del Ministerio de la Salud de Brasil, con la participación de representantes de las redes nacionales de los movimientos sociales de la RD y de otros grupos vulnerables, movimiento de personas viviendo con VIH/Sida y/o hepatitis virales, Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), Oficina de las Naciones Unidas Contra Droga y Crimen (UNODC), Consejo Nacional de Secretarios Estaduales de Sanidad (CONASS), Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Sanidad (CONASEMS) y coordinadores estaduales y municipales de VIH/Sida, salud mental y hepatitis virales. La investigadora y primera autora de este artículo ha participado en el evento en calidad de representante del movimiento social de RD, responsable también por una ponencia en la mesa de trabajo “*Sociedade Civil e Redução de Danos: avanços e desafios*”.

Eso es un documento mucho más amplio, que define incluso la creación de nuevos servicios de atención a la salud de las personas que toman drogas. La RD no ha sido el foco como en el Plan Integrado y aparece solamente como una de las directrices del Plan de Emergencia (Brasil, 2009a).

En junio de 2009, fue publicada oficialmente la Portaria del Ministerio de la Sanidad, de 4 de junio de 2009 (Brasil, 2009b), que instituye el “*Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010)*” y define sus directrices generales, acciones y metas.

En mayo de 2010 ha sido publicado el Decreto 7.179, de 20 de mayo de 2010, por el Gobierno brasileño un año después de la publicación de la Portaria 1.190. El referido Decreto instituye el “Plan Integrado de Enfrentamiento al Crack y otras Drogas”, integrando varios ministerios y organismos de represión del comercio ilegal de drogas. Publicado con entusiasmo por la prensa nacional, el “Plan Integrado de Enfrentamiento al Crack y otras Drogas” se presentó con un presupuesto muy grande, que señala la importancia dada a su implementación. Ha sido una respuesta de emergencia del Gobierno brasileño a la supuesta epidemia de crack que asola el país y sigue apuntando a la perspectiva de la RD, por lo menos en textos de políticas públicas.

El “Plan Integrado de la RD para el SUS” no ha sido oficializado como parte de las políticas sobre drogas en Brasil. Aunque algunas iniciativas importantes dirigidas a la población que tiene problemas con el consumo de drogas, como “*Caminhos do Cuidado*”, un proyecto del Gobierno Federal de Brasil implementado en 2013, y los “*Consultório na Rua*”, tengan la RD como principio orientador, no podemos afirmar que en ellos se realicen las múltiples acciones que el “Plan Integrado de la RD” planteaba.

## Consideraciones finales

A lo largo de este artículo hemos hecho un recorrido por la historia de la política de RD en Brasil y discutimos algunos de los retos de su implementación en el campo de atención a las personas que consumen drogas. Del complejo campo de disputas en el que está ubicada la RD, destacaremos dos escenarios de conflictos, uno relacionado con los roles del gobierno y de la sociedad civil, que tiene los operadores de la política como uno de los puntos nodales de la discusión; otro del sector VIH/Sida y de la salud mental, los dos más destacados sectores que

son gestores de las políticas de la RD en la salud. Se analizó también la construcción del “Plan Integrado de RD para el SUS de Brasil”, que no ha sido implementado, como ejemplo de la dificultad que esta política encuentra para ser llevada a cabo.

Lo que hay que tener en cuenta es que los principios de la RD presentes en los documentos de políticas públicas ponen de relieve el punto de vista de garantizar una atención a la salud dialogada con los derechos humanos, a saber: el principio de la integración y no de exclusión geográfica y social, el de la cercanía y del contacto con las personas, de atención no solamente a la persona que consume sino también a su entorno, y de participación y de escucha a los saberes particulares.

Parte de estos principios y la superación de dificultades de implementación de la RD pueden ser posibles con el desarrollo de los “*Consultório na Rua*”, que es la más grande promesa de ampliación de la RD al nivel de las políticas de salud, que propone un diálogo esperado y necesario entre salud mental y atención primaria.

Lo preocupante es que el reconocimiento oficial de las políticas de la RD no se ha correspondido con los presupuestos económicos necesarios para poder llevarlas a cabo en Brasil. Han ganado fuerza los postulados de encierro en comunidades terapéuticas, que en general son privadas, modelo que además de no aplicarse a toda la gente (cómo han intentado convencernos), mostrase ineficaz y contraproducente en gran parte de los casos, genera financiación pública de organizaciones privadas y disminuye la importancia de la red de atención psico-social creada y ampliada en el ámbito del SUS.

Por otra parte, la presión de los movimientos anti-prohibicionistas en el escenario de discusiones sobre drogas apunta a otro momento, en el que tiene lugar la discusión respecto a las limitaciones de la RD que, como analiza Pablo Ornelas Rosa (2014) basándose en las ideas de Foucault, no logró ir más allá de la captura de la población por la biopolítica que producen las nociones de riesgo, vulnerabilidad, tratamiento y necesidad de cuidados de la salud de las personas que consumen drogas.

De todo modo, hay que hacer hincapié en el debate respecto a lo que estamos haciendo en el contexto de la gubernamentalidad neoliberal, si favoreciendo ésta o trabajando para fortalecer unas políticas públicas que, por lo menos, intenten contrarrestar los procesos de marginalización y vulnerabilización de los sectores sociales concernidos también por el uso de drogas.

Por fin, hay que señalar que nuestros análisis indican que las políticas de la RD transitan por caminos muy cercanos a los debates sobre derechos humanos, es-

pecialmente aquellos relacionados con las demandas por derechos civiles fuertemente marcados por el discurso y las prácticas políticas de los movimientos sociales en Brasil pos-dictadura militar, los cuales enfatizan la importancia de “marcadores sociales” como género, clase social, raza, edad y generación. En el campo del que discutimos, muchas veces, dichos marcadores son más bien tomados como “específicos” y no como transversales.

Señalamos, pues como necesario, seguir estudiando las políticas públicas que se han denominado pautadas por la RD para entenderlas y/o transformarlas, en la búsqueda de respuestas efectivas de cuidados junto a las personas que sufren problemas de salud relacionados con el consumo de drogas.

Aunque registremos la RD como una perspectiva emancipadora, posicionada desde un sitio que tensiona el saber-poder instituido en el campo de las drogas, concluimos que el proyecto de transformación social que se pretende llevar a cabo por la RD no se acepta sin críticas a su incorporación y desarrollo. Para pensar los derechos humanos de personas que consumen drogas desde la salud, es necesario tensionar este campo y rechazar maneras controladoras de comprender e intervenir.

## Referencias

- Bastos, F. I. (2003). Redução de danos e saúde coletiva: reflexões e propósito das experiências internacionais e brasileira. En: C. Sampaio & M. Campos (Eds.), *Drogas, dignidade e inclusão social: A lei e a prática de redução de danos*. (pp. 15-41). Rio de Janeiro: Aborda.
- Beck, U. (1993). *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage.
- Bernardes, J. (2004). *O debate atual sobre a formação em psicologia no Brasil: permanências, rupturas e cooptações nas políticas educacionais*, Tese de Doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002a). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Gabinete do Ministro da Saúde, Brasília, Distrito Federal.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002b). Portaria nº 189, de 20 de março de 2002. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Gabinete do Ministro da Saúde, Brasília, Distrito Federal.
- Brasil. (2003). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Série E, Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2004a). *Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004b). *Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2007). *Relatório do Seminário Nacional sobre a Articulação das Ações de Redução de Danos no Âmbito do SUS*. Acessado em 28 de julho de 2015, em [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/RELATORIO\\_Seminario\\_RD\\_nov.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/RELATORIO_Seminario_RD_nov.pdf)
- Brasil. (2009a). *Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas: PEAD 2009-2011*. Brasília, DF.
- Brasil. (2009b). *Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010a). Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, Brasil.
- Brasil. (2010b). Presidência da República. Decreto Presidencial nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Redução de danos: construção de uma política intersetorial efetiva. En: E. Buning, M. Gorgulho, A. G. Melcop, P. O' Hare (Org.), *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição* (pp. 127-140). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012: define as diretrizes e funcionamento das equipes de Consultório de Rua. *Diário Oficial da União*, Brasília, Brasil.
- Brasil. (2015). *Observatório crack é possível vencer*. Acessado em 29 de julho de 2015, em <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>
- Costa-Rosa, A., Yassi, S., Luzio, C. A. (2003). Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. En: P. Amarante (Org.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau.
- De Paula Souza, T. (2007). *Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento*, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro.
- Fonseca, E. & Bastos, F. I. (2005). Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. En: G. Acselfrad. *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos* (2. ed. – pp. 289-309). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Grunpeter, P., Ribeiro da Costa, T., Mustafá, M. (2007). O movimento da luta antimanicomial no Brasil e os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais. *Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia*, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Grup Igia. (2000). *Gestionando las drogas*. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad. Generalitat de Catalunya, Barcelona, España.
- Koda, M. Y. (2003). A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. En: P. Amarante (Org.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 67-88). Rio de Janeiro: Nau.
- Martins, S. (2003). Norma, desvio e uso de drogas: o contexto da busca da cidadania pela redução de danos. En: C. Sampaio & M. Campos (Org.), *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos* (pp. 101-114). Rio de Janeiro: ABORDA.
- Medeiros, R. & Cecchin, R. (2011). Marchas da maconha: para além da neblina sensacionalista. En: M. Moraes, R. Castro & D. Petuco (Orgs.), *Gênero e usos de drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde* (pp. 73-80). Recife: Instituto PAPAI.
- Miró, G. (2014). Daño social y políticas del Estado: un análisis de las políticas de drogas como causantes de grave daño social. *Revista Crítica Penal y Poder*, 7, 149-178.
- Moraes, M. (2005). *O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais*. Dissertação de Mestrado não publicada, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil.
- Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 13(1), 121-133.
- Moraes, M. (2012). Hombres, masculinidades y atención sanitaria en Brasil: una mirada de género sobre políticas públicas de Reducción de Daños, Tesis de Doctorado no publicada, Departamento de Psicología Social, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

- Moraes, M. & Barreto, A. (2012). Práticas clínicas e saúde mental pública: contribuições políticas e epistemológicas para um campo em formação. En: A. Barreto & J. Santos (Org.), *Saúde e drogas: por uma integralidade do cuidado ao usuário de substâncias psicoativas*. Recife: EdUFPE.
- Moraes, M., Castro, R., Santiago, C., Moura, H. (2007). Gênero e redução de danos: unificando bandeiras de luta dos movimentos sociais. En: *I Seminário Nacional de Gênero e Prática Culturais*, João Pessoa, Brasil. Acesado em 11 de mayo de 2012, en <http://www.itaporanga.net/genero/1/GT04/04.pdf>
- Moraes, M., Rameh, R., Campos, A. (2011). Ciudadanos en movimiento y ciudadanías escindidas: democracia, ciudadanía y movimientos sociales. *V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde*, São Paulo, Brasil.
- Nardi, H. & Rigoni, R. (2005). Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 273-282.
- Passos, E. H. & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162.
- Petuco, D. & Medeiros, R. G. (2009). *Redução de danos: dispositivo da reforma?* Acesado em 18 de febrero de 2012, en [http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod\\_artigo=340&cod\\_boletim=31](http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31)
- Petuco, D. (2007). *No miolo do bagulho*. Os desdobramentos da acumulação flexível no trabalho em saúde: o caso dos redutores de danos, Monografia Bacharel de Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Petuco, D. (2010). Entre macro e micropolíticas: o movimento social de redução de danos e o campo político reflexivo das drogas. En: C. Goldman, A. L. S. Castro, A. R. Silveira, M. Batisti, M. Gorgulho, M. G. Gonçalves, J. Guerra. (Org.), *Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras* (pp. 75-88). Brasília: Conselho Federal de Psicologia, v. 1.
- Petuco, D (2011). Álcool e outras drogas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: reminiscências de uma observação muito participante. En: M. Moraes, R. Castro & D. Petuco (Orgs.), *Gênero e usos de drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde* (pp. 29-39). Recife: Instituto PAPAI.
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 4(3), 301-318.
- Romaní, O. (2013). Reducción de daños y control social ¿De qué estamos hablando? En: D. P. Dins Martínez Oro & J. Pallarés Gomez (Comps.), *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas* (pp. 103-116). Lleida: Milenio.
- Rosa, P. O. (2014). *Drogas e a Governamentalidade neoliberal: uma genealogia da redução de danos*. Florianópolis: Insular, 428p.
- Sepúlveda, M. (2011). *El riesgo como dispositivo de gobierno en el campo de las drogas: exotización, vicio y enfermedad*. Tesis doctoral, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona.
- Sepúlveda, M. & Romaní, O. (2013). Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo. En: D. P. Dins Martínez Oro & J. Pallarés Gomez (Comps.), *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas* (pp. 89-102). Lleida: Milenio.
- Spink, M. J. (Org.) (1999). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. (2001). Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(6)1277-1311.
- Spink, M. J. (2010). Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 481-496.
- Spink, M. J. & Frezza, R. M. (1999). Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da Psicologia Social. En: M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas* (pp. 17-40). São Paulo: Cortez.
- Strang, J. (2004). Uso de drogas y reducción de daños: respuestas a un desafío. En: H. Nick, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O’Hare, *La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo*. Barcelona: Publicaciones Grup Igia.

#### **Dirección para correspondencia:**

Maristela Moraes  
 Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
 Avenida Juvêncio Arruda Universitário, 795 – Bodocongó  
 CEP: 58429-600 – Campina Grande/PB  
 E-mail: maristelammoraes@gmail.com

Recibido el 31/07/2015  
 Revisado el 04/10/2015  
 Aceptado el 12/11/2015

## Estereotipia social en los profesionales de la salud pública de Uruguay acerca del uso de benzodiazepinas

Social stereotyping in public health professionals of Uruguay on benzodiazepine use

Andrea Bielli<sup>1</sup>

Pilar Bacci<sup>1</sup>

Gabriela Bruno<sup>1</sup>

Nancy Calisto<sup>1</sup>

Santiago Navarro<sup>1</sup>

### Resumen

Se presentan los resultados de una investigación cualitativa que tuvo como objetivo analizar el papel de la controversia sobre la utilidad clínica de las benzodiazepinas en las prácticas de la Medicina General, la Psiquiatría y la Psicología en los servicios de salud pública del Uruguay. La metodología empleada combinó la realización de entrevistas en profundidad y los grupos de discusión y una revisión documental. Se observa un desplazamiento de la valoración (positiva o negativa) de la sustancia, a la valoración de su utilización por parte de los médicos y los usuarios, moralizando sus conductas. Se identificaron en los profesionales distintos procesos de estereotipación y moralización de las conductas de los pacientes, que complejizan la práctica clínica y el acto de prescripción, obstaculizando la posibilidad de visualizar alternativas al uso de las benzodiazepinas.

**Palabras clave:** benzodiazepinas; profesionales de la salud; estereotipos.

### Abstract

This article presents the results of a qualitative study that aimed at analyzing the role of controversy on the clinical utility of benzodiazepines in clinical practices of General Medicine, Psychiatry and Psychology of public health services in Uruguay. The methodology associated the conduction of in depth interviews with discussion groups and a documental review. It is seen a shift from the substance assessment (positive or negative) to the assessment of the benzodiazepine use by physicians and users, thus moralizing their behavior. Stereotyping and moralizing processes of the patients' behavior were identified among different health professionals, which make the clinical practice and the act of prescribing more complex, hindering the chance of visualizing alternatives to the use of benzodiazepines.

**Keywords:** benzodiazepines; health professionals; stereotypes.

<sup>1</sup>Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, Universidad de la República (Montevideo), Uruguay.

Las benzodiazepinas (BDZ) constituyen uno de los grupos medicamentosos más utilizados a nivel mundial. Se indican, principalmente, en el tratamiento de la ansiedad y del insomnio, pero también son ampliamente utilizadas en una variedad de blancos terapéuticos que incluyen desde la tensión muscular, la hipertensión, las afecciones cardíacas, hasta una buena parte de las dolencias mentales. Su éxito en el campo de las prescripciones se inició poco después de su entrada en los mercados farmacéuticos, a principios de los años 1960, y se sustentó sobre todo en las ventajas relativas que ofrecían frente a los barbitúricos y el meprobamato. En comparación con estos, las BDZ resultaban ser drogas mucho más seguras y eficaces, con una acción terapéutica más rápida y efectos secundarios más leves, que evitaban sobre todo la tendencia a la dependencia y los riesgos asociados a las sobredosis que presentaban los medicamentos anteriores.

Sobre estas bases, ya para mediados de los años 1970, las BDZ se convirtieron en el grupo de medi-

camentos más prescripto a nivel internacional, y en la misma medida en que su popularidad se incrementó, se diversificaron los usos terapéuticos que el cuerpo médico y la industria farmacéutica les tenían destinados (Pieters & Snelders, 2009).

En efecto, durante los años 1960 y 1970, las BDZ conocieron una época de oro, en la que su venta y consumo crecieron de forma sostenida y su presencia se afianzó no solo en el cuerpo médico, sino también en el cuerpo social en general (Lader, 1996), logrando un éxito no sólo técnico y terapéutico, sino además un éxito cultural (Tone, 2009).

No hizo falta mucho tiempo para que sus tendencias de uso y consumo se transformaran en preocupaciones para el cuerpo médico y los sistemas regulatorios en salud. De hecho, hacia finales de los años 1970 y principios de los años 1980, el suceso inicial de las BDZ se vio empañado por el surgimiento de evidencia científica acerca de los peligros que su uso podría acarrear. Varias investigaciones comenza-

ron a proporcionar datos sobre los síntomas de abstinencia que se producían cuando los tratamientos prolongados con BDZ intentaban ser abandonados. Incluso, algunos de estos síntomas llegaban a mantenerse hasta por un año entero (Bury, 1996). Los efectos secundarios leves que, en primera instancia se suponía que producían las BDZ, cobraron una dimensión aciaga en la que las palabras adicción y dependencia se alzaron como peligro inminente en el uso de estos medicamentos. Los tratamientos con BDZ implicaban el riesgo de generar farmacodependencia sin que los consumidores estuvieran al tanto de ello (Solal, 1994). A esto se sumaban, además, algunos otros efectos no deseados (como la pérdida de memoria reciente, la descoordinación motora y la persistencia de somnolencia durante la vigilia, entre otros) que ponían en tela de juicio el balance positivo entre riesgos y beneficios del uso de las BDZ, al aumentar, por ejemplo, los riesgos de caídas en adultos mayores o las accidentes de tránsito por manejar bajo los efectos de estas sustancias (Breggin, 1998; Lader & Morton, 1991; Lader, 2011).

De esta forma, en el correr de su medio siglo de existencia, las BDZ pasaron de ser medicamentos valorados “positivamente” a medicamentos puestos en cuestión. En torno a ellos se desarrolló una controversia técnica, científica y profesional, además de una moral, política y legal que ha tensionado hasta el día de hoy la utilidad clínica de las BDZ (Bury, 1996; Lader, 1996; Donoghue & Lader, 2010). Los principales tópicos de la misma giraron en torno a la tensión entre la dependencia generada por los medicamentos y el posible abuso que podían estar realizando médicos y pacientes, así como la banalización de su uso y los intereses en juego de la industria farmacéutica y de los gobiernos (Bury, 1996; Lader, 1996; Schönberg, 1997).

El problema de la dependencia o adicción involuntaria ha sido uno de los tópicos más polémicos de la controversia, pues no sólo ha implicado el cotejo de informaciones científicas contradictorias, sino también el establecimiento de actitudes claramente opuestas entre médicos y usuarios hacia las BDZ. Entre los primeros es posible encontrar profesionales que tienden a evitar su uso y otros que continúan utilizándolas y enfatizando sus atributos positivos. Por otro lado, entre los usuarios se encuentran aquellos que hacen un uso prolongado de las mismas sin preocuparse por los riesgos que esto implica y los que son francamente reticentes a su uso. El potencial adictivo de las BDZ ha llevado no sólo al establecimiento de actitudes po-

sitivas y negativas, sino a la movilización de grupos de usuarios, y la judicialización del debate, con la generación de demandas legales a los laboratorios farmacéuticos, las autoridades sanitarias y los propios médicos, en la búsqueda de responsabilidades.

Los primeros litigios aparecieron fundamentalmente en Gran Bretaña hacia 1992 (King, 1992) y continuaron a lo largo de las décadas siguientes. En los últimos tiempos, el problema de la adicción involuntaria ameritó la atención de la Comisión Parlamentaria de Igualdad y Derechos Humanos (Behan & Dobbin, 2009), en el entendido de que la escasa percepción del problema por parte de los profesionales y servicios de salud, vulnera los derechos humanos de estos usuarios. En la medida en que no se reconoce la existencia de esta problemática, los usuarios no estarían eligiendo libre e informadamente al ser inducidos por sus propios médicos al consumo de BDZ y, a su vez, serían víctimas de discriminación sistemática dado que los servicios de salud no implementan pautas ni regulaciones claras sobre la prescripción, así como tampoco programas para el tratamiento específicos de estas adicciones.

Lo cierto es que la percepción y la evaluación moral que realizan los profesionales sobre los problemas de salud suelen tener consecuencias sobre los tratamientos y cuidados que reciben los usuarios (Ronzi & Furtado, 2010), especialmente aquellos que presentan problemas relacionados al consumo de drogas, los cuales tienden a ser objeto de una evaluación moral de sus comportamientos y de los procesos de formación de estereotipos a través de los cuales los profesionales les atribuyen características negativas, lo que repercute en la calidad de las prestaciones de salud.

En este artículo se presenta una parte de los resultados de una investigación cualitativa que tuvo como objetivo analizar el papel de la controversia sobre la utilidad clínica de las BDZ en el uso que se hace de ellas en las prácticas de la Medicina General, la Psiquiatría y la Psicología en los servicios de salud pública del Uruguay. Se identifican las actitudes, las valoraciones y los significados asociados al uso y a la prescripción de las BDZ que los profesionales de salud pública de Uruguay detentan.

## Métodos

Se trató de un estudio exploratorio que utilizó una metodología cualitativa por entenderla la más adecuada para identificar y comprender las prácticas

emergentes sobre la clínica de la ansiedad, las perspectivas de los profesionales implicados en ellas y sus visiones y valoraciones sobre las BDZ.

### Participantes

Participaron en esta investigación profesionales de Medicina Familiar, Medicina General, Psiquiatría y Psicología del sector público de salud que realizan tareas en el primer y segundo nivel de atención, y que abordan el tratamiento de los casos de ansiedad. Se incluyeron estas tres especialidades debido a que, por un lado, se ha observado que son los médicos generales y luego los psiquiatras quienes prescriben en mayor proporción este tipo de medicamentos. Por otro lado, incluimos a los profesionales de la Psicología, que, aunque es una disciplina que no tiene en sus funciones la prescripción de medicamentos, constituyen el principal grupo profesional situado en la zona de contacto e intercambio con médicos y psiquiatras en el tratamiento de la ansiedad.

Además, se incluyeron informantes calificados, en su mayoría médicos, que fueron contactados debido a los aportes que podían realizar por su conocimiento del sistema de salud pública en temas de salud mental y por sus trabajos académicos en materia de prescripción y consumo de las BDZ.

La estrategia metodológica combinó técnicas de entrevista en profundidad y grupos de discusión, lo que posibilitó identificar prácticas, opiniones y percepciones de los participantes sobre el uso de BDZ en relación a su práctica profesional y los puntos de tensión, discrepancia o consenso sobre el tema de esta investigación.

Se realizaron 8 entrevistas en profundidad a médicos generales, 10 a médicos de familia, 11 a psiquiatras y 6 a psicólogos. Las entrevistas fueron desarrolladas en su totalidad en los lugares de trabajo de los entrevistados, tuvieron una duración de 30 minutos a una hora, fueron grabadas (en 33 casos) y/o registradas de forma escrita a pedido de los entrevistados (dos casos). Por otro lado, fueron diez los informantes calificados entrevistados que aportaron elementos sustanciales sobre el estado de la controversia acerca del uso clínico de las BDZ en Uruguay, y se realizaron dos grupos de discusión (uno con seis médicos generales y de familia y otro con cuatro psicólogas). Un tercer grupo de discusión con psiquiatras no alcanzó el número mínimo de participantes (concurrieron dos doctoras), por lo que la información relevada en dicha instancia se consideró junto a

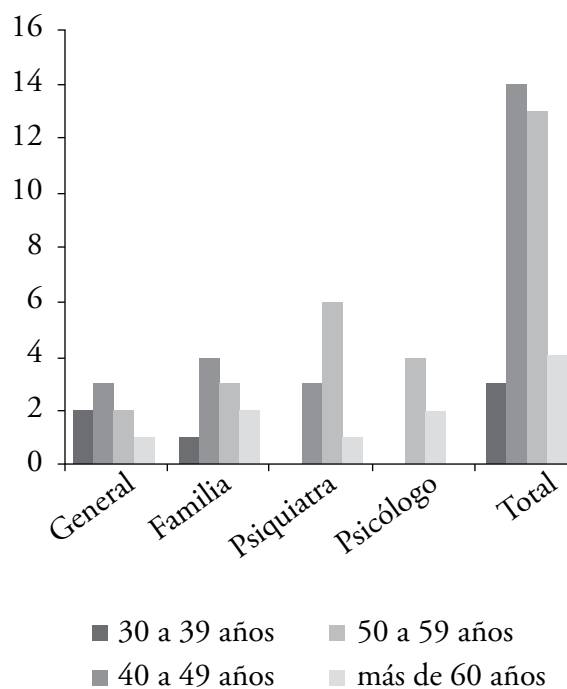
las entrevistas. El número de entrevistas se justificó en el criterio de saturación teórica.

Asimismo, se realizó una revisión de la literatura nacional sobre ansiedad y BDZ en las principales revistas científicas del medio desde los años 1960 al 2012, para determinarse el estado del debate sobre estos medicamentos en el país.

La mayoría de los entrevistados fue mujeres entre 40 y 49 años de edad (Figura 1). Cabe aclarar que el plantel de médicos de familia y psicólogos de salud pública se encuentra feminizado y que las profesionales mujeres estuvieron más dispuestas a participar en la investigación (Figura 2).

### Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos tuvo lugar a través de entrevistas en profundidad y grupos de discusión. La pauta de entrevista se elaboró a partir de una revisión extensa de la literatura existente sobre la controversia de las BDZ, la realización de entrevistas pilotos y la revisión sistemática de artículos académicos sobre ansiedad y BDZ, publicados en revistas científicas del Uruguay. La pauta para la coordinación de los grupos de discusión se basó en el mismo procedimiento.



**Figura 1**  
Distribución por edad de los profesionales entrevistados.

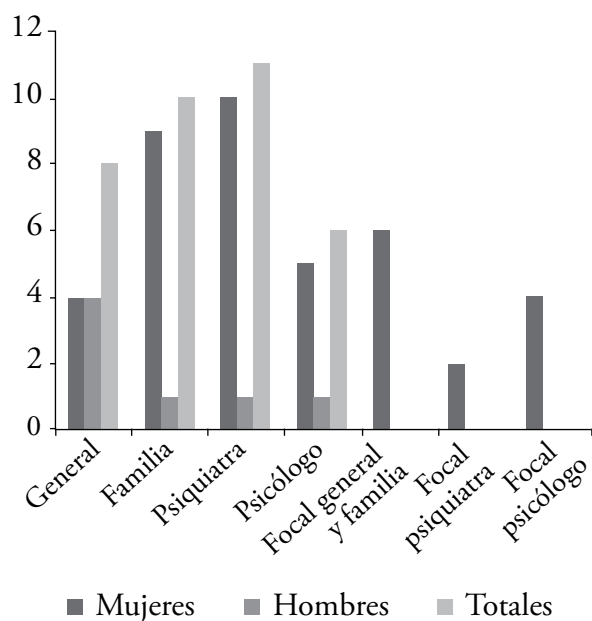


Se elaboraron dos pautas de entrevista, una para médicos generales, médicos de familia y psiquiatras y otra para psicólogos. La pauta incluía, en el caso de médicos y psiquiatras, cuatro bloques: ansiedad en la clínica, prescripción de BDZ, relación con otros tratamientos y percepción sobre las BDZ. En el caso de psicólogos, se eliminó el tópico de relación con otros tratamientos por estar esto vinculado a la práctica médica más que psicológica.

La pauta de entrevista para informantes calificados constaba de tres bloques. Los dos primeros — “Debate sobre las BDZ en Uruguay” y “Prescripción de BDZ en Uruguay” — fueron comunes a todos los entrevistados y el último variaba de acuerdo al perfil del informante calificado.

Se elaboraron dos pautas para los grupos de discusión, una para médicos generales, médicos de familia y psiquiatras; y otra para psicólogos. El disparador para la discusión fue artículos de prensa nacionales recientes (dos del año 2013 y uno del 2007).

Para la revisión documental se utilizó una ficha de relevamiento que identificaba el tipo de artículo (monográfico o ensayo clínico), el tema principal del artículo y sus principales consideraciones sobre las BDZ y/o la ansiedad.



