

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SILVANA PROENÇA MARCHETTI

O PROBLEMA DO CUIDAR: O PENSAR FENOMENO-  
LÓGICO SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE DAS PESSO-  
AS QUE USAM DROGAS

RIBEIRÃO PRETO

2022

SILVANA PROENÇA MARCHETTI

O PROBLEMA DO CUIDAR: O PENSAR FENOMENO-  
LÓGICO SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE DAS PESSO-  
AS QUE USAM DROGAS

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,  
para obtenção do título de Doutor em Ciências,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica:  
políticas, saberes e práticas.

Orientadora: Profa.Dra. Toyoko Saeki.

RIBEIRÃO PRETO

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Marchetti, Silvana Proença

O PROBLEMA DO CUIDAR: O PENSAR FENOMENOLOGICO SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE DAS PESSOAS QUE USAM DROGAS. Ribeirão Preto, 2022.

143 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica. Orientadora: Toyoko Saeki

1. Cuidado em Saúde. 2. Uso de drogas. 3.Fenomenologia.

MARCHETTI, Silvana Proença

O PROBLEMA DO CUIDAR: O PENSAR FENOMENOLÓGICO SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE DAS PESSOAS QUE USAM DROGAS

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em        /        /

Presidente

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Comissão Julgadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

À minha querida amiga Martha (*in memoriam*).

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Toyoko Saeki, por me orientar durante todos esses anos com tanta sabedoria, dedicação e confiança. Meu eterno carinho, respeito e admiração.

Agradeço ao Professor Doutor Tommy Akira Goto, por sua generosidade e fundamental contribuição para o meu conhecimento e realização desta pesquisa.

Agradeço, com amor, à minha família e aos meus amigos, pelo apoio incondicional.

Agradeço aos participantes deste estudo que possibilitaram esta pesquisa. Todo meu apreço e respeito por suas experiências compartilhadas.

Agradeço a todos os integrantes dos grupos de pesquisa LEIPSI e LASSEN, pelas contribuições teóricas, afetivas e motivacionais.

Agradeço aos professores que contribuíram para minha formação e desenvolvimento deste estudo: Prof. Dr. Luís Fernando Tófoli, Profa. Dra. Magali Roseira Boemer, Prof. Dr. Rubens Adorno, Prof. Dr. Juan Carlos Aneiros Fernandez, Profa. Dra Laura. Feuerwerker, Prof. Dr. José Ricardo Ayres, Prof. Dr. Clóvis de Barros Filho e Prof. Dr. Lucas Pereira Melo.

Agradeço a todos os profissionais da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que permitiram a viabilidade do estudo e a minha permanência na pós-graduação.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

## RESUMO

MARCHETTI, S.P. O problema do cuidar: o pensar fenomenológico sobre o cuidado em saúde das pessoas que usam drogas. 2022. 143 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Esta tese dedicou-se ao estudo do cuidado em saúde das pessoas que usam drogas. Trata-se de um estudo fenomenológico, por meio da fenomenologia empírica hermenêutica, com o objetivo de analisar a experiência de cuidado em saúde dessas pessoas. Como objetivos específicos, foi estabelecido conhecer as experiências dos participantes com o uso de drogas, suas experiências de cuidado em saúde e a interferência dos relacionamentos interpessoais e institucionais (virtuais ou não) nesta experiência de cuidado. A coleta de dados fundamentou-se na utilização da técnica de amostragem não probabilística bola de neve e na realização de seis entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas. Para análise dos dados foram utilizados recursos qualitativos-descritivos e adotada uma atitude fenomenológica. A interpretação dos dados, realizada por meio da redução fenomenológica e do uso da variação imaginativa, buscou desvelar a essência desse cuidado. Este estudo demonstra que o cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas constitui uma dimensão ética-ontológica. A essência desse cuidado é uma prática relacional, que tem como seu limite mínimo os valores morais e como limite máximo a liberdade, enquanto projeto de ser, tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado. Essa relação deve ser motivada pelo interesse do outro, e orientada a promover o seu bem-estar-aí, ocupando-se do que essencial para o outro.

Descritores: Cuidado em Saúde; Uso de Drogas; Fenomenologia.

## **ABSTRACT**

MARCHETTI, S.P. The problem of caring: phenomenological thinking about health care for people who use drugs. 2022. 143 f. Thesis (Doctorate) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

This thesis was dedicated to the study of health care for people who use drugs. This is an empirical-phenomenological study, through hermeneutic phenomenology, with the objective of analyzing the experience of health care of these people. As specific objectives, it was established to know the participants' experiences with drug use, their health care experiences and the interference of interpersonal and institutional relationships (virtual or not) in this care experience. Data collection was based on the use of the non-probabilistic snowball sampling technique and on the performance of six semi-structured, recorded and transcribed interviews. For data analysis, qualitative-descriptive resources were used and a phenomenological attitude was adopted. Data interpretation, performed through phenomenological reduction and the use of imaginative variation, sought to reveal the essence of this care. This study demonstrates that health care for people who use drugs constitutes an ethical-ontological dimension. The essence of this care is a relational practice, which has moral values as its minimum limit and freedom as its maximum limit, as a project of being, both for those who care and for those who are cared for. This relationship must be motivated by the interest of the other, and oriented to promote their well-being-there, taking care of what is essential for the other.

Descriptors: Health Care; Use of drugs; Phenomenology.



## RESUMEN

MARCHETTI, S.P. El problema del cuidado: pensamiento fenomenológico sobre el cuidado de la salud de las personas que usan drogas. 2022. 143 ss. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Esta tesis se dedicó al estudio de la atención a la salud de las personas que consumen drogas. Se trata de un estudio empírico-fenomenológico, a través de la fenomenología hermenéutica, con el objetivo de analizar la experiencia del cuidado de la salud de estas personas. Como objetivos específicos se estableció conocer las experiencias de los participantes con el uso de drogas, sus experiencias de cuidado en salud y la interferencia de las relaciones interpersonales e institucionales (virtuales o no) en esa experiencia de cuidado. La recolección de datos se basó en el uso de la técnica de muestreo no probabilístico de bola de nieve y en la realización de seis entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas. Para el análisis de los datos se utilizaron recursos cualitativos-descriptivos y se adoptó una actitud fenomenológica. La interpretación de los datos, realizada a través de la reducción fenomenológica y el uso de la variación imaginativa, buscó revelar la esencia de este cuidado. Este estudio demuestra que la atención a la salud de las personas que usan drogas constituye una dimensión ético-ontológica. La esencia de este cuidado es una práctica relacional, que tiene como límite mínimo los valores morales y como límite máximo la libertad, como proyecto de ser, tanto para quien cuida como para quien es cuidado. Esta relación debe estar motivada por el interés del otro, y orientada a promover su bienestar-allí, cuidando lo esencial para el otro.

Descriptores: Atención de la Salud; Uso de drogas; Fenomenología.

## SUMÁRIO

<b>1 – Apresentação</b>	<b>12</b>
<b>2 – O problema do cuidado em saúde</b>	<b>15</b>
2.1– Política de drogas	15
2.2 – Revisão integrativa da literatura	22
2.3 – Reflexões sobre “Droga” e “Cuidado em saúde”	38
<b>3 – Da pesquisa empírico-fenomenológica à hermenêutica</b>	<b>45</b>
3.1 – A fenomenologia	51
3.2 – A fenomenologia de Edmund Husserl	53
3.3 – A fenomenologia hermenêutica	58
3.4 – O método fenomenológico na enfermagem	60
3.4.1– A importância da fenomenologia nas teorias da enfermagem sobre cuidado	61
3.5 – Objetivos	67
3.6 – Procedimentos de coleta e análise	67
3.6.1– Notas sobre o processo de epoché, redução eidética e redução transcendental	74
<b>4 – Da descrição à essência</b>	<b>81</b>
4.1– Descrições das experiências	82
4.2 – O contexto brasileiro contemporâneo sobre drogas	88
4.3 – As drogas são o problema	95
4.4 – As pessoas que usam drogas são o problema	97
4.5 – O cuidado em saúde é o problema	106
4.6 – Unidades de significados	116

4.7 – Os valores morais-----	119
4.8 – A liberdade -----	123
<b>5 – Considerações finais -----</b>	<b>126</b>
<b>6 – Referências -----</b>	<b>130</b>
<b>7 – Apêndices -----</b>	<b>141</b>
<b>8 – Anexos -----</b>	<b>142</b>
<b>8.1– Anexo I -----</b>	<b>142</b>
<b>8.2 – Anexo II -----</b>	<b>143</b>

# 1 – Apresentação

Esta tese dedica-se ao estudo do cuidado em saúde das pessoas que usam drogas, a partir da questão: “como as pessoas que usam drogas realizam os seus cuidados em saúde?”. Com base nesta pergunta, utilizei-me da fenomenologia empírica hermenêutica para **analisar a experiência de cuidado em saúde das pessoas que usam drogas, sendo este o objetivo geral desta pesquisa. Como objetivos específicos, foi estabelecido conhecer as experiências dos participantes com o uso de drogas, suas experiências de cuidado em saúde e a interferência dos relacionamentos interpessoais e institucionais (virtuais ou não) nesta experiência de cuidado.**

Esta questão emergiu das minhas experiências como enfermeira e pesquisadora em saúde mental no cuidado em saúde das pessoas que usam drogas. Desde 2010, trabalho com o tema de drogas em saúde, na época para fins de elaboração do meu trabalho de conclusão de curso, durante a graduação em bacharel em enfermagem. Mais tarde, na dissertação de mestrado, desenvolvi uma pesquisa sobre essa temática.

Durante esses períodos de vivências acadêmicas, tive a oportunidade de atuar em diferentes Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD), na cidade de Campinas – SP, onde ainda trabalho atualmente. Essas vivências, associadas à minha análise crítica e conjuntural sobre o que o Brasil e o mundo têm feito no âmbito dos cuidados em saúde das pessoas que usam drogas, potencializaram o meu interesse em pesquisar sobre como, de fato, essas pessoas se cuidam.

O fenômeno aqui investigado é o cuidado em saúde das pessoas que usam drogas e, para acessá-lo, precisei entrar em contato com a descrição das experiências das pessoas sobre esse cuidado. Assim, por meio da fenomenologia empírica hermenêutica, pude acessar os significados, valores e concepções dessas pessoas e, dessa forma, apreender a essência deste cuidado.

A tarefa da fenomenologia é justamente recuperar a relação dos seres humanos, em uma reflexão filosófica. Nesse sentido, o cuidar é, necessariamente, uma relação entre seres humanos, que transcende a aplicação paradigmática de técnicas e práticas. Diz respeito à forma como essas pessoas veem as coisas, neste caso o cuidado das pessoas

que usam drogas, e as projetam no mundo, com seus corpos e sua cultura.

Por isso, investigar este cuidado é, antes de tudo, uma busca pela ética e pela ontologia humana, o que torna esta tarefa ainda mais complexa quando inserida no contexto das drogas. Assim, questiono: o que há de peculiar nesse cuidado?

A necessidade desta investigação é pujante, pois as formas de se produzir cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas continuam gerando frequentes dúvidas e debates entre os profissionais de saúde, com vistas à elaboração das políticas de saúde, justiça e segurança, além da formação da própria opinião pública. Interessa-me, ainda, identificar potenciais lacunas práticas e teóricas no cuidado em saúde para essa população.

Essa pesquisa, em síntese, analisa e investiga como é a experiência do cuidado das pessoas que usam drogas. Para tanto, foi necessário conhecer as experiências das pessoas com o uso de drogas, suas experiências de cuidado e a interferência dos relacionamentos interpessoais e institucionais (virtuais ou não) nesta experiência de cuidado. Esclareço que, para esta análise, fundamento-me em uma fenomenologia empírica hermenêutica.

No intuito de organizar o conteúdo, esta tese será apresentada em três principais capítulos. O primeiro discorre sobre o que é considerado o problema do cuidado em saúde das pessoas que usam drogas, com base no que se encontra descrito nas políticas sobre drogas, e acerca de sua influência no problema do cuidado. Também apresento uma revisão integrativa da literatura, nacional e internacional, sobre o problema do cuidado em saúde, no contexto dos serviços de saúde mental. Ao final desse capítulo, discuto os aspectos que, à primeira vista, podem ser considerados “droga” e “cuidado em saúde”.

Em seguida, no segundo capítulo, apresento a estrutura metodológica desta tese. Detalho o percurso intelectual que percorri da pesquisa empírico-hermenêutica à fenomenologia, passando pelos sentidos que atribuo à minha identificação com essa postura metodológica para a produção de conhecimento no cuidado em saúde e finalizando com sua contribuição na grande área da enfermagem. Nesse mesmo capítulo, ainda apresento os procedimentos adotados para coleta de dados e sua análise.

No terceiro capítulo, exponho uma nova leitura sobre o objeto desta pesquisa, agora

com base na produção analítica dos dados coletados. Neste momento, ao apresentar o contexto brasileiro contemporâneo sobre drogas, discorro sobre quem são os participantes dessa pesquisa e quais foram as suas principais observações a respeito desse cuidado. Além disso, detalho o processo que permitiu a identificação das unidades de significados segundo a fenomenologia empírica hermenêutica, com base nos discursos dos participantes, a fim de produzir uma análise que desvele a essência do cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas. Assim, discuto a essência desse cuidado de forma a evidenciar as práticas e teorias que a permeiam.

## 2 - O problema do cuidado em saúde

### 2.1 - Políticas de drogas

No Brasil, a atenção à saúde para as pessoas que usam drogas foi construída com base no paradigma proibicionista sobre drogas, prioritariamente dentro dos modelos de cuidado biomédico, privatista, previdenciário e asilar. Até a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 90, as pessoas que faziam uso de drogas compunham parte da paisagem das cidades como indigentes e, quando recebiam qualquer tipo de cuidado, este era oferecido em hospitais e fundamentado no conhecimento médico. Assim, eram excluídas dos seus contextos de vida, com a única finalidade de realizarem um tratamento para a abstinência do uso da droga.

Nessa época, apesar da proposta do SUS de instituir um modelo de cuidado biopsicossocial, ou seja, que considerasse as condições biológicas, psíquicas e sociais dentro da comunidade, em um contexto de cuidado antes do adoecimento – com a atenção primária - ainda vivíamos um processo de substituição. Havia a necessidade de modificar o cuidado para várias pessoas, inclusive para aquelas que usam drogas, substituindo esses antigos modelos de cuidado em saúde, que não atendiam às suas reais necessidades.

Contudo, esta foi uma mudança lenta e gradual. Apenas a partir da Reforma Psiquiátrica, de 2001, o modelo de cuidado em saúde para pessoas que usam drogas se aprimorou para o modelo psicossocial e passaram a ser implementadas práticas de cuidado alicerçadas em uma política que organiza o sistema de saúde público para pessoas com sofrimento mental, o que inclui o sofrimento pelo uso de drogas, para serviços especializados, dentro do território das pessoas e, portanto, não asilar. Nesse novo modelo, são valorizadas práticas de cuidado que não se baseiam apenas no saber médico.

Segundo Lancetti (2015), várias experiências antecederam a construção dos serviços especializados, como os CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), criados no Brasil a partir de 2002. Em 1989, por exemplo, havia um ambulatório de atendimento em saúde mental em Santo André, no estado de São Paulo,

para profissionais da prefeitura que apresentavam problemas com uso de drogas.

Em Vitória, no estado do Espírito Santo, em 1989, também foi criado um serviço específico, chamado “Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos” (CPTT), um dos primeiros do Brasil, inspirado no Centro Mineiro de Toxicomania, criado em 1983, pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de Minas Gerais. A partir da regulamentação dos serviços especializados em saúde mental, em 2002, esses foram se transformando em CAPS AD, conforme as peculiaridades locais e interlocuções singulares de cada região entre a rede de atenção básica, da assistência social e das outras políticas públicas (LANCETTI, 2015).

No livro “Contrafissura e plasticidade psíquica” (2015), Antônio Lancetti descreve sua experiência como secretário da Assistência Social na cidade de Santos, na década de 90. Segundo ele, havia uma rede de atenção intensa e abrangente, entre a assistência social, saúde e saúde mental, que garantia o cuidado das pessoas que faziam uso de drogas e, por isso, não houve a necessidade de instituir um dispositivo específico para esse público. Ainda em Santos, ele vivenciou a inauguração de uma casa para acolhimento de pessoas infectadas pelo vírus HIV, onde moravam muitos usuários de cocaína injetável que, segundo ele, utilizavam a droga de forma coletiva, compartilhando a mesma seringa contendo a cocaína diluída no sangue de todos os participantes. Pelo evidente risco de contaminação por doenças infectocontagiosas, a ideia de distribuir seringas e outros insumos úteis para o uso das drogas injetáveis foi, na época, proibida pelo Ministério da Saúde.

Esta iniciativa foi denominada Redução de Danos. Trata-se de um conjunto de estratégias que não impede que a pessoa faça o uso da droga, mas permite que ela reduza os danos à sua saúde durante o uso. Essa mudança de paradigma, entre “se abster” das drogas e “reduzir o dano” por elas causado, já existia fora do Brasil, tendo início na Europa, nos anos 80.

Alguns autores referem que a redução de danos surgiu na Inglaterra, no ano de 1926, após a publicação do Relatório *Rolleston*. Este documento foi escrito por um grupo de médicos que defendia a necessidade da administração e monitoramento de drogas injetáveis, como heroína e morfina, como uma estratégia de tratamento dessas pessoas. Além disso, eles desejavam prescrever medicamentos opiáceos capazes de aliviar os sintomas de síndrome de abstinência, já que observaram, na prática, a



impossibilidade de muitas pessoas interromperem abruptamente o uso dessas substâncias. Evidente que tal iniciativa foi desconsiderada, porém precursora para futuros projetos (DE SOUSA, SOARES, 2020).

Na Holanda, em 1976, promulgou-se uma lei que fazia a distinção entre drogas de uso aceitáveis, como a maconha e haxixe, e drogas de uso inaceitáveis, como ácido lisérgico – LSD - cocaína, anfetamina e heroína. Ademais, tentou-se alertar para a importância da singularização do cuidado, a partir do tipo de droga utilizada, bem como incentivar a responsabilização da pessoa que a usava (DE SOUSA, SOARES, 2020).

Em 1980, ainda na Holanda, mas especificamente em Rotterdam, formou-se um grupo de pessoas, agora com representação legal, denominado *Junkiebond*, a fim de discutir questões relacionadas às necessidades dos usuários de drogas (especialmente, das injetáveis) como saúde, habitação e política policial, e a disponibilidade de agulhas esterilizadas. A partir dessa iniciativa, foi instituído em Amsterdã, em 1984, o primeiro Programa de Troca de Seringas (PTS), para distribuição de seringas descartáveis e seu recolhimento após o uso. Tal necessidade partiu das pessoas que usavam drogas e foi motivada pela constatação de associação entre a forma do uso e a contaminação de doenças transmissíveis, já que, na época, havia grande disseminação do vírus HIV, entre outros patógenos infectocontagiosos (MARLATT, BLUME, PARKS, 2001).

Segundo Fernandez (1997), o PTS foi implementado em diversas partes do mundo, de forma ilegal, por usuários, ativistas, profissionais de saúde, políticos e de representantes de outros movimentos organizados da sociedade civil. Os opositores desta iniciativa argumentavam que a troca de seringas estimularia o uso, mas o que se viu, de fato, foi a ausência de qualquer aumento no consumo de drogas injetáveis depois da implementação deste programa.

Além disso, observou-se, em vários países, que as políticas públicas para controle das drogas tinham uma direta interferência na vida dos usuários, inclusive comprometendo o exercício da sua cidadania, bem no aumento no número de casos de contaminação pelo vírus HIV e na população carcerária, nas taxas de homicídio e nas ocorrências de morte por *overdose* (FERNANDEZ, 1997).

No Brasil, o Conselho Federal de Entorpecentes aprovou o PTS em 1994, como projeto-piloto, em algumas cidades brasileiras. Após seu sucesso, em 1995, o mesmo

conselho normatizou o programa para todos os estados brasileiros (FERNANDEZ, 1997).

O PTS, no Brasil, possibilitou a aproximação dos profissionais de saúde, em especial dos agentes de saúde, e permitiu que atuassem muito próximos das populações que faziam uso de drogas injetáveis, em sua maioria marginalizadas. A partir dessa aproximação, surgiram os profissionais redutores de danos, que atuavam segundo os princípios do SUS, porém com a particularidade de troca de seringa, orientação e informação sobre doenças infectocontagiosas, nos locais em que as pessoas usavam drogas (DE SOUSA, SOARES, 2020).

A partir da existência desses profissionais, com o foco na redução de danos, foram criadas associações como a ABORDA (Associação Nacional de Redutores de Danos), em 1997, e outras organizações não governamentais. Todas com o objetivo de fortalecer a necessidade de capacitação para os redutores de danos e fomentar políticas específicas para sua consolidação (DE SOUSA, SOARES, 2020).

Interessante observar que o processo de construção e consolidação das políticas públicas em prol da redução de danos só foi possível no Brasil por meio da estrutura do SUS. Nesse sentido, a universalidade, integralidade, equidade e participação social foram os pressupostos para a elaboração dessas políticas.

Para as pessoas que usam drogas, a redução de danos permite uma nova e valiosa esperança, pois a abstinência é uma meta pouco tolerante e muito difícil de ser alcançada como única estratégia de cuidado. Com a redução de danos, ampliam-se as estratégias de cuidado (que incluem a própria abstinência), visto que os modelos tradicionais, até então, claramente não possibilitavam muitas alternativas (MARLATT, BLUME, PARKS, 2001).

Entretanto, apesar da implementação de um paradigma de cuidado de redução de danos, ainda não tínhamos no Brasil, na década de 90, estabelecidos os diferentes tipos de CAPS, nem havia sido formalizada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o que só ocorreu em 2011 (pela Portaria nº 3088/GM/MS). Contudo, o problema, em si, não era apenas a ausência dos dispositivos institucionais propriamente, mas sim o fato de vivenciarmos um lento processo de construção, ainda marcado por internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos, ações punitivas de “cuidado” e

hipermedicalização, apesar de inúmeras críticas a essas medidas e da comprovação do quanto eram ineficazes. Por isso, a Reforma Psiquiátrica representa um marco importante, pois, após a sua implementação, originaram-se as políticas, e conseqüentemente, os dispositivos específicos de atenção para a população que faz uso de drogas, em uma perspectiva mais ética e humana.

Entretanto, devo ressaltar que, apesar de importantes avanços, não estou descrevendo um processo estático, finalizado. Como é possível observar, a Reforma Psiquiátrica é, ainda hoje, uma adulta jovem, no auge de seus 20 anos, com muito a amadurecer. Além disso, o campo que envolve o cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas, como já vimos, é instável, dadas as constantes disputas políticas, da sociedade civil, da segurança pública, da justiça social, da assistência social e da própria saúde.

Antes da Reforma, o foco residia em manter as pessoas em internações longas, desumanas e que agravavam suas condições de saúde, bem como ter o foco nas instituições hospitalares, pois eram vistas como único dispositivo para tratamento (com internações e ambulatórios), e de difícil de acesso. Após a Reforma, o objetivo passou a ser a manutenção do modelo psicossocial, com propostas para sua melhoria nas práticas, e construção do paradigma de redução de danos.

No Brasil, a redução de danos modificou-se, ampliou-se e aperfeiçoou-se substancialmente da década de 90 até os dias atuais, tornando-se um campo de disputa entre os especialistas (FIORE, 2012). Tem sido compreendida como uma forma de exercer o direito à saúde, à participação social, ao cuidado no território e, ainda, como alternativa à abstinência, até então vista como a única estratégia para cuidado. Entretanto, quando observamos as portarias e decretos instituídos a partir de 2014, para atenção em saúde das pessoas que usam drogas, notamos a interrupção de incentivos financeiros ao fortalecimento da RAPS, bem como aos CAPS, de forma geral, o que evidencia um retrocesso nas políticas públicas em saúde mental.

Em 2015, por exemplo, houve a regulamentação das entidades que prestam assistência às pessoas que fazem uso de drogas, as quais passaram a ser denominadas Comunidades Terapêuticas. A iniciativa deu-se no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), via Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), por intermédio do Ministério da Justiça. Essa regulamentação foi

aprovada pela Resolução 01/2015, com base no entendimento de ser necessário regulamentar essas entidades, que já ocupavam espaço no cenário nacional. Contudo, apesar de se autodeclararem um espaço de acolhimento voluntário, alicerçadas nos dispostos na Lei da Reforma Psiquiátrica, e que pressupõe a articulação com a rede de saúde e da assistência social, importantes considerações precisam ser feitas em relação às chamadas Comunidades Terapêuticas, para que se entenda o motivo desta regulamentação caracterizar um retrocesso.

Como parte da estratégia da implementação da Reforma Psiquiátrica, houve uma redução no número de leitos e de internações para pessoas com sofrimento mental, fato que sinaliza para o sucesso desta medida. Paralelamente, nos últimos anos, notamos uma significativa queda no número de leitos em hospitais psiquiátricos, o que, a princípio, seria um dado comemorativo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). Entretanto, principalmente após a regulamentação das comunidades terapêuticas, o número desses serviços só vem aumentando, pois voltaram a ser uma alternativa de imediata disponibilidade para o tratamento de pessoas que usam drogas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). Portanto, conforme assinalam Dias e colaboradoras (2021), essa diminuição de internações psiquiátricas pode estar relacionada com o aumento das comunidades terapêuticas e não, necessariamente, com a redução do uso de drogas ou do sofrimento mental decorrente deste uso.

As comunidades terapêuticas são serviços de natureza não governamental, embora muitas recebam incentivo financeiro federal. São organizadas em residências coletivas para acolhimento voluntário de pessoas que desejam interromper o uso de drogas e o tempo de permanência nessas internações é variável. O modelo de cuidado adotado baseia-se em uma estrutura asilar, ou seja, a pessoa permanece distante de sua rede social, isolada da sociedade. Ademais, há uma importante desarticulação desses serviços com as redes de atenção em saúde e assistência social (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

No recente relatório do Conselho Federal de Psicologia sobre a inspeção nacional das comunidades terapêuticas, realizada em 2018, foram apontados importantes problemas nessas estruturas, o que as torna bastante questionáveis para os profissionais de saúde, usuários e familiares. O relatório demonstrou, em síntese, que esses serviços têm como modelo de cuidado o asilar, pois o isolamento é um dos eixos

centrais do tratamento oferecido, e que violam os direitos humanos, bem como a própria Lei da Reforma. Outro achado foi o uso de internações involuntárias e compulsórias, assim especificadas pela Lei da Reforma: internação voluntária – na qual a pessoa deseja internar-se; internação involuntária – quando a pessoa não deseja se internar, mas há uma avaliação médica para isso; e internação compulsória – quando há uma determinação judicial.

Na época, identificou-se ainda que, nos casos de internação involuntária, não havia uma solicitação médica que a justificasse. Além disso, em algumas instituições, não era possível saber a data de entrada da pessoa na internação, tampouco a de previsão de saída. No caso de internações compulsórias, foi observado, com frequência, que as internações foram utilizadas para cumprimento de medida de segurança, nos casos em que a justiça considera a pessoa como imputável, segundo o código penal. Além disso, foram identificadas práticas irregulares de contenção química e física que, segundo a legislação brasileira, podem ser enquadradas como práticas de tortura e de tratamento cruel, degradante, bem como relatados casos de isolamento e confinamento das pessoas em tratamento, dentro das comunidades. Dessa forma, concluiu-se que esses serviços violam a Lei da Reforma e a Resolução RDC nº 29/2011 da Anvisa.

Na maioria das comunidades inspecionadas, verificou-se uma rotina rígida de práticas religiosas, muitas vezes não condizente com a espiritualidade da pessoa internada, e punições para quem a descumprisse. Isso, por si só, expressa desrespeito à individualidade humana e espiritual do indivíduo. Além disso, foram verificados desrespeito à diversidade sexual e de gênero nesses espaços, “laborterapia” como estratégia de cuidado na maioria das comunidades, pessoas que realizavam trabalho forçado e não remunerado e condições degradantes de trabalho, em mais um sinal da violação de direitos trabalhistas, bem como da própria Lei da Reforma.

As equipes de profissionais que exercem o trabalho de cuidado dentro dessas instituições são, em sua maioria, compostas por ex-internos, voluntários (que trabalham em troca de alimentação e abrigo) e poucos profissionais com formação para tais atividades. São evidências que, mais uma vez, violam a Lei da Reforma.

Outras importantes observações em relação às práticas dessas comunidades foram assinaladas pelo mesmo relatório, tais como: internação de crianças e adolescentes (inclusive sem espaço separado para adultos); internação de pessoas com

outros sofrimentos psíquicos, como pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, não associado ao uso de drogas; e internação de idosos, sem relação com uso de drogas e recebendo cuidados de saúde não específicos para essa população.

Destaco que esses são apenas alguns dos aspectos citados no relatório produzido pelo Conselho Federal de Psicologia após a inspeção desses serviços. Ainda há outros, relacionados ao financiamento, às questões sanitárias, de infraestrutura, de controle e fiscalização desses serviços que nos evidenciam o quanto eles são problemáticos como estratégia pública de cuidado em saúde.

George De Leon, conhecido como o americano que trouxe as comunidades terapêuticas dos Estados Unidos para o Brasil, escreveu o livro “A Comunidade Terapêutica – teoria, modelo e método”, publicado no Brasil em 2003. Nessa obra, ele procura fundamentar como essas comunidades são interessantes para o tratamento de pessoas que usam drogas e deixa claro que a origem desses serviços é nos Estados Unidos, um importante país que influenciou a perspectiva proibicionista sobre drogas no mundo. Ainda segundo ele, a filosofia desses serviços é: “a ausência de drogas, e a concepção do ‘bem viver’” (LEON, 2003, p.4). Ou seja, a ausência de drogas é justamente o pressuposto do proibicionismo, que compreende a necessidade de proibir as drogas e extingui-las da humanidade. Logo, essa premissa é utópica e, conseqüentemente, perversa.

Portanto, não se trata de compreender se elas funcionam ou não para as pessoas, pois quando analisadas sob uma perspectiva exclusivamente teórica, a premissa ética e filosófica adotada já não compreende os direitos humanos, tampouco a compreensão histórica das drogas na humanidade. Logo, fica evidente que vivemos recentemente um significativo retrocesso nas políticas públicas em saúde e, conseqüentemente, no próprio SUS e nas políticas públicas em saúde mental. Apesar dos avanços da Reforma, de 2001, e das políticas de drogas, a partir de 2002, observamos o evidente subfinanciamento dos serviços CAPS no Brasil, bem como de outros dispositivos da RAPS. Como pano de fundo das práticas de cuidado em saúde mental vemos uma estrutura política que se encontra tensionada, gerando problemas no cuidado.

## **2.2 – Revisão Integrativa da Literatura**

Neste momento, proponho outra via para a reflexão sobre o problema, mas,

agora, a partir do estado da arte. Para isso, realizei uma revisão integrativa da literatura com a seguinte questão de investigação: “quais são as dificuldades no cuidado em saúde de pessoas que fazem uso de drogas, no contexto dos serviços de saúde?”

Esta revisão pretende integrar os resultados de achados de pesquisas publicadas, com o propósito de reunir seus resultados a partir de uma questão de pesquisa. Este tipo de estudo permite ainda incorporar pesquisas com delineamentos diferentes e, assim, definir conceitos, examinar teorias, revisar evidências e analisar conceitos metodológicos de um determinado tema para aprofundá-lo. É possível ainda, por meio deste método, fazer o levantamento de dados teóricos e práticos de forma sistemática e ampliada (ERCOLE; MEL; ALCOFORADO, 2014; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Esta revisão adota, portanto, a seguinte pergunta de pesquisa: "Quais são as dificuldades no cuidado em saúde de pessoas que fazem uso de drogas, no contexto dos serviços de saúde?". Esta questão foi formulada a partir da estratégia PICO (paciente ou problema, intervenção, controle ou comparação e desfechos) (POLIT, BECK, 2011).

As buscas foram realizadas nas bases de dados MEDLINE (via portal PubMed da National Library of Medicine), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), EMBASE, SCOPUS e Web of Science. Também foram utilizados os seguintes descritores controlados: “*drug users*/usuários de drogas”, “*mental health*/ saúde mental”, bem como o descritor não controlado “*health care*/cuidado em saúde”. Os descritores controlados das bases de dados foram estabelecidos em consonância com o *Medical Subject Heading* (MeSH) e com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Esclareço ainda que foi utilizado o bofeador “AND” para combinação dos descritores entre si.

Constituíram critérios de inclusão: artigos com dados primários, disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas inglês, espanhol e português, no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2021, por possibilitar a identificação dos artigos mais atualizados sobre o tema. Foram também incluídos estudos com diferentes metodologias e delineamentos de pesquisa e excluídos trabalhos de revisão, teses, dissertações, editoriais, artigos duplicados e estudos que não responderam a questões de pesquisa.

Segundo Ursi e Galvão (2006), é possível elaborar um instrumento de coleta de

dados para este tipo de pesquisa e, neste caso, adaptamos às seguintes categorias: título do artigo, autor, categoria e principais contribuições.

As buscas realizadas em janeiro de 2021 resultaram em um total de 56 artigos. Após a aplicação dos critérios de exclusão, restaram 23, visto que 09 eram artigos com dados secundários; 02 teses e ou dissertações; 21 artigos duplicados; e 01 artigo não estava disponível - da base SCOPUS). Os 33 artigos excluídos estavam nas seguintes bases: Web of Science=01, SCOPUS=11, EMBASE=07, MEDLINE= 06, LILACS=08. Os 23 artigos foram lidos na íntegra, mas 5 foram excluídos após esta etapa, por não responderem à questão de pesquisa. Dessa forma, a amostra final foi de 18 artigos.

Na etapa seguinte foi avaliada a qualidade dos 18 estudos incluídos, com a avaliação metodológica daqueles qualitativos (total de 16 artigos) com base nos itens do instrumento *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP). Tal instrumento permite a classificação dos artigos em duas categorias: categoria A, que apresenta boa qualidade metodológica com viés reduzido – com escores entre seis e dez pontos; e categoria B, que caracteriza artigos com qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado – com escores de pontuação abaixo de seis.

Para a avaliação da qualidade metodológica dos artigos quantitativos (total de 2 artigos) foi utilizado o instrumento *Downs e Black*, que possibilita a verificação da validade e confiabilidade de estudos randomizados e não randomizados, além de uma pontuação da qualidade (por meio da validade interna e externa) dos artigos.

Essas avaliações foram realizadas por dois avaliadores, sem que houvesse qualquer troca de informação dos resultados entre eles. A avaliação dos artigos quantitativos e qualitativos não apresentou discordância entre os pares e, conseqüentemente, não houve a necessidade de um terceiro avaliador.

Para análise dos dados coletados, utilizei o método de análise qualitativa de conteúdo, na modalidade temática, de Minayo. Segundo a autora, esta análise permite o conhecimento dos núcleos de sentidos no texto, e sua presença ou frequência geram significados para a análise. Dessa forma, por meio da leitura exaustiva dos artigos, pude encontrar os sentidos fundantes, que deram origem aos temas que serão analisados mais adiante com base no contexto histórico e sociocultural em que esse trabalho foi desenvolvido (MINAYO, 2008).



Segundo Minayo, há três fases para o desenvolvimento da análise: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. A primeira consiste na escolha dos documentos, orientada pelo objetivo do estudo, e posterior criação de indicadores que conferem unidade ao contexto. A segunda é o momento em que os dados brutos são depurados em núcleos de sentidos que, mais tarde, darão origem aos temas para análise. Já a terceira, e última etapa, é o tratamento desses temas analisados no contexto e profundidade dos referenciais teóricos utilizados. Vale lembrar que o processo de análise e discussão dos dados contou com a participação de mais três pesquisadores.

- **Resultados e Discussões**

Para apresentação dos resultados da pesquisa serão expostos, no quadro I, em um primeiro momento, os 18 artigos selecionados de acordo com o título do estudo, autoria, ano de publicação, país, metodologia utilizada (na categoria qualitativa ou quantitativa) e tipo de serviço ou programa de saúde em que foi desenvolvido. Em um segundo momento, será apresentada a categorização desses estudos, por meio da produção de núcleos de sentidos, e discutidos seus resultados com base na literatura atual.