**Figura 2**  
*Distribución por género de los profesionales entrevistados y grupos de discusión.*

### Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas de este estudio fueron expuestas ante el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, quien otorgó el aval para su prosecución. Se tomaron recaudos de confidencialidad, anonimato, consentimiento informado, valoración de riesgos y beneficios, así como de protección de datos, tal como lo indica la Ley 18331 (Uruguay, 2008). En cumplimiento de la misma, se solicitó a todos los sujetos de la investigación, previamente a la aplicación de la técnica, el consentimiento libre e informado explicitando los objetivos y las características del estudio, la modalidad de resguardo de información, así como los temas a tratar en la entrevista y/o en los grupos de discusión, mediante un formulario específico diseñado para la indagación.

### Análisis de datos

Se realizó un análisis de contenido en torno a cuatro ejes principales: ansiedad en la práctica clínica, acto de prescripción, relación de tratamientos farmacológicos con tratamientos no farmacológicos y valoración de los ansiolíticos benzodiazepínicos.

Para ello se elaboraron 13 familias de códigos (cada una incluía al menos tres subcategorías): caracterización de la consulta; noción de ansiedad; caracterización de los pacientes; descripción de las estrategias de pacientes para conseguir las BDZ; tipos de usos de la BDZ en la práctica clínica; significados asociados a las BDZ; actitudes hacia la repetición del medicamento; atributos otorgados a las BDZ; actitudes hacia la discontinuación del medicamento; relación de las BDZ con otros tratamientos; relación médico-pacientes; incidencia del servicio de salud y significados asociados al rol de los laboratorios. También se procedió a la realización de un mapeo de las oposiciones emergentes en las entrevistas y sus argumentos de base, a la identificación de las metáforas utilizadas por profesionales en sus narrativas, y se elaboró un cuadro de síntesis de las respuestas dadas por cada participante a las preguntas de investigación. Para el análisis se utilizó el programa Atlas.ti 6.1 (Scientific Software Development GmbH, Berlín).

### Resultados

La investigación permitió establecer un cuadro descriptivo actual de las valoraciones, argumentacio-

nes y actitudes ante las BDZ de los profesionales de salud pública, así como uno descriptivo actual de los problemas emergentes en la clínica a partir del uso de estos medicamentos. Ambos cuadros retoman argumentos y valoraciones que remiten a la controversia científico-técnica internacional sobre las BDZ, además de ser posible identificar en ellos procesos discursivos de formación de estereotipos y moralización de comportamientos en torno a los usuarios de dichos medicamentos, que complejizan la práctica clínica y el acto de prescripción.

Presentaremos aquí las cuatro dimensiones principales identificadas en dichos procesos de formación de estereotipos y moralización.

#### *Formación de estereotipos en torno a los pacientes*

La valoración general de médicos generales y de familia, psiquiatras y psicólogos sobre las BDZ supone una valoración condicional que implica, por un lado, el reconocimiento de los atributos positivos y negativos de las BDZ (por ejemplo: rápidamente efectivas, no riesgo de suicidios, buenos efectos ansiolíticos, riesgo de intoxicación, problemas de memoria, caídas y potencial adictivo), y, por otro lado, una serie de medidas de control que deben ser aseguradas para que el uso medicamento provea buenos resultados. Estas medidas de control implican un uso mesurado de las mismas (por períodos acotados, dosis flexibles, con plan de retiro) y, por consiguiente, actores — médicos y pacientes — que deben vigilar sus propios comportamientos.

Tengo el cuidado siempre de controlar, ¿viste?, presión y esas cosas que en los adultos mayores puede pasarle, digo, o le explico al familiar que cuando le dé que tenga cuidado con las caídas, que lo observe por lo menos las primeras veces. (MF-g2).

Este imperativo de vigilancia comportamental deriva en la aparición de tensiones en la relación médico-paciente que los profesionales expresan a través de tipificación o construcción de estereotipos en torno a los pacientes que reciben en consulta. De este modo, emergen varias figuras que generalizan comportamientos y permiten clasificar a los pacientes en prototipos, a partir de ciertas atribuciones moralizantes de sus comportamientos. Estas atribuciones

poseen, fundamentalmente, una valoración negativa de las acciones de los pacientes y abarcan diferentes planos que van desde la resistencia de los pacientes a las sugerencias del profesional, quienes actúan con independencia o incluso se equivocan al seguir las indicaciones de los médicos, pasando por la utilización de fuentes no expertas para la obtención de información y conocimiento sobre el medicamento, hasta las estrategias de acceso al medicamento por fuera del sistema de salud que estos despliegan.

[...] yo lo he confesado, a veces, a mí me enoja, este, me enoja, bueno, me enoja y me doy cuenta: bueno, esto, tengo que pararlo de alguna manera, es como que empieza con uno, después toma dos, después toma tres, y cuando viene, dice: no, porque yo le voy a decir que me tomé cuatro Bromazepam. Bueno. Entonces, a mí esas cosas me enojan, me enojan, porque bueno, no es la prescripción médica. (PSIQ-p2).

#### *No es la sustancia, es el paciente: la neutralidad del fármaco y las causas de adicción*

Asociados a estos estereotipos se identifican situaciones-problema para la práctica clínica en torno al retiro de la medicación en pacientes mayores, a las dificultades en el manejo de repetición de la medicación y a las dificultades para la derivación a especialistas, que se articulan con el reconocimiento por parte de los profesionales de la dependencia como uno de los problemas más importantes del uso de las BDZ. Mientras que en la literatura internacional ésta se atribuye a la base química del fenómeno propio de las características de la sustancia, en los relatos de los profesionales, la dependencia aparece fundamentalmente caracterizada como un problema de adicción centrado en la conducta del paciente. De una manera generalizada, se tipifica a los pacientes con consumo prolongado de BDZ como adictos que desarrollan comportamientos reprobables, de igual modo que quienes hacen un uso problemático de sustancias como el alcohol y otras drogas. La causa de la adicción está puesta, por un lado, en las características de la personalidad del paciente (no en el medicamento) y, por el otro, en el desconocimiento de los pacientes de su propia adicción, quienes

además no serían capaces de apreciar el riesgo que el consumo de BDZ comporta.

Uno también tiene que evaluar la personalidad del paciente porque hay pacientes que tienen personalidad adictiva y, en esos pacientes, uno tiene que tener más cuidado de lo que les manda, porque igual, este, de repente se vuelven adictos al Ibuprofeno y te toman cinco o seis por día. O sea, uno tiene que pensar qué le va a mandar, porque hay pacientes que les gusta tomar medicación. (MF-g4).

Les tengo miedo [a las BDZ] porque, de la gente que, la adicción que tienen, que si no le vas a recetar eso es como que se le termina el mundo, parece que se les va, realmente es así y que, y que no tienen conciencia de que, de que es una droga, que, que son adictos a ella. En realidad, me da, me, me da, este, les, les tengo miedo. (MF-al2).

Los pacientes mayores constituyen el caso típico en torno al cual se aglutinan las tensiones de la relación médico-paciente en el uso de las BDZ. Representan por sí mismos un problema específico en la práctica clínica, pues son los pacientes mayores de edad los principales consumidores de BDZ por largo tiempo y, a su vez, los pacientes que más las demandan y con los que es más difícil poder trabajar para abandonar las BDZ. La presentación que se hace de esta situación es ambigua, algunos constatan que todos los pacientes mayores están medicados con BDZ como parte de la polifarmacia, dando a entender quizás que es una práctica habitual del cuerpo médico medicar con estos psicofármacos a las pacientes mayores, mientras que otros presentan esta situación como consecuencia de los hábitos de estos sujetos. En especial, esta situación se ejemplifica a través de la referencia a pacientes mujeres añosas que presentan dificultades en el uso de las BDZ, como errores al seguir las indicaciones médicas o dificultades para discontinuar el medicamento, para ajustarse a las recomendaciones más recientes sobre el uso, son también ejemplificados a través de los casos de mujeres. Estas son descritas como torpes en el manejo de la medicación, pero a la vez hábiles para manipular al médico y al sistema de salud para conseguir los

medicamentos a los cuales se han hecho adictas. El siguiente fragmento lo ejemplifica:

[...] tenía un trastorno como de deterioro cognitivo importante, como que no sabía ni donde estaba, si más que vértigo se daba contra las paredes cuando caminaba, una paciente que la conocíamos hace como 20 años, acá está pasando algo, que estaba cansada. Terminó, consultó porque se sentía horrible, era una intoxicación por BDZ, porque se armaba lío y con esto de que se compran y son como cinco, seis viejas que se compran unas señoras en el barrio que son muy amigas no sé cuántas BDZ se enchufaba. (Grupo MF y MG).

Los pacientes añosos suelen ser asociados a la figura de un paciente adicto con uso crónico de las BDZ que se prolonga durante décadas y que posee un origen casi mítico en algún momento inicial en el que algún médico le prescribió el medicamento por razones técnicamente válidas, pero ya no vigentes en el consumo que realiza el paciente en la actualidad.

Acá son pacientes que hace 30 años que están tomando, y le vas a sacar los dos o 3 Diazepam o Lorazepam por día, no, ¿para qué?, les va a quedar un malambo que no vale la pena. (PSIQ-an2).

La asimilación de los pacientes con el consumo prolongado de BDZ a adictos y la asociación de esta problemática a pacientes añosos configuran la base para una argumentación en la que la situación del consumo crónico se vuelve una situación inmodificable. La vejez se asocia a los comportamientos transgresores y a una cierta noción de que no vale la pena el esfuerzo del médico por cambiar sus actitudes o incluso para retirar las BDZ.

#### *Enjuiciamiento moral de las estrategias de consecución de medicamentos*

La asimilación de los pacientes a adictos comporta un enjuiciamiento moral de sus comportamientos, especialmente aquellos que dan cuenta de estrategias del acceso a las BDZ que el paciente es capaz de desarrollar. Según los profesionales los pa-

cientes, muchas veces logran conseguir las BDZ por su propia cuenta, sin tener que depender de la receta o de la opinión médica. Se describe al paciente como el principal responsable de los “usos indebidos” de la medicación, ya sea porque se automedica o porque sigue los consejos de sus allegados legos. Los procedimientos para obtener medicamentos se expresan con términos como “autoprescripción” (MF-n1), “tratamiento por cuenta propia” (MG-g1) o “sin indicación médica” (MF-g3). Se señalan allegados como madre, cuñada, vecino, compañeros de trabajo o farmacéuticos como proveedores del fármaco. Es decir, personas cercanas y legas que brindan las BDZ o invitan a consumirlas o las cuales se les pueden robar la sustancia.

Por otro lado, se hace referencia a la existencia de un circuito comercial ilegal de medicamentos, que se convierte en una forma de acceso rápido a las BDZ por fuera del servicio médico asistencial. Esta situación es otra forma de prescindir del médico por parte del paciente que recae nuevamente en la autoprescripción o en el uso inapropiado de medicamentos.

El tema es que, además, por ejemplo, cerca de la policlínica, hay dos ferias en las cuales la gente las compra por 50 pesos. Entonces, mucha gente que se le da la medicación acotada a lo que debería tomar, después compra en la farmacia cinco cajas más y toman como quieren, entonces, a veces, es como muy difícil controlar eso, porque no hay forma. (PSIC-p2).

Se subraya aquí la existencia de una suerte de “leyenda urbana” que da razones para el uso expandido de las BDZ, con ribetes de “ilegalidad”, que quita responsabilidad al cuerpo médico. Por extensión, esta “ilegalidad” y “criminalidad” se asocian a otras prácticas indebidas como el uso recreacional de las BDZ, el robo o los propios vecinos que se venden medicación entre ellos.

[...] se ve de todo, por desde que ves BDZ en la feria, los gurises la mezclan con alcohol, eh... he visto las mezclas más extrañas, en una caja de vino... un jugo Tang y dos blíster de Diazepam y eso es lo que pasan en la ronda. (MG-n2).

Se describe una práctica social instituida por fuera del servicio de salud, que es juzgada y valorada

de forma negativa. Esta, por fuera de la injerencia del profesional, hace que éste se declare sin posibilidades de intervenir en ella. Aunque, se señala que algunos miembros del cuerpo médico estarían implicados en esta circulación irregular de medicamentos, son los pacientes a los que se describe como siendo activos en el acto de buscar una receta médica injustificada o conseguir el propio medicamento.

El acceso y el consumo del fármaco por fuera de la participación técnica se explican a través de tesis que podríamos llamar “sociológicas”: la noción de la existencia de una “cultura” que se transmite de generación en generación, especialmente por línea femenina, de abuelas, madres a hijas y que da una profundidad temporal al fenómeno desde las primeras BDZ exitosas, como el Valium, hasta las más utilizadas actualmente.

Sí, y uno ve cuando, por ejemplo, se investigan los antecedentes personales psiquiátricos y los familiares, que es muy difícil no encontrar una abuela que no ha tomado una BDZ, el Lexotán famoso. El Valium famoso. O sea, que esto se remonta a años, años de años. Y, tal vez, es eso lo más difícil de destrabar. (PSIQ-al1).

La cultura de manejo libre del fármaco podría facilitar el acceso al mismo y también su “mal uso”. Todo esto sucede en un contexto socio-económico que los técnicos describen como desfavorable.

Otra estrategia para conseguir el medicamento, percibida sobre todo por los médicos de familia y generales, es recurrir a médicos que otorgan la receta sin recaudos. Esto mostraría que existen pautas de prescripción diferentes entre los profesionales y que algunos de ellos medicarían más fácilmente que otros. Estas diferencias son utilizadas por el paciente para conseguir su objetivo, de acuerdo a una práctica de visitar diferentes médicos hasta dar con quien recete lo que el paciente quiere. Habría aquí una cierta traición en el cuerpo médico, pues no todos se niegan a acceder a las demandas del paciente, y el éste deja de ir al médico que no receta fácilmente y concurre a otro que sí lo haga, lo que denominan “reconsulta”.

Interviene aquí para dar solución al problema la gestión institucional administrativa que regula la prescripción y dispensación de medicamentos por cada paciente.

*El malestar de la receta: argumentos para el no abandono de la prescripción de benzodiazepinas*

El establecimiento de estereotipos y la evaluación moral de los modos en que los pacientes consiguen las BDZ manipulando el sistema de salud o por fuera de éste, mantienen una relación de contigüidad con una serie de argumentos que explica la persistencia de las prescripciones de BDZ realizadas por los médicos aún a su pesar. Como vimos, la condición de adictos y de pacientes añosos se torna un argumento para ello, pero emerge además otro tipo de argumento cuando los profesionales reflexionan sobre la relación con sus pacientes. Todo un conjunto de relatos de situaciones de consulta hace referencia a una suerte de inversión en la relación médico-paciente, en la que son estos últimos quienes “deciden” la prescripción a través de una demanda activa de medicamentos específicos que son fuentes de conflicto entre técnicos y pacientes.

Encontramos en la literatura nacional menciones a las demandas de los pacientes como explicación de las prescripciones realizadas por los médicos desde al menos la década del 1970 (Herrera, 1978); volviendo a encontrarla en luego en los años 1990, en estudios realizados en la órbita de los servicios de salud pública (García, Vignolo, Contera & Murillo, 1998) y el hospital universitario (Riva, Serventi, Luquetti, Vicente & Bernardi, 2000). Este argumento reaparece en los discursos de los profesionales, quienes para describir la demanda del paciente utilizan verbos en el imperativo “deme esto y repítame aquello” (MF-n1) o términos como “pedir” (MF- n2), “reclamar” (MF-a1) o frases que denotan una razón instrumentalista como “vienen para que se las recetes”, “vienen para que les repitas” (MG-n1). El encuentro con el médico no es el fin de la consulta, sino un medio para acceder al medicamento. El monopolio de la prescripción que el médico detenta es enfrentado por los pacientes de distintas maneras y en torno a la receta médica se despliega una tensión que se describe como violenta y disruptiva. Se producen “escándalos en la sala de espera” (Grupo PSIC). Los pacientes “gritan”, “patalean” (MG-n2), se “enojan” (MF-g2) para lograr llevarse un objeto del médico: “la pastillita” (MF-a1).

Una variante de estas formas de presión para la obtención del medicamento es la intervención y/o la mediación de terceros (ceranos al paciente) en la de-

manda del fármaco. Esta situación remite a la pérdida de autoridad del médico, el cual una vez más es quien debe obedecer las órdenes de quienes consultan, y ahora de terceros cercanos al paciente.

A mí me pasa en el consultorio que de repente viene la hija dice deme algo para que mamá duerma porque se levanta en la mitad de la noche entonces prende la televisión y entonces viste cosas así. Viene la hija a pedir que le des la pastillita a la madre porque no los deja dormir en toda la noche y tienen que estar cuidando de que no se caiga. (Grupo MF).

Las presiones de los pacientes a los médicos, junto con su negativa a aceptar otro tipo de tratamiento, se vuelven argumentos potentes a la hora de realizar excepciones al uso puntual de las BDZ. El siguiente fragmento es ilustrativo al respecto:

En los libros está usarla [las BDZ] lo menos posible pero la realidad práctica es que el paciente no quiere, no acepta terapias alternativas. Las conductas son difíciles de cambiar, no vas a hacer un psicoanálisis por un trastorno de ansiedad. No acepta nada, entonces hay que continuar el tratamiento. ‘Usted deme la pastilla que con esto trabajo’. (PSIQ-n2).

La resistencia a otros tipos de tratamientos también es señalada por las psicólogas, quienes argumentan que el paciente prefiere concurrir al psiquiatra porque este le proporciona el fármaco. Se establece así la idea de que el paciente prefiere la pastilla al psicólogo y que la propia intervención medicamentosa hace más difícil que el paciente acepte causas psíquicas de su malestar.

Entonces, es como la pastillita mágica, que muchas veces lo que yo digo a veces, cuando digo ‘fa, che, no, pa, faltaron pilas de pacientes. Y lógico’, digo yo en broma, mis compañeras se ríen, ‘yo no hago la recetita’. (PSIC-a1).

La razón de continuidad de la prescripción se ubica en las actitudes de los pacientes, ya sea porque

presionan a los profesionales, ya sea porque resisten a otras alternativas terapéuticas.

La Tabla 1 presenta un esquema de las cuatro dimensiones de los procesos de formación de los estereotipos desarrollados.

### Discusión

El presente estudio sobre las perspectivas de los profesionales de la salud pública en relación a la controversia científico-técnica de las BDZ, identificó la presencia de estereotipos asociados a los pacientes que complejizan la práctica clínica y el acto de prescripción. Esta formación de estereotipos y su consiguiente evaluación moral del comportamiento de los usuarios de BDZ suponen un desplazamiento de la valoración de la propia sustancia hacia la valoración del uso que se hace de ella y, de este uso, a la de los comportamientos de los individuos implicados. Quienes por consiguiente se encuentran en una situación de fracaso moral son aquellos sujetos que no son capaces de utilizar de manera controlada, y por lo tanto,

adecuada, las BDZ. De este modo, el núcleo mismo de la controversia científico-técnica sobre la utilidad clínica de las BDZ, a saber, la tensión entre dependencia-adicción, queda reducido a un problema individual, pues la responsabilidad de un buen o mal uso recae sobre los sujetos, y son ellos los que deben orientar moralmente sus comportamientos.

Esta responsabilidad se traslada fundamentalmente a los pacientes, en base a la tipificación crítica de los mismos (adictos, poseen conocimientos equivocados sobre los medicamentos, no obedecen las indicaciones de los profesionales, entre otras). Encontramos aquí, entonces, procesos de crítica moral y generalización de comportamientos tildados de indeseables, a través de estereotipos similares a los que han sido observados por otros estudios en el campo de la salud en torno al consumo de alcohol y otras drogas ilegales (Ronzani & Furtado, 2010). Posiblemente, la propia condena implícita de las BDZ que se desprende de la controversia científico-técnica desarrollada en torno a las mismas es la que hace posible establecer una cierta continuidad entre las valoraciones realiza-

**Tabla 1**

*Principales resultados.*

Procesos discursivos de formación de estereotipos y moralización de comportamientos en torno a los usuarios de BDZ que complejizan la práctica clínica y el acto de prescripción.				
1	Valoración negativa de las acciones de los pacientes respecto al consumo de BDZ.	→ Medidas de control que deben ser aseguradas para que el uso de BDZ dé buenos resultados.	→ Vigilancia de los comportamientos de médicos y pacientes en relación al uso de BDZ.	→ Situaciones declaradas como inmanejables por los profesionales de la salud
2	Pacientes percibidos como incapaces de apreciar el riesgo del consumo de BDZ.	→ Características de la personalidad de los pacientes que los hacen propensos a desarrollar adicción.	→ Pacientes con consumo prolongado de BDZ tipificados como adictos.	
3	Estrategias de pacientes para obtener BDZ fuera del sistema de salud o recurrir a médicos que otorgan la receta médica sin recaudos.	→ Pacientes se auto medican y siguen consejos de allegados legos, respondiendo a veces a una cultura transmitida por línea generacional femenina.	→ Pacientes responsables de sus usos indebidos de las BDZ.	
4	Demanda activa de BDZ por parte de los pacientes o de terceros cercanos a ellos, no aceptando otro tratamiento.	→ Pacientes para quienes el encuentro con el médico no es un fin sino un medio para acceder al medicamento.	→ Médicos que aún a su pesar persisten en la prescripción de BDZ.	

Usuarios de BDZ presentados como sujetos con una falla intrínseca que, en rigor, podrían haber desarrollado una adicción a estos medicamentos o a cualquier otra sustancia.

BDZ: benzodiazepinas.

das por los profesionales de la salud sobre el uso que los pacientes hacen de las BDZ y el uso problemático de sustancias ilegales.

Los estereotipos implican creencias acerca de características, atributos y comportamiento de un grupo en particular, así como las teorías de cómo y por qué ciertos atributos están relacionados (Hilton & Hippel, 1996) y la atribución de las causas al comportamiento observado (Michener, Delamater & Myers, 2005). La formulación de estas causas supone asimismo la atribución de una dimensión moral en la que la responsabilidad del acto recae sobre ciertas características del individuo. Así, los usuarios de BDZ en última instancia son presentados como con una falla intrínseca que, en rigor, podrían haber desarrollado una adicción a estos medicamentos o a cualquier tipo de sustancia. Aquí también el proceso de atribución moral de responsabilidades comparte algunas de las características que se han encontrado en las valoraciones de los profesionales de la salud sobre el alcoholismo y el uso problemático de las drogas (Palm, 2006).

La contrapartida moral de estos estereotipos de los pacientes, en los profesionales, en torno a los cuales no se constató la presencia de procesos de estereotipación, toma la forma de un dilema moral, pues estos deben decidir a “conciencia” cada prescripción. Otros estudios que han indagado la percepción de los médicos generales sobre la prescripción de BDZ han señalado algunas de las dimensiones implicadas a la decisión del médico de indicar estos medicamentos. Algunas investigaciones sobre el uso crónico han mostrado que la demanda del paciente se percibe como un factor que influye fuertemente sobre dicha prescripción (Bjorner & Laerum, 2003; Bradley, 1992). Los actos y las estrategias de los pacientes para conseguir las BDZ, descritos por los profesionales uruguayos, coinciden con dichas investigaciones en señalar este fenómeno como uno de los principales problemas del uso de BDZ en la práctica clínica. El dilema moral de la decisión de la prescripción se da en un contexto de caída del influjo médico, claramente visto a través de las estrategias que los pacientes despliegan para contrarrestar dicha autoridad y conseguir lo que necesitan del facultativo. Los profesionales, por consiguiente, aparecen como intermediarios entre los pacientes y el medicamento.

Anthierens, Habraken, Petrovic y Christiaen (2007), en su estudio sobre la opinión de los médicos

sobre la prescripción de BDZ por primera vez, dan cuenta del modo en que la prescripción de BDZ se convierte para los médicos en un medio de mostrar empatía hacia los pacientes y en una forma de aliviar o minimizar sus sufrimientos, así como de actuar ante la falta de alternativas en el equipo de salud. También para los profesionales de la salud uruguayos, la falta de alternativas claras a las BDZ se convierte en un elemento relevante en el acto de la prescripción junto a la atribución de responsabilidades a los usuarios.

La falta de alternativas que los profesionales de salud sustentan, tanto en el rechazo de los pacientes a los tratamientos no farmacológicos como en la valoración de que los hábitos crónicos son poco modificables, redundará además en el no establecimiento de procedimientos claros ni para la prevención de un uso problemático de BDZ ni para la discontinuación de su prolongado. En un país como el Uruguay, que presenta niveles elevados del consumo de BDZ, una importante tendencia al mantenimiento de su prescripción por períodos prolongados y altas tasas de intoxicación con estos medicamentos (Speranza et al., 2015), el juicio moral de los comportamientos de los pacientes y su responsabilización por el uso desmesurado de las BDZ, parecen obstaculizar una discusión profunda y un tratamiento colectivo de un fenómeno de por sí altamente complejo.

## Referencias

- Anthierens, S., Habraken, H., Petrovic, M. & Christiaen, C. (2007). The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. A qualitative study on GPs' perspectives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 214-219.
- Behan, M. & Dobbin, J. (20 de julio de 2009). *All-party parliamentary group on involuntary tranquilliser addiction*. Submission to equalities and human rights commission. Recuperado de: <http://www.addictiontoday.org/files/appg-ita-submission-to-ehrc.pdf>
- Bjorner, T. & Lærum, E. (2003). Factors associated with high prescribing of benzodiazepines and minor opiates. A survey among general practitioners in Norway. In: *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21, 115-120.
- Bradley, C. P. (1992). Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. *British Journal of General Practice*, 42(364), 454-458.

- Breggin, P. (1998). Analysis of adverse behavioral effects of benzodiazepines with a discussion on drawing scientific conclusions from the FDA's spontaneous reporting system. *The Journal of Mind and Behavior*, 19(1), 21-50.
- Bury, M. (1996). Caveat venditor: social dimensions of a medical controversy. En: D. Healy & D. P. Doogan (Ed.), *Psychotropic Drug Development* (pp. 41-57). Londres: Chapman & Hall.
- Donoghue, J. & Lader, M. (2010). Usage of benzodiazepines: A review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14, 78-87.
- García, G., Vignolo, J., Contera, M. & Murillo, N. (2002). Consumo de psicofármacos en el Centro de Salud Sayago. Montevideo, 1998. *Revista Médica del Uruguay*, 18, 154-160.
- Herrera, J. (1978). Psicofarmacología de los estados de ansiedad. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 43(258), 215-232.
- Hilton, J.L. & von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 47, 237-271.
- King, M. B. (1992). Is there still a role for benzodiazepines in general practice? *British Journal of General Practice*, 42(358), 202-205.
- Lader, M. (1996). The rise and fall of the benzodiazepines. En: D. Healy & D. P. Doogan (Ed.), *Psychotropic Drug Development* (pp. 58-68). Londres: Chapman & Hall.
- Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited: will we ever learn? *Addiction*, 106(12), 2086-109.
- Lader, M. & Morton, S. (1991). Benzodiazepine problems. *British Journal of Addiction*, 86, 823-828.
- Michener, H. A., DeLamater, J. D., Myers, D. J. (2005). *Psicología Social*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Palm, J. (2006). *Moral concerns – treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems*. Dissertation from Stockholm University: Kriminologiska institutionen, Faculty of Social Sciences, Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD).
- Pieters, T. & Snelders, S. (2009). Psychotropic drug use: between healing and enhancing the mind. *Neuroethics*, 2, 63-73.
- Riva, F., Servente, J., Luquetti, L., Vicente, H. F. de & Bernardi, R. (2000). Uso de psicofármacos en población internada en un hospital universitario de adultos. *Revista Médica del Uruguay*, 16, 201-211.
- Ronzani, T. & Furtado, E. (2010). Estigma social sobre o uso de alcohol. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 326-332.
- Schönberg, A. (1997). Tranquillizers and hypnotic-sedatives as a social problem in Finland and Sweden. *Nordisk Alkohol & Narkotikatidskrift*, 14, 17-31.
- Solal, J. (1994). Los medicamentos psicotrópicos o la dependencia confortable. En: A. Ehrenberg (Ed.), *Individuos bajo influencia*. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos (pp. 191-202). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Speranza, N., Dominguez, V., Pagano, E., Artagaveytia, P., Olmos, I., Toledo, M. & Tamosiunas, G. (2015). Consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya: un posible problema de salud pública. *Revista Médica Uruguaya*, 31(2), 111-118.
- Tone, A. (2005). Listening to the past: history, psychiatry, and anxiety. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 373-380.
- Uruguay. (2008). Poder Legislativo Uruguay. *Ley 18331 – 11/08/2008*. Poder Ejecutivo Uruguay, Decreto de reglamentación de Ley 18331, CM/524/08 – 31/08/2008.