Vale lembrar que os dados coletados foram retirados da apresentação dos resultados dos próprios estudos. Dessa forma, não foram consideradas as hipóteses apontadas pelos autores dos manuscritos, mas apenas os resultados primários, os quais foram interpretados e compreendidos, tais como as dificuldades no cuidado de pessoas que fazem uso de drogas dentro de um serviço ou programa de saúde.

**Quadro I** - Apresentação dos artigos segundo título do estudo, autor, ano, país, metodologia (quantitativa ou qualitativa) e tipo de serviço ou contexto estudado.

---

<b>Título do estudo</b>	<b>Autoria</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Tipo de serviço ou contexto estudado</b>
-------------------------	----------------	------------	-------------	--------------------	---

---

---

1	Desarticulação da rede psicossocial comprometendo a integralidade do cuidado.	Carvalho M.F.A.A, et al.	2017	Brasil	Qualitativa	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad).
2	Making the Case for Syringe Services Programs.	Adams, J.M.	2020	EUA	Qualitativo	Programa de Serviços de Seringas na Comunidade (SSPs).
3	Percepção de profissionais da área de saúde mental sobre o acolhimento ao usuário de substância psicoativa em CAPSad.	Salles, D. B; Silva, M.L.	2016	Brasil	Qualitativo	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad).
4	The construction of autonomy for professionals who work with drug users: An analysis of two intervention projects in the largest asylum centre in Brazil.	Conejo, S.P, et al.	2016	Brasil	Qualitativa	Projetos específicos na região de Sorocaba- SP.
5	Acolhimento e cuidado à pessoa em uso problemático de drogas.	Carvalho M.F.A.A, et al.	2019	Brasil	Qualitativa	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad).

---

---

<b>6</b>	Association between mental health service utilisation and sharing of injection material among people who inject drugs in Montreal, Canada.	Côté, P, et al.	2019	Canadá	Quantitativa	Montreal - Programa para PWID (people who inject drugs).
<b>7</b>	Access to and use of health and social services among people who inject drugs in two urban areas of Mozambique, 2014: qualitative results from a formative assessment.	Dengo-Baloi, L, et al.	2020	Moçambique	Qualitativa	Moçambique - Programa para PWID
<b>8</b>	Perceived unmet need and barriers to care amongst street-involved people.	Hyshka, E, et al.	2016	Canadá	Quantitativa	Pessoas em situação de rua
<b>9</b>	Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua.	Friedrich, M.A, et al.	2019	Brasil	Qualitativa	Consultório na rua
<b>10</b>	Objeto e tecnologias do processo de trabalho de uma equipe itinerante em saúde mental.	Eslabão A.D, et al.	2017	Brasil	Qualitativa	Equipe Itinerante de Saúde Mental

---

---

11	Harm Reduction and Tensions in Trust and Distrust in a Mental Health Service: A Qualitative Approach.	Lago, R.R et al.	2017	Brasil	Qualitativa	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad).
12	O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência.	Machado, A.R; Modena, C.M; Luz, Z.M.P.	2020	Brasil	Qualitativo	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad).
13	Adesão ao tratamento pela equipe de um serviço de saúde mental: estudo exploratório.	Malvezzi, C.D, et al.	2016	Brasil	Qualitativa	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad).
14	Perceived need, barriers to and facilitators of mental health care among HIV-infected PWID in Hanoi, Vietnam: a qualitative study.	Nguyen, M.X, et al.	2019	Vietnã	Qualitativa	Clínicas com atendimento médico a Pessoas HIV-infectadas que injetam drogas.
15	Análise da Articulação da Rede para o cuidado ao usuário de crack.	Pinho, L.B, et al.	2017	Brasil	Qualitativa	Rede de Serviços em Saúde Mental para Atendimento a Usuários de Crack (ViaREDE).

---

16	O papel da atenção básica no cuidado ao usuário de crack: opinião de usuários, trabalhadores e gestores do sistema.	Pinho, L.B; Siniak, D.S.	2017	Brasil	Qualitativa	Serviços e Instituições do município de Viamão- RS.
17	Experiências de adolescentes em uso de crack e seus familiares com a atenção psicossocial e institucionalização.	Jorge, M.S.B; Lima, L.L; Bezerra, I.C.	2017	Brasil	Qualitativa	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i).
18	An Exploration of the Relational Autonomy of People with Substance Use Disorders: Constraints and Limitations.	Lago, R.R; Bógus, C.M; Peter, E.	2018	Brasil	Qualitativa	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad).

FONTE: Autora (2021).

O total da amostra foi de 18 artigos, dos quais 12 foram desenvolvidos no contexto brasileiro (nacionais) e 6 em outros países (internacionais). Após a leitura dos artigos, foram organizados os dados a partir do conteúdo referente às dificuldades apontadas, de forma direta ou indireta, para o cuidado. Essas dificuldades foram identificadas e organizadas em eixos de temáticos, com base na sua frequência ou importância descrita nos artigos. Dessa forma, os três grandes eixos, que se tornaram os temas desta análise e discussão, foram: Políticas Públicas; Modelos de Cuidado; e Atores.

- **Políticas Públicas**

O eixo "Políticas Públicas" compõe o primeiro eixo de análise do trabalho, embora não tenha sido citado, em todos os artigos, como o principal obstáculo no cuidado das pessoas que fazem uso problemático de drogas. Contudo, compreende-se

que se trata de um eixo teórico fundamental para dar início à discussão dos resultados obtidos.

As políticas públicas são fundamentais para análise das dificuldades do cuidado, pois dizem respeito às políticas públicas de saúde, de segurança e de justiça, não apenas no Brasil, como em outros países. Ademais, esse tema abarca a regulação da produção, comercialização, consumo e criminalização das drogas e sua interferência no cuidado.

Aliás, o próprio termo “Política Pública” foi citado como o principal obstáculo para o cuidado das pessoas que fazem uso problemático de drogas em 07 artigos diferentes, 04 deles brasileiros e 03 estrangeiros, o que sugere certa homogeneidade em relação a representar, de fato, uma dificuldade compartilhada entre os estados e nações, e não somente no contexto nacional. No entanto, os artigos estrangeiros mantiveram o foco nas questões relacionadas à acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde destinados à atenção aos problemas decorrentes do uso de drogas. Já os artigos nacionais, curiosamente, mencionaram críticas à própria Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ao SUS, como um dos principais entraves para o cuidado desta população.

As redes que compõem o SUS, como Rede de Atenção à Saúde (RAS) e RAPS, são denominações para uma perspectiva intersetorial no cuidado em saúde. São estruturas primárias na lógica do cuidado em saúde, dentro do SUS, tanto para a compreensão teórica como prática desse cuidado. Ainda que essas redes se diferenciem de um país para o outro, é possível encontrar duas dimensões de análise, compartilhadas pelos artigos analisados: as dimensões macropolíticas e as micropolíticas.

Em uma perspectiva macro, os artigos que elencaram os problemas na rede de atenção à saúde apresentaram os seguintes entraves: baixo investimento nas atuais políticas públicas e na implementação de novas ações estratégicas e comunitárias; e dificuldade na produção de formação profissional continuada, sensível às questões de saúde mental, em especial em drogas.

No que se refere à realidade brasileira, é notório que o subfinanciamento crônico é uma realidade da saúde pública. De acordo com os dados coletados pela organização da sociedade civil “Desinstitute” - que buscou fazer uma série histórica da implementação e expansão da RAS no Brasil - o financiamento destinado aos serviços que promovem o tratamento das pessoas que fazem uso problemático de drogas sofreu

um processo de estagnação no último triênio, e o número de serviços especializados no país nunca atingiu o previsto pelo Plano Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESINSTITUTE, 2020). Isso resulta na insuficiência de investimentos em ações territoriais e comunitárias e, portanto, na insuficiência do próprio Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Os artigos, de forma geral, também assinalaram que a ausência de formação continuada dos profissionais para atuar no cuidado desses usuários é parte das dificuldades que dizem respeito a uma macropolítica apática em relação a essa necessidade. A formação continuada permite que os agentes destes serviços executem o trabalho de forma qualificada, o que aumenta a chance de adesão dos usuários aos serviços e, por conseguinte, os desfechos positivos em relação ao tratamento. Na ausência de qualificação, em contrapartida, há práticas moralizantes no cuidado para essa população.

Importante destacar que os artigos que mencionaram as redes (RAPS e RAS) como os principais obstáculos enfrentados pelos usuários no cuidado são majoritariamente brasileiros. Trata-se de uma especificidade importante, pois no Brasil a RAPS, inserida no SUS, é a principal forma de operacionalização das ações de cuidado em saúde para esta população.

Do ponto de vista das micropolíticas, as principais dificuldades relatadas foram a burocratização nos atendimentos e nos acolhimentos oferecidos, além da rigidez da dinâmica de encaminhamentos e da limitada acessibilidade. Os artigos que pontuaram entraves na acessibilidade são, majoritariamente, estrangeiros e citaram aspectos como falta de recursos nas instalações destes serviços; acesso limitado a bens materiais como telefones, computadores, internet; e falta de informações das pessoas sobre os serviços disponíveis para esse cuidado.

Por burocratização dos serviços, entende-se a associação dos entraves encontrados para agendamento, remarcação e horário de atendimento desses dispositivos para a população que faz uso problemático de drogas e seus familiares. A rigidez desses processos foi apontada como uma dificuldade importante. Por outro lado, a população que faz uso problemático de drogas, muitas vezes, encontra dificuldades no cumprimento dos horários agendados, nas rotinas dos serviços, fato que o próprio DSM-

5 identifica como sintoma dos Transtornos Causados por Uso de Substâncias. Dessa forma, se essas idiosincrasias já são reconhecidas como características sintomáticas dessa população, é necessário que sejam assim consideradas pelo próprio sistema de saúde público, para que atue preventivamente no sentido de garantir o vínculo desses usuários com o tratamento, sob o risco de esvaziamento das possibilidades de acolhimento e ausência de cuidado.

Por fim, ainda sobre os questionamentos referentes à análise das micropolíticas, os artigos mencionaram dificuldades de encaminhamentos, ou seja, nas articulações das redes de saúde com outros equipamentos, como assistência social, ou mesmo para outros serviços de saúde não especializados. As pessoas que sofrem com o uso de drogas necessitam de atendimento de forma integral, ampla e que garanta a sua reinserção nos ambientes familiar, social e laboral.

Dessa forma, o cuidado deve abarcar, invariavelmente, a articulação entre os serviços, entendendo que os sujeitos não padecem apenas de um problema específico. Quando há um obstáculo à articulação dos dispositivos que compreenderão o cuidado daquele usuário, o vínculo com o tratamento torna-se fragilizado pela percepção, tanto dos usuários como seus familiares, de que aquele conjunto de ações não contempla as suas necessidades de cuidado integral à saúde.

- **Modelos de Cuidado**

As dificuldades no "Modelo de Cuidado" – com essa terminologia – foram citadas em dez artigos, todos de origem brasileira. Segundo Ayres (2009), “modelo de cuidado” pode ser definido sob duas perspectivas: a primeira seria um modelo de cuidado usual, que é a produção de um sentido unificador – e conseqüentemente coercitivo – de atitudes direcionadas a uma finalidade ou as suas estratégias; trata-se de um conjunto de ações padronizadas nas práticas, que apresentam um pano de fundo de significados por aqueles que as realizam, de forma que não há espaços para negociações desses significados. Em contrapartida, uma segunda perspectiva aponta para uma produção de cuidado construída mediante a convergência de horizontes entre os diferentes saberes, de forma que essa produção chegue na gestão e na operacionalização das tecnologias de cuidado para as pessoas e as populações de forma mais abrangente (AYRES, 2009). Dessa forma, é possível compreender os paradigmas de redução de



danos e de abstinência exclusiva como modelos de cuidado para pessoas que fazem uso problemático de drogas.

Todos os artigos, tanto os brasileiros quanto os estrangeiros, que sublinharam o modelo de cuidado como entrave criticaram os modelos curativistas e biomédicos, com apenas uma exceção. De forma geral, eles argumentaram que esses modelos permanecem nas práticas e, de forma geral, ainda sustentam ações coercitivas e moralizantes. Segundo Morosini (2007), o modelo biomédico refere-se às ações centralizadas no profissional médico, no conhecimento biológico, e em suas técnicas, em especial a medicalização. Essas características se aproximam muito da “psiquiatria tradicional”, fundamentada em ações exclusivamente médicas, voltadas às questões biológicas, com a finalidade da cura. Além disso, os artigos destacaram que o modelo biomédico no cuidado em saúde das pessoas que fazem uso problemático de drogas não estimula o protagonismo dos sujeitos, criminalizando-os e estigmatizando-os.

A única exceção foi um artigo estrangeiro, que mencionou em seus achados desconfiança por parte dos usuários quando seus cuidados eram baseados no modelo de cuidado da redução de danos; entretanto, segundo os autores, essa desconfiança não se limitava ao modelo de cuidado, mas se estendia aos profissionais e à autoconfiança dos próprios usuários. Por fim, o trabalho concluiu que é necessário maior investimento intersetorial das políticas e nas práticas de redução de danos e que falta educação continuada para os profissionais e educação social (LAGO, et.al, 2017).

Dessa forma, é possível concluir que os modelos de cuidado foram apontados como instância dificultadora no cuidado em saúde das pessoas que usam drogas ou como potencializadores deste cuidado, a depender do modelo instituído. Ademais, todos os artigos citaram que o modelo de redução de danos permite um cuidado promotor de autonomia, ausência de estigmatização, não criminalizante e não objetificante do fenômeno do uso de drogas.

Assim, o modelo de redução de danos se coaduna com o modelo psicossocial de cuidado, pois ambos compreendem o fenômeno das drogas como multifatorial, bem como o usuário como protagonista de seu cuidado, o qual, por sua vez, é associado aos diversos conhecimentos, e não apenas ao saber médico. Porém, ambos não são suficientes para sustentar a ideia de que a droga não deva ser proibida – por ser

impossível erradicá-la nas sociedades humanas – o que ainda abre brechas para, em uma segunda análise, a manutenção de práticas de cuidado psicossocial e de redução de danos proibicionistas.

- **Atores**

Os atores foram identificados como dificultadores no cuidado em saúde das pessoas que fazem uso problemático de drogas. Ou seja, as pessoas envolvidas no processo de cuidado foram apontadas como a dificuldade mais recorrente nos artigos analisados. Entende-se por atores todas as pessoas que compõem a rede de cuidado: os profissionais, os usuários dos serviços e seus familiares.

Em relação aos profissionais, as dificuldades surgiram em 12 artigos, 09 de origem brasileira e 03 estrangeiros. Uma das críticas mais preponderantes foi a ausência de especialização adequada, mencionada em quatro artigos. Tanto a escassez quanto a alta rotatividade foram citadas duas vezes, o que traduz certa indisponibilidade de profissionais de saúde e suscita questões importantes para além de um suposto e improvável desinteresse destes atores, como as condições de contratação destes funcionários, baixos salários e ausência de planos de carreira. Por fim, é fundamental, ainda que citada apenas duas vezes, repensar a problemática alta exigência dos profissionais perante o usuário com seu processo de cuidado, fato que pode se tornar um grande empecilho ao tratamento. Entende-se por alta exigência situações em que o profissional demanda ou tem uma expectativa expressa de que o sujeito siga suas instruções e interrompa definitivamente o uso da substância ou siga fielmente o plano de tratamento, visto que ambas as situações podem gerar um sentimento mútuo de frustração e abandono do cuidado.

Em relação às dificuldades envolvendo os usuários dos serviços, considero importante salientar o fato de terem sido citadas em 10 artigos, 5 deles brasileiros e 5 estrangeiros (Estadunidense, Moçambicano, do Vietnã e Canadense). A principal dificuldade no que diz respeito aos usuários, citada 04 vezes, é a formação de vínculo, seja com o serviço, seja com o escopo social. Há também um desafio recorrente, assinalado em 03 artigos, relacionado à descrença dos próprios usuários de que a ajuda fornecida por estas instituições seja eficaz, o que configura um dos principais desafios do cuidado para este público. Além disso, é importante citar outro desafio a ser

superado no sistema brasileiro, inclusive mencionado em dois artigos: a dificuldade potencializada para busca e continuidade do cuidado quando o usuário apresenta outros problemas de saúde associados ao uso problemático de drogas.

Por fim, os problemas relacionados à família das pessoas que fazem uso problemático de drogas apareceram em 03 artigos, todos de origem brasileira. Neste caso, os principais entraves decorriam da exaustão por parte dos mesmos em relação aos usuários dos serviços, da insistência pela busca de ajuda e de uma significativa dificuldade no manejo destas pessoas. Assim, considero fundamental salientar que é papel dos serviços de saúde operar em rede com a família, fornecendo instrumentos capazes de auxiliá-los a compreender a natureza complexa do fenômeno do uso problemático, bem como assegurando o acolhimento regular destas pessoas. A ausência dos familiares também emergiu como importante dificuldade, porém citada em apenas um artigo, o que reforça a necessidade do acolhimento dessas famílias e de sua instrumentalização para o cuidado.

Atores são os indivíduos que desempenham papéis sociais estabelecidos dentro de contextos. No que se refere ao cuidado dos indivíduos que usam drogas, estes são os atores principais no processo, seguidos por seus familiares e pela equipe de saúde, dos CAPS, APS, hospitais, etc. Todos esses indivíduos compõem a rede viva de cuidado e são de grande importância no processo (LEAHEY, WRIGHT, 2016).

As pessoas que sofrem com uso de drogas podem passar por rupturas sociais, deixando de acreditar que possam ser ajudadas ou que possam mudar tal situação. Frequentemente também se queixam das constantes cobranças familiares e vivenciam sentimentos de culpabilização. Nesse contexto, a desconfiança em retomar vínculos sociais, a presença de morbidades associadas ao uso de drogas e a insatisfação com serviços de saúde reforçam essa descrença (LAGO, et.al, 2017).

Em relação à família, o estigma, esgotamento, medo e falta de conhecimento potencializam a percepção de que o confinamento e a mudança de ambiente são as melhores, quando não as únicas, opções de tratamento. Assim, alimenta-se a expectativa dos familiares de que esses locais de confinamento ofereçam aos pacientes o que eles não conseguiram oferecer em casa, ou seja, isolamento e proteção. Contudo, na prática, o afastamento e tratamento fora de seu meio social levam ao afrouxamento dos vínculos

familiares. Estudos mostram que as relações familiares dos indivíduos em uso de drogas são mais estreitas em relação aos adolescentes que não usam drogas (SIQUEIRA, et al, 2021; DE PAULA, et.al, 2015).

Nesse sentido, os profissionais de saúde são atores importantes para a retomada desse processo de ressocialização (FIORATI, et. al, 2017). De acordo com COTÊ e colaboradores (2019), COELHO e colaboradores (2019) e SALLES e SILVA (2017), o acolhimento do paciente e da família pela equipe de saúde tem papel fundamental no desfecho do cuidado. Nesse sentido, os serviços especializados, como os CAPS AD (Centros de Atenção Psicossociais Álcool e outras Drogas), foram apontados como aqueles que mais disponibilizam profissionais que promovem esse cuidado.

Para Coelho et al (2019), espaços com padrões menos rígidos de funcionamento promovem maior acolhimento do paciente. Quando o profissional de saúde tem momentos para escuta livre, ele amplia o sentido do cuidado e essa disponibilidade não só estreita o vínculo como promove apoio emocional (FIORATTI, et al, 2017).

Um fator de alerta, citado em quatro estudos (SALLES, SILVA, 2017; PINHO, SINIAK, 2017; PINHO et al, 2017; CONEJO et al, 2016), é a ausência de formação específica do profissional de saúde para a oferta deste cuidado, mesmo em serviços especializados. Além disso, é frequente que ele atue em locais que não foram a sua primeira escolha de trabalho ou que peça demissão após encontrar serviço, de modo que a falta de conhecimento ou afinidade pode acrescentar dificuldades a este já complexo processo de cuidado. Segundo COELHO e colaboradores (2019), esse processo de troca de profissionais abre lacunas que podem gerar o afastamento do paciente, perdas no tratamento e dificuldades na reconstrução de vínculos.

O mesmo ocorre nos processos de contrarreferência dos serviços especializados para os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). A mudança de equipe de atendimento e a falta de conhecimento e de afinidade de cuidado com as pessoas que usam drogas podem contribuir para o distanciamento do paciente e a descrença em relação à continuidade do tratamento (SIQUEIRA, et al, 2021).

Portanto, mesmo que benéfica, essa relação construída pelos profissionais nos serviços especializados pode ocasionar a dependência do paciente, culminando em um

novo modelo de enclausuramento e de dependência social e afetiva. Por essa razão, os matriciamentos e o trabalho intersetorial são importantes, pois permitem que os grupos sociais frequentados pelos pacientes em uso de drogas sejam ampliados, tal como o processo de vínculo e confiança (SIQUEIRA, et al, 2021).

De maneira geral, é possível concluir que os artigos analisados demonstram que os atores são um importante aspecto que dificulta o cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas, pois são estratégicos na construção desse cuidado. Como discutido, eles estão envolvidos de forma direta na reinserção social e no cuidado integral, de modo que ações de treinamento e especialização dos profissionais de saúde devem ser implementadas no que se refere a temas como saúde mental, uso de drogas, acolhimento familiar e escuta qualificada, pois eles serão o elo entre paciente, família e sociedade (SVAVARSDOTTIR, et al. 2018).

- **Considerações finais da revisão integrativa da literatura**

A partir desta revisão foi possível identificar quais são os principais eixos temáticos discutidos pelas pesquisas nacionais e internacionais que abordam as dificuldades no cuidado em saúde das pessoas que usam drogas. Além disso, ficou evidente que os temas Políticas Públicas, Modelos de Cuidado e Atores são categorias que se interpenetram e, portanto, influenciam-se de forma direta.

Considero importante destacar que a análise do que tem sido discutido em relação às dificuldades no cuidado em saúde dessa população permitiu identificar, também, em quais dimensões as pesquisas científicas apontam para a melhoria do cuidado. Afinal, quando identificamos os pontos críticos para o bom desempenho de determinada prática, sabemos quais deles foram ou podem ser estudados e aprimorados.

Como discutido, as políticas públicas, tanto de saúde como de segurança e de justiça, no Brasil e no mundo, estruturam os modelos de cuidado em saúde, assim como as relações entre os atores. Entretanto, essas políticas são produzidas por pessoas, de tal modo que se há dificuldades para a implementação de boas práticas no cuidado em saúde das pessoas que fazem uso problemático de drogas deve-se rever sob quais valores, princípios e humanidades elas estão sendo planejadas.

Dessa forma, o estudo aponta não somente para a necessidade de revisão das

políticas públicas, dos modelos de cuidado e das formas como os atores do cuidado se apresentam de forma desarticulada, por se tratarem de instâncias interdependentes, como também evidencia a necessidade de uma revisão nessas instâncias para além do âmbito da saúde mental, dentro da grande área da saúde coletiva.

Mais recentemente, especialmente no Brasil, tem ocorrido uma importante redução no investimento tanto nas políticas de saúde mental como na sustentação do próprio Sistema Único de Saúde. Além disso, ainda que haja melhorias nesses investimentos, há de se rever como o proibicionismo interfere nos modelos de cuidado e nas relações entre os atores envolvidos e, assim, propiciar novos horizontes de debate e pesquisas para um melhor desenvolvimento de tecnologias de cuidado em saúde para as pessoas que fazem uso problemático de drogas, bem como maior compreensão sobre as dimensões que permeiam os problemas do cuidado para essa população.

Ainda que apresentar esse panorama atual sobre o problema do cuidado em saúde para as pessoas que fazem uso de drogas nos serviços de saúde, com base na análise dos estudos selecionados, não permita identificar quais são as experiências de cuidado em saúde das pessoas que usam drogas, tampouco compreendê-las, possibilita desvelar os aspectos apontados nas pesquisas atuais como importantes para o cuidado das pessoas que fazem uso problemático de drogas, nos contextos institucionais. Além disso, permite o acesso à dimensão das experiências de cuidado.

Em relação às experiências foi possível compreender, de forma indutiva, que são variáveis, pois cada indivíduo tem uma experiência, que varia conforme o tempo e o espaço, a partir da qual ele constrói seu devir. Assim, com base nessas variações, proponho uma reflexão sobre alguns aspectos variáveis da experiência, como o uso da droga e a dimensão do cuidado em saúde, em uma etiologia reflexiva, para, mais adiante, dessecá-las no tempo e espaço de cada experiência descrita.

### **2.3 - Reflexões sobre “Drogas” e “Cuidado em Saúde”**

“Droga” pode ser definida, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como toda substância que não seja endógena, ou seja, não produzida pelo próprio organismo, e que apresente propriedades capazes de alterar o funcionamento de um ou mais sistemas humanos (OMS, 1993). Apesar de antiga, esta definição ainda é utilizada atualmente, ainda que outras tenham sido a ela agregadas por outros pesquisadores.

De acordo com Carlini et al. (2001), o termo “droga” é usado para se referir a substâncias capazes de alterar os processos mentais, psíquicos e físicos. São exemplos dessas substâncias: cafeína, tabaco, medicamentos de forma geral, álcool, açúcares, entre tantas outras conhecidas, bem como as psicodélicas, derivadas da cocaína, cannabis, entre outras.

Dessa forma, o “uso de droga” seria a ação de praticar, servir-se, consumir, independentemente da forma que este uso é feito. Ou seja, o uso de droga a que me refiro é o ato de consumir uma substância e que, portanto, independe de valores, crenças, análises quantitativas/temporais ou das suas formas de uso.

Segundo Carneiro (2008), todos nós somos usuários de droga e, inclusive, todos nós, humanos, temos as drogas como necessidade, podendo ser necessidades físicas, psíquicas, sociais e ou culturais (CARNEIRO, 2008).

Entretanto, entre todos os consumidores de drogas, há aqueles que sofrem física, psíquica e/ou socialmente com este uso e, neste momento, analisar os aspectos que envolvem seus valores, crenças, análises quantitativas e temporais faz-se pertinente.

Indivíduos que fazem uso de droga associado a algum tipo de sofrimento são designados por diversos termos historicamente construídos, tais como toxicômanos, dependentes, pessoas com transtornos mentais associados ao abuso de substâncias, pessoas que fazem uso problemático de drogas, entre outros. A busca por uma terminologia para designar pessoas que sofrem com o uso de drogas é necessária, tanto para uma melhor compreensão do que é droga quanto para a não estigmatização das pessoas que sofrem com o uso destas. Contudo, novos trabalhos revelam que os termos que abrangem de forma adequada e coerente esses indivíduos seriam: “pessoa que faz uso de drogas”, “pessoa com transtorno por uso de substâncias” ou “pessoa dependente de álcool”, por exemplo (CHAGAS, PAULA, GALDURÓZ, 2021). Ainda, contribuo nessa discussão que o termo interessante que pode ser utilizado é pessoas que sofrem com o uso de drogas.

O uso de drogas associado a algum tipo de sofrimento é uma questão crucial para a saúde pública, tanto no Brasil como no mundo. Estima-se, mundialmente, um total de 275 milhões de pessoas que já usaram drogas (sendo estas as comumente conhecidas, tais como álcool, maconha e cocaína), o que corresponde à prevalência

global de 5,5%. Estimativas também mostram que 36,6 milhões de pessoas, ou seja, 13% do número total de pessoas que usam drogas no mundo, tenham diagnósticos de transtornos associados ao uso de drogas. Projeta-se, ainda, que esses valores aumentem nos próximos dez anos (UNODC, 2021).

Trata-se, portanto, de um contexto que justifica o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre as diversas formas de cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas, desde a prevenção do sofrimento associado ao uso de drogas até o cuidado para aquelas que já apresentam danos permanentes.

Este “dano permanente” também pode ser considerado um status de doença. Para isso, a ciências da saúde apresenta um conjunto de técnicas e tecnologias para que ela entre neste status como uma condição, considerada momentânea ou crônica, ou seja, permanente ou irreversível. Um bom exemplo desta aplicação envolve o próprio uso de drogas, citado como condição crônica nas cartilhas médicas.

Entretanto, se o uso da droga é uma necessidade humana, e a própria concepção do que é droga é relativa, a depender do espaço geográfico e da cultura de uma determinada sociedade, como é possível tornar o uso de droga uma doença? Mesmo quando há sofrimento no uso, como distinguir um “sofrimento patológico” de um “sofrimento natural da própria existência”? A questão, neste caso, me parece ser sobre o que é existir doente e o que é existir saudável.

O existir doente pode ser compreendido como o contrário do existir saudável. Segundo essa forma de existir, a que me refiro, não se trata de “ser” doente, mas de “estar” doente, como menciona Boemer (2011):

“Em um autêntico dizer heideggeriano, ele não é uma pessoa doente; está vivenciando uma situação de “sendo doente”. O que o afeta nas várias esferas do seu existir. Não se trata de uma questão semântica ou linguística, mas de um olhar atento para o homem em seu sendo-doente. Isso implica em sua subjetividade, captando o seu sentir-se próprio doente. Nesse sentido, cuidar desse homem não envolve apenas buscar e reunir dados para elucidar diagnósticos e propor terapêuticas, como o previsto pela lógica técnico-científica” (BOEMER, 2011, p.63).

De acordo com Sandra Caponi (2003), o conceito de saúde, ou uma ideia de saúde, implica a escolha de intervenções sobre o corpo e a vida dos sujeitos e, simultaneamente, a redefinição dos “espaços onde se exerce controle administrativo da



saúde dos indivíduos, entendidos como grupo humano, como população” (p.61). Portanto, a saúde não é meramente o equilíbrio ou a capacidade de adaptação, mas sim, como Canguilhem (2011) refere: “um conjunto de seguranças e de seguros para o futuro (...) seguranças no presente e seguros para prevenir o futuro” (p. 140).

Caponi (2003) refere ainda que a saúde pressupõe um “excendente”, como um “luxo biológico”. Contudo, esta definição baseia-se em algo normal, ou tem como referência um estado de normalidade; “por ‘normal’ devemos entender algo além de ‘compatível com a vida’; como vimos, o conceito de normal está indissolavelmente ligado ao de média estatística ou tipo” (CAPONI, 2003, p.65). Logo, essa concepção moderna de saúde descrita por Caponi tem como meta a média estatística para a população, e não a vida da população. Por isso, a autora define que a saúde envolve, sobretudo, as possibilidades de viver em sintonia com o meio em que vive, e de se instituir novas normas em cada situação nova na qual o indivíduo se encontre (CAPONI, 2003).

Merhy (2007) afirma que os modos de cuidado de cada categoria profissional na saúde apresentam um olhar para a saúde, e para a doença, de forma a patologizar o corpo biológico. Ainda segundo ele, a saúde pública visa ao controle, em um âmbito coletivo, dos processos de adoecimento no corpo biológico e de suas patologias, e esse modo de pensar os processos de saúde e doença e seus modos de cuidado é parte estrutural da nossa construção eurocêntrica e ocidental de pensar a saúde. Assim, neste processo de construção histórica do conhecimento em saúde, paralelamente à produção de conhecimento científico e suas validações, faz-se necessária a construção das normas e padrões de conduta das categorias profissionais da saúde, como a medicalização e a institucionalização, por exemplo.

Para Merhy (2007), somos objetos da saúde, como “corpos com órgãos”, ou seja, esforços voltados à produção de cuidado para esses corpos, com o uso de suas respectivas tecnologias para isto. Entretanto, para este autor, um novo objeto do cuidado em saúde surgiu a partir dos anos 90, ao qual ele se refere como “corpos sem órgãos”.

Essa concepção contemporânea sobre o novo objeto da saúde passou a patologizar não mais os corpos, mas sim os seus modos de vida, tanto individuais como coletivos. Visava-se, portanto, não mais o corpo doente, mas o corpo saudável que deveria ser tratado. Dessa forma, o mercado da saúde se abriu vertiginosamente, por

meio de diversas técnicas realizadas por profissionais altamente especializados, com o objetivo de patologizar os modos de viver (MERHY, 2007). Portanto, diz-se que a doença não está somente nos corpos, mas nas escolhas de vida.

A modernidade produz, constantemente, novos medicamentos para tratar de velhas doenças dos corpos, da mesma forma que produz novas doenças dos “corpos sem órgãos” e, conseqüentemente, novos medicamentos para tratar essas novas doenças.

Na modernidade, os profissionais da saúde, de forma geral, trabalham na disciplina – em referência ao termo utilizado por Foucault – dos “corpos com órgãos”. Já na contemporaneidade, não trabalham apenas na disciplina, mas na produção de desejos, em que, justamente, se modulam as formas de existir e de viver. O trabalho novo da saúde é o de controlar – em um conceito deleuziano – os modos de cuidar de si (MERHY, 2007).

Fica claro, a partir dessa breve discussão, que doença e saúde são máximas construídas em determinado tempo e espaço, com um objetivo próprio de normalização e retirada das ambivalências (BAUMAN,1999). Dessa forma, o cuidado em saúde irá circunscrever o que essas concepções de saúde e doença abarcarem, de modo que tem se tornado mais complexo pensar o cuidado, pois os processos de normalização, agora, não estão mais na retirada da ambivalência dos corpos, mas nos modos de vida.

Portanto, penso que devemos questionar até que ponto o cuidado em saúde de pessoas que usam drogas é uma forma de normatização e patologização dos modos de vida. Não se trata de negar os potenciais danos que as drogas podem causar, mas de questionar o que temos feito no cuidado em saúde das pessoas que usam drogas de forma a não exercer poder sobre os seus corpos, não modular suas formas de existir, não produzir novas doenças e não condicionar os seus desejos. Ou seja, como produzir cuidado em saúde ideal ou como produzir um cuidado em saúde ético? Mas o que seria esse cuidado?

Ayres (2005) propõe uma genealogia sobre o cuidado, em que, no senso comum, cuidado em saúde é “um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (p.91). Ainda segundo ele, há neste cuidado uma interação de dois ou mais sujeitos com o objetivo de promover o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar e, para isso, há saberes específicos (AYRES,

2005). Ou seja, trata-se, essencialmente, de uma interação entre seres humanos com uma determinada finalidade: alívio do sofrimento ou alcance do bem-estar.

Mortari (2018), em sua obra “A filosofia do Cuidado”, descreveu a essência do cuidado e elevou a discussão a uma nova dimensão:

Pode-se afirmar que a essência do cuidado consiste em ser uma prática que acontece em relação, que se atualiza segundo uma duração temporal variável, movida pelo interesse pelo outro e orientada a promover o seu bem-estar-áí, e que, por isso, se ocupa de algo que é essencial para o outro (MORTARI, 2018, p. 91).

Isso quer dizer que existir, ou seja, estar no mundo, é também estar com o outro. Dessa forma, a questão da ética passa a ser fundante na discussão de cuidado, por se tratar de uma relação entre quem-cuida e quem é cuidado. Essa dimensão ética, segundo a mesma autora, tem como único critério o bem-estar do outro, de modo que o cuidado seja uma prática de cuidado ético-ontológica.

Tal concepção implica, segundo Mortari (2018), o reconhecimento de quatro dimensões para a promoção do cuidado: a responsabilidade, a generosidade, o respeito e a coragem. A primeira corresponde a dois pontos: 1- quem-cuida compreender que, além de buscar responder às necessidades de quem é cuidado, também necessita de cuidado, ou seja, além de atribuir uma horizontalidade na relação de cuidado, a pessoa que cuida deve compreender que não é completa; 2 – é de quem-cuida “sentir a qualidade de sentir do outro” (p.144), ou seja, não anular o outro e nem a si mesma, de forma que quem-cuida tenha a consciência do seu ato de cuidar, que implica doar tempo e, conseqüentemente, doar seu ser para o outro. Por isso, trata-se de um ato de generosidade. Para isso, o respeito, terceira dimensão, se vincula a formas de se aproximar-se do outro com consideração, deferência, e que mesmo em uma relação de poder entre quem cuida e quem é cuidado há a constante vigilância para a busca pela autonomia de ambas as partes. Para tanto, necessita-se de coragem – enquanto virtude ética-aristotélica –, a qual caracteriza a quarta dimensão.