**Dirección para correspondencia:**

Andrea Bielli  
 Tristán Narvaja, 1674  
 CP: 11200  
 Montevideo, Uruguay  
 E-mail: abielli@psico.edu.uy

Recibido el 31/07/2015  
 Revisado el 07/10/2015  
 Aceptado el 18/11/2015



## Social distance toward people with substance dependence: a survey among health professionals

*La distancia social de las personas con dependencia de sustancias: una encuesta entre los profesionales de la salud*

Pollyanna Santos da Silveira<sup>I</sup>

Rhaisa Gontijo Soares<sup>II</sup>

Henrique Pinto Gomide<sup>III</sup>

Gabriela Correia Lubambo Ferreira<sup>III</sup>

Ana Luísa Marlière Casela<sup>III</sup>

Leonardo Fernandes Martins<sup>III</sup>

Telmo Mota Ronzani<sup>III</sup>

### Abstract

The aim of this study was to investigate factors associated with social distance toward people with substance dependence among health professionals. A hundred and eighty-three health professionals from Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil, were interviewed using structured questionnaires with vignettes. The vignettes assessed emotional reactions generated by alcohol, marijuana, and cocaine dependents. Belief in recovery and perception of dangerousness were significantly associated with social distance toward people with cocaine and marijuana dependence. Only belief in recovery was significant with alcohol dependence. This study provides preliminary data on factors related to the desire for social distance among health professionals, improving the understanding of stigmatization, and the development of research and training in the area.

**Keywords:** social distance; health professionals; stigma; drug dependency; Brazil.

### Resumen

Este estudio tuvo como objetivo investigar los factores asociados con la distancia social hacia las personas con dependencia de sustancias entre los profesionales de la salud. Ciento ochenta y tres profesionales de la salud de Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil fueron entrevistados mediante un cuestionario estructurado con viñetas. Las viñetas evaluaron las reacciones emocionales generados por el alcohol, marihuana y cocaína dependientes. La creencia en la recuperación y la percepción de peligrosidad fueron significativos asociados con la distancia social hacia las personas con dependencia de la cocaína y la marihuana. Sólo la fe en la recuperación fue significativa con la dependencia del alcohol. Este estudio muestra los datos preliminares sobre los factores relacionados con el deseo de distancia social entre los profesionales de la salud, la mejora de la comprensión de la estigmatización y el desarrollo de la investigación y la formación en el área.

**Palabras clave:** distancia social; profesionales de la salud; estigma; dependencia a drogas; Brasil.

<sup>I</sup>Universidade Católica de Petrópolis (Petrópolis), Brasil; Universidade Federal de Juiz de Fora (Juiz de Fora), Brasil.

<sup>II</sup>Faculdade Pitágoras (Divinópolis), Brasil.

<sup>III</sup>Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora (Juiz de Fora), Brasil.

## Introduction

The perception of the population about a disease influences the willingness to seek help, commitment to treatment, and the reintegration into the community (Peluso & Blay, 2004). Even when health resources and facilities are made available, many people may avoid them, or quit treatment prematurely in an attempt to avoid stigmatization (Corrigan, 2004; Rüsçh, Angermeyer & Corrigan, 2005).

Studies showed that the negative perception of a health condition could be a predictor of stigma.

Stigma affects several life domains including housing, employment, interpersonal relationships, and recovery, which leads to social isolation and an increased desire for social distance (Angermeyer & Matschinger, 1997; Dietrich et al., 2004; Lauber, Nordt, Falcató & Rössler, 2004; Link, Struening, Neese-Todd, Asmusen & Phelan, 2001). Social distance is defined as the lack of willingness of one person to engage in relationships of different degrees of intimacy with someone who has a spoiled identity. It may be the most stigmatizing factor for those affected with a mental health condition (Link, Cullen, Frank & Wozniak, 1987).

The desire for social distance is often caused by threatening feelings, which are induced by distorted perceptions and differences between groups. These distorted perceptions and differences are based on physical characteristics (e.g. scars, disabilities, or anorexia nervosa), personal traits (e.g. criminal background, mental illness, drug dependence), or personal beliefs (e.g. perception of unpredictability, lack of control over the disease) (Blascovich, Mendes, Hunter & Lickel, 2003).

Link, Phelan, Bresnahan, Stueve and Pescosolido (1999) conducted a study on public conceptions of patients with mental illness. They found that people had greater desire for social distance from a cocaine user than an alcohol dependent or a person with schizophrenia. The difference in desire for social distance may be due to an association with the belief that a person with a certain characteristic can be violent (Link et al., 1999). Other studies showed that substance users are seen as more responsible for their condition, more violent, and more unpredictable than others affected by different mental illness (Angermeyer & Matschinger, 1997; Link & Phelan, 2013; Pescosolido, Monahan, Link, Stueve & Kikuzawa, 1999).

Alcohol and other drugs dependence is one of the major public health problems in Brazil. Studies pointed out that substance abuse is also a stigmatized behavior by health professionals (Ronzani, Furtado & Higgins-Biddle, 2009; Silveira, Martins & Ronzani, 2009; Soares et al., 2001). This may lead to several implications for substance abuse treatment, once professionals are more willing to give poor and coercive treatment. Attached to this, the process of stigmatization reinforces the exclusion model that secures another aspect of discrimination: compulsory treatment, a method that is becoming popular again in Brazil in relation to drug use (Fortes, 2010; Moreira & Loyola, 2011; Scisleski & Maraschin, 2008). Compulsory treatment involves the exercise of power in placing labeled individuals in separate circumstances and treating them differently, and leads to several implications regarding social relationships and integration impairment, and may also compromise chances for recovery (Link, Castille & Stuber, 2008; Schomerus et al., 2011).

Besides that, stigma acts as a barrier to health care (Ahern, Stuber & Galea, 2007). In attempt to avoid stigmatization and discrimination, substance dependents may abstain from seeking help. This leads to poor adherence to treatment, aggravation

of symptoms, decrease in quality of life, low self-esteem, and low self-efficacy (Li, Lee, Thammawijaya, Jiraphongsa & Rotheram-Borus, 2009; Ssebunnaya, Kigozi, Lund, Kizza & Okello, 2009; Verhaeghe, Bracke & Bruynooghe, 2008). Therefore, the study of the desire for social distance from health professionals regarding alcohol and other drugs dependents can contribute to the management of appropriate strategies for changing professionals' attitudes and improve quality of care for these patients (Palm, 2006; Ronzani, 2007).

Considering the fact that many alcohol and other drugs dependents attend different types of health services, which leads to a direct contact between them and health professionals, this study aimed to investigate which factors were associated with the desire for social distance of people who are substance dependents, among health professionals in Juiz de Fora city, Minas Gerais, Brazil.

## Method

### *Study design and participants*

This was a cross-sectional study conducted in a sample of 183 health professionals. The sample consisted of 183 professionals from 2 general hospitals and 1 outpatient mental health service in Juiz de Fora, in the state of Minas Gerais, Brazil. These hospitals are linked to the universal health care system as secondary and tertiary care facilities. The first is affiliated with Universidade Federal de Juiz de Fora and the second with the state of Minas Gerais. These services cover a population of approximately 516,247 people.

Owing to the large number of health professionals working in the two hospitals (786 and 336), a stratified sampling was performed. Five professionals' categories were used to perform the sampling: physicians, nurses, nursing technicians, other technicians, and other graduated health professionals (e.g. psychologists, physiotherapists). The sample size estimated was 131 people, in order to have a precision of 1.5 points with a 95% confidence interval. In case of refusals or not being able to find the professional, a replacement list was created, expanding the sample size in 20%. Owing to the small number of health professionals in the outpatient mental health service (70), we tried to interview all professionals. The response rate was 74% (52 of 70).

The sample was composed mostly by women (67.8%), with a mean age of 44.1 years old (SD=9.8).

The number of years employed in any area of the health field ranged from 1 to 38, with a mean of 18.2 years. Most of the professionals were auxiliaries and nursing technicians (37.9%). Doctors represented 26.4% and nurses constituted 11.5% of the sample. Other professionals represented 24.1%. Sample characteristics are described in Table 1.

*Procedures and instruments*

Participants completed self-reported questionnaires assisted by researchers throughout the data collection process. Instruments used were:

- Questionnaire about Professional Characteristics: This questionnaire characterized study participants in terms of sociodemographic data, such as gender, age, marital status, occupation, and years of employment. It also evaluated whether the health professional had personal or professional contact with substance users (Silveira, 2010).
- Vignettes: The vignettes were adapted from Link et al. (1999) and Peluso and Blay (2008). They describe a character that is alcohol, marijuana, or cocaine dependent, according to the DSM-IV criteria for substance dependence. The vignettes assessed the perception of dangerousness, belief in recovery, and the desire for social distance. Here is an example of the alcohol vignette:

José is 45 years old and always uses alcohol. However, recently, José has been drinking more than usual to achieve the same effects as before. Every time he tries to slow down or stop drinking, he becomes agitated, has nausea, tremors and cold sweats, which are relieved by drinking more alcohol. Even though alcohol is harmful to health, José cannot stop drinking. He has had problems at home with his wife and children. Also, his boss has noticed that he has been quite absent at work and his production is way below normal.

For each vignette, participants were asked to evaluate how much they agreed with the assertions using a 7-point Likert scale ranging from “totally disagree” to “totally agree.” The score of social distance was obtained through the sum of five items, representing behaviors of avoiding contact with substance dependents. In the scale, the higher the score, the lower the desire for social distance.

All participants signed a consent form and all the research procedures were approved by Universidade Federal de Juiz de Fora institutional review board, process number 0015/09.

*Data Analysis*

To reduce possible systematic errors in data entry, 25% of the questionnaires were randomly selected, and the answers on the hard copy were compared against those in the database. No errors were observed. Data were analyzed in R language (R Core Team, 2014). We used multiple linear regression for analyzing how the explanatory variables were related to the dependent variable. Predictors were selected taking into account the theoretical framework and results from a previous study. The sample size was sufficient to find a medium effect in the regression as defined by Cohen (1984) with five predictors.

Social distance was the dependent variable measured by the social distance scale for each substance, and the explanatory variables were sex, age, contact, years working on profession, perception of dangerousness, and belief in patient recovery. Assumption of independence and multicollinearity were checked by the Durbin–Watson test and VIF. Residuals and influence cases were checked using graphics. For each analysis, alpha level was set at 0.05.

**Table 1**  
*Description of sample characteristics (n=183 health professionals).*

<b>Characteristics</b>	
Sex	(%)
Female	67.8
Male	32.2
Profession	(%)
Nursing auxiliaries and technicians	37.9
Doctors	26.4
Graduate-level professionals	18.1
Nurses	11.5
Other technicians and auxiliaries	6.0
Age – Mean (SD)	44.1 (9.7)
Years of employment – Mean (SD)	18.2 (9.8)

## Results

Among the sample of 183 health professionals, 67.4% reported having a professional or personal contact with alcohol or other drugs heavy users or dependents. The results of the regression models for each of the three substances are presented below.

### Alcohol

Belief in recovery was the only variable able to explain social distance at a statistical significant level as presented in Table 2. Each point on belief in recovery was associated with an increase of 1.65 points in the social distance scale. All the other variables showed no explanatory relationship with social distance. The six predictors accounted for 14% of the variance.

### Cocaine

As the alcohol model, belief in recovery was statistically significant for the explanation of social distance. Each point on the belief in recovery variable was associated with an increase of 1.50 points in the social distance scale. The perception of dangerousness was also statistically significant. Each point added on the perception of dangerousness scale was associated with a decrease of -0.54 in the social distance scale. The other variables were not statistically significant as shown in Table 3. The model accounted to 15% of the variance.

**Table 2**

*Explanatory model for alcohol – Social Distance Scale.*

Variables (Social Distance)	B	SE β	SE	t	p
Intercept	4.23		3.25	1.30	0.20
Sex (male=1)	-1.20	-0.09	1.02	-1.18	0.24
Age	0.10	0.15	0.08	1.24	0.22
Years working	-0.04	-0.06	0.08	-0.47	0.64
Contact (yes)	-0.84	-0.06	1.06	-0.79	0.43
Dangerousness	0.46	0.13	0.25	1.82	0.07
Recovery	1.65	0.36	0.33	5.01	0.001*

$R^2$  adjusted = 0.14; (F(6, 160)=5.6; p< 0.001).

B: Unstandardised Beta Coefficient; β: Standardised Beta Coefficient; SE: Standard Error; t: Student's t teste; p: p-value.

### Marijuana

Perception of dangerousness and belief in recovery were statistically significant in explaining social distance. The results indicated that each point in the belief in recovery was associated with an increase of 1.43 points in the social distance scale. In contrast, each point added in the perception of dangerousness scale was associated with a decrease of 0.66, indicating greater desire for social distance (B= -0.66). The other variables were not statistically associated with social distance, as shown in Table 4. The model accounted to 15% of the variance.

**Table 3**

*Explanatory model for cocaine – Social Distance Scale.*

Variables (Social Distance)	β	SE β	SE	t	p
Intercept	8.69		3.17	2.74	0.010*
Sex (male=1)	0.47	0.03	1.01	0.47	0.640
Age	0.03	0.04	0.08	0.38	0.710
Years working	0.06	0.08	0.08	0.71	0.480
Contact (yes)	0.24	0.02	1.04	0.23	0.810
Dangerousness	-0.57	-0.17	0.24	-2.37	0.020*
Recovery	1.53	0.37	0.29	5.28	0.001*

$R^2$  adjusted = 0.15; (F(6, 166)=6.2; p<0.001).

B: Unstandardised Beta Coefficient; β: Standardised Beta Coefficient; SE: Standard Error; t: Student's t teste; p: p-value.

**Table 4**

*Explanatory model for marijuana – Social Distance Scale.*

Variables (Social Distance)	β	SE β	SE	T	p
Intercept	11.17		3.13	3.57	0.001*
Sex (male=1)	0.14	0.01	1.00	0.14	0.890
Age	-0.01	-0.02	0.08	-0.16	0.870
Years working	0.07	0.10	0.08	0.83	0.400
Contact (yes)	0.67	0.05	1.04	0.65	0.520
Dangerousness	-0.66	-0.22	0.22	-3.09	0.010*
Recovery	1.45	0.32	0.33	4.38	0.001*

$R^2$  adjusted = 0.15; (F(6, 161)=6.6; p<0.001).

B: Unstandardised Beta Coefficient; β: Standardised Beta Coefficient; SE: Standard Error; t: Student's t teste; p: p-value.

No violations of multicollinearity and independence assumptions for the three regression models were detected. Residuals were normally distributed, and no influential cases were detected in the alcohol and the marijuana models. The cocaine model had influential cases and residuals were not normally distributed. Therefore, generalizations about the cocaine model should be interpreted with caution.

## Discussion

This study might shed some light on the development of evidence, not only in the Brazilian context, in which few studies were conducted on the topic of stigmatization (Link et al., 1987; Ssebunnya et al., 2009; Verhaeghe et al., 2008), but also to enhance the understanding of the topic more broadly.

Considering the explanatory model for social distance, sex and age were not statistically significant for alcohol, cocaine, or marijuana models. As found in the study developed by Coker (2005), judgments of social distance were also not related to the sample of sociodemographic characteristics.

Contact with substance dependents was not statistically significant in explaining the model for social distance for the three stigmatized conditions. Some studies in the literature indicate that contact with people with stigmatized health conditions can increase or decrease the desire for social distance (Angermeyer & Matschinger, 1997; Corrigan et al., 2005). Our results are in agreement with Pereira (2002), which suggests that only the contact with drug users does not determine the increase or decrease in social distance. Contact may be investigated in a deeper level, considering the quality of interactions between substance dependents and health professionals.

The perception of dangerousness was considered explanatory for social distance related to cocaine and marijuana dependents. In a study conducted in the United States on public conceptions of patients with mental illness (Link et al., 1999), respondents reported more desire for social distance for cocaine dependence, followed by alcohol dependence and schizophrenia. The authors also found an association between the desire for social distance and the belief that people with these conditions can be violent. As the symptoms of mental illness are associated with violence, people suffering from it are negatively affected by rejection and may be reluctant to seek professional help for fear of stigmatization and exclusion. Other studies showed that stigma-

tization could lead to social distance and exclusion of stigmatized people (Angermeyer & Matschinger, 1997; Dietrich et al., 2004).

The association between the perception of dangerousness and social distance for cocaine and marijuana users leads us to the following question: is social distance related to the illegal status of the substances?

Belief in recovery was statistically significant for all the three models. The greater the belief in recovery, the lower the desire for social distance. Belief in recovery is of great importance, since it can contribute to the expectations of rejection, which leads to poorer treatment outcomes (Angermeyer & Matschinger, 1997; Hebl, Tickle, & Heather-ton, 2003). Studies showed that, when substance users perceive treatment as a threat rather than as an advantage, they tend to avoid treatment in order to avoid stigma and its consequences (Link et al., 1999). Therefore, stigma seems to be an important factor influencing the outcomes of health services interventions, and for the improvement of subjective quality of life (Dietrich et al., 2004).

The main strength of this study consists in the utilization of a method consistent with the methodological recommendations for the study of social stigma. The use of vignettes addresses the bias of self-reported measures and interviews, which is a common issue in the field of social psychology (Goffman, 1978; Kelleher, 2007). Substance abuse is one of the conditions seen in the most negative way (Blascovich et al., 2003), so it is recommended to reorganize services and training professionals in order to meet the needs of patients and achieve better substance abuse treatment outcomes (Hansson, 2006).

## Acknowledgement

We thank the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Ronzani research fellowship PROCAD 552452/2011-4); the Minas Gerais State Research Foundation, which funded this research with process SHA APQ-1006-5.06/07 and the Pesquisador Mineiro Program, and the Deanery Research of Universidade Federal de Juiz de Fora (Pró-Reitoria de Pesquisa – PROPESQ/UFJF).

## References

- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2-3), 188-96.

- Angermeyer, M. C., & Matschinger H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, 27(1), 131-141.
- Blascovich, J., Mendes, W. B., Hunter, S. B., & Lickel, B. (2003). Stigma, Threat, and Social Interactions. In: Heatherton, T. F., Kleck, R. E., Hebl, M. R., & Hull J. G. (Eds), *The social psychology of stigma* (pp. 307-33). New York: The Guilford Press.
- Cohen, J. (1984). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Third ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Coker, E. M. (2005). Selfhood and social distance: toward a cultural understanding of psychiatric stigma in Egypt. *Social Science and Medicine*, 61(5), 920-30.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.
- Corrigan, P., Lurie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K., & Phelan S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56(5), 544-50.
- Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 348-354.
- Fortes, H. M. (2010). Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(Suppl 2), s321-s330.
- Goffman, E. (1978). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (2nd ed.) Rio de Janeiro: Zahar.
- Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 113(s429), 46-50.
- Hebl, M. R., Tickle, J., & Heatherton, T. F. (2003). Awkward Moments in interactions between nonstigmatized and stigmatized individuals. In: Heatherton, T. F., Kleck, R. E., Hebl, M. R., & Hull, J. G. (Eds), *The Social Psychology of Stigma* (p. 275-306). New York: The Guilford Press.
- Kelleher, S. (2007). Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Accident and Emergency Nursing*, 15(3), 161-5.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community mental health journal*, 40(3), 265-274.
- Li, L., Lee, S. J., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C., & Rotheram-Borus, M. J. (2009) Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS Care*, 21(8), 1007-13.
- Link, B., Castille, D. M., & Stuber, J. (2008). Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Social Science and Medicine*, 67(3), 409-19.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *The American journal of sociology*, 92(6), 1461-1500.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2013). Labeling and stigma. In: Aneshensel, C. S., Phelan, J. C., & Bierman, A. (Eds.), *Handbook of sociology of mental health* (pp. 481-494). New York: Springer.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, 89(9), 1328-1333.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626.
- Moreira, L., & Loyola, C. M. D. (2011). Internação involuntária: as implicações para a clínica da enfermagem psiquiátrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 692-699.
- Palm, J. (2006). *Moral concerns - treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems*. Stockholm: University of Stockholm.
- Peluso, E. T. P., & Blay, S. L. (2004). Community perception of mental disorders: A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 955-961.
- Peluso, E. T. P., & Blay, S. L. (2008). Public Perception of Alcohol Dependence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 19-24.
- Pereira, M. E. (2002). *Psicologia social dos estereótipos*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Pescosolido, B. A., Monahan, J., Link, B. G., Stueve, A., & Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1339-1345.
- R Core Team. (2014). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna (AT). Acesso em 10 de Agosto de 2013, em <http://www.R-project.org/>

- Ronzani, T. M. (2007). A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(1), 38-43.
- Ronzani, T. M., Furtado, E. F., & Higgins-Biddle, J. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social science & medicine*, 69(7), 1080-1084.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-12.
- Scisleski, A. C. C. I., & Maraschin, C. (2008). Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 457-465.
- Silveira, P. S. (2010). *Estigmatização do uso de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde de Juiz de Fora*, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais.
- Silveira, P. S., Martins, L. F., & Ronzani, T. M. (2009). Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 62-75.
- Soares, R. G., Silveira, P. S., Martins, L. F., Gomide, H. P., Lopes, T. M., & Ronzani, T. M. (2001). Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, 16(1), 91-98.
- Ssebunnya, J., Kigozi, F., Lund, C., Kizza, D., & Okello, E. (2009). Stakeholder perceptions of mental health stigma and poverty in Uganda. *BMC International Health and Human Rights*, 9(1), 5.
- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), 206-18.

Received on 23/07/2015

Revised on 11/10/2015

Accepted on 18/11/2015

**Corresponding address:**

Pollyanna Santos da Silveira  
 Rua José Lourenço Kelmer, s/n  
 Campus Universitário – São Pedro  
 CEP: 36036-900 – Juiz de Fora/MG  
 E-mail: pollyannasilveira@gmail.com

## Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal

Harm reduction in the view of professionals working in CAPS AD II of the Federal District

Glacy Daiane Barbosa Calassa<sup>I</sup>

Maria Aparecida Penso<sup>II</sup>

Lêda Gonçalves de Freitas<sup>III</sup>

### Resumo

Este artigo discute, na perspectiva dos Direitos Humanos, como os profissionais dos CAPS AD II do Distrito Federal compreendem a Redução de Danos e como essa prática se efetiva. A fundamentação teórica se baseou na Reforma Psiquiátrica e nas políticas públicas sobre o tratamento a usuários de drogas. Para isso, realizou-se uma pesquisa qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas com 19 profissionais. As informações foram tratadas por meio do *software* IRaMuTeQ<sup>®</sup> e examinadas segundo a análise de conteúdo de Bardin (2011). Os resultados apontaram que, apesar de os profissionais conhecerem estratégias relacionadas à Redução de Danos, suas práticas não respeitam as escolhas do sujeito, violando os princípios da liberdade individual e dos Direitos Humanos.

**Palavras-chave:** redução de dano; Direitos Humanos; centro de atenção psicossocial (CAPS).

### Abstract

This paper discusses, from the perspective of human rights, how professionals of CAPS AD II from the Federal District understand the harm reduction and how that practice is conducted. The theoretical framework was based on the Psychiatric Reform and on the public policy concerning the treatment of drug users. In order to do this, a qualitative research was carried out using semi-structured interviews with 19 professionals. The information was processed through IRaMuTeQ<sup>®</sup> software and analyzed after the Bardin (2011) content analysis. The results showed that, although the professionals are familiarized with strategies related to harm reduction, their practices does not respect the choices of the subject, violating the principles of individual freedom and human rights.

**Keywords:** harm reduction; human rights; community mental health services.

<sup>I</sup>Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, Secretaria de Saúde do Distrito Federal

<sup>II</sup>Escola de Saúde, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade Católica de Brasília

<sup>III</sup>Escola de Saúde, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade Católica de Brasília

## Introdução

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, instituiu as bases para a convivência humana com a finalidade de pôr fim ao sofrimento produzido pelo nazismo e, ao mesmo tempo, impedir que situações similares de violações ocorressem novamente no mundo. Em virtude dessa declaração, inúmeros pactos, tratados e convenções internacionais passaram a preceituar os Direitos Humanos. Em seu artigo 1º, a Declaração evidencia os pilares da dignidade humana ao apontar: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”. (ONU, 1948). Dessa maneira, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o reconhecimento da dignidade inerente a todos os seres humanos e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da

liberdade, da justiça e da paz no mundo. Assim, não há como falar em saúde, de forma ampliada, sem falar em Direitos Humanos, pois, quando os tratamentos violam os direitos dos cidadãos, não existe saúde (Amarante, 1998).

Com efeito, a Constituição brasileira engloba entre os fundamentos do Estado a cidadania e a dignidade da pessoa humana. Há, na Carta Magna, o reconhecimento e a incorporação dos Direitos Humanos no ordenamento social, político e jurídico brasileiro. Observa-se como objetivo principal do texto constitucional a construção de uma sociedade livre, justa e solidária. Compromete-se ainda com o desenvolvimento nacional, a erradicação da pobreza, a redução das desigualdades sociais e regionais e a promoção do bem-estar de todos, sem preconceitos ou discriminação de qualquer tipo. Indica também que o Brasil reja suas relações internacionais pela prevalência dos Direitos Humanos (Brasil, 2009).



A Constituição Cidadã de 1988 foi um grande marco para a mudança de modelos de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na medida em que reconheceu, entre seus fundamentos, a dignidade da pessoa humana e os direitos ampliados da cidadania (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais), permitindo o debate mais profundo sobre Direitos Humanos (Brasil, 1988, 2007). O princípio da dignidade da pessoa humana previsto no Artigo 1º da Constituição Federal de 1988 requer de todo o Estado brasileiro uma consistente rejeição a qualquer tratamento indigno aos seres humanos, como maus tratos por orientação sexual, religião, etnia, gênero, tortura, trabalho análogo à escravidão, entre outras práticas que possam degradar a dignidade da pessoa.

A dignidade da pessoa humana é o fundamento último do Estado brasileiro. Assim sendo, todas as ações do poder público devem ter como base esse princípio. O Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) alarga as dimensões dos direitos e das garantias fundamentais ao considerar os Direitos Humanos como princípio transversal que necessita perpassar todas as políticas públicas (Brasil, 2010). O programa focaliza o fortalecimento e a promoção dos Direitos Humanos por meio de seis eixos orientadores, a saber: Interação Democrática entre Estado e Sociedade Civil; Desenvolvimento e Direitos Humanos; Universalizar Direitos em um Contexto de Desigualdades; Segurança Pública, Acesso à Justiça e Combate à Violência; Educação e Cultura em Direitos Humanos; Direito à Memória e à Verdade. Cada eixo tem diretrizes, objetivos estratégicos e ações que deverão ser desenvolvidas nos próximos anos. Tem-se, portanto, um programa que direciona o fazer de todos os agentes públicos para promover a efetuação dos Direitos Humanos no Brasil.

No contexto de afirmação dos Direitos Humanos no Brasil, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2003) está em consonância com o fundamento da dignidade da pessoa humana ao:

- Compreender que o uso de álcool e outras drogas é um problema de saúde pública;
- Propor a Redução de Danos como estratégia de saúde pública;
- Pensar políticas que visem desconstruir a visão de que todo usuário de droga é uma pessoa doente;
- Buscar envolver toda a sociedade civil no processo de controle e participação nas práticas de prevenção e reabilitação dos usuários de drogas.

À vista disso, a atuação em Saúde Mental deve apresentar princípios e valores que busquem:

- Serviços que promovam a inclusão social e o combate ao estigma e à discriminação;
- Trabalhar intersetorialmente, incluindo cuidados de saúde, cuidado social, habitação e emprego;
- Mostrar que as pessoas devem ser agentes ativos em seus tratamentos e encorajadas a expressar preferências e exercer sua escolha.

Isso pressupõe que os indivíduos tratados têm responsabilidades e direitos; o sistema de saúde tem responsabilidade mais ampla de influenciar a formulação e execução das políticas sociais e econômicas, incluindo aquelas relativas a educação, formação e emprego (Tulloch, Boardman, Henderson, & Knapp, 2008).

Tomando-se por base esse novo contexto, a abstinência deixa de ser o único objetivo almejado e a única direção de tratamento possível. Além disso, busca-se não submeter o campo da saúde aos poderes jurídico, psiquiátrico e religioso, como se fez durante longa data (Passos & Souza, 2011). De acordo com essa visão, as práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, têm que levar em conta a diversidade e lidar com as singularidades, as diferentes possibilidades e as escolhas feitas pelos sujeitos. A ideia central na Reforma Psiquiátrica é que o indivíduo trace, com a equipe de referência, estratégias voltadas não para a abstinência como objetivo único, mas para a defesa e melhoria de sua qualidade de vida (Brasil, 2003).

Assim, o paradigma da Redução de Danos preconizado na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas indica diretrizes que podem aumentar o grau de liberdade e corresponsabilidade daquele que está se tratando (Brasil, 2003). A compreensão do Ministério da Saúde (MS) é de que a abstinência não é o único caminho a ser percorrido. A pensar nas singularidades de cada sujeito, as práticas de saúde devem considerar a diversidade e envolver a participação e o engajamento dos usuários de álcool e drogas. Nesse sentido, a Redução de Danos é uma prática auspiciosa, porque suas estratégias são construídas com os usuários, em um caminho que alarga a liberdade e a corresponsabilidade de quem está em tratamento. Essa nova forma de tratamento promove os Direitos Humanos do paciente, compreendendo-o como um ser humano au-

tônomo e capaz de fazer suas próprias escolhas (Brasil, 2003, 2005).