Boff (2005) também compreende o cuidado em uma dimensão ética-ontológica e complementa que o resgate do cuidado demanda um voltar-se para si mesmo e descobrir suas formas de existir:

conceder direito de cidadania fundamental à nossa capacidade de sentir o outro; ter compaixão com todos os seres que sofrem, humanos ou não-

humanos; obedecer mais à lógica do coração, da cordialidade e da gentileza do que à lógica da conquista e do uso utilitário das coisas. Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e de intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa impor limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo. Significa derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado. Significa organizar o trabalho em sintonia com a natureza, seus ritmos e suas indicações. Significa respeitar a comunhão que todas as coisas têm entre si e conosco. Significa colocar o interesse coletivo da sociedade, da comunidade biótica e terrenal, acima dos interesses exclusivamente humanos. Significa colocar-se junto e ao pé de cada coisa que queremos transformar para que ela não sofra, não seja desenraizada de seu *habitat* e possa manter as condições de se desenvolver e co-evoluir junto com seus ecossistemas e com a própria Terra. Significa captar a presença do Espírito para além de nossos limites humanos, no universo, nas plantas, nos organismos vivos, nos grandes símios (gorilas, chimpanzés e orangotangos), portadores também de sentimentos, de linguagens e de hábitos culturais semelhantes aos nossos (BOFF, 2005, p. 34).

Tanto Boff (2005) como Mortari (2018) baseiam-se na estrutura teórica proposta por Martin Heidegger sobre cuidado. Em sua obra clássica “Ser e Tempo” (2012), Heidegger faz referência a uma fábula latina de Higino:

Certa vez, atravessando um rio, "cura" viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. **A cura** pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como a cura quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado o nome. Enquanto "Cura" e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: "Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi a 'cura' quem primeiro o formou, ele deve pertencer à 'cura' enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar 'homo', pois foi feito de humus (terra)". (HEIDEGGER, 2012, p.263-264).

Heidegger, tal como essa fábula, traz um testemunho sobre a “cura”, nessa dimensão de cuidado, como pertencente à existência humana. Ou seja, o “ser no

mundo” tem o ato da “cura” na medida em que o tempo (Saturno) o faz existir. Esse ser humano que existe, aberto para o mundo, porém não de forma aleatória, mas com uma presença disposta, é justamente o que o autor denomina como *dasein* - a estrutura ontológica da existência humana. Existir, portanto, é “estar no mundo”, é “o ser-existindo-aí”. Assim, dar conta da sua própria existência é algo que somente a própria pessoa pode fazer, assumindo a responsabilidade por sua relação com o mundo e com os outros. Por isso, o cuidado, para esse autor, tem essa dimensão ontológica, que compreende “o ser no mundo” como cuidar (HEIDDEGER, 2012).

Dessa forma, procuro esclarecer que “cuidado em saúde” não está sendo tratado aqui como uma busca de técnicas para a normatização, ou padronização, dos corpos e seus comportamentos, mas sim de uma ética da relação entre as existências de quem cuida e de quem é cuidado, em um determinado tempo variável, motivada pelo interesse de ambas as partes. O intuito dessa relação é promover o que, de fato, é essencial para o bem-estar-aí do outro, no contexto do uso de drogas – sendo este, como descrito acima, uma necessidade humana.

### **3 - Da pesquisa empírico-fenomenológica à hermenêutica**

Neste capítulo apresento o percurso percorrido para a escolha do meu posicionamento epistemológico e da fenomenologia empírica hermenêutica. Em seguida, discorro sobre a pesquisa fenomenológica propriamente dita, o processo metodológico utilizado, o procedimento de coleta e, por fim, redijo algumas notas sobre este processo. Considero importante ressaltar que foi um processo doloroso, de leituras densas e com dúvidas infinitas, porém muito edificante.

Um dos momentos marcantes de angústia foi identificar que há vários caminhos para a construção de um conhecimento que seja considerado válido para as ciências. Para isso, precisei revisitar meu próprio conceito de pesquisa científica e rever minhas pretensões diante dela.

Para a compreensão do processo de construção do conhecimento científico contemporâneo, e desta validade científica, foi necessário um mergulho na história ocidental, passando rapidamente pela Antiguidade Clássica (do século IV A.C ao século XVI), Modernidade Clássica (do século XVII ao século XIX) e, finalmente, pelo período Contemporâneo (século XX ao XXI).

Pretendo aqui fazer apenas uma breve apresentação dos itinerários epistemológicos por mim percorridos, em especial da evolução dos principais questionamentos dos pensadores clássicos, e que marcaram suas épocas.

Início pelo período da Antiguidade Clássica, momento de busca da “Verdade” pelos filósofos, a fim de alcançar a chamada “boa vida”, o “bem”, o “belo” e o “justo”. Apesar das diferenças entre os principais filósofos, como Sócrates, Platão e Aristóteles, para alcançar esses objetivos, eles tinham uma pergunta em comum: “O que é? (CHAUI, 2002).

Para Platão, a busca da “Verdade” seria por meio da dialética, ou seja, para conhecer a real essência das coisas seria necessário compreender que há um mundo

sensível e inteligível, por ele chamado de “mundo das ideias”. Ainda segundo ele, todos tinham acesso a esse mundo inteligível, que conteria todas as essências das coisas, incluindo a própria linguagem, porém, para acessá-lo, era necessário o exercício dialético. As sensações e percepções fariam parte do mundo sensível, que seria incapaz de lhes conduzir à verdade (CHAUÍ, 2002).

Já para Aristóteles, a linguagem era o meio para rastrear a verdade. Por acreditar que isso deveria ser feito mediante o conhecimento das causas, ele criou sua própria teoria para o conhecimento que, diferentemente de Platão, identificava no silogismo uma forma de buscar a verdade. Aristóteles dizia que a dialética seria a arte da discussão e da persuasão (retórica), e este seria o exercício preparatório para a lógica e para a ciência (CHAUÍ, 2002).

A chamada “ciência moderna”, ocidental, iniciou seu processo com a “Revolução Copernicana” ou também chamada “Revolução Galileana”, que teria como pano de fundo o início do modo de produção capitalista, no século XVII. Apesar de minhas veementes críticas ao modelo de produção capitalista de hoje, o período Renascentista, marcado pelo início das grandes navegações e dos violentos processos de colonização, também foi um período que, segundo Hilton Japiassu (1985), constituiu a importante fase inicial da Revolução Científica (JAPIASSU, 1985).

Neste período, a concepção de uma “Verdade” da Antiguidade Clássica passou a ser desprezada, dando lugar a “verdades”. Esta profunda mudança no que diz respeito à construção do conhecimento científico ainda foi sustentada pela busca de relações necessárias, porém, agora, por outras vias, em especial, por uma específica linguagem: a matemática. Apesar desta também ser utilizada pelos filósofos da Antiguidade Clássica para a construção do mundo inteligível platônico, ou pelo conhecimento aristotélico, a matemática, nesse período, passou a ser reconhecida como ciência (JAPIASSU, 1985).

A nova concepção de natureza ofereceu uma nova concepção metafísica, pois a ideia de Cosmo foi refutada para dar lugar à de um Universo infinito. Assim, o ser humano não estava mais no centro do Cosmo, ou seja, Deus, as palavras bíblicas e aristotélicas foram sobrepostas a um esquema abstrato de um mundo geométrico, que mais nada tinha relação com a história da salvação, e que a verdade do mundo passou a ser indiferente à “verdade” humana (BURTT, 1983).

Copérnico (1473-1543) ofereceu a importante contribuição sobre a ideia de heliocentrismo, porém foi posteriormente criticado por sua “heliolatria”, pois mantinha um teor religioso, mágico e monárquico de sua descoberta. Dessa forma, o mérito do corte epistemológico foi concedido a Galileu (1564-1642), ao anunciar uma proposta física/matemática que evidenciou a hipótese apresentada por Copérnico. Nessa época, Galileu colocou no centro de suas investigações a mecânica e a astronomia, e seus métodos passaram a ser experimentais e matemáticos para a busca de suas verdades que, futuramente, inspirariam outros pensadores, como Descartes (1596-1650) (KOYRÉ, 1986).

O período Renascentista é marcado por diversas concepções de verdades, como um importante paradigma da época. O filósofo, o cientista e o artista não mais se distinguiam. Foi neste momento em que se colocaram em discussão as ideias clássicas e escolásticas. A “verdade” partia da concepção daquele que a observava e experimentava. Para Descartes, o “mau do seu tempo” dizia respeito, justamente, a essas concepções de verdades - incertezas e confusões - e, por isso, ele propôs método de aplicação concreto, para superar as consideradas incertas produções de conhecimento. Descartes acreditava que havia um caminho único capaz de livrá-lo do erro e levá-lo à verdade (KOYRÉ, 1986). E foi assim que ele marcou a ciência cartesiana, baseada na razão, para quem o pensamento se inicia pela dúvida e o método da matemática é suficiente para explicar os problemas da física e do próprio espírito. Acredito ser interessante esta ideia, pois, apesar do uso da razão ser condição para a construção de sua verdade, a produção da dúvida dá-se pelos sentidos (KOYRÉ, 1986).

Apesar da busca por relações necessárias por esses modernos, havia ainda a ideia dedução, pois, para criar relações necessárias, buscava-se na dedução matemática, extremamente abstrata, a base para a formulação de hipóteses. O indutivismo - conhecimento pelas causas necessárias - necessitava aqui do empirismo para a demonstração das ideias racionais, apesar de Descartes, especialmente, ser um racionalista, colocando a experiência em um plano inferior (BUTTERFIELD, 1991).

Em contrapartida, Newton (1643-1727) pode ser considerado o primeiro grande positivista. Podemos dizer que, a partir dele, a dúvida dos modernos passou a ser “Como é?”, e não mais “O que é?”, pois Newton não acreditava que deveríamos partir de algo a priori para construir uma verdade, mas sim observar os fenômenos da



natureza, tentar explicá-los e conduzi-los experimentalmente. Dessa forma, por meio da álgebra e da aritmética, opondo-se à “geometria universal”, também apresentada por Descartes, pensava-se em leis universais exatas, e todas as outras questões oriundas da natureza e seus fenômenos ainda não explicados só seriam esclarecidos com a descoberta de outra matemática (BUTTERFIELD, 1991).

Foi com Newton que, definitivamente, a matemática passou a ser instrumento, método – apesar de não o enunciar como tal – e a linguagem para compreender o mundo, bem como para traduzir as verdades nele contidas. Newton também deu início ao marco epistemológico entre física e matemática e “afastou” por completo as questões metafísicas das ciências – utilizo as aspas, pois há críticas em relação a esse suposto afastamento, já que, segundo Burtt, em seu livro “As bases metafísicas da Ciência Moderna”, não é possível pensar em formas de entender o mundo e a existência sem uma concepção metafísica (BURTT, 1983; BUTTERFIELD, 1991).

Newton não era um tradicional empirista, tampouco um tradicional racionalista. Ele fez uma síntese para construir uma nova perspectiva: a de que não era possível partir da dedução, pois eram imprescindíveis premissas empíricas, e assim evidenciou as relações necessárias para tanto por meio da experiência (BURTT, 1983; BUTTERFIELD, 1991).

Já Locke (1632-1704), considerado importante empirista, desejava construir todo o conhecimento exclusivamente a partir da experiência, assim como Hume (1711-1776). Foi Kant (1724-1804) quem apresentou um novo paradigma para essas questões, ao questionar a possibilidade de criação de um conhecimento verdadeiro sem a experiência, o que ele demonstrou ser possível. Em sua obra “A crítica da razão pura”, em 1781, distinguiu o conhecimento a priori do conhecimento a posteriori, o que caracteriza uma síntese do racionalismo com empirismo (ROSA, 2005).

Além dele, Kant contribuiu para uma concepção diferente sobre a razão, pois não se preocupava apenas em explicar os fenômenos e compreendia os limites da sensibilidade humana ao percebê-los. Dessa forma, a construção do conhecimento, para ele, se dava pela sensação do objeto, por meio da qual estabelecia uma correlação com algo a priori pela intuição, produzindo um conceito ou uma representação. Essas representações estão em consonância com os eventos que percebemos pelos sentidos e tornam-se objetivos, sendo este um fato a priori da razão (ROSA, 2005).

Esta nova perspectiva, também conhecida como “Giro Copérnico”, defendia que, embora o conhecimento começasse na experiência, era modificado pelos processos mentais. Esta percepção sobre razão modificou a forma de construir o conhecimento e, portanto, a “verdade”. A objetividade passou a não depender mais das relações necessárias, mas sim de uma ideia de possibilidade, ou seja, não era mais uma relação necessariamente verdadeira, mas uma relação possível a partir das evidências (ROSA, 2005).

Compreendo aqui o marco do início de uma nova forma de entender a construção do conhecimento, em que havia o questionamento não mais apenas do conteúdo conhecido, mas da forma como ele era apresentado, de modo que discorrerei sobre a linguagem e sua importância para a ciência.

Neste momento, também conhecido como “giro linguístico”, diversos pensamentos frutificaram na nossa história ocidental: a teoria da evolução das espécies de Darwin (1809-1882); o início da antropologia por Levi Strauss (1829-1902); e a teoria da relatividade de Einstein (1879-1955), entre tantos outros.

A objetividade, na época, era uma experiência de compartilhamento, para que, em um recorte já epistemológico das ciências, as ciências humanas e exatas pudessem se diferenciar do senso comum, assim diminuindo os erros e preconceitos. A nova questão dos pensadores não era mais “O que é?”, tampouco “Como é?”, mas sim “Por que não?”. A verdade, então, passava a ser vista por meio da linguagem, ou melhor, a linguagem era assumida como aspecto central para se pensar a validade do conhecimento (AYER, 1991).

A hermenêutica é um bom exemplo para pensarmos a produção de novos conhecimentos a partir da linguagem. Apesar de ter surgido séculos antes do XIX, a ideia de uma hermenêutica universal teve início no século XIX, por Schleiermacher (1768-1834). Ele posicionou a linguagem no centro para compreender o sentido do discurso. Dessa forma, a partir da estranheza no entendimento do que é dito ou escrito, utilizava a hermenêutica para solucionar suas dúvidas (GRONDIN, 2012).

Anos depois, Wilhelm Dilthey (1833-1911) elaborou a perspectiva mais filosófica de Schleiermacher e a ela atribuiu um sentido mais metodológico. Dilthey produziu críticas à ciência moderna (natural) e afirmou que as ciências humanas

queriam entender a individualidade histórica a partir de suas manifestações externas, e o método adequado para isso seria a metodologia do entendimento (GRONDIN, 2012).

Contudo, foi com Martin Heidegger (1889-1976) que a hermenêutica modificou seu objetivo, vocação e estatuto, segundo Grodin (2012). Os objetos não eram mais os textos, mas a própria existência; a vocação, que antes era técnica e metodológica, passou a constituir uma função fenomenológica; o estatuto, antes composto de reflexões sobre as interpretações ou seus métodos, passou a ser, também, a realização do processo de interpretação que se confunde com a própria filosofia. Por esta razão, esta concepção apresentada por Heidegger ficou conhecida como a virada existencial hermenêutica (GRONDIN, 2012).

Entretanto, Edmund Husserl (1859-1939) teceu duras críticas ao positivismo e propôs uma ciência rigorosa, a fenomenologia. Husserl era matemático, e em seus primeiros estudos procurou na psicologia da época, fundamentada na lógica matemática, uma explicação para o significado dos números, porém deparou-se com uma limitação epistemológica entre a fundamentação das ciências a priori, por meio da lógica, e a psicologia empírica da época. Heidegger foi discípulo e assistente de Husserl (GOTO, 2007).

Foi na obra “Investigações Lógicas” (1901) que Husserl fundamentou sua crítica à lógica, à psicologia e à teoria do conhecimento, de forma geral. Para ele, a fenomenologia seria capaz de fundamentar a filosofia e as ciências empíricas, por meio do rompimento do dualismo entre o sujeito cartesiano-kantiano e o mundo natural, objetivo. Era necessário “voltar às coisas mesmas”, frase célebre da fenomenologia de Husserl (GOTO, 2007).

Destaco que a minha postura enquanto pesquisadora deste trabalho fundamenta-se nesse bojo existencialista, pois Husserl trouxe a mim a oportunidade de apreender a essência das coisas, por meio das experiências vividas. Foi por meio dele, também, que pude encontrar e aprender com outros pensadores fenomenológicos modernos e contemporâneos que tanto contribuíram para a elaboração desta tese, e essas escolhas foram feitas com base no que emergiu durante este trabalho.

Posso, portanto, afirmar que são muitas as possibilidades de abordar o tema do cuidado em saúde de pessoas que fazem uso de drogas. Aqui, proponho-me a apresentar

uma perspectiva que, obviamente, não irá se esgotar, e nem tenho essa pretensão. A minha maior motivação com este trabalho foi trazer uma forma de olhar que fosse condizente com as minhas trajetórias vividas, as quais incluem as minhas experiências intelectuais e empíricas.

### 3.1 A fenomenologia

Como visto, há diferentes percursos possíveis para a construção de um conhecimento. Nesta pesquisa, optei pela fenomenologia empírica hermenêutica com o **objetivo geral de analisar a experiência de cuidado em saúde das pessoas que usam drogas**. Para isso, precisei estabelecer alguns **objetivos secundários**, com base nas entrevistas realizadas com os participantes, como o de **conhecer suas experiências com o uso de drogas, suas experiências de cuidado em saúde e a interferência dos relacionamentos interpessoais e institucionais (virtuais ou não) nesta experiência de cuidado**. Por fim, busquei analisar a essência do cuidado em saúde para essas pessoas que usam drogas.

#### Segundo Husserl, a fenomenologia

designa uma ciência, uma conexão de disciplinas científicas; mas, ao mesmo tempo e acima de tudo, 'fenomenologia' designa um método e uma atitude intelectual: a atitude intelectual especificamente filosófica, o método especificamente filosófico (HUSSERL, 2000, p. 46).

A atitude natural é a forma espontânea do pensamento em relação a algo, que produz ideias e não pensa no próprio processo da sua construção e origem, e que, por isso, vem carregada de crenças. É chamada por Husserl de *doxa*. São as concepções óbvias que temos do mundo, sem críticas ou dúvidas sobre elas (GOTO, 2007). Conforme Husserl, referem-se à atitude natural, presente nas ciências naturais:

explicita esse movimento da atitude natural da seguinte forma: assim progride o conhecimento natural. Apodera-se num âmbito sempre cada vez maior do que de antemão e obviamente existe e está dado e apenas segundo o âmbito e o conteúdo, segundo os elementos, as relações e leis da realidade a investigar de mais perto. Assim surgem e crescem as distintas ciências naturais enquanto ciências da natureza e da natureza psíquica, as ciências do espírito e, por outro lado, as ciências matemáticas, as ciências dos números, das multiplicidades, das relações, etc. Nestas últimas ciências, não se trata de realidades efetivas, mas de possibilidades ideais, válidas em si mesmas, - de resto, porém, também

de antemão aproblemáticas (HUSSERL, 2000, p. 40-41).

Segundo Husserl, é por meio da atitude fenomenológica que se coloca em questão a atitude natural e, para tanto, esta deve ser colocada em suspensão. Em outras palavras, ao olharmos um determinado fenômeno temos, em um primeiro momento, uma atitude natural, que é a busca de categorizações preestabelecidas pelo pesquisador, por exemplo, ao considerar a perspectiva objetiva ou subjetiva sobre determinado fenômeno e explicá-lo a partir deste único polo (GOTO, 2007).

Contudo, para alcançar a essência das coisas, segundo Husserl, é necessário a *epoché*, que é justamente a suspensão da atitude natural. Veja, não se trata da exclusão da perspectiva do pesquisador, mas sim da interrupção da atitude natural, colocando-a “entre parênteses”, para que a atitude fenomenológica, ou também descrita como atitude transcendental, apareça (GOTO, 2007).

Por isso, coloquei-me no incômodo da *epoché*, com o objetivo de identificar nas falas dos participantes desta pesquisa os sentidos do fenômeno do cuidado em saúde, com base na descrição de suas experiências e, assim, compreender as suas intencionalidades, seus valores e crenças.

Entretanto, apenas com a suspensão, pela *epoché*, não é possível apreender a essência do cuidado em saúde para os participantes, de modo que a tarefa fenomenológica proposta para tanto é a descrição, de forma atenta e detalhada, das suas experiências da vida, a fim de alcançar a essência do fenômeno. Porém, para compreender as fundamentações epistemológicas e todos os percursos necessários para chegar às “coisas mesmas”, considero necessário voltar ao passado e retomar o percurso percorrido por Husserl para oferecer tamanha contribuição para as ciências.

### **3.2 - A fenomenologia de Edmund Husserl**

Husserl nasceu na Moravia (hoje localizada na região da República Tcheca), em 1859. Aos 16 anos, em 1876, iniciou seus estudos em uma universidade em Leipzig, onde se concentrou nas áreas de matemática, física, astronomia e filosofia. Esta última era ministrada por W.Wundt, fundador do primeiro laboratório de Psicologia Científica, em 1879 (GOTO, 2007).

Em 1882, Husserl finalizou seu doutorado pela Universidade de Viena, com a

tese intitulada “O cálculo das variações”, sendo mais tarde contratado como professor assistente de Weierstrass, em Berlin. Porém, entre os anos de 1884 e 1886, sob orientação de Brentano, passou a dedicar-se a filosofia. No final de 1887, defendeu sua tese de habilitação para professor catedrático da Universidade de Halle, intitulada “Sobre o Conceito de Número: análise psicológica”, e começou a ministrar aulas nesta universidade, no curso de psicologia (GOTO, 2007).

Somente após essa última defesa, Husserl passou a se dedicar ao desenvolvimento da fenomenologia. A partir deste último trabalho, analisou a epistemologia da multiplicidade, ou seja, a ideia de que o conceito de número demanda um processo de abstração e que, a partir deste, é possível conceituar a multiplicidade. Por exemplo, o número “dois” é, para ele, alguma coisa que depende do número “um”, pois trata-se de “um” e “um”, tornando-se “dois”. A partir dessa ideia, a análise numérica pode ser feita e, para a formação dos números, é necessária a noção de multiplicidade, a qual só ocorre pela a unificação (GOTO, 2007).

Para Husserl, o ato que unifica é feito pela consciência e, portanto, os números são constituídos por meio da atividade da consciência. Foi a partir desta tese que Husserl declarou seu psicologismo, porém sofreu diversas críticas, inclusive dos antipsicologistas (logicistas), pois argumentavam que as leis que regem os processos de consciência e suas causas são diferentes das leis que regem a lógica, sendo a primeira subordinada à segunda (GOTO, 2007).

A partir disso, Husserl passou a estudar as teorias do conhecimento e da psicologia. Com o objetivo de superar a sua tese anterior, redigiu “Investigações Lógicas” (1913), em que inaugurou a Fenomenologia. Nesta primeira importante obra do autor, propôs uma teoria para a lógica pura, para a psicologia e para a teoria do conhecimento (GOTO, 2007).

Husserl formulou a ideia de “a priori da correlação universal”, ou seja, todas as coisas, objetos, têm uma consciência por aquele que visa, e toda consciência daquele que visa tem um objeto, uma coisa; ademais, cada tipo de objeto, ou coisa, tem um modo particular de ser visado pela consciência. Por isso, Husserl modificou epistemologicamente a relação entre sujeito e objeto não por meio da perspectiva psicologicista da época, nem pela perspectiva lógica, das ciências naturais. Esta nova concepção pôde ser denominada mais tarde como psicologia fenomenológica (GOTO,

2007).

Por essa razão, Husserl, para mim, é tão encantador. Ele restaurou a filosofia e criou um novo método, antipositivista, que mais tarde se aproximou da psicanálise e influenciou outras teorias fenomenológicas, como de Heidegger, Edit Stain, Shutz, Merlot Ponty, entre tantos outros importantes pensadores da modernidade.

“o termo Fenomenologia que etimologicamente deriva de duas palavras gregas: *phainomai* (fenômeno) que significa brilhar, aparecer ou mostra-se; e *logos* que significa discurso (no sentido de descrição) ou um dizer racional. Desse modo, fenomenologia designa significativamente uma descrição (discurso ou dizer) racional dos fenômenos ou uma descrição de tudo aquilo que surge ou aparece (GOTO, 2007, p.55).

Por essa razão, a tarefa fenomenológica aqui percorrida foi a de descrever as experiências vividas pelas pessoas que foram entrevistadas nesta pesquisa, a fim de apreender a essência do cuidado sob suas perspectivas, ou seja, sob a perspectiva daqueles que recebem esses cuidados. O fenômeno do qual me ocupei foi o do cuidado em saúde, especificamente no contexto de vida das pessoas que usam drogas. Por isso, conhecer as suas experiências durante o uso e fora dele foram fundamentais para esta análise.

A partir da questão, problema, de pesquisa: “como as pessoas que usam drogas realizam os seus cuidados em saúde?” segui a estrutura metodológica proposta por Husserl, de *epoché*, redução eidética e redução transcendental ou fenomenológica.

Como já explicado anteriormente, a *epoché* é a suspensão das crenças e ideias pré-concebidas (*doxa*), que são inerentes à busca do contato com as coisas. A partir dessa atitude fenomenológica, ou transcendental, é possível descrever os atos intencionais nas experiências, nelas identificando a subjetividade transcendental e as correlações entre os sentidos adotados pelo sujeito (*noese*) e a coisa por ele visada (*noema*) – que não é objeto positivista, pois também compõe a perspectiva do sujeito.

A ciência positivista, por exemplo, ao analisar o fenômeno árvore (objeto), o afasta de si (do sujeito que visa à árvore) e, então, propõe formas de explicar a árvore, por meio de sua composição química, sua aparência (a partir do que se pode ver), sua comparação com outros objetos, etc. Já a perspectiva de relação intrínseca entre sujeito-objeto fundamenta-se em algo que antecede o objeto árvore, que é a percepção sobre a

árvore, que só existe por meio do sujeito, que o vê e tem consciência daquilo que vê.

Dessa forma, aquilo que é visado é, ao mesmo tempo, uma representação dos sentidos atribuídos à árvore (*noese*) e à coisa visada – chamada de *noema*. Portanto, a ideia de árvore só existe por intermédio do sujeito, que tem aparatos sensíveis para percebê-la, como a visão, o olfato, a audição, o tato e o paladar, por exemplo, e, assim, compõe na sua memória, de forma intuitiva, uma consciência de árvore. Para Husserl, essa consciência, intencional, de árvore, necessariamente contém a essência da árvore; isso quer dizer que a ideia de árvore construída pelo sujeito contém a essência fundamental do fenômeno árvore, o que legitima esse processo para a produção de um conhecimento:

“Seguimos nosso princípio geral de que cada evento individual tem sua essência, que é apreensível em pureza eidética e, em sua pureza, tem de fazer parte de um campo de investigação eidética possível. Por conseguinte, os fatos naturais gerais “eu sou”, “eu penso”, “tenho um mundo diante de mim” e outros semelhantes também têm seus conteúdos eidéticos, e é exclusivamente destes pretendemos agora nos ocupar (...) Neste caso, os fatos singulares, a facticidade do mundo natural em geral desaparece de nosso olhar teórico – assim como ocorre em geral onde efetuamos investigações eidéticas pura” (HUSSERL, 2006, p.85-86).

Isso não quer dizer, contudo, que um evento individual é generalizável e universalizado, pois essa é uma tarefa e uma premissa propriamente positivista. A fenomenologia é uma ciência a priori, ou seja, ela busca na descrição dos fundamentos da filosofia e das ciências o seu próprio sentido de filosofia e das ciências, e ainda as reformula. Por isso, todo fato vivido individualmente é apenas um exemplar, entre infinitas possibilidades, do *eidós*.

O que importa nessa concepção é a consciência intencional do sujeito. O termo “consciência”, aqui, refere-se à “a ciência sobre algo”, “o saber que algo existe ali”. A consciência, necessariamente, está relacionada com alguma coisa, por isso é chamada de “intencional”. Não se trata de uma entidade psíquica, mas de um ato intencional de ter ciência sobre algo. Além disso, a consciência intencional é um ato intuitivo (mental) que sistematiza tudo aquilo que foi captado pelo observador.

Por isso, a fenomenologia busca mostrar a estrutura dessa consciência, ou seja, a visão interna das vivências do pensamento, que são ocultas ao próprio pensador, mas



reveladas na descrição de suas vivências puras (GOTO, 2007). Husserl designa ainda essa consciência reveladora como consciência transcendental, ou seja, que vai além de uma consciência individual, mas que transcende, e por isso pura e absoluta.

A fenomenologia de Husserl é, portanto, uma filosofia primeira que busca a vida. Essa vida é a subjetiva, intencional. É a consciência no sentido transcendental (a subjetividade transcendental) (GOTO, 2007, p.137).

No entanto, para que a subjetividade transcendental se mostre, é necessário realizar a redução, a qual consiste em reconduzir as descrições das experiências para o mundo-da-vida, retorno da origem de todas as experiências e, conseqüentemente, das subjetividades transcendentais correlatas. Por isso, a redução é transcendental (que transcende a experiência individual) e eidética (que contém *oeidos*, a essência do fenômeno), pois revela o mundo do fenômeno e a essência deste.

O objetivo da redução é, de forma geral, extrair da descrição das experiências os momentos mais significativos, em que há uma consciência intencional sobre o fenômeno estudado. Este é um processo de variação imaginativa do pesquisador, que deve refletir sobre as partes da experiência que mais parecem expressar os significados cognitivos, afetivos e conotativos daqueles que experenciam o fenômeno, de forma a imaginar se cada fragmento é, de fato, fundamental para aquela descrição (LIMA, 2011).

Como é possível observar, a descrição feita pelos participantes de uma pesquisa sobre determinado fenômeno é fundamental para revelar a sua essência, ainda que a essência não seja o fim da tarefa fenomenológica, mas sim captar o sentido desta existência, por meio dos sentidos e significados conscientes daqueles que a experenciam (LIMA, 2011). Por isso, o meu papel, a partir dos discursos dos participantes, foi o de considerar igualmente relevantes todas as mensagens (implícitas e ou explícitas) dos entrevistados, pois serem potentes para revelar a subjetividade transcendental e, portanto, a sua própria consciência do cuidado em saúde e, por conseguinte, a essência desse cuidado.

“o que significa chegar à essência, através da redução? Significa iluminar e esclarecer o mundo como ele é e se apresenta. Trata-se de colocar o mundo como um fim, um objetivo a alcançar. O mundo é aquilo que nós percebemos, não sendo apenas aquilo que eu penso, mas também o que eu vivo. Estando abertos para o mundo, estaremos em

comunicação com ele, mas não o possuiremos, pois este mundo é infinito” (LIMA, 2011, p. 100).

Dessa forma, a partir da atitude fenomenológica, pela *epoché*, o pesquisador pode realizar as entrevistas com os participantes e, de forma conjunta, o processo de análise dos dados, por meio das reduções transcendentais e eidéticas. Apesar da plausibilidade de não haver uma estrutura metódica para essa análise, é possível utilizar as seguintes guias: leitura e busca do sentido do todo; uma nova leitura e busca de unidades de significados para o fenômeno (por sua frequência e importância nos discursos); busca dos significados dessas unidades; e, por fim, sintetização das unidades para chegar à estrutura do fenômeno estudado e à sua essência (BOEMER, 1994).

Alguns fenomenólogos apontam outras variedades de fenomenologias capazes de produzir aspectos diferentes do produzido pelo método de Husserl. Nesse sentido, em algumas pesquisas empíricas têm sido realizadas entrevistas, que seguem rígidas regras metodológicas (FEIJOO, GOTO, 2016).

Segundo Dan Zahavi e Martiny (2019), existem, na enfermagem, diversos estudos que se utilizam da fenomenologia, porém há duras críticas quanto à aprovação universal desses trabalhos. Um dos argumentos é que conceber a fenomenologia como método de pesquisa qualitativa impõe o grande risco de cairmos justamente no lugar de onde Husserl tanto defendeu que saíssemos: do positivismo.

Para Feijoo e Goto (2016), tal uso ainda compromete os fundamentos essenciais do projeto fenomenológico de Husserl e, por isso, defendem o emprego de pelo menos três procedimentos metodológicos para a utilização da fenomenologia em pesquisas empíricas: o primeiro é a atitude fenomenológica (*epoché*), como descrevi anteriormente; o segundo é encontrar a instância, ou seja, o limite em que o fenômeno estudado se encontra; e, por fim, aplicar a variação imaginária para reconduzir o fenômeno à sua essência, considerando os seus sentidos e significados descritos.

Dessa forma, esta pesquisa não se trata de uma fenomenologia husserliana, mas de uma fenomenologia baseada em dados empíricos, por meio da hermenêutica. Por isso, designo-a aqui como fenomenologia hermenêutica.

### **3.3 - A fenomenologia hermenêutica**

No campo da fenomenologia há diversas formas de enfatizar a análise do

fenômeno, a depender do filósofo ou fenomenólogo em questão. Como vimos anteriormente, Husserl inaugurou a fenomenologia como tal, entretanto, depois dele, vieram muitos autores importantes que acrescentaram, refutaram e lapidaram a sua ideia. Oportuno lembrar que busco, neste momento do trabalho, apresentar a coerência dessas lógicas, de forma a produzir uma descrição metodológica clara e pertinente para a pesquisa em questão. Por isso, não me atento em esclarecer profundamente as diferenças entre esses filósofos, tampouco seus pontos de convergências e divergências, mas me concentro em apresentar seus pensamentos que contribuíram para a produção dessa pesquisa. Esta mesma observação deve-se à hermenêutica.

Segundo Grodin (2012), a hermenêutica surgiu enquanto termo utilizado pela teologia para nomear a arte da interpretação dos textos. Em 1564, denominou-se a hermenêutica sagrada, um método de interpretação de textos sacros. A ideia de interpretar era alcançar o sentido dado, porém com duas potenciais vias: a de ir do pensamento para o discurso ou de remontar o discurso para o pensamento.

Ao contrário da retórica de Platão, a regra hermenêutica baseava-se na premissa de que as partes de um escrito devem ser entendidas a partir do todo constituído por um discurso e por sua intenção geral. Nos séculos XVI e XVII, criou-se a teoria hermenêutica protestante e, a partir do século XIX, tornou-se urgente uma hermenêutica mais universal, com as ideias de Schleirmacher (1768-1834) na busca da arte geral de entender (GRODIN, 2012).

Antes de Schleirmacher, a hermenêutica era a arte da interpretação para o entendimento e, após ele, passou a constituir o ato de entender que impõe a necessidade de que este entendimento seja assegurado por uma arte. Para este autor, assim como para Gadamer, faltava à hermenêutica mais método. De forma geral, os elementos necessários para uma hermenêutica universal são: a universalidade; segundo ponto, deve ser aplicada para compreensão de qualquer entendimento; em terceiro, a hermenêutica não deve se limitar a textos escritos, mas a todos os fenômenos de entendimento – sendo esses expressos por palavras (GRODIN, 2012).

Com Dilthey (1833-1911), a hermenêutica recebeu sentido mais metodológico, o que antes era tratado por Schleirmacher como filosófico. Apenas na metade do século XIX, as ciências humanas passaram a utilizar-se da hermenêutica como método, a partir da tríade: experiência, expressão e entendimento. Para Dilthey, o entendimento e a

interpretação não são apenas métodos, mas traduzem a busca de sentido e de expressão da própria vida (GRODIN, 2012).

No século XX, a hermenêutica sofreu outra significativa mudança, a partir da virada existencial da hermenêutica em Heidegger (1889-1976). Este autor modificou o objetivo da hermenêutica, agora não mais focado na interpretação dos textos e das palavras, mas da própria existência. A hermenêutica, antes técnica e metodológica, passou a ser função da fenomenologia, que viria a se confundir com a própria filosofia (GRODIN, 2012).

A tarefa da hermenêutica existencial de Heidegger era reconquistar ou redespertar a existência e seu fundamento do ser, tendência que, segundo ele, teimamos em esquecer. Dessa forma, devemos, por meio da hermenêutica, a partir da interpretação explícita do ser, destruir o esquecimento da própria existência e do ser como tema fundante da filosofia, o que, no fundo, nada mais é: esquecemos de nós e de nossa finitude.

A interpretação, segundo Heidegger, nunca é objetiva, tampouco neutra. Por isso, denomina-se um círculo hermenêutico aquele em que a pessoa que interpreta vê a sua própria existência na sua interpretação. Para Heidegger, “o decisivo não é sair do círculo, mas sim entrar nele de forma conveniente” (GRODIN, 2012, p.51). Portanto, a tarefa de interpretação é construir uma compreensão sobre coisas próprias a partir de uma estrutura antecipatória dessa compreensão, o que se assemelha muito à tarefa fenomenológica de Husserl, de buscar a essência das coisas.