De acordo com essa perspectiva, o profissional deve se situar frente às queixas dos usuários, sem deturpá-las ou reduzi-las. As posturas e atitudes, políticas e programas passam a ter como objetivo colaborar para a mudança na visão de mundo da sociedade frente às drogas, possibilitando o diálogo (Fonsêca, 2012). Abrem-se novas possibilidades clínicas, políticas e existenciais ao se perceber a diversidade do uso de drogas. Coloca-se em evidência que, além das pessoas que usam drogas e precisam de tratamento, existem aquelas que não precisam e não querem diminuir o uso (Passos & Souza, 2011). Essa perspectiva exige a imersão na realidade dos sujeitos e, com base nisso, na busca por soluções participativas e contextualizadas que primem pela cooperação, pela complementaridade, pelo respeito mútuo, pela afinidade afetiva, enfim, que privilegiem os vínculos entre as pessoas (Fonsêca, 2012).

Em 2003, 14 anos após as primeiras ações de Redução de Danos, esta passa a ser compreendida como estratégia na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que busca a inclusão do consumo de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública e o atendimento às recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental. A política afirma que, por meio do tratamento, deve-se aumentar o grau de liberdade e corresponsabilidade do usuário. Também aborda o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que são corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pelo usuário e pelas muitas vidas que a ele se ligam. Essa política é norteada, entre outras, pelas seguintes diretrizes: atenção integral, prevenção, promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas, territorialização e intersetorialidade (Brasil, 2003).

Contudo, ainda hoje, apesar do aparato legal e das políticas públicas, os projetos de Redução de Danos são desenvolvidos à margem do SUS, permanecem desarticulados com a rede intersetorial e encontram forte resistência em outros setores do aparelho estatal que são a favor de política antidrogas (Fonsêca, 2012). Existe carência de estudos que avaliem a prática e a visão dos profissionais sobre as políticas de Redução de Danos.

Para romper totalmente com a visão asilar e de abstinência total, passando-se a aceitar a Redução de Danos como uma possibilidade, os profissionais devem redefinir seus papéis e reorientar suas

práticas. É necessário mudar totalmente a forma de tratar o usuário, eliminando formas coercitivas de atuar. Ao mesmo tempo, deve-se produzir relações e espaços de diálogo e investir em dispositivos democráticos, que respeitem a escolha do indivíduo (I Conferência Nacional de Saúde, 1987; Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001).

Por meio de toda a discussão apresentada, percebe-se que a perspectiva dos Direitos Humanos está em consonância com o artigo 1º da Constituição de 1988, que aborda a dignidade da pessoa como valor inerente à condição humana, manifestado na autodeterminação consciente e responsável da própria vida, bem como na necessidade do respeito por parte das demais pessoas sobre as escolhas individuais (Brasil, 1988; Moraes, 2003). Baseado nessa premissa, este artigo discute como os profissionais dos CAPS AD II do Distrito Federal compreendem a Redução de Danos e como essa prática se efetiva no cotidiano dos serviços.

## Método

A pesquisa aqui apresentada se fundamentou em uma proposta qualitativa, que se torna o método preferido quando se pretende analisar a realidade dinâmica e não linear, pois busca a compreensão profunda dos acontecimentos sociais, subsidiando mudanças e transformações na realidade social. Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador se aprofunda no tema e no objeto estudado (Demo, 2012; Goldenberg, 2007; Richardson, Peres, Wanderley, Correia & Peres, 2012).

### *Participantes*

Dezenove profissionais entrevistados, dois do sexo masculino e 17 do sexo feminino, com idades entre 28 e 59 anos e cujo tempo de atuação profissional no CAPS variava de seis meses a oito anos. Foram quatro médicos psiquiatras, quatro psicólogos, quatro assistentes sociais e sete técnicos de enfermagem.

### *Instrumentos*

Utilizou-se, para a coleta de dados, a entrevista semiestruturada contendo questões abertas que abordaram a forma de atendimento nos CAPS AD II e a visão dos profissionais sobre a Política de Álcool e Outras Drogas.

### Procedimentos de coleta

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília e no comitê da Escola Superior de Ciências da Saúde (FEPECS), a pesquisa foi apresentada aos gestores de cada um dos CAPS AD II, visando obter sua adesão a ela. Logo depois, foram feitas as entrevistas semiestruturadas com os profissionais de cada CAPS AD II. Em todos os CAPS AD II, as entrevistas foram realizadas individualmente, em uma sala de consultório, o que garantiu o sigilo das informações. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, por meio de aplicativo, em um *smartphone*.

### Procedimento de análise dos dados

Para auxiliar na organização e apresentação dos dados, utilizou-se o *software* IRaMuTeQ®, que tem sido usado com essa finalidade em diferentes trabalhos na área de ciências humanas (Camargo, Bousfield, Giacomozzi & Koelzer, 2014; Santos, 2014; Silva, 2014).

A interface do *software* é simples e de fácil utilização, com a vantagem de apresentar rigor estatístico, o que permite aos pesquisadores utilizarem diferentes recursos técnicos de análise lexical (Camargo & Justo, 2013b). Esta pesquisa utilizou a categorização, o dendograma e as análises de similitudes geradas pelo *software* para que esses dados quantitativos auxiliassem na organização das categorias de análise em uma perspectiva qualitativa.

O conteúdo textual resultante das entrevistas ocorreu principalmente em virtude das seguintes análises do programa IRaMuTeQ®:

- Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que obteve classes de segmentos de texto que apresentavam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes. Por meio dessas análises, o *software* apresentou um dendograma da CHD, ou seja, uma representação da partição e uma indicação do tamanho das classes;
- Análise de similitude, que pressupõe conectividade espontânea das palavras e observa a quantidade de conexões que determinado elemento mantém com outros elementos da representação. Dessa forma, a análise possibilitou identificar as coocorrências entre as palavras, ou seja, os segmentos de texto em que ocorrem palavras

conjuntamente, e trouxe indicações da conectividade e da proximidade entre as palavras;

- Nuvem de palavras, que agrupou as diferentes palavras e as organizou graficamente em virtude de sua frequência. Apesar de a nuvem de palavras ser uma análise lexical mais simples, é graficamente importante e interessante, pois facilita a leitura dos dados (Camargo & Justo, 2013a 2013b).

Por meio de todas essas análises, foi possível trabalhar com as classes e palavras colocadas em evidência, buscando compreender o sentido das respostas dadas nas entrevistas. Contudo, a tarefa mais árdua do pesquisador consistiu em ultrapassar o sentido literal das classes e encontrar sentido na pesquisa, respondendo, assim, aos objetivos propostos.

Por meio do *software* IRaMuTeQ®, foi feita a análise textual lexicográfica e multivariada, que permitiu identificar informações importantes contidas no *corpus* textual. Com base na CHD, o *software* encontrou seis classes distintas, que, com base na análise de conteúdo de Bardin (2011), foram nomeadas como:

1. “Atividades em grupo”;
2. “De que tipo de rede se está falando?”;
3. “Redução de Danos: estratégias específicas ou visão de homem?”;
4. “Como os casos são discutidos?”;
5. “Equipe de referência: por que ainda não?”;
6. “Projeto Terapêutico Singular ou cronograma de atividades?”.

No entanto, neste artigo será discutida a classe 3.

### Cuidados éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Brasília no dia 18 de junho de 2014, com número de CAAE 31055714.7.0000.0029 e número do Parecer 692.949, e pelo Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/FEPECS) no dia 08 de setembro de 2014, com número de CAAE 31055714.7.3001.5553 e número do Parecer 782.366.

### Resultados e discussão

Conforme apontado anteriormente, neste artigo será discutida a classe que deu origem à categoria definida como “Redução de Danos – estratégias es-



de você manter sua saúde'. De que forma? Por exemplo, o uso da bebida com alimentação, (...) se hidratar, tentar tomar menos doses (...). (Profissional nº 11, comunicação pessoal, novembro de 2014)

Júnior (2011) questiona esse tipo de saber, quando limitado à função instrumentalizadora dessa estratégia, e afirma que esta constitui uma visão reducionista sobre o tema.

A perspectiva da abstinência como sucesso no tratamento também aparece nos relatos dos profissionais, além da crença de que a Redução de Danos não pode ser aplicada à maioria dos pacientes do CAPS AD II e que o uso de drogas não é compatível com saúde e felicidade:

Acho que a Redução de Danos é importante no começo, acho que ela é um passo no tratamento. Acho estranho quando, às vezes, define, 'ah esse paciente é Redução de Danos', porque a minha sensação é que se está dizendo assim, 'não, ele não dá conta, esse daí é só isso daí mesmo. É o que a casa oferece, não tem jeito'. Acho que tem que trabalhar na perspectiva da Redução de Danos assim do jeito que eu trabalho. Você conseguir acolher o paciente, mesmo que ele esteja em uso, mesmo que ele te diga que quer continuar usando, mas sem perder muito a perspectiva de que você pode avançar. Porque acho que são poucos os pacientes que conseguem usar e ter uma vida produtiva e feliz e isso talvez seja ainda um pouco idealizado, pelo menos os nossos pacientes. Claro que tem gente que não chega aqui que consegue, mas os nossos pacientes não têm esse controle. (Profissional nº 12, comunicação pessoal, novembro de 2014)

Esses relatos exemplificam o tipo de visão que os profissionais entrevistados têm da Redução de Danos. Muitos deles conhecem as estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde, mas não conseguem ultrapassar a função instrumentalizadora e, em muitos casos, ainda compreendem a abstinência como a estratégia final. Esse fato faz com que desconsiderem o protagonismo dos usuários, desrespeitando o sujeito

em seu direito de decidir permanecer com o consumo de drogas, contrariando, assim, a proposta de estudos sobre o tema (Andrade, 2011; Davis & Rosenberg, 2013; Fonsêca, 2012).

O Ministério da Saúde, pactuando com a visão da Reforma Psiquiátrica, afirma que os serviços precisam compreender e trabalhar com a diversidade, as singularidades, as diferentes possibilidades e escolhas feitas pelos sujeitos. Dessa forma, não é o profissional, de forma autoritária, quem deve definir a meta a ser alcançada no tratamento, ao contrário, por meio da corresponsabilidade e visando aumentar o grau de liberdade do usuário, a equipe de referência traça estratégias com o paciente, voltadas não para a abstinência como objetivo único, mas para a defesa e melhoria de sua qualidade de vida (Brasil, 2003). Essa nova visão traz a possibilidade de o CAPS AD II ofertar cuidado a pessoas que não querem parar de usar drogas ou que querem diminuir o uso sem necessariamente interrompê-lo (Passos & Souza, 2011).

Em alguns relatos, surge a reticência em falar sobre o tema da Redução de Danos, mesmo se tratando de uma política pública que deveria fazer parte do cotidiano dos profissionais dos CAPS AD. Isso é exemplificado no seguinte relato:

Esse tema é muito polêmico, acho que eu não vou querer falar disso não. Já teve muitas discussões a respeito disso de Redução de Danos. (...). Acho que em alguma medida já fazemos Redução de Danos aqui. Por exemplo, não exigimos que ele esteja em abstinência para estar em tratamento. E vai manejando o que é possível ser manejado. Existem sim algumas regras: não vir sob efeito para o grupo. E a gente vai adequando. Não vou entrar naquela discussão de que se tem de manejo de droga, essas coisas não (...). (Profissional nº 3, comunicação pessoal, novembro de 2014)

Os profissionais também questionam as estratégias de Redução de Danos, principalmente no que se refere ao incentivo ao usuário para substituir drogas consideradas mais "prejudiciais" por outras menos "prejudiciais". Ou seja, mesmo conhecendo a política de Redução de Danos, eles não "acreditam" em sua efetividade e não conseguem incorporá-la como algo efetivo nos serviços:

Redução de Danos para mim vem muito como uma palavra de troca, reduz que você vai melhorar (...). E isso é extremamente questionado (...). Eu conversei com outros profissionais que atendem em outros CAPS AD II, e a gente vê que é uma pedrinha no sapato. (Profissional nº 2, comunicação pessoal, novembro de 2014)

Mas para que o trabalho seja feito com visão mais ampla e dentro de um cenário democrático e participativo, os profissionais devem conhecer verdadeiramente a realidade de cada usuário e deixar de lado discursos impositivos (Fonsêca, 2012; Rossi, 2006; Silveira, 2008). Esses autores afirmam ainda que, para que a atuação seja baseada nos princípios dos Direitos Humanos, deve-se compreender que, mesmo que se discorde ou se perceba riscos na conduta do outro, a sociedade optou legalmente pelo respeito à liberdade individual. Assim, é um desafio pensar em um tratamento que não imponha a visão de mundo e os valores dos profissionais, induzindo o indivíduo a realizar escolhas que não são suas, mas, ao contrário, levá-lo a refletir sobre sua escolha para que conheça bem as consequências e consiga tomar uma decisão consciente que será respeitada pela equipe.

A despeito de todas as dificuldades de incorporação da Política de Redução de Danos no cotidiano dos CAPS AD pesquisados, os relatos demonstram que o primeiro passo já foi dado. Em comparação com épocas anteriores, nas quais o indivíduo era isolado do meio social e tido como louco ou bandido (Brasil, 2007; Bucher, 1992), ocorreu um avanço real, que permite aceitar que o indivíduo esteja em uso para iniciar o tratamento. De uma forma ou de outra, os serviços já aceitam trabalhar com algumas estratégias voltadas a essa finalidade, apesar de não assumirem ideologicamente tal conceito. Essa visão precisa ser ampliada para que a Política de Redução de Danos seja realmente aplicada, pois muitos profissionais entrevistados, apesar de conhecerem a Redução de Danos, ainda apresentam um pensamento proibicionista, nos moldes que apresentam Bucher (1992) e Pinho (2009).

Não obstante, é necessário ressaltar que não só os profissionais agem de forma ambígua em relação à Política de Redução de Danos, mas a própria legislação brasileira apresenta suas incoerências. Ao mesmo tempo em que defende a singularidade

do indivíduo e suas escolhas, inclusive a de usar drogas, a Lei nº 11.343/2006 prevê punições ao usuário de drogas, visto que o uso dessas substâncias continua sendo considerado uma infração de acordo com a legislação vigente. Os dados indicam que o que ocorria no século XX ainda acontece quando os sistemas de saúde tutelam o indivíduo, tratando-o como doente e fazendo a escolha do tipo de tratamento por ele. Assim, percebe-se que a reflexão de Passos & Souza (2011) sobre o início da implantação da Política de Redução de Danos no Brasil ainda é atual. Permanece o conflito entre as forças conservadoras, repressivas e totalitárias, que sustentavam uma política antidrogas, e as forças progressistas e humanistas, que adotam a Redução de Danos como uma estratégia em prol da vida e da democracia. Embora não tão nítido como em 1989, quando se iniciaram as estratégias de Redução de Danos, ainda é possível ver esse conflito entranhado no discurso dos profissionais e na legislação. Portanto, é urgente rever e atualizar as leis de acordo com o que propõem as políticas públicas, pois se torna mais difícil cobrar dos profissionais essa coerência quando o próprio Estado apresenta incongruências.

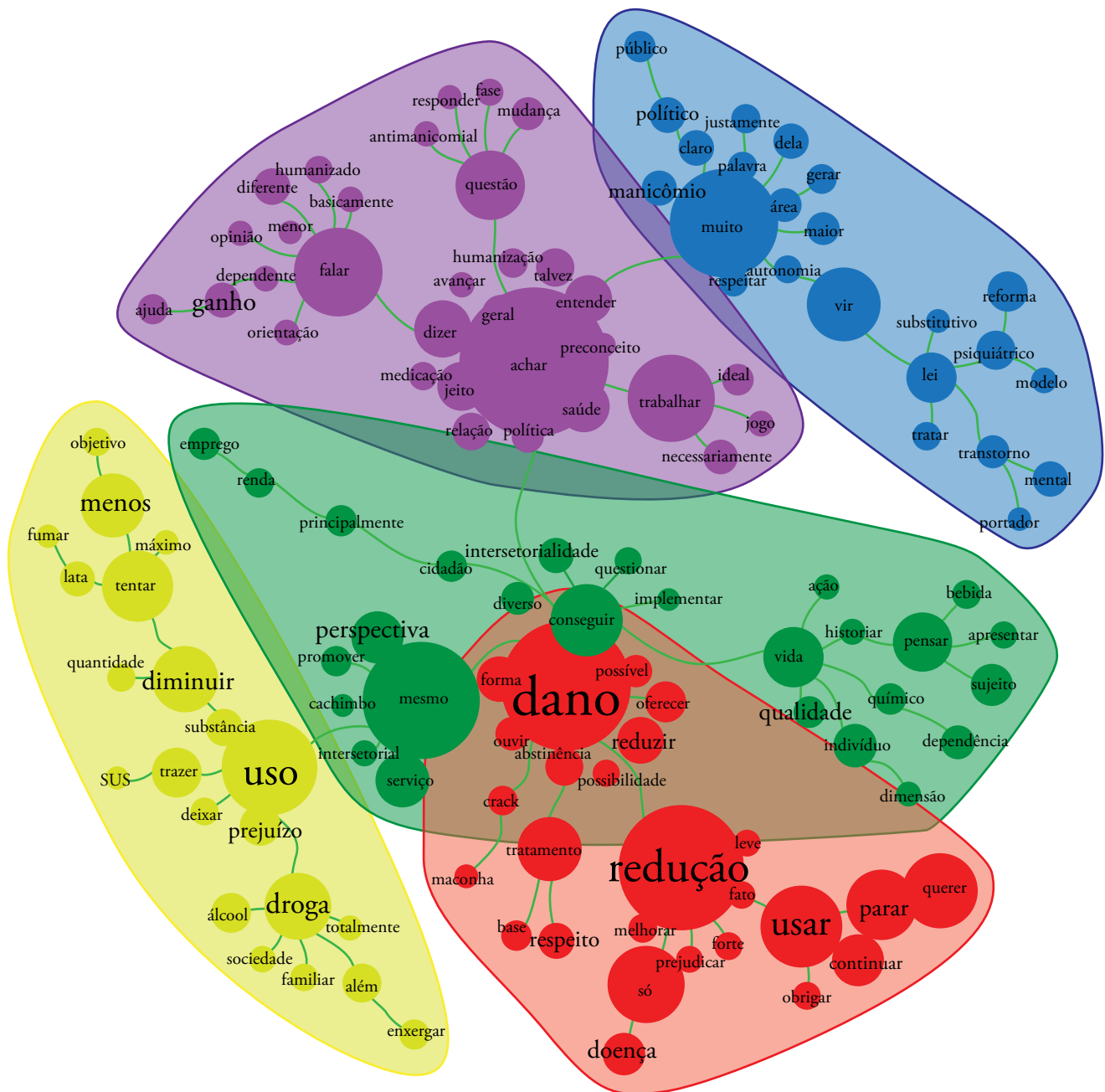
Para confirmar a importância da Redução de Danos e de uma abordagem de cuidados continuados a usuários de álcool e drogas, retoma-se a pesquisa de Parthasarathy, Chi, Mertens & Weisner (2012). O estudo aborda a questão do custo financeiro de atendimentos a usuários de drogas e conclui que os pacientes que receberam cuidados continuados em saúde, mesmo estando em uso, tiveram menor custo em relação às intervenções de saúde do que aqueles que receberam menos cuidados. Aqueles que não receberam cuidados continuados tiveram custos de internação significativamente maiores, pois chegaram aos serviços com mais problemas de saúde. Percebe-se, dessa forma, que a Redução de Danos pode diminuir o custo com a saúde pública ao oferecer cuidados para que esse indivíduo melhore sua qualidade de vida e não apresente outros agravos à saúde.

Outro fator muito importante da classe que deu origem à categoria abordada neste artigo se refere à disposição das outras palavras em relação à palavra “danos”: quanto mais próximas as palavras, maior a coocorrência entre elas, principalmente se forem do mesmo grupo de cores, como demonstrado na Figura 2. Vale ressaltar também que o tamanho do vértice é proporcional à frequência da palavra na clas-

se e que o tamanho do texto do vértice é proporcional ao  $\chi^2$  da palavra na classe. O  $\chi^2$  mostra a associação da palavra com a classe.

A palavra “danos” se liga fortemente à palavra “redução”, formando a expressão “Redução de Danos”. Próximo à palavra redução encontram-se os verbos “usar” e “parar”, com o  $\chi^2$  respectivamente de 105,16 e 53,48. Comparando-se o  $\chi^2$  dessas duas palavras, percebe-se que os usuários de álcool e outras drogas não se adequam ao modelo de abstinência total no qual muitos profissionais credi-

tam. O verbo “continuar” e “querer” (no sentido de desejo de abstinência) apresentam, respectivamente,  $\chi^2$  de 45,15 e 7,51, o que reforça a ideia anterior. Em outro ramo, a palavra “uso” se encontra ( $\chi^2$  110,72) muito ligada ao verbo “diminuir” ( $\chi^2$  93,53), evidenciando que a intenção dos sujeitos em continuar usando é alta. Toda essa análise demonstra a importância de os profissionais oferecerem métodos que consigam aumentar o grau de liberdade e corresponsabilidade daquele que está se tratando (Brasil, 2003).



**Figura 2**  
*Grafo de similitude.*

A palavra “intersectorialidade” aparece de forma não significativa, com  $\chi^2$  de 26,75. Esses dados demonstram que a Redução de Danos não contempla a intersectorialidade e ainda está muito ligada à visão de abstinência, além de nos conduzir ao questionamento de como a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas está se estruturando no Distrito Federal.

### Considerações finais

O presente artigo teve como objetivo discutir, por meio da perspectiva dos Direitos Humanos, como os profissionais dos CAPS AD II do Distrito Federal compreendem a Redução de Danos e como essa prática se efetiva no cotidiano dos serviços.

A classe aqui apresentada demonstra que as práticas de Redução de Danos nos serviços não conduzem a uma mudança epistemológica. Apesar de os profissionais conhecerem diversas estratégias de Redução de Danos, o posicionamento ainda gira em torno da abstinência. Falta, nesse ponto, uma visão integradora, o respeito às escolhas do sujeito e percebê-lo verdadeiramente como corresponsável pelo tratamento.

Constata-se, com os resultados deste estudo, que o fundamento último do Estado brasileiro, qual seja, a promoção dos direitos e da dignidade da pessoa humana — que se alcança com o desenvolvimento das necessidades e capacidades de todos, por meio de acesso apropriado aos direitos sociais, civis, políticos e afetivos —, não está internalizada nas práticas dos profissionais pesquisados.

Isso leva à conclusão de que é imprescindível ter um arcabouço legislativo arrojado para os usuários de álcool e drogas, como apresentado ao longo do texto. No entanto, a longa cultura de exclusão social, repressão e violência, assim como a visão proibicionista em relação às drogas, dificulta a construção de um contexto institucional e social que acolha o usuário de álcool e drogas em sua singularidade, com respeito a sua liberdade e autonomia. Com efeito, o imaginário dos profissionais também está povoado por uma visão de busca da normalidade do ser humano que fortalece a ideia da abstinência, em vez de pensar o uso de álcool e outras drogas em uma perspectiva histórica que aponte seu uso como prática milenar, mesmo não sendo saudável, tampouco recomendável.

Por fim, os resultados remetem à possibilidade de ir além do discurso da “beleza” da Reforma

Psiquiátrica e refletir sobre a prática cotidiana, seus limites e necessidades de intervenção para que efetivamente funcione. Afinal, não basta dizer que o serviço atua com base nos princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos; é necessário que as equipes tenham condições de realizar um trabalho verdadeiramente efetivo. Somente assim pode-se dizer que as singularidades de cada indivíduo são respeitadas.

### Referências

- Amarante, P. (1998). *Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, T. M. de. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674. doi:10.1590/S1413-81232011001300015
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (70th ed.). São Paulo.
- Brasil. Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. (2007). *Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Ministério da Educação.
- Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2010). *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil*. Brasília: Ministério da Justiça.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. (2009). *O HumanizaSUS na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)



- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. (1987). *I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relato\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf)
- Brasil. Presidência da República. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- Bucher, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Camargo, B. V., Bousfield, A. B. da S., Giacomozzi, A. I., & Koelzer, L. P. (2014). Representações sociais e adesão ao tratamento antirretroviral. *Liberabit*, 20(2), 229-238.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013a). *Iramuteq: Tutorial para uso do software de análise textual IRaMuTeQ*. Santa Catarina: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS/Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013b). *IRaMuTeQ: Um software gratuito para análise de dados textuais*. *Temas Em Psicologia*, 21(2), 513-518. doi:10.9788/TP2013.2-16
- Davis, A. K., & Rosenberg, H. (2013). Acceptance of non-abstinence goals by addiction professionals in the United States. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 27(4), 1102-1109. doi:10.1037/a0030563
- De Oliveira, E. (2005). *O desafio de assistir aos pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e/ou dependências de álcool e outras drogas*, Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-07122006-152446/pt-br.php>
- Demo, P. (2012). *Pesquisa e informação qualitativa* (5ª ed.). Campinas: Papirus.
- Fonsêca, C. J. B. da. (2012). Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes*, 1(1), 11-36. Recuperado de: <http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/42/21>
- Goldenberg, M. (2007). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais* (10ª ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Melo Júnior, R. V. (2011). *Redução de danos e o saber-fazer de profissionais de um CAPS ad em Natal-RN*, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Recuperado de: [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14737/1/RaimundoVMJ\\_DISSERT.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14737/1/RaimundoVMJ_DISSERT.pdf)
- Moraes, A. de. (2003). *Direito constitucional* (13ª ed.). São Paulo: Atlas.
- ONU. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris: Organização das Nações Unidas. Recuperado de: <http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>
- Parthasarathy, S., Chi, F. W., Mertens, J. R., & Weisner, C. (2012). The role of continuing care in 9-year cost trajectories of patients with intakes into an outpatient alcohol and drug treatment program. *Medical Care*, 50(6), 540-546. doi:10.1097/MLR.0b013e318245a66b
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162. doi:10.1590/S0102-71822011000100017
- Pinho, H. (2009). *Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial*, Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Richardson, R. J., Peres, J. A. de S., Wanderley, J. C. V., Correia, L. M. & Peres, M. de H. de M. (2012). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Rossi, A. (2006). Ampliando o conceito de redução do dano? Uma visão desde a América Latina. *Cadernos de Ciências Humanas - Especiaria*, 9(15), 33-57. Recuperado de: [http://www.uesc.br/revistas/especiarias/ed15/15\\_2\\_ampliando\\_o\\_conceito\\_de\\_reducao\\_de\\_danos.pdf](http://www.uesc.br/revistas/especiarias/ed15/15_2_ampliando_o_conceito_de_reducao_de_danos.pdf)
- Rotelli, F., Leonardis, O. de & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: Nicácio, M. F. (Org.), *Desinstitucionalização* (2ª ed., p. 112). São Paulo: HUCITEC.
- Santos, E. V. (2014). *Representações sociais da estética negra: um estudo sobre padrões de beleza e relações interétnicas*, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Sergipe.
- Silva, J. P. da. (2014). *Representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e relação com práticas de controle da doença*, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Silveira, D. X. da. (2008). Reflexões sobre a prevenção do uso indevido de drogas. In: Niel, M. & Silveira, D. X. da (Orgs.), *Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde* (1ª ed., p. 96). São Paulo: UNIFESP.

Lelliott, P., Tulloch S., Boardman, J., Harvey S., Henderson M. & Knapp, M. (2008). *Mental Health and Work*. London: Royal College of Psychiatrists. Recuperado de: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/212266/hwwb-mental-health-and-work.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212266/hwwb-mental-health-and-work.pdf)

**Endereço para correspondência:**

Glacy Daiane Barbosa Calassa  
Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, Secretaria de Saúde do Distrito Federal e Escola de Saúde, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade Católica de Brasília Alameda Gravatá, Quadra 301, Conj. 07, Lt. 1, 3 e 5, Residencial Luiza I, Apto. 705  
CEP: 71903540 – Águas Claras (Norte)/DF  
E-mail: glacydaiane@gmail.com

Recebido em 31/07/2015

Revisto em 07/10/2015

Aceito em 19/11/2015

## Consumo de álcool e drogas e o trabalho do psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família

Alcohol and drugs consumption and psychologist's work in health family support nucleus

Ana Izabel Oliveira Lima<sup>I</sup>

Magda Dimenstein<sup>I</sup>

João Paulo Macedo<sup>II</sup>

### Resumo

Objetivou-se discutir os desafios para a prática do psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) diante de demandas relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas e às possibilidades de atuação. Como desafios, aponta-se a falta de atualização e manejo profissional; a crença dos profissionais de que nada pode ser feito em relação a problemas com álcool e drogas; o encaminhamento como única ação de cuidado; e a formação dos psicólogos ainda baseada no modelo de clínica liberal, privada, curativa. É preciso criar práticas de acordo com o contexto dos indivíduos, resgatar as múltiplas dimensões de saúde e incorporar outros saberes para compor a produção do cuidado com a saúde, como a Redução de Danos, que reconhece cada usuário em sua singularidade e traça estratégias de promoção da saúde.

**Palavras-chave:** psicologia; drogas; cuidado; saúde da família.

### Abstract

This study aimed at discussing the challenges faced by the psychologist in the Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) regarding the demands arising from consumption of psychoactive substances and the possibilities for action. With respect to challenges, it was pointed out the lack of professional updating and management; the professional belief that nothing can be done when it comes to alcohol and drugs; the referral as the only care action performed; and the education of psychologists still based on the liberal, private, curative and individual clinic model. We must create practices in accordance with the individual's context, as well as rescuing the multiple dimensions of health and incorporating other forms of knowledge so as to compose the production of health care, such as Harm Reduction, that recognizes each user in their uniqueness and devises strategies to promote health.