Com base nessa contextualização, paramo-me desses elementos da hermenêutica para a interpretação dos dados. Como foco principal, busco apreender a essência do fenômeno estudado como forma de análise do cuidado em saúde para pessoas que usam drogas.

### **3.4 O método fenomenológico na enfermagem**

A fenomenologia, como descrito acima, não se trata apenas de um método de pesquisa qualitativa, pois Husserl a desenvolveu a partir da própria crise das ciências, em especial da crítica à ciência positivista. Nesse sentido, ela fundamenta epistemológica e filosoficamente suas teorias, que proporcionaram importantes avanços dentro da psicologia, mas também para as outras ciências, como as ciências sociais e,

mais tarde, as ciências da saúde.

O ingresso da psicologia fenomenológica, no Brasil, data de 1945, com a publicação do professor Dr. Nilton Campos, na tese “O Método Fenomenológico na Psicologia”. A partir de então, a psicologia fenomenológica brasileira passou a ser vista em trabalhos científicos e na prática clínica dos profissionais da psicologia (GOTO, 2007).

No campo da enfermagem, o uso da fenomenologia, como método de pesquisa, teve início na década de 60, especialmente com a evolução de métodos qualitativos em pesquisa na enfermagem nos Estados Unidos. Já no Brasil, ganhou visibilidade no final da década de 80 (CORREA, 1997). Interessante notar que a fenomenologia, não apenas como método, mas como uma visão de mundo, passou a ser valorizada no âmbito da enfermagem justamente com o objetivo de romper com o paradigma da fragmentação do ser humano, por tantos anos cultivado nos contextos hospitalares. Na enfermagem psiquiátrica, tornou-se ainda mais enfatizada, pois, de todas as especialidades, é a que mais precisa da compreensão das relações humanas para suas práticas e, portanto, de uma “visão holística” sobre a existência humana (CORREA, 1997).

Em um emblemático artigo de 1978, da Professora Haydée Guanais Dourado, intitulado “A enfermagem e a institucionalização da profissão e seu novo papel profissional”, a autora menciona:

A enfermagem pode aprender da escola fenomenológica de Edmund Husserl, na filosofia de Teilhard de Chardin sobre o esfacelamento de velhas estruturas para surgir o tempo novo de distribuição de justiça na humanidade, no qual se insere, possivelmente, o novo papel da enfermeira (DOURADO, 1978, p. 300).

Neste artigo, Dourado apresenta a uma visão de uma mulher de sua época sobre a “nova enfermagem”, a partir dos anos 70. Trata-se de uma enfermagem, segundo ela, capaz de ser generalista, mais científica e no papel de articuladora da assistência antes da chegada da doença e junto à comunidade, o que mais tarde se chamaria de atenção primária.

Os avanços da enfermagem no Brasil, especialmente no campo das pesquisas qualitativas, estão associados à introdução da fenomenologia nas pesquisas das

enfermeiras. Isso se deve à abertura epistemológica proporcionada pela fenomenologia, de modo que esse avanço não foi observado apenas nas novas evidências e descobertas dentro da enfermagem, e nos seus campos correlatos, mas, também, nas próprias habilidades necessárias dos pesquisadores enfermeiros para a expansão do escopo de estudo da enfermagem.

No campo da enfermagem, é muito consagrada a máxima de que a enfermagem é “a ciência e arte do cuidado”. Porém, como apresentado no primeiro capítulo, o cuidado não é algo óbvio, tampouco deve ser tratado como tal.

### **3.4.1 - A importância da fenomenologia nas teorias da enfermagem sobre cuidado**

A enfermagem moderna, fundada no século XIX, enunciou o seu fundamento na arte de cuidar, que se estende até os dias atuais. Paulatinamente, durante os dois últimos séculos, ela se transformou e tem se esforçado para construir novas tecnologias de cuidado, criando um campo científico próprio (FERREIRA, 2011).

Para tanto, as pesquisas em enfermagem foram e são fundamentais, pois apresentam e aprimoram teorias, modelos de cuidado e o próprio processo de cuidar. Ademais, discutem as bases filosóficas, ontológicas e epistemológicas que as fundamentam e asseguram seus resultados.

As teorias da enfermagem para o cuidado surgiram, prioritariamente, na década 60, nos Estados Unidos. A “teoria homeostática”, por exemplo, criada pela enfermeira Wanda McDowell, em 1961, basicamente sugere que o enfermeiro é um monitor, comparador, agente regulador da homeostase. Ou seja, ele se comunica com paciente, o observa, faz um processo de análise do que é normal e do que é patológico e, então, busca recursos – inclusive pela abordagem médica - para resgatar o equilíbrio (homeostase) (HORTA, 1979). Esta concepção é vinculada a um modelo de cuidado biomédico, com parâmetros de normalidade preestabelecidos, em que o cuidado é buscar esse padrão, o qual se fundamenta em uma ideia fragmentada do corpo.

Um segundo exemplo é o da “teoria holística” de Myra E. Levine, de 1967. Esta enfermeira propôs uma visão do ser humano e do ambiente como dinâmicos, em que o papel do enfermeiro consiste em conservar a energia do paciente, por meio de suas ações de avaliação e de alteração do ambiente. Dessa forma, o ser humano se adapta de

forma integrada aos ambientes interno e externo por meio de quatro respostas: a resposta ao medo, a resposta inflamatória, a resposta ao estresse e a resposta sensorial. (HORTA, 1979). A ideia de integralidade aqui está muito associada às descobertas da neurobiologia da época, que explica as relações integradas do comportamento humano, com forte herança positivista das leis de ação e reação, e de que a cada ação deve-se ter uma determinada reação.

Outro exemplo é a “sinérgica”, de Dagmar E. Brodt, publicada em 1969, a qual sustenta a ideia de que a enfermagem deve realizar várias ações de cuidado de forma conjunta e, portanto, sinérgica, para que haja um bom cuidado. Além disso, foram previstas seis dimensões para as ações do enfermeiro: preservação das defesas do corpo; prevenção de complicações; reestabelecimento do paciente ao mundo exterior; detecção das mudanças do sistema regulatório orgânico; implementação de ações médicas; e promoção de conforto (HORTA, 1979). É possível notar uma relação muito forte com o ambiente hospitalar nessa perspectiva e, portanto, baseada em modelos de cuidado biomédicos e hospitalocêntricos.

Essas teorias, embora muito atreladas à operacionalização do cuidado conjunta com o profissional médico, o que evidencia a perspectiva biomédica, fazem muito sentido para os contextos de cuidado em saúde da época, baseados no seio dos hospitais e com concepções de doença e saúde até então explicadas exclusivamente pela biologia dos corpos. Mais tarde, outras tantas teorias vieram a ser criadas, como a “teoria da adaptação”, de Sister Callista Roy, em 1970. Considero importante destacar que essas teorias assumiram uma concepção epistemológica ainda positivista, em que o sujeito (enfermeiro) e o paciente (objeto) eram reconhecidos como partes distintas no processo de cuidar.

Ainda nos Estados Unidos, na década de 70, a enfermeira Martha Roger apresentou uma nova teoria, chamada de Ser Humano Unitário, também conhecida como teoria de Martha Roger. Interessante notar que ela elaborou essa teoria com base no arcabouço teórico da fenomenologia (SÁ, 1994) e, assim, propôs uma nova relação entre sujeito (enfermeiro) e objeto (paciente):

“a autora comenta que somente recentemente está havendo empenho em aceitar que o homem não pode ser explicado por leis que governam segmentos de seu “ser” e que esta unidade é “central e indispensável” no modelo conceitual de enfermagem, pois somente

quando ela é percebida o estudo começa a produzir conceitos e teorias significantes. 1º postulado: “O homem é um todo unificado, possuindo sua própria integralidade e manifestando características que são mais do que diferentes da soma de suas partes (HORTA, 1979, p.23).

Na década de 70, a fenomenologia ainda era uma abordagem nova e, por isso, Roger pode ser considerada uma pioneira e visionária. Além de ultrapassar as concepções cartesianas de ciência para a enfermagem, ela apresentou fundamentos epistemológicos para a sua teoria, a partir da própria crítica da prática da enfermagem.

Ainda nesta mesma década, nos Estados Unidos, Medeleine Leininger criou, a partir das influências da antropologia e em busca de novos métodos em pesquisa de campo e dos estudos de MEAD (1956), a Teoria Transcultural da Enfermagem, bem como uma metodologia específica para essa concepção. Com essas descobertas, seu grande objetivo foi orientar teorias e pesquisas sobre a diversidade e universalidade do ato de cuidar:

“sua teoria está embasada na crença de que as práticas do cuidado transcultural da enfermagem devem ser derivadas de estudos criterioso de crença, valores e comportamentos de cuidado de diversos grupos culturais. O produto destes estudos ajudará a formar profissionais de saúde e de enfermagem capazes de identificar e implementar o cuidado não apenas específico em determinada cultura como, também, de caráter universal. A fim de atender às necessidades de indivíduos e grupos, a autora sugere a utilização de método derivado da etnografia, que denominou etno-enfermagem, para conhecer a forma como a cultura percebe, conhece e pratica o cuidado ou atividades de cuidado de enfermagem (...) à medida que as enfermeiras se tornam capazes de predizer o comportamento tanto cultural como do cuidado de enfermagem mais confiáveis, tornar-se-ão os princípios, generalizações e leis da enfermagem, possibilitando-lhes controlar ou regular suas intervenções” (GUALDA; HOGA 1992, p. 80).

A influência das ciências humanas na enfermagem fica evidente nessa perspectiva proposta por Leninger. Em relação ao desenvolvimento da ciência da enfermagem, trata-se de uma contribuição fundamental, por ter aberto portas para novas concepções sobre o cuidado.

Enquanto isso, no Brasil, Wanda Horta, apresentava sua teoria sobre o processo de enfermagem. De forma geral, a busca por bases mais sólidas científicas por parte das enfermeiras pesquisadores traduz, justamente, uma preocupação em formalizar as



práticas das enfermeiras, não apenas para melhorar o cuidado, mas, também, para a valorização da profissão (HORTA, 1979).

Wanda Horta descreveu que na enfermagem existem três seres: o Ser-Enfermeiro, o Ser-Cliente ou Ser-Paciente, e o Ser-Enfermagem. O Ser-Enfermeiro “é gente que cuida de gente” (p.3); o Ser-Cliente ou Paciente é aquele que precisa de cuidados e os recebe de outro ser humano, em qualquer fase da vida, e do que ela chama de ciclo saúde-enfermidade; o terceiro ser é o Ser-Enfermagem, por ela descrito como um ser abstrato que só surge a partir do encontro entre o Ser-Enfermeiro e o Ser-Cliente ou Paciente, entendendo que o Ser-Enfermagem é a dimensão ética da profissão. Segundo ela, “transcender o Ser-Enfermagem é ir além da obrigação, do “ter o que fazer”. É estar comprometido, engajado na profissão e compartilhar com cada ser humano sob seus cuidados a experiência vivenciada em cada momento (HORTA, 1979, p.4).

Antes de Horta apresentar sua teoria sobre o processo de cuidado, ela a alicerçou nessas referências filosóficas, que sugerem traços de concepções fenomenológicas, pois não compreende um ser dual (sujeito-objeto), mas um ser tridimensional, sendo um deles uma concepção que transcende a própria existência, como se o terceiro ser (Ser-Enfermagem) fosse a essência da relação de cuidado, no campo da ciência da enfermagem.

Outra importante teoria apresentada no final da década de 70 foi a da enfermeira Jean Watson, denominada Teoria do Cuidado Transpessoal. Ela destacou uma produção densa para a Ciência do Cuidado, com fundamentos éticos, epistemológicos, ontológicos que estruturam uma metodologia, pedagogia e práxis do cuidado (WATSON, 2008).

Em sua obra “Nursing: the philosophy and Science of Caring”, de 1979, Jean Watson explicou, sob uma perspectiva humanista e existencialista, baseada na filosofia fenomenológica, a importância de considerar outro tipo de ciência, não mais positivista, para a produção de novos conhecimentos em cuidado:

“talvez, o mais difícil para as pessoas entenderem é, em parte, por causa da linguagem e dos termos. Tudo eu estou tentando dizer é que nossas mentes racionais e a ciência moderna não têm todas as respostas para a vida e para morte, e para todas as condições humanas que estão diante de nós; assim, temos que estar abertos para o

desconhecido que não podemos controlar, mesmo permitindo que talvez consideremos um "milagre" dentro de nossas vidas e trabalhos. Este processo também reconhece que o mundo subjetivo das experiências do *self* e dos outros são, em última análise, um fenômeno, um mistério inefável, afetado por muitos, muitos fatores que nunca podem ser totalmente explicados (WATSON, 2008, p. 191- tradução minha).

De forma geral, Watson defendeu a ideia de que o cuidado não é apenas conduta e ações, mas sim um conjunto de noções sobre saúde e que, portanto, deve ser planejado e estabelecido a partir da construção interpessoal sobre as pessoas. No cuidado humano transpessoal, há o encontro de mundos subjetivos (os *selfs*) do enfermeiro e do cliente, de modo que a construção do cuidado ocorre nessa correlação, não havendo hierarquização entre eles. Trata-se de uma valorização do sagrado, que é o outro.

Watson tem uma extensa produção sobre filosofia e cuidado, em especial para a enfermagem, porém transpassa este campo. Segundo ela, o cuidado na pós-modernidade deve ter fundamentos éticos-ontológicos, ou seja, a reconhecer a existência como estar em relação ao outro, para que a mente, o corpo e o espírito estejam interligados, em infinitas possibilidades, produzindo cuidado:

O que é proposto é uma fundamental mudança ontológica na consciência, reconhecendo uma relação simbiótica entre humanidade-tecnologia-natureza e os mais amplos, expansão do universo. Esta virada evolutiva evoca um retorno ao núcleo sagrado da humanidade, convidando o mistério e a maravilha de volta em nossas vidas, no trabalho e no mundo. Essas visões reintroduzem um senso de reverência para e abertura para possibilidades infinitas. A ênfase é colocada na importância das práticas de cuidado-cura ontológicas, alicerçadas em uma consciência expandida e de intencionalidade que se cruzam com as mais avançadas tecnologias médicas (WATSON, 2008, p. 7- tradução minha).

Portanto, é notável a herança de Husserl no trabalho de Watson. Ela justamente buscou uma filosofia primeira sobre o cuidado da enfermagem, porém, com isso, elevou o cuidado a um nível de essência que transpassou o próprio campo da enfermagem até então visto. Para Watson, a vida é subjetiva, intencional e, portanto, a consciência sobre as experiências de cuidado é produzida nesta vida subjetiva e são infinitas essas possibilidades. A partir desta concepção, a ideia de práxis de um cuidado universal, ou seja, de atos de cuidado sobre a vida das pessoas de forma única (que não se trata da essência do cuidado, mas sim da mera aplicação de ações práticas universais), torna-se intangível, o que, intuitivamente, considero extremamente plausível.

### 3.5. Objetivos

Analisar a experiência de cuidado em saúde das pessoas que usam drogas, sendo este o objetivo geral desta pesquisa. Como objetivos específicos, foi estabelecido conhecer as experiências dos participantes com o uso de drogas, suas experiências de cuidado em saúde e a interferência dos relacionamentos interpessoais e institucionais (virtuais ou não) nesta experiência de cuidado.

### 3.6 - Procedimentos da coleta e análise

Apoiada na fenomenologia empírica hermenêutica pude realizar a coleta de dados com vistas a apreender o fenômeno do cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas, ou seja, para quem ele se mostra. Essa etapa teve início em agosto de 2020 e término em fevereiro de 2021. Para tanto, optei pela técnica de entrevistas semiestruturadas, por possibilitar o uso de um instrumento diretivo que facilita ao pesquisador delimitar os objetivos da pesquisa com mais precisão, bem como a flexibilização de questões que extrapolem as perguntas elaboradas previamente, caso se mostrem pertinentes no decorrer das entrevistas (MINAYO, 2008).

Durante esse processo, também transcrevi as entrevistas anteriores, participei de discussões conjuntas com minha orientadora e iniciei a análise preliminar dos dados. Realizar essas etapas simultaneamente foi importante, pois me permitiu rever e me preparar para as entrevistas seguintes, fato muito importante durante todo o processo, que irie descrever mais adiante.

No total, foram seis entrevistados, identificados por meio da técnica de amostragem não probabilística “bola de neve” (*snow ball*). Segundo Biernacki e Waldorf (1981), autores nos quais me apoiei, trata-se de uma técnica muito utilizada nas pesquisas sociológicas, bastante apropriada quando a questão da pesquisa é sensível, de conteúdo privado, e nas situações em que é necessário contatar pessoas que estejam inseridas no contexto estudado (o que eles chamam de *insiders*).

Ainda como forma de operacionalizar a técnica, referenciei-me em Dewes (2013). Segundo esse autor, o primeiro passo é encontrar pessoas pertencentes à população-alvo, os chamados informantes-chave, ou, tal como denominados na cadeia,

as *sementes*. Neste trabalho, as sementes foram encontradas a partir da minha rede social. Elas não foram entrevistadas, mas deram início à cadeia de indicações. Assim, as pessoas indicadas pelas sementes foram entrevistadas individualmente e, em seguida, indicaram novos participantes, conforme sua rede de contatos, tal como recomendam Biernacki e Waldorf (1981).

Nessa etapa, deparei-me com uma dificuldade, pois vivenciávamos a segunda onda da pandemia da COVID-19 e isso dificultou a identificação e o encontro com pessoas da minha rede social que pudessem realizar essas indicações. Assim, esforcei-me para localizar pessoas inseridas nos meus mais distintos núcleos sociais, com o objetivo de produzir uma amostra menos enviesada possível, apesar dessa técnica não ter como finalidade a constituição de uma amostra probabilística, mas sim de convivência, e, portanto, carregada de subjetividades (DEWES, 2013).