**Keywords:** psychology; drugs; care; family health.

<sup>I</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Parnaíba (PI), Brasil.

## Introdução

De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde/OPAS (2009), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem de forma abusiva substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. No Brasil, pesquisas indicam que 6,8% da população brasileira é dependente de álcool; 3% disseram já ter consumido maconha alguma vez na vida; e 4% da população adulta e 3% dos adolescentes já consumiram cocaína/*crack* — representando uma parcela significativa da população atingida por essa problemática (Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas – INPAD, 2012).

As consequências do consumo de álcool e outras drogas constituem um dos mais graves problemas de saúde, exigindo a criação e manutenção de programas e políticas de prevenção e assistência articulados, além da formação permanente de pro-

fissionais de saúde (Claro, Oliveira, Almeida, Vargas & Plaglione, 2011). Tal fato impõe aos diversos campos de conhecimento científico a necessidade de desenvolver estratégias para abordar adequadamente a problemática do uso abusivo de tais substâncias, sobretudo em termos de seu impacto na saúde pública e na Atenção Primária (AP).

De acordo com Barros e Pillon (2007), as experiências de atendimento e acolhimento das demandas de saúde mental são constatadas por 56% das equipes de Saúde da Família, e os dados epidemiológicos apontam que de 6 a 8% da população necessita de algum cuidado decorrente do uso prejudicial do álcool e outras drogas. Diante disso, percebemos que é essencial a inserção de práticas de saúde mental na AP destinadas à problemática do consumo de álcool e drogas. A adoção de tais procedimentos redirecionaria o cuidado, numa perspectiva de atenção integral e humanizada, em articulação com os profissionais e os serviços já inseridos nos territórios (Arce, Sousa & Lima, 2011).

Todavia, Silveira (2009) ressalta que o despreparo dos profissionais, da família e da comunidade para lidar com o sofrimento psíquico tem se tornado cada vez mais evidente, e a medicalização dos sintomas foi muitas vezes percebida como incapacidade em atender os problemas psíquicos, tudo isso somado à ausência ou ineficiência dos serviços de referência. Isso revela as dificuldades das equipes de AP para trabalhar de forma eficaz com as demandas relacionadas à saúde mental. Como consequência, é cada vez mais evidente o excesso de demanda dos serviços e a falta de conhecimento das equipes para acolher essa população.

Algumas medidas foram propostas para lidar com essas questões no Brasil. Eleito pelo Ministério da Saúde como a estratégia oficial para guiar as ações de saúde mental na AP, o apoio matricial é uma delas (Brasil, 2003). Ele pode ser entendido como um suporte técnico especializado ofertado a uma equipe de saúde com a finalidade de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. O matriciamento deve proporcionar retaguarda especializada de assistência, assim como suporte técnico-pedagógico, vínculo interpessoal e apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos voltados à população (Chiaverini, 2011).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde criou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como estratégia de ampliação da diversidade e da abrangência das ações realizadas pela Estratégia Saúde da Família. Outra função do NASF é proporcionar a melhoria do atendimento à população, promovendo a produção de novos saberes e a ampliação da clínica (Brasil, 2008). Com nove áreas estratégicas (saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/atividades corporais; práticas integrativas e complementares), o NASF se configura como a principal ferramenta brasileira para a implantação de ações em saúde mental na AP.

Segundo as orientações do Ministério da Saúde (Brasil, 2009), a equipe do NASF deve ser formada por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, atuando em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família e compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios atendidos por essas equipes. Seus integrantes devem trabalhar com o matriciamento como lógica de atuação, apoiando as equipes de Saúde da Família na discussão dos casos, no atendimento compartilhado e na construção con-

junta de projetos terapêuticos singulares, visando a coordenação e a continuidade do cuidado, bem como a proposição de projetos de saúde do território com foco no fortalecimento do tecido comunitário e na promoção da saúde.

Hoje, existem três modalidades de NASF:

- NASF 1: composto por no mínimo cinco profissionais, deve desenvolver ações com pelo menos oito equipes de Saúde da Família.
- NASF 2: voltado a municípios com menos de dez habitantes por quilômetro quadrado, deve incluir no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes, desenvolvendo ações com pelo menos três equipes de Saúde da Família.
- NASF 3: é voltado ao desenvolvimento de ações de atenção integral a usuários de *crack*, álcool e outras drogas em municípios com menos de 20.000 habitantes. (Essa modalidade foi criada somente em dezembro de 2012, por meio da Portaria nº 3.124).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009), diante da grande demanda por serviços de saúde mental à AP, é aconselhável que cada equipe do NASF conte com pelo menos um profissional de saúde mental, incluindo o psicólogo. Tal categoria tem participado do processo de implementação dos NASFs desde as primeiras experiências de matriciamento, especialmente no apoio e na discussão com as equipes de Saúde da Família sobre os cuidados aos usuários com sofrimento mental e seus familiares. Hoje, seu papel se ampliou, incluindo a atenção a idosos, jovens, mulheres vítimas de violência, usuários de álcool e outras drogas e outros grupos vulneráveis, buscando compartilhar seu saber com o de outros profissionais e com o da própria população (Conselho Federal de Psicologia – CFP, 2013).

A responsabilização compartilhada pelos casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços, tornando possível distinguir situações que poderiam ser acolhidas pelas próprias equipes de Estratégia de Saúde da Família, com apoio do NASF, e por outros recursos sociais do entorno — as redes de cuidado —, contribuindo para evitar práticas de “psiquiatrização” e, “ao mesmo tempo, promovendo a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário.” (Figueiredo & Campos, 2009, p. 130).

As políticas voltadas ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas englobam diversos setores

da política pública, seja na área da segurança pública, seja nas áreas da saúde, assistência social e educação. O grande desafio dessa integração é atuar na perspectiva da garantia de direitos e, dessa maneira, enfrentar a lógica que trata a questão das drogas pelo viés exclusivo da doença e do crime. Essa lógica reducionista criminaliza e “patologiza” os usuários, que passam a ser objeto de discriminação, preconceito, exclusão, recolhimento e internação compulsória (CFP, 2013).

De acordo com o CFP (2013), o lugar do psicólogo nesse contexto deve ser construído por meio da prática e da posição por ele ocupada na abordagem aos usuários, devendo seu posicionamento explicitar o propósito de sua presença. Desse modo, não cabe aos profissionais de psicologia da equipe julgar de forma alguma ou censurar moralmente o comportamento dos indivíduos, seja em relação ao uso de substâncias psicoativas ilícitas, seja em termos de condutas antagônicas à moral e aos costumes tidos como aceitáveis. O papel dos profissionais é acessar um segmento que muitas vezes está à margem da rede de saúde e social por temer o estigma e a rejeição. A aceitação desses usuários como sujeitos possibilita a construção de um vínculo de confiança, base sobre a qual se desenvolverá o trabalho.

Dessa forma, a consolidação da psicologia como profissão da saúde pública representa uma aposta em sua potencialidade para transformar e reconhecer os fatores subjetivos, emocionais, históricos e das condições de vida dos usuários como determinantes para os quadros de saúde e doença da população. O psicólogo deve ampliar seus conhecimentos e intervenções com as famílias, permitindo que sua conduta profissional tenha um caráter coletivo, integrando as equipes multiprofissionais (Paulin & Luzio, 2009).

Apesar do grande número de usuários de substâncias psicoativas e da gravidade das questões que chegam aos serviços de saúde, poucas pesquisas abordam o modo como os profissionais da AP, em especial os psicólogos, lidam com questões relacionadas ao consumo abusivo e à dependência de álcool e drogas (Barros & Pillon, 2007). Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo discutir os desafios e as possibilidades para a prática do psicólogo no NASF diante de demandas que envolvem o consumo de substâncias psicoativas. Para tanto, recorreu-se à literatura disponível sobre o tema na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir dos seguintes descritores: “psicólogo/psicologia”, “atenção primária à saúde”, “substâncias psicoativas” e “NASF”. Foram localizados artigos, monografias, dissertações, teses e capítulos de livros. Porém, não foram

identificadas publicações quando combinamos os descritores “psicólogo/psicologia”, “NASF” e “substâncias psicoativas (álcool/drogas)”, fato que reforça a necessidade de estudos sobre o tema. Apresentaremos a seguir as principais reflexões desenvolvidas com base no material identificado, articulando-o com os documentos oficiais do Ministério da Saúde para a construção de argumentos e análises que fortaleçam a atuação do psicólogo na AP frente às demandas relacionadas ao uso abusivo de álcool e drogas.

### **Desafios para o psicólogo na atenção ao usuário de álcool e outras drogas**

A saúde pública emprega muitos profissionais de psicologia, os quais atuam em diversas instituições, desde Unidades Básicas de Saúde (nível primário de atenção) até hospitais (nível terciário). Desde sua regulamentação como profissão no Brasil, a psicologia tem conquistado e ampliado seu espaço na saúde pública, sobretudo após a reforma sanitária e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), um marco para o estabelecimento de um novo olhar sobre o processo saúde-doença. Antes vista somente como ausência de doença física, a saúde passa a ser contextualizada nas condições sociais e culturais do indivíduo (Meira & Silva, 2011). No entanto, apesar de a saúde pública abranger um considerável percentual de psicólogos, já que atualmente 49.402 profissionais são vinculados ao SUS (Brasil, 2015), observa-se grande dificuldade de atuação nessa área em virtude da formação ainda inadequada oferecida pela maior parte dos cursos no país (Paulin & Luzio, 2009).

Em pesquisa sobre a atuação de psicólogos na AP, Meira e Silva (2011) constataram que, em virtude da formação tradicional, a atuação profissional é predominantemente pautada por questões teórico-práticas limitadas às teorias terapêutico-curativas, o que leva a um reducionismo da compreensão do processo saúde-doença ou a uma “psicologização” desse fenômeno. Tal representação e perfil predominantes dos profissionais levam muitas vezes à simplificação e ao não reconhecimento da psicologia como disciplina de relevância social e área de conhecimento importante para a promoção da saúde coletiva (Ronzi & Rodrigues, 2006).

De acordo com Romagnoli (2006), um obstáculo para a atuação dos psicólogos com as famílias é o desconhecimento da realidade das mesmas. Os membros das equipes do NASF geralmente pertencem a camadas mais favorecidas e, assim, têm a tendência

de julgar as famílias atendidas — em geral de classes econômicas desfavorecidas — a partir do modelo dominante de família nuclear. Isso acaba desqualificando as famílias que frequentam os serviços públicos. É necessário ter em vista que cada família possui uma organização própria, regida por lógicas diferentes, o que não as tornam superiores ou inferiores umas às outras. Portanto, para a realização de um trabalho eficaz, é necessário respeitar as particularidades de cada família.

Se trabalhar no âmbito da AP já representa um grande desafio para o psicólogo, quando o assunto é o consumo de substâncias psicoativas esse desafio se intensifica. Em pesquisa sobre como a AP responde às demandas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, Lima (2014) aponta que os profissionais entrevistados — incluindo o psicólogo da equipe do NASF — relatam que a única ação a ser feita é o encaminhamento a um serviço especializado. Para justificar os constantes encaminhamentos, os profissionais dizem não saber o que fazer com usuários de álcool e drogas.

De acordo com a autora, os relatos dos profissionais apontam um caráter prescritivo, ou seja, eles pensam saber o que é melhor para o outro. Muitas vezes, as conversas com os usuários se resumem a orientações do que a pessoa deveria fazer, isto é, que o correto seria ela não usar drogas. É possível observar uma compreensão subjacente de que o tratamento deve ter como meta a abstinência, pois as drogas seriam, *a priori*, algo ruim. Outro ponto exposto pela autora é a clara dificuldade de compreensão dos fatores que levam uma pessoa a usar drogas. No decorrer da pesquisa, quando levantada essa questão, muitos profissionais disseram não compreender por que alguém consome drogas, enquanto outros atribuíram essa “culpa” às condições de vida, à pobreza e aos problemas na família (Lima, 2014).

De acordo com Machado (2013), tais dificuldades têm uma dimensão técnica, mas também ética. Muitos se perguntam como acolher, o que fazer, o que propor às pessoas usuárias de drogas que chegam aos serviços e nem sempre estão dispostas a receber cuidado em saúde ou iniciar um tratamento. A abordagem dessas situações precisa estar associada a uma ampla compreensão tanto do fenômeno do uso/dependência de drogas quanto do alcance e da finalidade das práticas de atenção em saúde.

Nesse sentido, alguns complicadores se apresentam. A compreensão dos profissionais de saúde sobre o uso de substâncias psicoativas não é muito diferente da concepção hegemônica da sociedade. Usuários de álcool e outras drogas são muitas vezes vistos como

cidadãos desprovidos de direitos, inclusive do direito à saúde e aos serviços de boa qualidade. A situação ideal, para muitos profissionais, é que eles interrompam o consumo de drogas antes mesmo de chegar aos serviços de saúde. No entanto, na maioria das vezes, não é isso que acontece (Machado, 2013). É possível identificar ainda problemas de infraestrutura, falta de financiamento para a implantação de unidades adequadas para receber os usuários e articular as ações possíveis e ausência de investimento na capacitação de profissionais da rede de saúde (Ribeiro, 2012).

Nesse sentido, a AP se mostra despreparada para enfrentar a complexidade da questão das drogas, que se coloca como um constante desafio. A própria relação dos profissionais com a comunidade é permeada por dificuldades objetivas (acesso, aceitação, comunicação) e subjetivas (medo, preconceito, desafetos) frequentemente relacionadas ao problema do consumo de drogas: tráfico, violência, desestruturação familiar — questões complexas que não podem ser tratadas isoladamente (Gonçalves, 2002).

No entanto, a saúde pública é um campo que exige novas metodologias de seus profissionais, e isso não exclui os psicólogos. Para uma atuação consistente, é preciso romper com o modelo tradicional e criar novas práticas de acordo com o contexto em que os indivíduos estão inseridos. É necessário também resgatar as múltiplas dimensões de saúde e reformular a postura de intervenção profissional, além de incorporar outros saberes para compor a produção do cuidado com a saúde (Paulin & Luzio, 2009).

A necessidade de superação desses entraves tem gerado novos campos de saber, ampliando a inserção da psicologia no âmbito da saúde. Com isso, é necessário repensar o modelo de fazer psicologia nessa área e expandir suas práticas e formas de atuação para que a intervenção aconteça de forma contextualizada.

### **Possibilidades de atuação do psicólogo na atenção ao usuário de álcool e outras drogas**

Uma das saídas possíveis para tantos entraves no cuidado ao usuário de álcool e drogas na AP é o constante engajamento de todos os profissionais para o trabalho em equipe e em rede com outros serviços e equipamentos do território, de modo a buscar ajuda quando seus recursos não forem suficientes. Dessa forma, torna-se importante investir na articulação entre equipes de NASF, Centros de Atenção Psicossocial e diversos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a fim de promover atividades relacionadas

ao uso de substâncias psicoativas, desde ações de prevenção até intervenções mais complexas e que exijam maior preparação do profissional acerca da temática (Araújo, 2013).

O NASF desempenha papel central nessas iniciativas, uma vez que cabe a ele as ações de matriciamento para que se tornem importantes estratégias de educação e de troca de saberes, atuando com os profissionais dos serviços de Saúde da Família de maneira a proporcionar o conhecimento necessário para que estejam aptos a receber essa demanda e acolhê-la de maneira adequada e humanizada. Percebemos também o matriciamento realizado pelas equipes do NASF como um importante articulador da rede de serviços de saúde, aumentando o leque de possibilidades e a circulação dos usuários pelos diversos domínios da rede de cuidado.

Araújo (2013) defende que é por meio de pequenas e graduais mudanças que o trabalho em equipe pode lançar um novo olhar sobre o consumo de substâncias psicoativas. Essas mudanças devem tomar lugar em todos os espaços, desde a graduação até os diversos serviços de saúde, apontando para a necessidade de repensar a formação dos diversos cursos da área da saúde para o âmbito da saúde mental e do consumo abusivo de substâncias psicoativas.

Algumas possibilidades e linhas de intervenção do psicólogo, enquanto membro de uma equipe do NASF — seja no âmbito preventivo, de promoção e proteção, seja no contexto terapêutico e de reabilitação psicossocial, a partir dos serviços ou em articulação com eles —, como ações baseadas nos pressupostos da Redução de Danos (RD), a estratégia da Triagem e Intervenção Breve (TIB) e alternativas de cuidado em rede considerando os diferentes tipos de consumo de substâncias psicoativas, podem ser efetivadas.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), a inclusão da RD como uma das ações de saúde da política de AP pressupõe sua utilização como abordagem possível para lidar com diversos agravos e condições de saúde. Atuar nessa perspectiva pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança. Considerando-se especificamente a atenção aos problemas de álcool e outras drogas, a estratégia de RD visa minimizar as consequências adversas criadas pelo consumo de drogas, tanto na saúde quanto na vida econômica e social dos usuários e seus familiares. Nessa perspectiva, a RD postula intervenções singulares que podem envolver o uso protegido, a diminuição ou mudança nos padrões de uso, a substituição por

substâncias que causem menos problemas e até a abstinência (Brasil, 2013).

Outra ação necessária é trabalhar as crenças e representações sociais que a população, os trabalhadores de saúde e os próprios usuários de drogas têm sobre essa condição, de maneira a superar as barreiras que agravam sua vulnerabilidade e dificultam a busca por tratamento. Lidar com os próprios preconceitos sobre o que desperta o consumo de drogas é fundamental para poder cuidar das pessoas que precisam de ajuda por esse motivo.

Percebemos então que a abordagem da RD oferece um caminho promissor por reconhecer cada usuário em sua singularidade e traçar com ele estratégias para promover a saúde e garantir seus direitos enquanto cidadão. No entanto, é de fundamental importância o desenvolvimento de ações de educação permanente a fim de que os trabalhadores da saúde aperfeiçoem o diálogo para que possam transmitir não só medidas de segurança à saúde, mas também confiança, respeito e aceitação. Não podemos nos esquecer de que a questão do preconceito ainda representa um empecilho ao desenvolvimento de algumas estratégias de RD (Fonsêca, 2012).

Destacamos também, dentre as estratégias que podem ser pensadas no campo da prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas, a TIB para o uso abusivo de substâncias, que está sendo avaliada para populações específicas, principalmente no contexto da AP, em todo o mundo (Ronzani, 2008), devido à possibilidade de vínculo entre os usuários e a equipe de saúde e à efetividade do monitoramento do tratamento. De forma geral, a TIB apresenta um enfoque educativo e motivacional, no qual o principal objetivo é desencadear a decisão e o comprometimento com a mudança dos pacientes, com a finalidade de reduzir o risco de danos ocasionados pelo consumo exagerado de substâncias psicoativas.

A TIB foi proposta como abordagem terapêutica para usuários de álcool em 1972, por Sanchez-Craig e colaboradores, no Canadá (Neumann, 1992). Trata-se de uma estratégia baseada na abordagem motivacional para prevenção com foco na mudança de comportamento do usuário por meio do atendimento com tempo limitado, a ser realizado por profissionais de diferentes formações, desde que devidamente treinados. A TIB, no entanto, não serve apenas para tratar problemas relacionados ao álcool, mas também para ajudar na mudança de uma série de comportamentos, como modificar a dieta, parar de fumar, perder peso, entre outros.

A TIB possui baixo custo e se mostra efetiva para questões relacionadas ao uso de risco de substâncias psicoativas, sendo uma ferramenta destinada a reforçar a autonomia nas escolhas do usuário, assim como sua capacidade de gerir seus problemas. Desse modo, ela tem sido usada para prevenir ou reduzir o consumo de álcool e outras drogas, bem como problemas associados, e orientar de modo focal e objetivo sobre os efeitos e as consequências relacionados ao consumo de risco, constituindo-se também como um meio adequado para referenciar casos de dependência para tratamentos especializados (Ronzani, 2008).

Ronzani, Mota e Souza (2009) apontam que os estudos sobre a TIB se concentram em duas direções principais: sua efetividade na redução de padrões de uso da substância e as condições em que tem sido implementada, tendo como foco o preparo dos profissionais envolvidos. Os autores afirmam que a utilização de apenas cinco a dez minutos de consulta de rotina para aconselhamento dos usuários de risco de álcool por profissionais de saúde consegue reduzir o consumo em 20 a 30%. Uma vez que, a depender da região, durante o período de um ano, entre 60 e 75% da população procura algum tipo de atendimento em serviços de AP, a implantação de estratégias de TIB para usuários de risco, nesses serviços, permitiria detectar pessoas com tal tipo de uso e intervir precocemente (Ronzani, Mota & Souza, 2009).

Quando associados à TIB, os instrumentos de rastreamento/triagem — como, por exemplo, o questionário CAGE, o AUDIT e o ASSIST, que são ferramentas de identificação de padrões de uso do álcool, do tabaco e de outras drogas — facilitam a aproximação inicial e permitem um retorno objetivo para o paciente, possibilitando assim a introdução dos procedimentos de TIB e de motivação para a mudança de comportamento em relação à substância. Por essa razão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem desenvolvendo, há alguns anos, estudos multicêntricos em diversos países com o objetivo de avaliar a implementação de rotinas de TIB para o uso de álcool e outras drogas em serviços de AP. A ênfase de tais estudos tem sido na avaliação do impacto do treinamento de profissionais de saúde e da supervisão continuada na mudança de atitudes dos profissionais e na incorporação da TIB na rotina dos serviços (Ronzani, Mota & Souza, 2009).

Segundo a OMS (2011), uma vez que a promoção da saúde e a prevenção de doenças faz parte do dia a dia de trabalho das equipes de AP, tendo em vista as ações de prevenção e detecção de doenças rotineiras

nas Unidades de Saúde (tais como aquelas relacionadas à imunização, à pressão arterial, à obesidade, ao consumo de tabaco, entre outras), os usuários confiam nas informações que recebem dos profissionais de cuidados primários sobre os riscos à saúde, particularmente aquelas relacionadas ao uso de substâncias. A OMS diz ainda que, nos países desenvolvidos, 85% da população acessa um profissional de cuidados primários de saúde pelo menos uma vez por ano, e é provável que usuários com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas façam parte dessa população (OMS, 2011). Isso significa que os profissionais da AP têm a oportunidade de intervir numa fase inicial, antes que o usuário desenvolva sérios problemas pelo uso de drogas e pela dependência.

Nesse sentido, pode-se agir a partir da identificação do tipo de consumo da substância psicoativa pelo usuário para pensar em possíveis planos de ação. Diante de um caso de uso recreativo, por exemplo, o psicólogo, em parceria com as equipes de Saúde da Família, pode: considerar o padrão cultural do uso de álcool e outras drogas pela comunidade, como, por exemplo, seu consumo em atividades festivas ou por determinados grupos sociais (uso experimental e ocasional), ou ainda como “remédio” (uso circunstancial ou situacional) para lidar com o sofrimento ou suportar viver, sempre relacionando essas questões com as condições de trabalho e de vida; pensar em estratégias de orientação, educação e prevenção voltadas a usuários, familiares, à comunidade em geral e à população específica, considerando-se o quadro epidemiológico local e nacional por substâncias, para o conhecimento dos danos e das vulnerabilidades decorrentes, ações de cuidado e proteção oferecidas pela rede de serviços e grupos de apoio comunitário; realizar visitas domiciliares periódicas com o objetivo de estreitar o vínculo e motivar o usuário e a família a procurarem ajuda e acompanhamento dos riscos com foco na RD, para não evoluírem para padrões de uso comprometedores; e participar de ações preventivas e educativas em conjunto com outros equipamentos do território (escolas, Centros de Referência da Assistência Social/CRAS e grupos comunitários) para promover ações que incentivem a diminuição da disponibilidade de substâncias psicoativas na comunidade, além de oferecer orientações com o intuito de evitar o uso experimental e ocasional entre jovens e adolescentes e intervenções para que estes não se associem a grupos ou manifestações que usam ou valorizam o uso de substâncias, bem como o acompanhamento dos casos em que o uso recreativo é presente em famílias em situação de



vulnerabilidade e fragilidade dos vínculos afetivos e sociocomunitários.

Diante de casos de consumo abusivo de álcool e drogas, o psicólogo pode: acompanhar mais intensivamente os casos identificados pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) com padrão de uso regular e abusivo e com prejuízos à funcionalidade, exposição a riscos, danos e vulnerabilidades; trabalhar a partir do manejo do vínculo, da escuta qualificada e do acolhimento do sujeito em suas necessidades e singularidade permanece imprescindível para minimizar as resistências e oferecer abordagem direta e assertiva que motive o indivíduo e a família a procurarem ajuda, além de construir ações para o cuidado em parceria com outros serviços; recuperar ações de avaliação clínica e abordagem terapêutica inicial em usuários com padrão de uso abusivo recorrente e que apresentem agravos físicos, comportamentais e sociais; intensificar ações de RD, como orientações e intervenções breves para minimizar as situações de vulnerabilidade e exposição a riscos físicos e sociais; oferecer assistência psicológica e orientação com o serviço social para ampliar as ações de cuidado na rede de saúde e assistência social e no território; e apoiar a equipe ESF, inclusive com matriciamento, nas ações de orientação, educação, prevenção e proteção quanto aos riscos do uso abusivo: policonsumo, acidentes de trânsito, violência, comportamento sexual de risco, intoxicação, dependência, comportamentos impulsivos e disruptivos, comportamento suicida e evolução no padrão de uso para dependência, bem como transição para outros tipos de droga, considerados “mais pesados”; e esclarecimento sobre os direitos no caso de conflitos com a Justiça e com aparelhos de segurança pública.

As equipes de AP, incluindo o psicólogo, também podem atuar em casos de uso dependente. Suas ações podem se basear em: intensificar a atuação em casos de usuários que vivem em territórios com grande disponibilidade de substâncias; o manejo do vínculo, a escuta qualificada e o acolhimento do sujeito em suas necessidades e singularidade são ferramentas fundamentais para tratar esse padrão de uso; priorizar intervenções que considerem as necessidades individuais, a relação com a substância, o padrão de uso do indivíduo e sua prontidão para aceitar qualquer tipo de acompanhamento, conforme seu estágio para mudança (pré-contemplação, contemplação, ação, manutenção e recaída), além do contexto familiar e da rede de suporte e apoio; considerar e se articular com outros serviços de suporte para cuidar das complicações clínicas, dos possíveis prejuízos sociais, das

comorbidades psiquiátricas (transtornos de ansiedade e humor, psicose e transtorno de personalidade), das vulnerabilidades, dos fatores sociais e de pobreza, acompanhada de senso de desesperança e sofrimento psicossocial, além dos níveis de tolerância e do quadro de abstinência; oferecer ação de RD, como orientações e intervenções breves para minimizar as situações de vulnerabilidade e a exposição a riscos físicos e sociais; esclarecer e motivar o tratamento ambulatorial e psicossocial na rede CAPS com modalidade de atendimentos individuais e/ou grupais, com foco na reabilitação psicossocial, com apoio e proteção para modificar padrões de uso dependente e compulsivo e seus riscos. Para os casos que envolvam situação de violência e/ou negligência em relação a crianças, idosos e demais perfis sociais em situação de fragilidade, articular-se com os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). Ademais, pode-se articular com equipes de consultório de rua ações em conjunto para ampliar o acesso e identificar novos casos para o cuidado da população de rua; propor ações de caráter preventivo e protetivo aos Centros de Convivência e Cooperativa (Cecco) para ampliar as ações de cuidado e fortalecer o acesso aos demais serviços; articular ações de profissionalização e projetos de geração de renda para o fortalecimento de projetos de futuro; esclarecer e orientar sobre os direitos no caso de conflitos com a Justiça; motivar usuários e familiares a se inserirem em grupos de apoio e ajuda-mútua e grupos de fortalecimento de vínculos, além de outras ações de suporte e acompanhamento nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) para diminuir a resistência e o fracasso de sua participação nesses grupos.

Essas são apenas algumas ações que podem ser realizadas com o objetivo central de ampliar o acesso e a qualidade da assistência a indivíduos e famílias com problemas relacionados a álcool e drogas. Tais iniciativas devem partir do estabelecimento de linhas de cuidado para cada padrão de uso, com ações clínicas e de gestão para cada serviço, bem como entre eles, para avançarmos no trabalho em rede.

Dessa forma, torna-se necessário que intervenções desenvolvidas no âmbito da saúde mental busquem fortalecer o modo de atenção psicossocial, apostando no resgate da singularidade de cada usuário, investindo no comprometimento com seus sintomas e seu tratamento e incentivando seu protagonismo. Tais movimentos são capazes de incitar a ruptura com a lógica da identificação dos sujeitos com a doença e com a concepção de cura restrita à solução medi-

camentosa, além de auxiliar na construção de outros laços sociais, para além do grupo, apostando na força do território e da cidade como alternativas para a reabilitação psicossocial.

### Considerações finais

A partir das análises aqui apresentadas, é possível identificar alguns desafios que marcam a atuação do psicólogo no NASF diante do consumo de substâncias psicoativas, tais como: a falta de formação contínua e de manejo profissional, a crença dos profissionais de que nada pode ser feito em relação a problemas com álcool e drogas, gerando o encaminhamento como única ação de cuidado, e a formação dos psicólogos ainda baseada no modelo de clínica liberal, privada, curativa. No entanto, mesmo diante de tais entraves, é possível construir práticas sintonizadas com o contexto dos indivíduos, resgatar as múltiplas dimensões de saúde e incorporar outros saberes para compor a produção do cuidado integral, como é a perspectiva da RD — por reconhecer cada usuário em sua singularidade e traçar estratégias de promoção da saúde.

É inegável que há muito a ser feito em termos de práticas inovadoras em psicologia no SUS, em especial na AP. Tornou-se, no entanto, expresso o movimento de mudanças que, pouco a pouco, vem buscando e alcançando modos mais efetivos de participar das transformações necessárias ao desenvolvimento do SUS.

Trata-se de pensar em uma política de atenção ao usuário de álcool e drogas na qual as alternativas sejam construídas por meio do diálogo entre os diversos setores da população (Paulin & Luzio, 2009). O trabalho deve ser encaminhado sob a égide da potencialização dos laços sociais, devendo fornecer respostas para as diferentes situações e necessidades dos usuários, acolhendo e cuidando deles desde a urgência até o acompanhamento psicossocial e, além disso, intervindo nas cenas de uso, criando vínculo e garantindo acesso sem preconceitos e compulsoriedade.

Dessa forma, torna-se imprescindível o investimento na contínua formação dos profissionais que fazem parte dos diversos componentes da RAPS a partir dos princípios da educação permanente — incorporando criativamente os avanços técnico-científicos às bases teóricas já existentes, problematizando as demandas sociais emergentes e considerando as condições socioeconômicas e estruturais dos profissionais e da população. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade

de os avanços científicos repercutirem nas pessoas não exclusivamente pela atuação dos profissionais de saúde, mas também pelo impacto positivo que têm nos conhecimentos, valores e comportamentos das comunidades e dos sistemas sociais (Costa, Mota, Cruvinel, Paiva, & Ronzani, 2013).

Campos e Guarido (2010) afirmam que viver o contraditório na prática *psi* da AP e percorrer o caminho do consultório para esse amplo espaço social é abrir mão do trabalho protegido, de paradigmas técnicos estabelecidos e se lançar num pensar psicológico que se torne possível sempre que as relações se construam.

Este estudo chegou a algumas indicações que podem contribuir para pesquisas futuras também interessadas em investigar a atuação do psicólogo na AP frente às demandas relacionadas ao uso abusivo de álcool e drogas. Os problemas apontados atravessam as práticas desse profissional em nível nacional, e muito pouco se tem avançado no sentido de ampliar o acesso dos profissionais de saúde a informações sobre as habilidades específicas para detectar precocemente problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e intervir de forma eficaz. Contudo, algumas estratégias foram traçadas neste trabalho no intuito de fornecer ferramentas para uma abordagem territorial de cuidado em saúde mental.

### Referências

- Araújo, A. C. C. (2013). Atenção primária e dependência química: contribuições do matriciamento em saúde mental. *Saúde em Debate*, 37(1), 61-69.
- Arce, V. A. R., Sousa, M. F., & Lima, M. G. (2011). A práxis da saúde mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(2), 541-560.
- Barros, M. A., & Pillon, S. C. (2007). Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. *Revista Enfermagem UERJ*, 15(2), 261-266.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2015). *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Recuperado de <http://cnes.datasus.gov.br/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2008). *Política nacional de atenção integral à saúde do homem (princípios e diretrizes)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2013). *Cadernos de Atenção Básica, n. 34: saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2009). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2003). *Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, F. C. B., & Guarido, E. L. (2010). O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: SPINK, M. J. P. (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 81-103). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Chiaverini, D. H. (Org.). (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Claro, H. G., Oliveira, M. A. F., Almeida, M. M., Vargas, D., & Plaglione, H. B. (2011). Adaptação cultural de instrumentos de coleta de dados para mensuração em álcool e drogas. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 7(2), 71-77.
- Conselho Federal de Psicologia/CFP. (2013). *Referências técnicas para a atuação de psicólogos(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas*. Brasília: CFP.
- Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., Cruvinel, E., Paiva, F. S., & Ronzani T. M. (2013). Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 33(5), 325-331.
- Figueiredo, M. D., & Campos, R. O. (2009). Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, Botucatu, 14(1), 129-138.
- Fonsêca, C. J. B. (2012). Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes*, 1(1), 11-36. Recuperado de <http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/42>
- Gonçalves, A. M. (2002). *Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Laranjeira, R. (Org.). (2012). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)*. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/INPAD. Recuperado de <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>
- Lima, A. I. O. (2014). *Suporte ao uso de álcool e drogas na atenção primária: um estudo com equipes de Natal/RN* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Machado, A. R. (2013). Contribuições para a formulação de ações de formação em atenção a usuários de álcool/drogas no SUS: o relato de uma experiência em Minas Gerais. In: Lobosque, A. M., & Silva, C. R. (Orgs.). *Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática* (pp. 111-119). Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais.
- Meira, M. A., & Silva, M. O. (2011). Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a experiência de um psicólogo em uma residência multiprofissional. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 15(3), 369-376.
- Neumann, B. G. (1992). Intervenção Breve. In: Formigoni, M. L. (Org.), *A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira* (pp. 81-94). São Paulo: Contexto.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso en la atención primaria*. Washington, DC: OMS. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_intervention\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_intervention_spanish.pdf)
- Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). (2009). *Drug Use Epidemiology in Latin America and the Caribbean: A Public Health Approach*. Washington, DC: Panamerican Health Organization.
- Paulin, T., & Luzio, C. A. (2009). A psicologia na saúde pública: desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(2), 98-109.

- Ribeiro, R. I. S. (2012). A dependência grave do álcool e do crack e o atendimento na rede pública de saúde mental. *Ministério Público do Estado de Minas Gerais*. Recuperado de <https://aplicacao.mpmg.mp.br/xmlui/handle/123456789/1058>
- Romagnoli, R. C. (2006). A formação dos psicólogos e a saúde pública. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(2).
- Ronzani, T. M., Mota, D. C. B., & Souza, I. C. W. (2009). Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*, 43(Supl. 1), 51-61. doi:10.1590/S0034-89102009000800009.
- Ronzani, T. M. (2008). Padrão de uso de álcool entre pacientes da atenção primária à saúde: estudo comparativo. *Revista de APS*, 11(2), 163-171.
- Ronzani, T. M., & Rodrigues, M. C. (2006). O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(1), 132-143.
- Silveira, M. R. (2009). *A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário* (Tese de doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

**Endereço para correspondência:**

Ana Izabel Oliveira Lima  
Universidade Potiguar – Laureate International  
Universities  
Departamento de Psicologia  
Av. Engenheiro Roberto Freire, 2184 – Capim Macio  
CEP: 59082-175 – Natal/RN  
Email: [izabel.lima@unp.br](mailto:izabel.lima@unp.br), [anaizabel.psi@gmail.com](mailto:anaizabel.psi@gmail.com)

Recebido em 21/06/2015

Revisto em 04/09/2015

Aceito em 19/10/2015

## Estratégias utilizadas no tratamento de famílias com usuários de substâncias

Strategies for treating families affected by substance abuse users

Eroy Aparecida da Silva<sup>I</sup>

Thiago Pavin Rodrigues<sup>I</sup>

Denise De Micheli<sup>I</sup>

André Luiz Monezi Andrade<sup>I,II</sup>

### Resumo

Este estudo teve por objetivo descrever as estratégias cognitivo-comportamentais mais utilizadas por pacientes usuários de substâncias (n=52) e seus familiares (n=75) para lidar com as situações de risco durante o tratamento. A intervenção baseou-se na psicoterapia cognitivo-comportamental, e foram analisadas estratégias de fuga e enfrentamento. A análise de conteúdo destacou o suporte familiar para auxiliar o paciente no redirecionamento de novos hábitos envolvidos com o uso de drogas. A inclusão de estratégias direcionadas aos familiares dos dependentes foi importante para o treino de habilidades de mudança de comportamentos desadaptativos envolvidos no consumo de substâncias. Esses achados também ajudam na elaboração de futuras intervenções destinadas aos dependentes de drogas e seus familiares como forma de aumentar a efetividade da intervenção.

**Palavras-chave:** terapia cognitivo-comportamental; droga (dependência); terapia familiar.

### Abstract

This study aimed to describe some cognitive behavioral strategies used by substance users (n=52), as well as their familiars (n=75), to handle with risky situation during the treatment. The intervention was based on the behavioral cognitive therapy, and we analyzed escape and coping strategies. The content analysis showed that the familiar support is important to help the users to change their habits linked with the substance use. The inclusion of some strategies directed to the familiars was important to change their social skills in order to handle with risk situations. These findings also can support the development of new approaches to substance misuse users and their familiars in order to improve the quality of the interventions.

**Keywords:** cognitive behavioral therapy; drug dependency; family therapy.

<sup>I</sup>Universidade Federal de São Paulo (São Paulo), Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Anhembi Morumbi – *Laureate International Universities*® (São Paulo), Brasil.

## Introdução

Atualmente, o uso abusivo e a dependência de drogas configuram-se como um grave problema de saúde. De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 75% dos brasileiros já fizeram uso na vida de álcool e 12,3% dos indivíduos podem ser considerados dependentes (Galduroz & Carlini, 2007). Além disso, em aproximadamente 33% das famílias entrevistadas, foram relatados casos de violência doméstica, 17% dos quais envolviam uso de álcool (Fonseca, Galduroz, Tondowski, & Noto, 2009). Em estudos mais recentes, observou-se que cerca de 28 milhões de brasileiros convivem com algum dependente químico e 47% dos entrevistados afirmaram que esse parente dificulta sua rotina de vida (Pinsky, Caetano, Muitsuhiro, & Laranjeira, 2013). Além disso, os mesmos autores reportaram que as mulheres (66%) são as responsáveis pelo tratamento de algum parente usuário de substância.

Embora exista uma variedade de tratamentos para indivíduos dependentes (Donovan et al., 2008; Gueorguieva et al., 2010; Longabaugh & Magill, 2011; Magill & Ray, 2009; McHugh, Hearon, & Otto, 2010), é importante avaliar o conceito desse termo. Tratamento é um termo que incorpora múltiplas intervenções terapêuticas que diferem entre si em relação à orientação teórica, ao *setting* terapêutico e às modalidades específicas de intervenção (Miller & Brown, 1991; Ribeiro, 2004). Uma dessas modalidades refere-se à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que apresenta índices de efetividade elevados (Brady, Gray, & Tolliver, 2011; Magill & Ray, 2009; McHugh et al., 2010). Além disso, alguns autores observaram que as intervenções por meio da TCC são mais efetivas quando consideradas as características individuais dos pacientes, as intervenções motivacionais e, mais recentemente, quando se incluem seus familiares (Robbins et al., 2009; Szapocznik & Williams, 2000). Nas últimas décadas, observou-se um

crescimento do interesse pelas abordagens cognitivas familiares com dependentes de drogas (Horigian, Robbins, Dominguez, Ucha, & Rosa, 2010). Isso porque a dinâmica familiar pode representar fatores de risco e/ou proteção, seja para tratamento ou para prevenção do uso abusivo de drogas (Dattilio & Epstein, 2005; Landau & Garret, 2006). Ray, Mertens & Weisner (2009) avaliaram o impacto na saúde de familiares de dependentes de drogas comparando-os com familiares de outros doentes crônicos (diabéticos e asmáticos). Os autores concluíram que familiares de dependentes têm maiores chances de apresentar transtorno de uso de substância (OR=2.33, IC95% 2.06-2.63), depressão (OR=1.74 IC95% 1.58-1.92) e sofrer traumas físicos (OR=1.20 IC95% 1.13-1.26). Além disso, os gastos em saúde desses familiares foram entre 5 e 13% maiores que de familiares de outros doentes crônicos.

O pressuposto teórico central deste estudo é a ideia de que os comportamentos dependentes decorrem, em parte, de uma forma desadaptativa de enfrentar os eventos estressores da vida. Desafios cotidianos, como problemas no trabalho e na comunidade, preocupações constantes e problemas familiares são alguns exemplos dos estressores identificados e que demandam recursos intrínsecos e extrínsecos para que se lide com eles. Essa tensão cotidiana imposta às pessoas, associada às suas vulnerabilidades biológicas/genéticas e também ao déficit ou excesso de comportamentos adquiridos em sua história de aprendizagem, faz com que indivíduos utilizem a droga como forma de (não) enfrentamento das situações emergenciais. A teoria do aprendizado pressupõe que se os indivíduos são capazes de assumir a responsabilidade em aprender novos comportamentos, podem reaprender formas mais adequadas de lidar com suas vulnerabilidades à medida que o repertório aumenta. Assim, a família é convidada a participar desse processo de redimensionamento cognitivo e comportamental, do qual muitas vezes é também protagonista. Por outro lado, quando não estão adequadamente orientados a lidar com as situações problemáticas, os familiares podem dificultar o desenvolvimento de novas aprendizagens e habilidades sociais no enfrentamento de situações complexas (Dattilio, 2002; Spirito et al., 2011). Os efeitos significativos do modelo aprendido por familiares e amigos podem influenciar parcialmente as expectativas de um usuário em relação aos efeitos de álcool e outras drogas (Belles, Budde, Moesgen, & Klein, 2011; Biddle, Bank, & Marlin, 1980; Noel & Thomson, 2011).

Uma vantagem na utilização da TCC é a possibilidade de redimensionar o consumo de substâncias por meio de estratégias do próprio repertório dos pacientes e/ou de seus familiares, auxiliando na adesão ao tratamento e diminuindo a probabilidade de ocorrência de lapsos ou recaídas (Webb, Sniehotka, & Michie, 2010). Alguns autores sugerem que a exposição às situações de risco deve ser evitada nas fases iniciais do tratamento e que estratégias de fuga ou esquivas devam ser encorajadas (Baranowski, 2005; Hides et al., 2011; Jones et al., 2011). Contudo, ao longo da intervenção com base na TCC, pacientes e familiares são orientados em relação às estratégias de enfrentamento para avaliar capacidade de não utilizarem a substância. O objetivo desse procedimento é aumentar a autoeficácia na recusa da droga em situações de risco de uso e reduzir os episódios de lapsos e recaídas (Monti et al., 2001; Watkins et al., 2011).

A busca por tratamento para a dependência de drogas comumente ocorre em situações de crise (Schor, 1996). Durante uma crise familiar, por exemplo, é comum que o paciente seja coagido a buscar um tratamento mais por uma demanda da família do que por vontade própria.

Wright e Pearl (1995) mostraram que as crises mais frequentes relacionadas ao uso de drogas são: ausências ou expulsões de casa, intoxicação pelo uso da droga, perda de emprego, separações, conflitos, perdas de relacionamentos importantes e problemas legais pelo envolvimento com drogas ilícitas. Assim, é comum que pacientes e familiares procurem ajuda profissional em épocas de crise, e o tratamento deve contemplar o sistema familiar e não apenas o contexto familiar (Dattilio, 1998). Devem-se considerar, portanto, os comportamentos e as crenças que são gatilhos das crises e do uso de drogas, de modo que as intervenções terapêuticas sejam realizadas de maneira assertiva e cuidadosa, uma vez que possivelmente a equipe clínica enfrente resistências por parte dos atendidos (resistência a mudanças, negações e recaídas) que podem desencadear o abandono do tratamento (Hides et al., 2011).

O objetivo deste trabalho, portanto, foi descrever as principais estratégias cognitivo-comportamentais utilizadas pelos dependentes de drogas e seus familiares para lidarem com as situações de risco durante o tratamento a partir de um programa de atendimento específico na Unidade de Dependência de Drogas na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

## Método

### Participantes

Participaram deste estudo indivíduos usuários de substância (n=52) que procuraram espontaneamente atendimento na Unidade de Dependência de Drogas da UNIFESP. Todos foram tratados com psicoterapia cognitivo-comportamental familiar breve. Além disso, compareceu às sessões, além do paciente, pelo menos um familiar (n=75).

### Procedimentos

A psicoterapia familiar foi composta por 16 sessões com duração média de 90 minutos e conduzidas sempre por dois terapeutas. Em todas as sessões, incluíram-se o paciente e seu(s) familiar(es). Durante as sessões, os terapeutas empregaram técnicas cognitivas para auxiliar os indivíduos a perceberem dissonâncias na comunicação, distorções e crenças sobre o funcionamento familiar problemático, além do desenvolvimento de estratégias específicas para lidar com o uso de droga. Os relatos das estratégias utilizadas pelos pacientes e familiares foram registrados sistematicamente pelos pesquisadores-terapeutas após cada sessão em formulário específico. Com base nos registros das sessões, realizou-se uma análise de conteúdo de todas as estratégias que as famílias utilizaram durante o tratamento. A análise de conteúdo foi realizada por três psicólogos, dois dos quais também atuaram como terapeutas e outro que não teve contato com nenhum dos atendidos (tanto pacientes quanto familiares). Em caso de discordância entre os avaliadores, prevaleceu o critério da maioria (dois votos contra um).

As categorias foram previamente determinadas em estratégias de fuga e de enfrentamento. Consideraram-se como estratégias de fuga os meios utilizados pelos pacientes e familiares para evitar todo e qualquer contato com a droga e como estratégias de enfrentamento os meios utilizados pelos pacientes, com o auxílio da família, para recusar o uso da substância nas situações em que ela estava presente.

### Ética

Todos os indivíduos em tratamento concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do presente trabalho, previamente aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP (registro número 1246/02).

### Análise dos dados

Os dados sociodemográficos foram analisados por meio de estatística descritiva. As duas categorias de estratégia e as subcategorias decorrentes de cada uma delas (definidas *a posteriori*) foram compostas seguindo a metodologia de análise de conteúdo proposta por Minayo (1992) e Bardin (1995).

## Resultados

### Dados descritivos

Com base no total da amostra de pacientes, 94% eram homens, 44% solteiros e 50% casados. A média de idade dos pacientes foi de 35 anos (DP=±11). Em relação à escolaridade, 60% deles possuíam pelo menos o ensino médio completo, e a renda familiar de 70% dos pacientes foi de até 15 salários-mínimos. Além disso, a maioria (94%) dos pacientes vivia com seus familiares. Quanto aos familiares, aproximadamente 81% eram do sexo feminino e 72% eram casados. A idade média foi 55 anos (DP=11). O grau de parentesco do familiar acompanhante mais frequente foi esposa (37%), seguido por mãe (24%), irmão (16%), pai (11%), filho (8%) e outros (4%). Ressalta-se que a maioria dos pacientes e familiares estava empregada na ocasião do tratamento.

A maioria (90%) dos pacientes preencheu os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, IV Edição Revisada (DSM-IV-TR) para dependência de drogas. As substâncias mais utilizadas foram álcool (42%), cocaína (13%), maconha (11%) e outra droga (0,2%), e 31% deles faziam uso de mais de uma droga.

### Análise de conteúdo

As estratégias utilizadas pelos familiares revelaram subcategorias tanto para as de fuga quanto para as de enfrentamento.

A categoria de fuga foi subdividida em:

- Esquiva de lugares ou pessoas que faziam uso de drogas: “Evito sair com pessoas que bebem”, “Evito ir ao barzinho”, “Evito ir para a clínica sozinho no final da tarde”, “Evito lugares que costumam me irritar”, “Evito coisas que me façam lembrar a bebida”, “Evito contato com pessoas da minha família que me aborçam”, “Quando evito beber, não gasto dinheiro”.

- Apoio familiar: maior aproximação dos familiares em decorrência da melhora da comunicação, da divisão de tarefas e papéis na família, e resolução dos problemas na família: “Procuo ficar mais tempo com minha família”, “Quando saio com minha família, bebemos refrigerantes”, “Preciso me aproximar mais da minha família, meus filhos e minha esposa”.
- Apoio marital: detectou-se durante algumas sessões que as esposas procuram apoiar seus parceiros principalmente durante a manutenção da abstinência. Essa subcategoria ficou muito evidente com alguns discursos como: “É bom que minha família me apoie”, “Minha família vem no tratamento comigo, sinto que me apoiam”, “Ao invés de ir usar a droga, procuro conversar com minha esposa”, “Minha esposa e eu jogamos fora todas as bebidas que tínhamos em casa”.

As estratégias de enfrentamento, por sua vez, foram subdivididas em:

- Recusa: “Estou conseguindo dizer não aos meus colegas de trabalho quando eles me convidam para ir a um *happy hour*”, “Tenho que saber dizer não para meus amigos que conviviam comigo no bar”, “Quando tenho vontade de beber, lembro-me das coisas ruins que me aconteciam”, “Fico mais tempo em casa, quase não saio”.
- Autocontrole: “Buscar outras formas de prazer que não estejam associadas ao uso do álcool e da cocaína”, “Quando estou com amigos mais antigos, não me sinto mais pressionado a beber”, “Contei para alguns amigos que estou fazendo tratamento”, “Estou tentando adquirir novos hábitos”, “Procuo me ocupar o tempo todo para não lembrar e ter vontade de usar drogas”, “Estou dando mais atenção para meu trabalho”, “Busco fazer coisas positivas e que me agradem”, “Quero praticar esportes”, “Estou fazendo novas amizades com pessoas que não bebem”, “Quando me sinto deprimido, leio ou faço algo que gosto”.

## Discussão

Na avaliação das estratégias, sejam de fuga ou de enfrentamento, os dados observados indicaram a importância do suporte familiar para auxiliar o paciente no seu processo de redimensionamento de novos hábitos e estilos de vida em que as drogas não estivessem

presentes. Esses achados corroboram os de estudos em que o aconselhamento familiar comportamental, incluindo o ensaio e o reaprendizado de habilidades de comunicação e assertividade, foi eficaz na redução de bebidas alcoólicas (Monti et al., 2001). Embora exista um estigma do dependente de drogas como um indivíduo desvinculado do núcleo familiar, ou mesmo de suas famílias como sendo “resistentes e pouco participativas”, neste trabalho, os pacientes possuíam vínculos afetivos e de pertencimentos com suas famílias, e esses familiares também foram participativos no tratamento. Isso reforça a ênfase de várias abordagens de estudo com dependentes que enfatizam a inclusão da família no tratamento, pois a dependência de drogas por sua complexidade e consequências não fica restrita apenas ao indivíduo, mas envolve todo o sistema familiar (Stanton & Todd, 1982).

No Brasil, a participação dos familiares no tratamento de dependentes ainda é uma prática recente, uma vez que muitos deles estão mais voltados aos indivíduos do que aos familiares (Schenker & Minayo, 2004). Entretanto, vários estudos sugerem que a participação da família é um fator importante na adesão e no tratamento de pacientes e possibilita uma melhora das relações familiares, além de auxiliar na interrupção do consumo de substâncias (da Silva et al., 2003; De Micheli & Formigoni, 2004; Pinheiro et al., 2006). Dessa forma, elaborar estratégias de intervenção com os familiares é crítica para melhorar a aderência e a eficácia do tratamento. Além disso, são comuns problemas de comunicação entre os familiares, como ausência de expressão do afeto, falta de intimidade e defesas excessivas, que podem prejudicar a recuperação do paciente (Smiths & Meyers, 2004). Assim, a TCC apresenta resultados muito satisfatórios (Brady et al., 2011) e pode aumentar muito a probabilidade de recuperação na manutenção da mudança (Dhonnchadha & Kantak, 2011).

Uma das principais características de sucesso no tratamento com base no suporte familiar é o fato de o dependente de drogas usualmente indicar pessoas significativas na sua rede familiar ou social que não fazem uso de drogas para participar do seu tratamento (Liddle, Dakof, Turner, Henderson, & Greenbaum, 2008), fato este que também se observou neste estudo. Comumente os familiares não conhecem seu próprio potencial transformador e depositam no paciente todas as responsabilidades no sucesso do tratamento. Neste estudo, observou-se que os familiares podem se constituir como uma estratégia de apoio/proteção em



relação ao uso, necessitando de estímulo e orientação para isso durante o tratamento. Assim, trabalhou-se ao longo das sessões a clarificação de tarefas, papéis e expressão de afeto de todos os envolvidos como forma de conscientizar todos os envolvidos da responsabilidade de cada um no sucesso do tratamento.

O desenvolvimento de treino de habilidades envolvendo o dependente e seus familiares deve ser cada vez mais encorajado em tratamentos para dependentes químicos no Brasil. É válido pressupor que um incremento no repertório de habilidades sociais contribua para a adoção de estratégias cognitivo-comportamentais mais sofisticadas e adaptativas para o paciente. Entretanto, é necessário que essa forma de intervenção seja estudada prospectivamente a fim de acompanhar sua efetividade.

### Considerações Finais

A abordagem da TCC possibilitou a inclusão de estratégias dirigidas aos familiares dos dependentes proporcionando mudanças nos padrões de comportamentos envolvidos no consumo de drogas. Ressalta-se que o presente estudo avaliou as estratégias cognitivo-comportamentais em um grupo pequeno de dependentes de substância, assim os resultados para essa população específica são limitados. Dessa forma, os terapeutas devem estar atentos à inclusão dos familiares tanto nas estratégias de fuga quanto nas de enfrentamento. A partir do aprendizado de autocontrole, o paciente tende a redimensionar a capacidade de controle e minimizar as situações de riscos, ficando vulnerável a situações de recaída.

### Referências

- Baranowski, T. (2005). Integration of two models, or dominance of one? *Journal of Health Psychology, 10*(1), 19-21; discussion 37-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1359105305048550>
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Belles, S., Budde, A., Moesgen, D., & Klein, M. (2011). Parental problem drinking predicts implicit alcohol expectancy in adolescents and young adults. *Addictive Behaviors, 36*(11), 1091-1094. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.06.007>
- Biddle, B. J., Bank, B. J., & Marlin, M. M. (1980). Social determinants of adolescent drinking; what they think, what they do and what I think and do. *Journal of Studies on Alcohol, 41*(3), 215-241.
- Brady, K. T., Gray, K. M., & Tolliver, B. K. (2011). Cognitive enhancers in the treatment of substance use disorders: clinical evidence. *Pharmacology Biochemistry & Behavior, 99*(2), 285-294. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pbb.2011.04.017>
- da Silva, V. A., de Aguiar, A. S., Felix, F., Rebello, G. P., Andrade, R. C., & Mattos, H. F. (2003). Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 25*(3), 133-138. doi: <http://dx.doi.org/S1516-44462003000300004>
- Dattilio, F. M. (1998). *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. New York: Guilford Pres.
- Dattilio, F. M. (2002). Homework assignments in couple and family therapy. *Journal of Clinical Psychology, 58*(5), 535-547. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10031>
- Dattilio, F. M., & Epstein, N. B. (2005). Introduction to the special section: The role of cognitive-behavioral interventions in couple and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 31*(1), 7-13.
- De Micheli, D., & Formigoni, M. L. (2004). Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction, 99*(5), 570-578. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00671.x>
- Dhonnchadha, B. A., & Kantak, K. M. (2011). Cognitive enhancers for facilitating drug cue extinction: insights from animal models. *Pharmacology Biochemistry & Behavior, 99*(2), 229-244. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pbb.2011.01.018>
- Donovan, D. M., Anton, R. F., Miller, W. R., Longabaugh, R., Hosking, J. D., & Youngblood, M. (2008). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence (The COMBINE Study): examination of posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(1), 5-13.
- Fonseca, A. M., Galduroz, J. C., Tondowski, C. S., & Noto, A. R. (2009). Alcohol-related domestic violence: a household survey in Brazil. *Revista de Saúde Pública, 43*(5), 743-749. doi: <http://dx.doi.org/S0034-89102009005000049>

- Galduroz, J. C., & Carlini, E. A. (2007). Use of alcohol among the inhabitants of the 107 largest cities in Brazil--2001. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 40(3), 367-375. doi: <http://dx.doi.org/S0100-879X2007000300012>
- Gueorguieva, R., Wu, R., Donovan, D., Rounsaville, B. J., Couper, D., Krystal, J. H., & O'Malley, S. S. (2010). Naltrexone and combined behavioral intervention effects on trajectories of drinking in the COMBINE study. *Drug and Alcohol Dependence*, 107(2-3), 221-229. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.10.017>
- Hides, L. M., Elkins, K. S., Scaffidi, A., Cotton, S. M., Carroll, S., & Lubman, D. I. (2011). Does the addition of integrated cognitive behaviour therapy and motivational interviewing improve the outcomes of standard care for young people with comorbid depression and substance misuse? *Medical Journal of Australia*, 195(3), S31-37. doi: [http://dx.doi.org/hid10903\\_fm](http://dx.doi.org/hid10903_fm)
- Horigian, V. E., Robbins, M. S., Dominguez, R., Ucha, J., & Rosa, C. L. (2010). Principles for defining adverse events in behavioral intervention research: lessons from a family-focused adolescent drug abuse trial. *Clinical Trials*, 7(1), 58-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1740774509356575>
- Jones, S. H., Barrowclough, C., Allott, R., Day, C., Earnshaw, P., & Wilson, I. (2011). Integrated motivational interviewing and cognitive-behavioural therapy for bipolar disorder with comorbid substance use. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(5), 426-437. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.783>
- Landau, J., & Garret, J. (2006). *Invitational intervention: a step by step guide for clinicians helping families engage resistant substance abuses in treatment*. New York: Haworth.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103(10), 1660-1670. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x>
- Longabaugh, R., & Magill, M. (2011). Recent advances in behavioral addiction treatments: focusing on mechanisms of change. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 382-389. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-011-0220-4>
- Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516-527.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511-525. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>
- Miller, W. R., & Brown, J. M. (1991). Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviors. In: N. Heather, W. R. Miller & J. Greeley (Eds.), *Selfcontrol and the addictive behaviours*. Sydney: Pergamon Press Australia.
- Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro. HUCITEC-ABRASCO.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Swift, R. M., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Mueller, T. I., ... Asher, M. K. (2001). Naltrexone and cue exposure with coping and communication skills training for alcoholics: treatment process and 1-year outcomes. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 25(11), 1634-1647. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2001.tb02170.x>
- Noel, J. G., & Thomson, N. R. (2012). Children's alcohol cognitions prior to drinking onset: Discrepant patterns from implicit and explicit measures. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 451-459. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0025531>
- Pinheiro, R. T., Pinheiro, K. A., Magalhães, P. V., Horta, B. L., da Silva, R. A., Sousa, P. L., & Fleming, M. (2006). Cocaine addiction and family dysfunction: a case-control study in southern Brazil. *Substance Use & Misuse*, 41(3), 307-316. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10826080500409167>
- Pinsky, I., Caetano, R., Mitsuhiro, S., & Laranjeira, R. (2013). LENAD II – Consumo de Álcool no Brasil. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- Ray, G. T., Mertens, J. R., & Weisner, C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*, 104(2), 203-214. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02447.x>
- Ribeiro, M. (2004). [Services organization for the treatment of alcohol dependence]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 Suppl 1, S59-62. doi: <http://dx.doi.org/S1516-44462004000500015>

- Robbins, M. S., Szapocznik, J., Horigian, V. E., Feaster, D. J., Puccinelli, M., Jacobs, P., ... Brigham, G. (2009). Brief strategic family therapy for adolescent drug abusers: a multi-site effectiveness study. *Contemporary Clinical Trials*, 30(3), 269-278. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2009.01.004>
- Schenker, M., & Minayo, M. C. (2004). [The importance of family in drug abuse treatment: a literature review]. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 649-659. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300002>
- Schor, E. L. (1996). Adolescent alcohol use: social determinants and the case for early family-centered prevention. Family-focused prevention of adolescent drinking. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 73(2), 335-356.
- Smiths, J. E., & Meyers, R. J. (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment: working with family members*. New York: Guilford.
- Spirito, A., Sindelar-Manning, H., Colby, S. M., Barnett, N. P., Lewander, W., Rohsenow, D. J., & Monti, P. M. (2011). Individual and family motivational interventions for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department: results of a randomized clinical trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(3), 269-274. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.296>
- Stanton, M. D. & Todd, T. C. (Eds.). (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. Guilford Press.
- Szapocznik, J., & Williams, R. A. (2000). Brief Strategic Family Therapy: twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(2), 117-134.
- Watkins, K. E., Hunter, S. B., Hepner, K. A., Paddock, S. M., de la Cruz, E., Zhou, A. J., & Gilmore, J. (2011). An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Archives of General Psychiatry*, 68(6), 577-584. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.53>
- Webb, T. L., Sniehotta, F. F., & Michie, S. (2010). Using theories of behaviour change to inform interventions for addictive behaviours. *Addiction*, 105(11), 1879-1892. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03028.x>

**Endereço para correspondência:**

André Luiz Monezi Andrade  
 Universidade Anhembi Murumbi -  
*Laureate International Universities*®  
 Departamento de Psicologia  
 Rua Almeida Lima, 114  
 CEP: 03164-000 – São Paulo/SP  
 Email: [andremonezi@gmail.com](mailto:andremonezi@gmail.com)

Recebido em 23/07/2015

Revisto em 01/10/2015

Aceito em 29/10/2015

## Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III

### Singular Therapeutic Project in women attending in a CAPS AD III

Scheila Silva Rasch<sup>1</sup>

Angela Nobre de Andrade<sup>1</sup>

Luziane Zacché Avellar<sup>1</sup>

Pedro Machado Ribeiro Neto<sup>1</sup>

#### Resumo

Este estudo objetiva debater o Projeto Terapêutico Singular a partir da análise de prontuários de mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Foi realizado um levantamento nos prontuários de 27 mulheres atendidas no serviço. Os resultados levaram a três categorias principais: características sociodemográficas e do consumo; processo do tratamento; e temática das redes articuladas à construção do projeto terapêutico. Apesar da diversidade de ações e redes utilizadas, este levantamento evidencia a necessidade da ampliação de ofertas terapêuticas orientadas para o público feminino, visando à ampliação de recursos para mulheres. O projeto terapêutico articulado em rede e focado nas necessidades femininas pode fortalecer vínculos e propiciar uma atenção singularizada e acolhedora.

**Palavras-chave:** mulheres; saúde mental; drogas; tratamento; centro de atenção psicossocial.

#### Abstract

This study aims at discussing the Singular Therapeutic Project from the analysis of medical records of women treated at a Center of Psychosocial Attention Alcohol and Drugs. A survey was conducted in the medical records of 27 women attending the service. The results led to three main categories: sociodemographic and consumption characteristics; treatment process; and the theme of the networks articulated to the building of the therapeutic project. Despite the diversity of actions and networks used, this survey highlights the need to expand therapeutic offers targeting the female public, aimed at expanding resources for women. The therapeutic project articulated in network and focused on women's needs can strengthen ties and provide a singularized and warm attention.

**Keywords:** women; mental health; drugs; treatment; center of psychosocial attention.

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória), Brasil

Este artigo decorre da tese de doutorado defendida pela autora principal e aborda o consumo de substâncias psicoativas por mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III), dispositivo da desinstitucionalização que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os CAPSs AD III são serviços de base comunitária que devem permanecer abertos 24 horas e destinar suas ações "(...) a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, *crack* e outras drogas." (Brasil, 2012, s/p).

Durante décadas, a dependência de substâncias psicoativas pelas mulheres foi avaliada como mais grave do que a dependência pela população masculina, pelo fato de as mulheres criarem menos vínculos e possuírem menor possibilidade de evolução e prognóstico do que os homens. Esses fatores, entre outros, contribuíram para uma limitação de estudos a respeito de mulheres nessa situação, cuja consequência principal foi a ênfase nos padrões de uso de substâncias psicoativas pelos homens como normatização

para a compreensão dos problemas apresentados pelas mulheres (Wolle & Zilberman, 2011).

Para Tuchman (2010), uma das razões apontadas para explicar essa escassez de pesquisas é a menor prevalência da dependência de substâncias psicoativas entre as mulheres, em comparação aos homens. Assim, a lacuna nas pesquisas pode estar relacionada, dentre inúmeros fatores, à pequena procura das mulheres por tratamento para dependência de substâncias psicoativas. Porém, Green, Polen, Dickinson, Lynch e Bennett (2002) já alertaram sobre essa pequena procura, que, contraditoriamente, difere do hábito feminino de procurar com mais frequência os serviços de saúde do que os homens.

A dificuldade da procura de tratamento pelas mulheres também pode ser explicada pelas múltiplas barreiras com que elas se defrontam para ter acesso ao tratamento, que consistem em dificuldades financeiras, bem como naquelas relacionadas à condição feminina, por exemplo, a responsabilidade sobre o cuidado dos filhos, a falta de disponibilidade de al-

guém com quem deixar os filhos e o temor de perder sua guarda, caso admitam o problema, além de pouco apoio do meio ao qual pertencem. Além disso, a ausência de atendimento específico para mulheres pode ser igualmente entendida como consequência do des-caso ou do constrangimento familiar ocasionado pelo abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Esses fatores podem explicar o fato de as mulheres não colaborarem com pesquisas e não procurarem espaços de tratamento especializados (Cesar, 2006; Green, 2006; Wolle & Zilberman; 2011).

Outro aspecto significativo para a quase inexistência de programas exclusivos para mulheres, segundo Brasileiro e Hochgraf (2006), se refere tanto ao estigma social da mulher usuária de drogas, quanto à incipiência da capacitação de equipes da atenção básica de saúde com vistas ao estabelecimento de um diagnóstico apropriado para as diversas queixas relacionadas à saúde física.

O aumento do uso de drogas por mulheres, cuja constatação é cada vez mais alarmante nos levantamentos epidemiológicos nacionais (CEBRID, 2006; Laranjeira et al., 2014) e internacionais (UNODC, 2004; WHO, 2014), indica que o público feminino também está demarcado pelos valores da contemporaneidade, e, por sua vez, procura formas de relacionamento com a produção do sofrimento e as incertezas do momento, sentidos para a compreensão da angústia, da solidão e da insatisfação da existência.

É possível afirmar que a dependência feminina foi um fenômeno escondido na maioria dos países (UNODCCP, 2002), apesar de os dados epidemiológicos, tanto no Brasil (CEBRID, 2006; Laranjeira et al., 2014) quanto no mundo (UNODC, 2004; WHO, 2014), evidenciarem predominância masculina no uso nocivo e dependente da maioria das substâncias psicoativas, com exceção, em alguns países, de medicamentos como os benzodiazepínicos. Assim, mesmo que os dados epidemiológicos internacionais mostrem que as mulheres têm menor probabilidade de consumir drogas ilícitas que os homens, elas tendem a usar mais medicamentos, por exemplo, os benzodiazepínicos (UNODC, 2004).

No Brasil, merecem destaque os dados apresentados pelo II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, que apontou que as mulheres estão bebendo mais e na forma de *binge*, ou seja, ingerindo quatro unidades ou mais de bebida alcoólica a cada duas horas, enquanto os homens ingerem cinco unidades ou mais nesse mesmo período. E mais: as mulheres, notadamente as mais jovens, são a população em maior

risco, com maiores índices de aumento do consumo de álcool entre 2006 e 2012, e que bebem de forma mais nociva (Laranjeira et al., 2014).

Segundo Souza, Oliveira e Nascimento (2014), o enfrentamento do fenômeno das drogas, principalmente no que se refere à população feminina, extrapola as dimensões biomédicas, determinando que os profissionais compreendam o processo saúde/doença de forma mais ampla, abrangendo as especificidades femininas na qualidade de sujeitos sociais. O tema é atual e relevante, o que demanda um olhar atento às peculiaridades e necessidades da mulher usuária de droga ao chegar a um serviço de saúde, que é construído historicamente com base na vertente *masculinizada* da atenção, oferecendo, muitas vezes, terapêuticas e atividades desvinculadas das necessidades femininas. Desse modo, a atenção adequada às mulheres usuárias de substâncias psicoativas nos serviços de saúde implica necessariamente na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que considere as necessidades femininas, aspectos que podem garantir o acolhimento, o vínculo da mulher com o serviço e a continuação do seu processo de tratamento.

### Projeto Terapêutico Singular: aspectos gerais

O conceito de PTS emerge junto com a história de vida do Sistema Único de Saúde (SUS), do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica, referindo-se a um dispositivo de integração e organização das equipes de profissionais da saúde mediante a realização de um plano de cuidado que engloba atividades terapêuticas de tratamento, de reabilitação e de reinserção social. Assim, mais do que um projeto de tratamento, ele representa um projeto de vida na direção da cidadania (Nóbrega & Oliveira, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o PTS pode ser construído para grupos ou famílias, e não só para indivíduos, tendo como ponto central de articulação a singularidade, a diferença. Em geral, o PTS tem sido desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental visando uma atuação integrada da equipe, com a valorização de aspectos para além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação. Nesse sentido, um dos objetivos do PTS repousa na compreensão do sujeito que demanda cuidado em saúde e, portanto, na definição de propostas de ações terapêuticas articuladas, para um sujeito individual e coletivo, a partir da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Para isso, também pode ser utilizada a estratégia de apoio matricial (Brasil, 2007).

O PTS se refere, na atenção psicossocial, a uma ferramenta clínica que visa traçar uma estratégia de intervenção para o usuário de acordo com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito, com ampla discussão sobre o problema a ser enfrentado e com o envolvimento de diversos atores no processo de cuidado. Dessa forma, constituem-se elementos essenciais a participação do usuário na formulação do seu PTS, a implicação da família, bem como a distribuição de responsabilidades, inclusive com cronogramas para a realização e avaliação do processo (Onocko-Campos & Gama, 2008).

De acordo com o MS, operacionalmente, o PTS se desenvolve em quatro momentos: diagnóstico; definição de metas; divisão de responsabilidades; e reavaliação. O primeiro momento, o do diagnóstico, deve conter uma avaliação biopsicossocial que traga elementos sobre os riscos e a vulnerabilidade do usuário, ocasião em que se busca a compreensão de como o sujeito singular se coloca e faz sua produção de vida em relação às doenças, aos desejos, aos interesses, ao trabalho, à cultura, à família e à sua rede social. O segundo momento é o de definição de metas, com propostas feitas pela equipe do serviço para o usuário em curto, médio e longo prazo, negociadas com o usuário pelo membro da equipe que tiver vínculo mais estreito com ele. Nesse arranjo terapêutico, o integrante da equipe que tem essa vinculação passa a ser o profissional de referência para o monitoramento e a avaliação desse projeto de atenção e cuidado. A função desse profissional é primordial para a constante avaliação desses projetos junto aos usuários, em consonância com as pontuações discutidas em reuniões de equipe do CAPS por todos os profissionais (Brasil, 2007).

O terceiro momento se refere à divisão de responsabilidades, no qual é de significativa importância a definição das tarefas de cada um com muita clareza. Finalmente, o quarto momento consiste na reavaliação do projeto, período em que se discute, tanto na reunião da equipe quanto com o usuário, a evolução do processo e as correções necessárias para que não se institucionalize os sujeitos, pois isso seria caminhar na contramão do que preconiza a reforma psiquiátrica brasileira e, principalmente, porque o CAPS deve ser um lugar de passagem, e não de confinamento e reclusão. A construção do PTS deve, sobretudo, estar em consonância com a situação biopsicossocial, a vulnerabilidade e o risco de dano social do usuário, de modo a proporcionar ofertas terapêuticas que façam sentido para esses

sujeitos. Entretanto, em um CAPS AD III, o PTS é construído mediante inúmeras ações, como ofertas terapêuticas de atendimento individual e em grupo; oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades de integração na comunidade; acolhimento noturno para intervenções em situações de crise e, também, repouso e/ou observação; e estratégias de redução de danos dentro e fora do serviço, em articulação com profissionais da atenção básica (Brasil, 2002, 2007, 2012).

Afirma-se, nesse sentido, que o planejamento dos processos terapêuticos em alguns serviços de atenção psicossocial precisa ir além da intervenção nos momentos de crise, dirigindo-se à continuidade da vida do usuário e representando um movimento de coprodução e cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade (Nóbrega & Oliveira, 2005).

Diante de uma relação de uso abusivo ou dependente de substância psicoativa que acarreta danos físicos ou psicológicos, incluindo o comprometimento do julgamento (OMS, 1993), o PTS, como ferramenta clínica e, ao mesmo tempo, plano de cuidado de vida para usuários, pode oportunizar uma “fissura”, no sentido de brecha, em uma relação de certeza presentificada pela droga, único sentido na vida de algumas pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas de forma dependente.

Essa “fissura”, no sentido monolítico e único, mediante um equipamento de saúde mental e um plano de cuidados, pode ser agenciadora de mudanças e do estabelecimento de mais redes na vida e de mais dependências, conforme relata Kinoshita (2001): “Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para vida” (p. 57).

Esses aspectos evidenciam a necessidade da produção de conhecimento no contexto da atenção ao uso abusivo ou dependente de álcool e de outras drogas por mulheres. Desse modo, objetivamos debater o PTS de usuárias de um CAPS AD III a partir da análise de seus prontuários.

## Método

Trata-se de uma pesquisa documental de caráter exploratório e de natureza qualitativa (Minao, 2012), em que serão apresentados os resultados

de um levantamento realizado nos prontuários de 27 participantes em acompanhamento no Grupo de Mulheres. Essa atividade terapêutica foi realizada em um CAPS AD III de uma cidade da região sudeste do Brasil, entre novembro de 2012 e julho de 2013. De acordo com Böing e Crepaldi (2010), a pesquisa documental “(...) consiste na seleção criteriosa de documentos e de técnicas de organização, de classificação do material e de elaboração de categorias de análise, sendo todo o processo orientado pelo problema de pesquisa proposto” (p. 639). Nesse sentido, os prontuários analisados neste estudo são decorrentes do atendimento às mulheres que participaram de forma voluntária do grupo.

A autora principal deste artigo é profissional do CAPS AD III em questão e foi a responsável pela condução do grupo com as mulheres, em parceria com outra profissional do serviço, motivo pelo qual esse local foi escolhido para a realização da pesquisa. Desse modo, a atividade denominada “Grupo das Mulheres” esteve associada à pesquisa clínica, com enfoque teórico do campo das psicoterapias corporais de base reichiana (Reich, 2001) e neorreichiana (Lowen, 1982; Boyesen, 1986; Boadella, 1992).

A coleta de dados foi realizada tanto nos prontuários físicos quanto nos prontuários eletrônicos das mulheres atendidas no grupo. As informações foram recolhidas por meio de um protocolo denominado “ficha do participante”, que teve a finalidade de levantar os dados de identificação e socioeconômicos, o histórico do consumo de drogas e a inserção no CAPS AD mediante o PTS realizado (acesso, acolhimento, atividades terapêuticas individuais e grupais, uso de medicação, participação familiar, encaminhamentos do serviço para outros dispositivos e tipos de intervenção fora do espaço de tratamento).

Os dados foram analisados com auxílio da Análise de Conteúdo Temática (Minayo, 2012), modalidade que consiste em pré-análise, com a leitura exaustiva de todo o volume de informações; exploração do material, com os recortes de elementos principais do texto; e interpretação, com a criação de categorias temáticas. Os prontuários das mulheres atendidas foram lidos na íntegra, extraindo-se as informações referentes aos itens destacados, como os dados socioeconômicos, o histórico de consumo e a inserção no serviço. A seguir, foram reunidos os dados de todas as mulheres, obtendo suas características gerais. Nessa etapa foram constituídas três categorias temáticas que serão abordadas abaixo, nos Resultados.

## Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados a partir de três categorias principais: características sociodemográficas das mulheres atendidas no CAPS AD III; debate do PTS de acordo com as informações presentes e analisadas nos prontuários das mulheres atendidas; e, finalmente, a temática das redes a partir das informações contidas no PTS dos prontuários.

### Características sociodemográficas e do consumo de drogas

Neste tópico, serão apresentadas e discutidas as características comuns aos prontuários das mulheres participantes do grupo, principalmente no que se refere ao aspecto sociodemográfico e ao consumo de substâncias psicoativas. Ao chegarem ao serviço, as mulheres estavam numa faixa etária entre 18 e 60 anos, com média de idade de 34 anos e eram provenientes de todas as seis regiões de saúde do município, com predominância de umas das regiões. Em relação à média de idade, Capistrano et al. (2013) pesquisaram perfil sociodemográfico de dependentes químicos em tratamento e verificaram que a idade média foi de 35 anos, bem próximo à das participantes deste estudo. No entanto, Cesar (2006), em estudo sobre alcoolismo feminino, observou que a idade das mulheres variava de 40 a 52 anos. Além disso, Monteiro et al. (2011) e Quinderé e Tófoli (2007) realizaram estudo em CAPS AD e relataram que a idade média dos usuários girou em torno de 22 anos, assim como variou entre 20 e 39 anos, respectivamente, informações que se distanciam dos resultados deste estudo. Contudo, é preciso ressaltar que esse distanciamento pode estar relacionado a diferenças regionais e culturais.

O ensino fundamental incompleto foi o nível de escolaridade predominante em metade das participantes, sendo o desemprego uma informação presente em 22 dos 27 prontuários de nosso estudo. Esses dados se aproximam dos resultados encontrados na pesquisa de Capistrano et al. (2013), que mostram que a maior parte dos pacientes estudou até o ensino fundamental, demonstrando baixo grau de escolaridade, o que foi evidenciado, de acordo com o autor, por outros estudos. Além disso, o autor ressalta que boa parte deles estava desempregada e outra parte não possuía vínculo trabalhista formal. Contudo, essas informações se distanciam dos resultados encontrados por Cesar (2006), que identificou um perfil

socioeconômico diferenciado entre participantes de sua pesquisa com mulheres alcoolistas. Por sua vez, Monteiro et al. (2011) relatam que a maioria dos participantes de sua pesquisa em um CAPS AD estava empregada e possuía ensino fundamental, de forma semelhante ao que observaram Quinderé e Tófoli (2007) em pesquisa com essa população. Segundo eles, apesar de uma parte dos usuários de CAPS AD ter declarado estar desempregada, outra parte se encontrava trabalhando.

Na análise dos prontuários levantados, observamos que a maior parte das participantes se declarou solteira. Apesar disso, a condição da maternidade abrangia quase todas as participantes, e a perda da guarda dos filhos impôs-se a duas mulheres por intervenção do Conselho Tutelar, em função do consumo de drogas. Das 27 mulheres, 4 passaram pela situação prisional por tráfico de cocaína ou outro tipo de criminalidade. Esse dado se contrapõe ao Relatório Mundial sobre Drogas, que destaca que o maior percentual de mulheres presas ou suspeitas está ligado a crimes que envolvem o comércio ilegal de sedativos e tranquilizantes. Contudo, esse dado corrobora as tendências da atual população carcerária feminina no Brasil, representando cerca de 7% de mulheres, o que corresponde a quase 36 mil presas, sendo a maioria das prisões relacionada ao tráfico de drogas (UNODC, 2014).

Quanto ao consumo de drogas, observamos que, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1993), das 27 mulheres, 7 eram dependentes de uma única substância psicoativa; 3 consumiam álcool; 1 usava maconha; 2 inalavam cocaína; e 1 consumia *crack*. No entanto, entre as outras 20 mulheres, verificamos o múltiplo uso: três combinavam álcool, maconha e *crack*; quatro usavam álcool, maconha, cocaína inalada e injetável e *crack*; duas consumiam álcool, maconha, cocaína inalada e injetável; duas associavam álcool, cocaína inalada e *crack*; três usavam álcool, maconha e cocaína inalada; duas usavam cocaína inalada e *crack*; três consumiam maconha, cocaína inalada e *crack*; e uma mulher combinava maconha e cocaína inalada. Esse quadro demonstra a tendência, observada pelo Relatório Mundial sobre Drogas (WHO, 2014), de que, apesar da peculiaridade de cada região do mundo com relação a drogas específicas, o policonsumo, isto é, o uso de duas ou mais substâncias ao mesmo tempo ou sequencialmente, continua preocupante, tanto para a saúde pública quanto para o controle de drogas. As mulheres deste estudo reafirmam essa tendência,

exceto por seis delas, que fizeram uso de apenas uma substância. O consumo de *crack* já faz parte da vida dessas mulheres, acarretando muitos prejuízos não somente à mulher, mas também a quem está à sua volta e depende dela como mãe, cuidadora e trabalhadora. Esse consumo interfere substancialmente na maternidade, com o “confisco” dos filhos em abrigos. No caso do nosso estudo, isso ocorreu com duas mulheres.

Em relação ao uso combinado de substâncias, Capistrano et al. (2013) relatam que a maioria das participantes de seu estudo consumia mais de uma droga, sendo as mais comuns o álcool e o tabaco. Tais informações se aproximam dos resultados encontrados por Monteiro et al. (2011), que mostram que metade dos participantes afirmou ingerir bebida alcoólica diariamente, dos quais um terço também declarou usar maconha. Por sua vez, Quinderé e Tófoli (2007) não apontam diretamente em seu estudo o uso combinado, mas afirmam que quase todos os indivíduos consomem álcool e metade deles usa tabaco. Outras substâncias também se destacaram na trajetória de uso dessas mulheres, como ácido lisérgico, consumido por uma delas; solventes, por três mulheres; tabaco, por metade das participantes; e heroína, por uma mulher.

Vale ressaltar que a idade mínima para o início do consumo de tabaco foi de 10 anos e a máxima, de 57 anos. Essa precocidade confirma os dados já fornecidos pelas pesquisas e estudos nacionais, que revelam que as primeiras experimentações de drogas acontecem em torno dos 10 anos de idade, enquanto os dados internacionais referenciam a ocorrência das primeiras experiências entre os 12 e 15 anos. Esse aspecto também é verificado pelos estudos brasileiros com estudantes de 1º e 2º graus de dez capitais brasileiras, nas quais se detectou o crescimento do consumo de álcool entre jovens e, particularmente, por parte de crianças em situação de rua, o uso cada vez mais precoce e pesado de substâncias psicoativas, bem como o aumento no uso de ansiolíticos, anfetaminas e cocaína (Schuckit, 1991; Galduróz, Noto & Carlini, 1997; CEBRID, 2002, 2006).

O uso de drogas e o início da vida sexual ocorrem, em média, aos 13 anos, coincidindo com o início precoce da ingestão de bebidas alcoólicas. Por sua vez, o estudo do MS e do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), em junho de 2002, verificou que, de 632 crianças e adolescentes entre 10 e 13 anos, 23,0% já haviam usado alguma droga, enquanto 0,8% já tinham compartilhado seringa ou agulhas (CEBRID, 2002; Brasil, 2007).



O tempo do uso de álcool pelas mulheres variou entre 2 e 35 anos. Internações por consumo de álcool e outras drogas anteriores à chegada ao serviço foi uma realidade para oito mulheres, em estabelecimentos como hospital psiquiátrico, o Hospital da Polícia Militar (HPM), com projeto/internação para usuários de drogas, comunidades terapêuticas e CAPS AD de outros estados brasileiros.

### **As mulheres e os Projetos Terapêuticos Singulares no CAPS AD III**

Em relação à análise dos PTS, verificamos que o acesso ao serviço aconteceu de diferentes formas para as mulheres. Para duas delas, o acesso foi voluntário; para outras duas, ocorreu por indicação da família; e para uma, por referência dos amigos. Das 27 mulheres, 17 chegaram por indicação de serviços municipais, 14 pelos serviços de saúde e 3 pelos serviços da assistência social. Quatro mulheres foram encaminhadas a partir de serviços estaduais: três delas pelos serviços de saúde e uma pela Justiça. Por fim, observamos que uma mulher foi encaminhada por um órgão não governamental.

A maior parte dos encaminhamentos, portanto, ocorreu por meio de serviços de saúde, de modo semelhante ao que Quinderé e Tófoli (2007) observaram em estudo realizado em CAPS AD. Segundo eles, parte considerável dos encaminhamentos analisados na pesquisa foi realizada pelo hospital geral, enquanto outra parte foi executada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Contudo, os autores relatam que uma parcela dos encaminhamentos se deu por demanda espontânea, distanciando-se, portanto, dos resultados aqui encontrados. Entretanto, é importante ressaltar que a rede não deve ser constituída somente por encaminhamentos, mas pelo acompanhamento contínuo dos casos, entre outras ações intersetoriais. A procura da rede de serviços por essas mulheres parece evidenciar as diferenças e singularidades de cada ponto de atenção da RAPS, pulsando essa rede na direção de uma integração para o cuidado. Assim, evidencia-se e fortalece-se o trabalho em rede na atenção ao usuário de drogas e de apoio matricial prestado pelo CAPS AD. Com isso, a RAPS se movimenta nas polaridades Atenção Básica, CAPS AD e emergência, dentre outras, sem fixação num dos pontos, seguindo na polaridade adequada ao cuidado, na singularidade necessária (ponto da rede), no momento propício.

Quando necessário, estabelece-se o PTS em ressonância com esses pontos de atenção, já que a rede

não é algo fixo: é nômade, andante, construída de acordo com a singularidade do caso clínico. A rede interna, isto é, do próprio serviço, precisa se articular com a rede externa — processo chamado de “intersectorialidade”. A eficácia da rede se baseia na afirmação das diferenças e da potência da singularidade de cada serviço. Assim, sem que esses fios se enredem, não há como resolver todas as questões trazidas pelos sujeitos num só espaço. E esse é o caos que vivemos atualmente: confunde-se espaço de tratamento com alojamento, contrariando toda a ética da reforma psiquiátrica brasileira, sobretudo porque essa reforma ainda se constrói a cada momento no trabalho cotidiano (Torres, 2002; Amarante, 2007). Esses encaminhamentos confirmam o CAPS AD III como serviço nessa atenção no município. Além disso, eles reiteram uma rede de cuidado em movimento e diálogo, de acordo com o que preconiza a organização da RAPS, ou seja, a acessibilidade em diferentes pontos de atenção da rede e o acolhimento (Brasil, 2012).

O acolhimento foi individual para 11 mulheres e grupal para 16 mulheres, o que indica a não fixação do procedimento de acolhimento somente num dos polos, seja ele individual ou grupal, demonstrando a flexibilidade do processo de acolhimento para essa atenção. Isso é importante, pois, muitas vezes, nem todas as usuárias se sentem confortáveis em compartilhar as histórias num processo grupal, garantindo-se, com a estratégia individual, que a mulher tenha acesso ao serviço e, principalmente, compartilhe o sofrimento que a moveu a procurar ajuda e cuidado. Nesse sentido, Brasiliano (2003) relata que o acolhimento de mulheres representa a ultrapassagem dos entraves para a chegada ao tratamento, devendo-se valorizar essa chegada e ouvir suas queixas para a construção de um PTS adequado às suas necessidades.

O MS estabelece que o CAPS deve estar capacitado para o acompanhamento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, de acordo com o quadro clínico, de modo que o intensivo remete a um acompanhamento diário e o não intensivo ocorre com menor frequência (Brasil, 2002). Verificamos em nosso estudo que a modalidade intensiva esteve referenciada para o tratamento de 20 mulheres, enquanto o caráter semi-intensivo esteve referenciado para 7 mulheres. Não encontramos PTS referenciado na modalidade não intensiva. A modalidade intensiva de tratamento se refere à indicação para os sujeitos clinicamente debilitados, em uma vinculação de dependência da substância e perda de relações de trabalho, sociais e familiares pelo consumo das drogas. Mais da

metade das participantes inscreviam-se nessa modalidade, necessitando de trabalho diário.

De acordo com a análise dos prontuários, observamos que o acolhimento noturno com permanência 24 horas do CAPS AD III foi iniciado em dezembro de 2011, e que, das 27 mulheres, 15 receberam essa modalidade de atenção. O tempo de permanência variou de 3 a 17 dias, sendo que, dessas mulheres, uma vivenciou essa modalidade por três vezes, enquanto outra vivenciou duas entradas nessa permanência. As demais mulheres usufruíram dessa modalidade somente uma vez. Esse dado parece indicar a singularidade do processo do cuidado de si de cada mulher nessa atenção psicossocial, expressa pela variação no tempo de permanência na modalidade do acolhimento noturno. A necessidade do retorno a essa modalidade reflete a dinâmica da clínica da atenção ao álcool e de outras substâncias psicoativas, com seus altos e baixos, exposição a episódios de risco e vulnerabilidades, indicadores de possíveis recaídas. Além disso, a menor quantidade de dias (três) de acolhimento noturno decorreu do fato de a mulher não suportar a permanência, embora tivesse a indicação clínica e psicossocial para tal, pois era usuária de *crack* e se encontrava em situação de rua, estando, portanto, em situação de risco e vulnerabilidade social.

Com os projetos terapêuticos abarcando tanto atividades individuais quanto grupais, observamos que o agrupamento Serviço Social, Psiquiatria, Enfermagem, Médico Clínico, Psicologia, Profissional de Referência e Plantão da Atenção Diária (atividade de um profissional disponível para o acolhimento das demandas do dia do usuário no serviço, como ser escutado, justificar chegada em atraso, dentre outras) foi o formato mais comum no acompanhamento individual.

No que se refere às especificidades, o Serviço Social contemplou o atendimento para 26 das 27 mulheres atendidas; a Psiquiatria, para 25 mulheres; a Enfermagem (nível superior), para 20 mulheres; a Clínica Médica, para 18 mulheres; a Psicologia, para 15 mulheres; o serviço do Profissional de Referência, para 12 mulheres; o trabalho de Plantão Interno, para 11 mulheres; o trabalho do Auxiliar de Enfermagem, para 8 mulheres; o serviço do Técnico de Enfermagem, para 4 mulheres; a Avaliação Física, para 2 mulheres; a Visita Domiciliar, para 2 mulheres; a Terapia Ocupacional e Visita Hospitalar, para 1 mulher. Essa constatação parece indicar a singularidade do PTS de cada mulher e a atenção às suas necessidades específicas no processo de cuidado de si.

Entretanto, chama a atenção nesse dado de atividades individuais que o Profissional de Referência conste somente para 12 mulheres, já que se trata de um acompanhamento necessário e fundamental para a condução e a avaliação do PTS, condição básica para sua execução (Brasil, 2004). O fato de mais da metade das mulheres aparecerem sem essa referência indica a ausência do acompanhamento e da avaliação sistemática e regular com o usuário sobre o seu processo de cuidado de si, favorecendo possivelmente a cronificação desse sujeito na instituição, aspecto fortemente combatido pela reforma psiquiátrica brasileira (Amarante, 2007).

Observamos uma diversidade de ofertas terapêuticas, verificando também atividades novas, algumas que desaparecem e outras sazonais. Notamos maior participação na Oficina de Arteterapia, que contemplou 24 mulheres, seguida do Grupo de Geração de Renda, com 20 mulheres, do Grupo Vivencial e da Oficina de Música e Cultura, ambos com 19 mulheres. Em seguida, aparecem Letramento, Poesia e Literatura, todos com 18 mulheres, o Grupo de Bom Dia, com 17 mulheres, a Oficina de Policultura e a Oficina de Cidadania, ambas com 14 mulheres, e, finalmente, a Oficina de Leitura de Jornal, com 12 mulheres. Essas informações, que demonstram a diversidade de ações e atividades desenvolvidas no CAPS AD III, vão ao encontro do que preconiza o MS (Brasil, 2002, 2007, 2003, 2004, 2011, 2012).

No que se refere especificamente ao Grupo de Mulheres, encontramos nos prontuários registros de participação desde 2007, tendo como ponto de corte o mês de julho de 2013, quando encerramos a coleta de dados. Assim, observamos que essa participação sofreu flutuações temporais, com uma mulher indo e voltando ao serviço e a esse dispositivo terapêutico por dois anos consecutivos, com espaço de quatro anos para o retorno à atividade. Uma mulher participou por dois anos consecutivos e se ausentou por mais dois, até o retorno. Para cinco mulheres, verificamos a participação por três anos consecutivos. Observamos ainda a participação de três mulheres por dois anos consecutivos e, no ano de 2013, a participação de 13 mulheres.

Esses dados demonstram que o cuidado especificamente da mulher que constituiu a primeira participante do grupo, desde 2007, já vem de longa data, uma vez que o primeiro acolhimento na instituição foi registrado em outubro de 2004, com evasões do processo de tratamento, e, conseqüentemente, do cuidado de si. Vale ressaltar que essa mulher — to-

mada aqui como exemplo — continuava no serviço em 2013. Essas informações indicam a necessidade de insistir nesse cuidado e na diversidade de ações propostas na construção do PTS.

Essa constatação sinaliza também a necessidade de investimento emocional no cuidado dessa problemática em uma instituição de saúde. Os momentos de distanciamento do serviço dessa usuária em particular, por exemplo, demonstram que o cuidado de si é caracterizado por idas e vindas, desenvolvendo-se em momentos diferentes da vida. Isso requer que a instituição atente para a não cronificação dos processos de cuidado num CAPS AD, pois isso representaria seguir um rumo na contramão da reforma psiquiátrica brasileira, que preconiza a desinstitucionalização dos processos de cuidado (Amarante, 2007; Brasil, 2012).

A demarcação temporal da existência e da participação das mulheres, considerando-se a criação desse espaço, em 1998, e o momento da chegada ao serviço da mulher tomada como exemplo, atesta a efetividade dessa terapêutica específica para mulheres, atividade sustentável desde a origem. Esse dado corrobora a importância de um espaço específico para mulheres, conforme ressaltado por Ribeiro (2009), Brasiliano (2003), Zilberman (2003) e Brasiliano e Hochgraf (1999), e Wolle e Zilberman (2011). Embora essa participação oscile em alguns momentos, demonstrando afastamento do serviço e, talvez, queda da qualidade de cuidado de si, o dispositivo perdura e é referência para outras mulheres que chegam ou retornam à instituição. A participação das mulheres, embora flutuante, demonstra a fecundidade e a perenidade desse grupo.

Por fim, um último dado a ser ressaltado no que tange à análise do PTS das mulheres atendidas, a medicação psicotrópica foi um elemento significativo para o processo de tratamento das 27 mulheres. Assim, a medicação foi entendida como aliada para a passagem da síndrome de abstinência da substância, da ansiedade e da “fissura”, consolidando-se com esse dado a utilização da farmácia do CAPS AD III para a obtenção da medicação prescrita.

### O Projeto Terapêutico Singular e o uso das redes

O MS instituiu a RAPS com o objetivo de criar, ampliar e articular as ações de atenção à saúde. Assim, suas diretrizes preconizam a diversificação das estratégias de cuidado, o desenvolvimento de atividades no território visando a inclusão social, a participação do

familiar, assim como, o “(...) desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular” (Brasil, 2012, s/p), entre outras diretrizes.

Silva et al. (2012) destacam que a família oferece um importante suporte no cuidado do dependente de substâncias psicoativas, favorecendo a reinserção social e que, por isso, a abordagem familiar deve ser considerada como parte do tratamento. Em nosso estudo, observamos a participação familiar no tratamento como elemento aliado ao processo de cuidado, informação que esteve presente no prontuário de 20 mulheres. Salienta-se que não houve a presença conjunta de pai e mãe nessa participação, indicando que o comparecimento sempre fica ao encargo de um ou de outro. Ao permitir o acesso do familiar ao tratamento, possibilita-se uma mudança de posição em relação à mulher, numa postura de acolhimento, respeitados os limites necessários em toda relação.

Destacamos no processo do PTS a utilização de diversas redes pelas esferas municipais, estaduais e federais, de forma consoante com o que preconiza o MS (Brasil, 2012). Para a rede de saúde municipal, observamos que todas as mulheres utilizaram serviços municipais como Unidade de Saúde (US)/ Unidade de Saúde da Família (USF); 19 utilizaram o Pronto Atendimento; 7 utilizaram o Centro Municipal de Especialidades (CME); 2 chegaram ao CAPS AD por meio da intervenção do Consultório de Rua; 1 utilizou o serviço da Policlínica; 1, o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI); 1, o Serviço de Atendimento à Vitima em Situação de Violência (SASV); 1, o CAPS II; e 1, o Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS (CRT-DST/AIDS).

Quanto à rede municipal de assistência social, dez mulheres utilizaram os serviços do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para a obtenção de Bolsa Família e Cesta Básica; três mulheres recorreram à Hospedagem ou ao Abrigo Noturno; duas tiveram contato com o serviço de Abordagem de Rua; duas utilizaram o serviço do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP); uma utilizou os serviços do Centro de Atenção Dia (CAD); uma, o Centro de Convivência da Terceira Idade (CCTI); uma, o Centro de Referência da Juventude (CRJ); uma, o Centro de Convivência; e uma, o Centro POP.

Em relação à rede de serviços ligada à Secretaria de Esportes do Município, três mulheres foram

encaminhadas ao Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) para o trabalho físico na Academia Popular. Quanto à rede de saúde estadual, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi acessado por uma mulher. O serviço da rede de educação estadual também foi acessado por uma mulher, e a rede de Justiça acessou quatro mulheres para encaminhamento ao serviço do CAPS AD III, em resposta a processos judiciais decorrentes de ações cometidas e da situação da perda de guarda dos filhos. Quanto à esfera federal, uma mulher utilizou os serviços do Hospital Universitário da cidade. Uma organização não governamental (ONG) relacionada à redução de danos também foi acessada por uma mulher.

O acesso à rede afirma a importância desses serviços para a utilização da população e para a interlocução desse cuidado em rede, principalmente para a potencialização do cuidado da mulher no que cada serviço pode ofertar, não se sobrepondo tarefas nesse cuidado e não se cobrando do outro o serviço que não seja de sua competência. Esse trabalho reafirma principalmente o que a Política de Álcool e Outras Drogas preconiza, ou seja, que o tratamento deve acontecer de forma intersetorial e em rede (Brasil, 2003, 2011).

A intersetorialidade constitui uma diretriz que exige articulações de grande complexidade. O fato de os encaminhamentos serem realizados, como observado neste estudo, não garante o bom funcionamento da rede de ações intersetoriais, da forma como preconiza o MS. Por isso, é necessário atentar para a realização de outros estudos que contemplem as lacunas aqui não englobadas.

### Considerações finais

Mesmo com a diversidade de ações e redes utilizadas pelas mulheres, este levantamento evidencia a necessidade da ampliação de ofertas terapêuticas orientadas para o público feminino, mediante a constatação da existência de somente duas ofertas terapêuticas específicas para mulheres, como o Grupo de Mulheres e o acolhimento noturno com três leitos femininos.

O PTS no cuidado em Saúde Mental, articulado ao trabalho em rede e focado nas necessidades femininas, representa um projeto de vida capaz de fortalecer vínculos e redirecionar os sujeitos — em particular, as mulheres —, em um reposicionamento de suas histórias de vida e de sofrimento psíquico, ao propiciar uma atenção singularizada e acolhedora. Esse projeto favorece, portanto, no âmbito do trata-

mento, a revisão e um reposicionamento de suas histórias de vida e, igualmente, da relação estabelecida com a substância psicoativa, reverberando e fazendo outras redes com outros setores da vida na direção da reinserção e reabilitação social.

Considerando-se toda a complexidade relacionada ao uso de drogas, conforme relata o MS (Brasil, 2003), o PTS pode favorecer a transição das queixas iniciais do indivíduo a si próprio, à família e à sociedade para a implicação no tratamento, visando à responsabilização dessas mulheres num projeto pessoal de tratamento para a própria autonomia, a melhoria da qualidade de vida e a cidadania.

### Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Boadella, D. (1992). *Correntes da vida: uma introdução à biossíntese*. São Paulo: Summus.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649.
- Boyesen, G. (1986). *Entre psique e soma: introdução à psicologia biodinâmica*. São Paulo: Summus.
- Brasil. (2002). *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Institui os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf). Acesso em: 09 jul. 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. (2003). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 09 jul. 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2a ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf). Acesso em: 08/07/2015.

- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2011). *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/saude\\_mental\\_fronteiras\\_reforma\\_psiquiatrica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/saude_mental_fronteiras_reforma_psiquiatrica.pdf). Acesso em: 09 jul. 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. (2012). *Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012*. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html). Acesso em: 09 jul. 2015.
- Brasiliano, S. (2003). Psicoterapia psicanalítica de grupo para mulheres drogadictas: o que há de feminino? (pp. 199-205). In: M. Baptista, M. S. Cruz & R. Matias (Orgs.). *Drogas e pós-modernidade*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Brasiliano S., & Hochgraf, P. B. (1999). Adesão de mulheres a um programa específico de tratamento, Álcool e Drogas. *Revista da Abeam*, 2(1), 43-49.
- Brasiliano, S., & Hochgraf, P. B. (2006). A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 134-144.
- Capistrano, F. C., Ferreira, A. C. Z., Silva, T. L., Kalinke, L. P., & Maftum, M. A. (2013). Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. *Escola Anna Nery*, 17(2), 234-241.
- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. E. A. Carlini (supervisão) [et. al.]. São Paulo: CEBRID/ Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Recuperado de: <http://www.cebrid.epm.br>. Acesso em: 09 jul. 2015.
- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). (2006). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. E. A. Carlini (supervisão) [et. al.]. São Paulo: CEBRID/ Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Recuperado de: <http://www.cebrid.epm.br>. Acesso em: 09 jul. 2015.
- Cesar, B. A. L. (2006). Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(3), 208-211.
- Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., & Carlini, E. A. (1997). *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre os estudantes dos 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras – 1997*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. 130 p.
- Green, C. A. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 29(1), 55-62.
- Green, C. A., Polen, M. R., Dickinson, D. M., Lynch, F. L., & Bennett, M. D. (2002). Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of substance abuse treatment*. 23(4), 285-295.
- Kinoshita, R. T. (2001). Contratualidade e reabilitação psicossocial (2a. ed.). In: A. Pitta (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (55-59). São Paulo: Hucitec.
- Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas (INPAD). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Laranjeira, R., Madruga, C. S., Pinsky, I., Caetano, R., Ribeiro, M., & Mitsuhiro, S. S. (2014). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – Relatório 2012*. São Paulo: INPAD/ UNIFESP.
- Laranjeira, R., Zaleski, M., & Ratto, L. (2004). Comorbidades Psiquiátricas: uma visão global. In: *Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso* (pp. 7-11). São Paulo: Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD).
- Lowen, A. (1982). *Bioenergética* (8a. ed.). São Paulo: Summus.
- Minayo, M. C. de S. (2012). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (11a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Monteiro, C. F. S., Fé, L. C. M., Moreira, M. A. C., Albuquerque, I. E. M., Silva, M. G., & Passamani, M. C. (2011). Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-AD do Piauí. *Escola Anna Nery*, 15(1), 90-95.
- Nóbrega, M. P. S., & Oliveira, E. M. (2005). Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 816-823.

- Onocko-Campos, R., & Gama, C. (2008). Saúde Mental na Atenção Básica. In: G. W. S. Campos & A. V. P. Guerrero (Orgs.). *Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. Coleção Saúde em Debate. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1993). CID 10. Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99). In: *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (cap. IV, pp. 311-388). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Quinderé, P. H. D., & Tófoli, L. F. (2007). Análise do perfil epidemiológico dos clientes do centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-AD) de Sobral-CE. *Sanare – Revista de Políticas Públicas*, 6(2), 62-66.
- Reich, W. (2001). *Análise do caráter*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ribeiro, D. V. A. (2009). *Significações psicológicas sobre a adesão ao tratamento ambulatorial de mulheres dependentes de substâncias psicoativas: estudo clínico-qualitativo* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.
- Schuckit, M. A. (1991). *Abuso de álcool e drogas: uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, B. L. C., Araújo, A. P., Carvalho, R. N., Azevedo, E. B., Moraes, M. N., & Queiroz, D. (2012). Participação da família no tratamento dos usuários do centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 14(4), 61-68.
- Souza, M. R. R., Oliveira, J. F., & Nascimento, E. R. (2014). A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 23(1), 92-100.
- Torres, I. M. A. (2002). O desafio em rede. In: Cooperação Brasil-União Europeia. *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas* (111-122). Paris: Editions Scientifiques Acodess.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). (2002). Global Illicit Drug Trends. Recuperado de: [http://www.unodc.org/pdf/report\\_2002-06-26\\_1/report\\_2002-06-26\\_1.pdf](http://www.unodc.org/pdf/report_2002-06-26_1/report_2002-06-26_1.pdf). Acesso em: 10 jul. 2015.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2004). Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. Vienna: United Nations Publication. Recuperado de: [http://www.unodc.org/pdf/india/womens\\_corner/substance\\_abuse\\_treat\\_care.pdf](http://www.unodc.org/pdf/india/womens_corner/substance_abuse_treat_care.pdf). Acesso em: 10 jul. 2015.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2014). World Drug Report 2014. Vienna: United Nations Publication. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World\\_Drug\\_Report\\_2014\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf). Acesso em: 20 set. 2016.
- Wolle, C. de C., & Zilberman, M. L. (2011). Mulheres. In: A. Diehl, D. C. Cordeiro, R. Laranjeira (Orgs.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed. p. 375-382.
- World Health Organization (WHO). (2014). Global status report on alcohol and health – 2014. Geneva: WHO. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf). Acesso em: 10 jul. 2015.
- Zilberman, M. L. (2003). Uso de drogas entre mulheres. In: M. Baptista, M. S. Cruz & R. Matias (Orgs.). *Drogas e Pós-Modernidade: prazer, sofrimento e tabu* (pp. 175-186). Rio de Janeiro: EdUERJ.

**Endereço para correspondência:**

Scheila Silva Rasch  
 Universidade Federal do Espírito Santo  
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
 Avenida Fernando Ferrari, 514 – Prédio Professor  
 Lídio de Souza – Campus Universitário de Goiabeiras  
 CEP: 29075-910 – Vitória/ES  
 E-mail: [scheilarasch@gmail.com](mailto:scheilarasch@gmail.com)

Recebido em 28/07/2015

Revisto em 07/10/2015

Aceito em 11/11/2015

## As redes de atenção aos usuários de drogas e suas múltiplas dimensões

Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas

Telmo Mota Ronzani, Pedro Henrique Antunes da Costa, Daniela Cristina Belchior Mota e Tamires Jordão Laport

Juiz de Fora, MG: Ed. UFJF, 1.ed., 2015, 246 p.

Marcelo Dalla Vecchia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (São João del-Rei), Brasil.

Ao se tornarem parte do conhecimento comum no campo, certos vocábulos dispensariam maiores considerações acerca dos significados envolvidos no seu emprego em razão da aparente (nada mais que aparente) obviedade. Para bem além de um mero preciosismo linguístico, trata-se de um tema da maior relevância, afeto inclusive à política científica e editorial: entre as diretrizes concernentes à Ética e Integridade na Prática Científica, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) recomenda que os autores façam as devidas citações caso estejam em dúvida a respeito de um determinado conceito ser ou não de conhecimento comum ([http://www.memoria.cnpq.br/normas/lei\\_po\\_085\\_11.htm](http://www.memoria.cnpq.br/normas/lei_po_085_11.htm)). Termos como “vínculo”, “sujeito”, “comportamento” e “desenvolvimento” seriam o bastante para evidenciar como, na Psicologia, esta é uma questão de suma importância.

Em “Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas”, Telmo Ronzani, Pedro Costa, Daniela Mota e Tamires Laport, pesquisadores do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), enfrentam o desafio de organizar uma obra que, entre outros felizes resultados, logra precisar o significado de uma expressão tão polissêmica quanto problemática: a denominada “rede de atenção”. Preocupação recorrente e contemporânea nas políticas públicas, inclusive no campo das políticas sobre drogas, as redes de atenção sofrem de forma aguda o dilema da obviedade nada mais que aparente das expressões que, repetidas à exaustão, esbarram de forma persistente no risco do esvaziamento de seu conteúdo.

Como os organizadores brindam o leitor com uma “Apresentação” que detalha o conteúdo de cada um dos capítulos, reiterar esse empreendimento, aqui,

se torna supérfluo. Por isso, optamos por destacar alguns elementos que nos saltaram à vista. De forma esquemática, a nosso ver, as temáticas abrangidas poderiam ser divididas em quatro focos principais, enquanto desdobramentos da questão das redes de atenção aos usuários de drogas, abordados pelos autores.

O primeiro consiste na abordagem do planejamento da rede de atenção aos usuários de álcool e drogas como fundamento necessário à elaboração das políticas públicas. Dois capítulos o abrangem. “Desafios da Transferência da Evidência Científica para o Desenho e Implementação de Políticas sobre o Uso de Substâncias Psicoativas”, de Luis Alfonzo Bello, traz aspectos centrais para a construção das agendas governamentais, remetidas diretamente às ações de saúde pública, mas exigindo uma resposta política de caráter multissetorial, sustentando que tais agendas sejam construídas com base na evidência científica, porém sem reduzir a importância da participação dos vários atores envolvidos. Já em “Como a Epidemiologia e demais Métodos Quantitativos Podem Contribuir com o Planejamento da Rede Assistencial para o Usuário de Álcool e outras Drogas?”, de Daniela Mota, Brian Rush, Telmo Ronzani, João Maurício Castaldelli-Maia e Francisco Bastos, os autores defendem que a epidemiologia seja mais bem utilizada para o planejamento dos modelos de atenção, que devem ser abrangentes o suficiente para considerar desde usuários de baixo risco até aqueles com problemas mais graves, apontando que os inquéritos nacionais de base populacional não têm captado informações que possibilitem dimensionar o nível de gravidade e avaliar comorbidades em saúde mental, dificultando seu uso para o planejamento assistencial.

O segundo foco refere-se à problematização conceitual e às estratégias para a análise das redes de atenção ao usuário de álcool e drogas. Outros dois tex-

tos correspondem a ele. Em “As Redes de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas: Histórico, Políticas e Pressupostos”, de Pedro Costa, Fernando Colugnati e Telmo Ronzani, a nosso ver um dos capítulos centrais do livro, apresenta-se uma definição do que vem a ser rede de atenção e realiza-se um importante esforço de sistematizar os setores e os dispositivos que a constituem, defendendo a intersectorialidade e a integralidade como princípios fundamentais. Em sua análise, os autores percebem que o conflito de visões, racionalidades e políticas são obstáculos à construção de parâmetros operativos mínimos que poderiam evitar relativização e paralisia. Por sua vez, no capítulo “A Análise de Redes Sociais nas Redes de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas”, de Marcia Mello, Pedro Costa e Fernando Colugnati, são realizadas distinções conceituais (rede associativa, rede pessoal, rede de apoio e rede social) tendo em vista o debate acerca dos métodos necessários para compreender a estruturação e organização de redes sociais. Propõem uma metodologia que conjuga, de forma ousada, redes de apoio e redes interpersonais no caso das redes de atenção aos usuários de álcool e drogas, possibilitando captar, além das características estruturais das redes, os aspectos relacionais, de acesso e de qualidade do cuidado.

O terceiro foco abrange três capítulos que discorrem acerca de aspectos relacionados à gestão da atenção ao usuário de álcool e drogas. No capítulo “A Intersectorialidade nas Políticas Públicas sobre Drogas”, Tamires Laport e Luciano Junqueira destacam dificuldades conceituais inerentes à noção de “intersectorialidade”, que emerge a partir de um questionamento da burocratização, compartimentalização e hierarquização das políticas públicas setoriais, apontando que o foco no sujeito (e não na droga) vem sendo viabilizado pelo enfoque político antiproibicionista contra-hegemônico e pela crescente permeabilidade à perspectiva da redução de danos. Em “Construindo a Continuidade do Cuidado ao Usuário de Álcool e outras Drogas: Alguns Conceitos e Questões para o Trabalho em Rede no Brasil”, de Daniela Mota, Telmo Ronzani, Luís Fernando Tófoli e Brian Rush, discute-se a continuidade como uma questão fundamental para as ações de cuidado às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas, em que a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), diferenciando-se da intervenção mais pontual e emergencial característica do “pronto-atendimento”, possibilita identificar e acompanhar o itinerário e a trajetória de cuidados ofertada. Por sua vez, em

“Perspectivas sobre o Trabalho em Rede: Contribuições do Paradigma Ecológico no Processo de Intervenção em Álcool e outras Drogas”, Pedro Costa, Tamires Laport e Fernando Paiva enfatizam o âmbito comunitário como espaço para o levantamento e a proposição de intervenções, propondo, entre outras questões, a incorporação da perspectiva da determinação social do processo saúde-doença (determinantes sociais da saúde) como elemento fundamental nesse processo e a adoção de uma sequência lógica, mas não necessariamente linear, de etapas a serem implementadas quando se pretende que o trabalho em rede ocorra tendo por base uma perspectiva comunitária.

Finalmente, um quarto foco corresponderia às implicações das práticas educativas nas redes de atenção ao usuário de álcool e drogas. Nesse sentido, “A Educação Permanente em Álcool e outras Drogas: Marcos Conceituais, Desafios e Possibilidades”, de João Mendes de Lima Junior, Eroy Silva, Ana Regina Noto, Alessandra Bonadio e Danilo Locatelli, aponta a falta de capacitação para lidar com a questão do uso de álcool e drogas aliada à hegemonia de uma lógica repressiva no manejo desses problemas como problemas fundamentais na construção das redes de atenção. Sugerem, nesse contexto, que um dos meios para enfrentar a questão do estigma aos usuários de álcool e drogas e seus efeitos é a educação permanente em álcool e drogas, que, além de contínua, deve ser informada pelas demandas dos cenários de práticas, dada a ausência ou insuficiência da abordagem do tema no ensino superior e a alta rotatividade das equipes. Em “A Atuação da Educação na Rede de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas”, de Tatiana Amato, Ana Luísa Casela, Érika Monteiro, Jéssica Freitas e Pollyanna Silveira, as autoras indicam que a escola é parte constitutiva da rede de atenção aos usuários de álcool e drogas, havendo potenciais a serem explorados devido, por exemplo, ao fato de que o primeiro contato com as drogas costuma ocorrer na vida escolar. Indicam desafios a serem enfrentados, como a preparação dos educadores, a disseminação das propostas bem-sucedidas e a carência de maior sistematização das iniciativas, propondo passos para a construção de programas preventivos, oferecendo um direcionamento para gestores e profissionais.

Trata-se de um livro que se soma a outras importantes iniciativas do CREPEIA em oferecer a estudantes, pesquisadores, professores, trabalhadores e público em geral obras que sintetizam dimensões fundamentais das ações relacionadas ao uso de álcool



e drogas. Dada a abrangência com que cada temática específica é tratada, a preocupação com a oferta de evidências aplicáveis à implantação de ações e o zelo dos autores pela construção de textos com o rigor de especialistas, mas com potencial de recepção por técnicos e profissionais, “Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas” é uma contribuição sem precedentes para o mercado editorial brasileiro.

### **Referência**

Ronzani, T. M., Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., & Laport, T. J. (Orgs.) (2015). *Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas*. 1ª. Ed. Juiz de Fora: Ed. UFJF. 246 p.

### **Endereço para correspondência:**

Marcelo Dalla Vecchia  
Universidade Federal de São João del-Rei  
Praça Dom Helvécio, 74 – DPSIC – Dom Bosco  
CEP: 36301-160 – São João del-Rei/MG  
E-mail: mdvecchia@ufsj.edu.br