Foram, no total, três sementes, compondo a *onda zero*. Segundo a literatura, a técnica de bola de neve não prevê a necessidade de um número específico:

A quantidade de indivíduos envolvidos na onda zero depende normalmente da capacidade do pesquisador de conseguir reunir membros da população-alvo dispostos a começar o processo e indicar novos contatos para o estudo. Como são populações difíceis de encontrar, normalmente a parte mais difícil do estudo acontece aqui (DEWES, 2013, p.11).

Solicitei às sementes, como critério de inclusão, que indicassem pessoas de acordo com os seguintes características: maiores de 18 anos, que desejassem participar da pesquisa e que tivessem acesso a algum meio de comunicação remota, para assegurar o distanciamento social. Além disso, solicitei que me indicassem pessoas que fizessem uso de drogas de forma problemática.

Após a indicação dos nomes e telefones, fiz contato com essas pessoas por meio do aplicativo *WhatsApp*. Esse primeiro grupo, que foi entrevistado, é designado por Dewes (2013) como *primeira onda*. Neste estudo, a primeira onda foi composta por seis pessoas, das quais três aceitaram participar, pois duas não responderam aos meus contatos e uma negou sua participação, referindo ter perdido um ente querido há pouco tempo e, por isso, não estar disposta a falar sobre o tema; contudo, ela indicou outra pessoa.

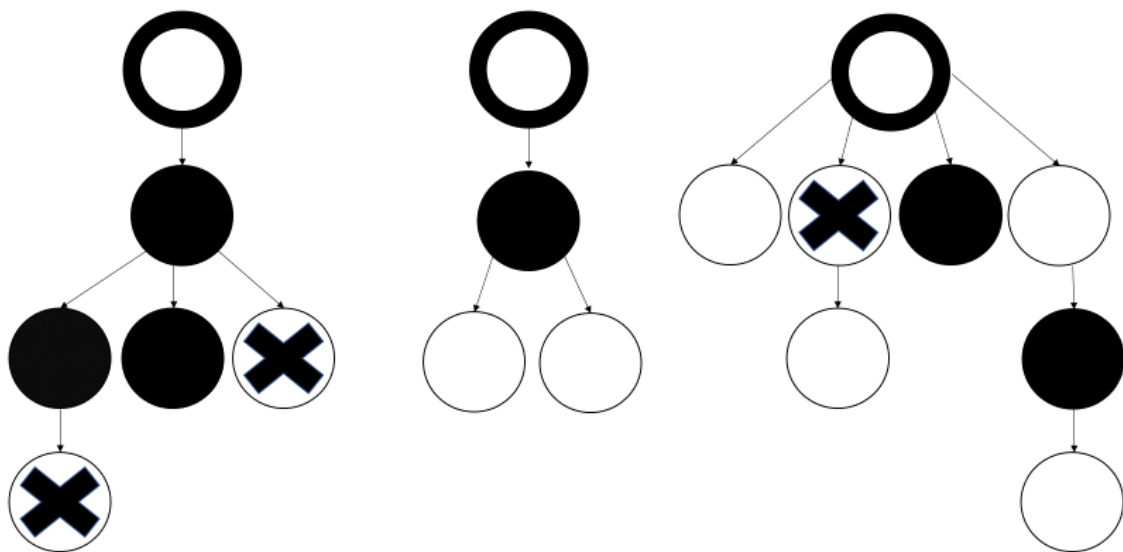
Segundo Dewes (2013), é interessante que cada participante indique entre 3 e 6

peessoas para que as ondas não terminem precocemente. Contudo, também não é recomendado um número muito grande de indicações, sob risco de um contato acabar sendo mais privilegiado do que o outro. Entretanto, neste estudo, alguns participantes indicaram apenas uma pessoa.





A segunda onda de participantes foi composta por sete pessoas, porém, mais uma vez, apenas três aceitaram participar, visto que três não responderam às tentativas de contato e uma negou a sua participação, por não se sentir à vontade em se expressar remotamente. A terceira, e última onda, foi composta por duas pessoas, pois um dos convidados não desejou participar referindo não se sentir à vontade para falar sobre o tema e outro não respondeu às minhas tentativas de contato.

O final do processo da construção da amostra é determinado quando não há mais novas indicações (DEWES, 2013) ou no momento em que os dados coletados começam a se repetir (BIERNACKI, WALDORF, 1981). Neste estudo, as duas situações ocorreram simultaneamente: os últimos contatos não foram bem-sucedidos (uma pessoa negou e a outra não retornou meu contato) e as informações coletadas nas entrevistas já apresentavam algum nível de repetição. Dessa forma, a coleta foi finalizada.

Abaixo encontra-se uma figura representativa da rede construída deste estudo mediante a aplicação da técnica bola de neve:



**Legenda:**

	SEMENTES
	PARTICIPANTE ENTREVISTADO
	NEGOU PARTICIPAÇÃO
	NÃO RETORNOU CONTATO

Por se tratar de uma pesquisa realizada com seres humanos, o projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, tendo sido aprovado de acordo com os dispositivos da Resolução nº 510 de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, em 31 de janeiro de 2020, com número de protocolo 15211419.1.0000.5393 (ANEXO I). Em julho de 2020, em virtude da pandemia, o projeto precisou de modificações relacionadas à metodologia da pesquisa e, dessa forma, foi alterado e enviado novamente ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, recebendo nova aprovação em 05 de agosto de 2020, conforme protocolo nº 15211419.1.0000.5393 (ANEXO II).

Ainda, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE) e, por tratar de uma participação remota, não encaminharam uma via assinada deste documento, mas foram orientados a manter uma cópia digitalizada, conforme orientações do Comitê de Ética em Pesquisa.

Como me referi há pouco, um dos critérios de inclusão seria a participação de pessoas que fizessem o uso de drogas de forma problemática. Porém, logo após a primeira entrevista, uma participante mencionou uma importante questão, que me fez rever esse critério:

(...) Só não fala que “a Cristina te indicou porque você faz uso problemático!” (*risos*). É porque a minha visão de fora é que ela faz uso problemático, mas nem sempre a pessoa assume isso pra ela mesma e pras outras pessoas, né? Eu posso pensar um pouco mais para as pessoas que se consideram. Mas, enfim, eu vou indicar pessoas que eu acho que fazem uso problemático, mas se elas vão considerar isso é outra história, (*risos*) (...) pessoas com uso problemático eu não tenho tantos contatos (...) (fala da Cristina,

durante a entrevista).

A partir dessa entrevista, que foi a primeira realizada, observei que o critério de “pessoas que façam uso problemático de drogas” não era adequado para definir a elegibilidade dos participantes, pois a concepção de “uso problemático”, no caso dessa técnica de amostragem, dependeria da perspectiva daquele que indicasse, e não da consideração do próprio participante. Além disso, como pode ser compreendido pelo relato acima, as indicações teriam uma implicação negativa nas relações entre as pessoas que participassem da pesquisa.

Por essa razão, retirei esse critério e modifiquei a minha abordagem durante as entrevistas nas questões relacionadas ao “uso problemático”. Ponderei que para que o fenômeno do cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas emergisse não era necessário identificar se a pessoa fazia ou não um uso problemático, pois essa concepção não focaria na experiência do cuidado, mas correr-se-ia o risco de uma interpretação diagnóstica ou até mesmo moralista do uso.

Dessa forma, todas as entrevistas passaram por um momento inicial, em que apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao entrevistado e fazíamos a leitura conjunta deste documento, remotamente. Em seguida, fiz perguntas diretas sobre dados sociodemográficos, como idade, gênero, cidade onde morava, escolaridade e ocupação, e, na sequência, utilizei-me de um roteiro de questões norteadoras, tais como:

- Conte-me um pouco sobre você e seu uso de drogas?
- Quando você faz/fazia uso de drogas, como você se cuida/cuidava?
- Como você se cuida em relação aos seus problemas de saúde, de forma geral?
- Quando você tem algum problema de saúde, o que você faz?
- Quais são as suas estratégias de cuidado em relação ao seu uso de drogas?
- Quais serviços e ou instituições você se utiliza/utilizou para cuidar da sua saúde?
- Quais sites e ou aplicativos você usa para cuidar da sua saúde? Como você usa esses recursos?
- O que é cuidado em saúde?

Um aspecto interessante das entrevistas é que nenhum participante referiu não realizar o seu cuidado em saúde. Todas as perguntas norteadoras foram respondidas e novas puderam ser acrescentadas, conforme o contexto de cada entrevista.

Ao final, solicitei aos participantes que indicassem outras pessoas para participar da pesquisa. Dois entrevistados não fizeram indicações, um deles por não saber quem indicar e o outro por não ter retornado, após dizer que pensaria em possíveis indicações.

Acredito que a dificuldade em realizar novas indicações, tanto das sementes quanto dos entrevistados, está associada ao tema. Mesmo entrando em contato com pessoas dispostas a participar de uma entrevista a esse respeito, posso inferir que, mesmo nesse grupo, há, conforme Carneiro (2008), certo valor de tabu e de proibição.

Além disso, a proposta de uma entrevista gravada, realizada por intermédio de uma tecnologia falível, como o computador e a internet, abre brechas para inseguranças em relação ao sigilo do conteúdo privado. Segundo Almeida e Alves (2020), estamos diante de um “governo de algoritmos”, que caracteriza o novo capitalismo da informação, ou seja, somos cada vez mais regidos pelas leis dos algoritmos e menos pelas leis, e assim novos fenômenos surgem em relação à vivência democrática, de segurança, de proteção da privacidade e das liberdades. Por isso, a insegurança em abordar o tema por intermédio das tecnologias digitais pode ser explicada por esse fenômeno contemporâneo.

Outra possível compreensão para essa dificuldade está associada à necessidade de criação de vínculo do entrevistado com o entrevistador, dificultado, neste caso, pela distância. Certamente, uma ligação com alguém que você não conhece para tratar de um tema considerado íntimo pode ser considerada por alguns uma situação de exposição e potencialmente desagradável. Por esta razão, todas as minhas tentativas de contato com potenciais entrevistados foram sempre muito cuidadosas, com mensagens que deixassem a pessoa à vontade para escolher se, de fato, gostaria de participar deste trabalho.

Também nesse sentido, alguns participantes preferiram realizar as entrevistas apenas por som, sem o compartilhamento das imagens. Para todos, sugeri as duas opções: ligação com câmera ou apenas ligação comum. Penso que essa preferência também está relacionada a questões de segurança, privacidade e vínculo.



Abaixo apresento o quadro de todos os entrevistados com seus respectivos nomes fictícios, gêneros, escolaridade, idade e a informação sobre a entrevista ter sido realizada com os recursos de som e imagem ou apenas com o de som. Vale lembrar que dados como ocupação e cidade onde moravam foram retirados, a fim de preservar a identidade dos participantes:

PARTICIPANTES	GÊNERO	ESCOLARIDADE	IDADE (anos)	ENTREVISTA COM
Cristina	Mulher Cis	Superior completo	25	Imagem e som
Guilherme	Homem Cis	Segundo grau incompleto	35	Imagem e som
Eduardo	Homem Cis	Superior completo	33	Apenas som
Bernardo	Homem Cis	Segundo grau completo	61	Imagem e som
Bianca	Mulher Cis	Superior completo	29	Apenas som
Pedro	Homem Cis	Superior completo	32	Imagem e som

Apesar das dificuldades em encontrar novas indicações e, conseqüentemente, novos entrevistados, foi possível, pela compreensão fenomenológica de Husserl, uma análise da consciência da experiência vivida do fenômeno pelo singular, ou seja, não se fez necessário um grande número de pessoas entrevistadas, pois, segundo o referencial adotado, a vivência de um indivíduo em particular contém, também, uma consciência que transcende esse particular:

Uma percepção de coisa é um vivido no qual tenho consciência do percebido no modo da apreensão "em carne e osso" dele, e em sínteses imanentes com novas percepções eu o viso, além disso, no modo "do mesmo", que cada uma dessas percepções apreendeu, respectivamente, como ele mesmo "em carne e osso"; a própria coisa apreendida em carne e osso é e permanece, porém, "transcendente" (...) O que vale para mim, vale para qualquer um de que eu deva poder ter uma representação na forma da consciência e, em particular, um saber. Com todo o seu fluxo de vividos, ele é transcendente ao meu, mas, por outro lado, aquilo de que tem consciência no seu fluxo de vividos, quer de maneira intuitiva, quer não, se não é vivido puro, se não é extraído da reflexão pura sobre sua vida imanente, também é transcendente a sua consciência: não há para mim outra maneira de pensa-lo, porquanto tenho de pensa-lo como outro eu, portanto como igual a mim em toda a generalidade eidética de minha

essência -- como eu, como sendo da mesma espécie de essência que a minha. Transcendência quer dizer, portanto, a peculiaridade das objetividades intencionais, que vão além da essência própria singular dos vividos puros e, portanto, com sua essência não podem se ajustar a elas (HUSSERL, 2006, p.360).

Assim, descreverei no próximo capítulo o meu processo de análise dos dados coletados. Por meio da epoché, pude realizar a redução eidética, ou seja, identificar as ideias centrais da consciência de cada participante sobre a experiência do cuidado em saúde das pessoas que usam drogas e, na sequência, as essências das experiências de cuidado em saúde no contexto estudado.

Para isso, realizei exaustivamente a leitura das transcrições das entrevistas, depois organizei os dados em unidades de significados, a partir dos valores e significados atribuídos pelos participantes e, por fim, pela variação imaginativa procurei identificar a estrutura, apriorística e universal da subjetividade de cada uma dessas unidades. Porém, antes, apresento algumas notas sobre o processo de epoché e redução, bem como detalhes do processo de análise dos dados, que considero fundamentais para a compreensão dos resultados.

### **3.6.1 Notas sobre o processo de epoché, redução eidética e redução transcendental**

A descrição de notas sobre o processo de epoché e das reduções tem o objetivo de evitar o erro de cristalizar essa produção fenomenológica de forma a reduzi-la a um método rígido. Por isso, aqui descrevo o meu processo de produção analítica sobre o cuidado em saúde das pessoas que usam drogas, de forma a evidenciar a descrição de suas experiências e o processo de interpretação realizado a partir delas. Em seguida, detalho o processo de análise dos dados.

Considero importante pontuar que, quando consideradas as noções de intencionalidade, de vivência do corpo, senso de agência, empatia, temporalidade e espacialidade, é possível identificar as diferentes dimensões da existência humana que comumente são encontradas nos momentos de dificuldade na vida. Por isso, considero válida a utilização dessa fenomenologia, não pela aplicação ortodoxa do método, mas

sim pelo que ela produz em termos de conhecimento, que contribuirá para as ciências da saúde, de forma geral. (ZAHAVI, MARTINY, 2019).

Proponho, portanto, a descrição de algumas notas sobre meu processo de epoché e reduções, pois não se trata da aplicação rígida de etapas metodológicas, mas do empenho do pesquisador em descrever e explicar como o conhecimento foi construído a partir das ideias filosóficas transcendentais de Husserl. Conforme os autores abaixo explicitam:

“os pesquisadores qualitativos devem esquecer de acertar a *epoche* e a redução, pois essas etapas metodológicas estritamente falando são irrelevantes para o propósito em mãos. Em um contexto husserliano, ambas as noções são explicitamente conectadas aos objetos filosóficos pesquisados. Eles são partes essenciais do transcendental de Husserl em seu projeto filosófico (...) Para Husserl, é apenas efetuando a epoché e realizando a redução que o fenomenólogo (filósofo) pode realizar seu principal, senão única, preocupação, ou seja, transformar “o universal obviedade do ser do mundo – para ele o maior de todos os enigmas – em algo inteligível” (HUSSERL, 1970:180). Em última análise, Husserl argumentaria que o desempenho da epoché e da redução podem nos tornar cientes de nossa própria constituição contribuição, faça-nos cientes de até que ponto a nossa realização subjetivas estão em jogo quando objetos mundanos aparecem da maneira que aparecem e com a validade e o significado de que eles têm, e assim nos fazem perceber que a subjetividade, a razão, a verdade e o ser estão essencialmente interligados (Husserl, 1982:340). Essas são ideias filosóficas transcendentais importantes. (ZAHAVI, MARTINY, 2019, p. – tradução minha)”.

Para que pudesse me tornar uma espectadora das experiências que me propus a investigar e, assim, alcançar a meta da epoché, que é a redução transcendental, precisei, primeiro, passar pela suspensão da minha própria atitude natural. Esse processo tornou-se consciente a mim quando realizei a primeira entrevista, após a observação da entrevistada Cristina, como já citado, sobre o que poderia ser considerado ou reconhecido como “uso problemático de drogas”.

Nesse momento compreendi que estava partindo de uma concepção própria da saúde e, conseqüentemente, da minha perspectiva como enfermeira em saúde mental, e passei a desconstruir essa concepção de “uso problemático”, com suas alusões aos termos “dependência” e “vício”. Para isso, busquei expandir meu conhecimento por meio de leituras e discussões, que me levaram a diversos autores, um deles o psicólogo Bruce Alexander, autor do livro “The globalization of addiction: a study in poverty of

the spirit”, publicado em 2010.

Nessa obra, Bruce Alexander (2010) procurou explicar as raízes do “vício”, na sociedade de mercado, e propôs uma categorização dos diferentes tipos de “vícios”. Ele também defendeu a tese “the dislocation theory of addiction” (pode ser traduzido como teoria do deslocamento dos vícios). Entretanto, o que quero explorar aqui é a utilização de palavras para a designação de pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de drogas e suas implicações para suas vidas.

O mesmo autor refletiu sobre o uso da palavra “vício” (por se tratar de um texto que ainda não foi traduzido para o português, a palavra que ele utilizou foi “*addiction*”, porém utilizo como tradução a palavra, em português, “vício”). Ele apresentou uma genealogia sobre o termo, que inclui a utilização tradicional de hábito, ou relação voluntária de escravidão.

Há diferentes significados para a palavra “vício”, conforme o próprio Bruce Alexander alertou. Até pouco tempo era utilizada para se referir ao comportamento de pessoas que apresentavam problemas pelo uso de drogas”, mas, como já se sabe, é carregada de muitos preconceitos e, por isso, deixou de ser usada, exceto, quase que exclusivamente, em contextos pejorativos sobre as pessoas.

Existem quatro termos para designar os diferentes tipos de “vício” na contemporaneidade. O primeiro, “*addiction 1*”, refere-se a um envolvimento irresistível com as drogas, prejudicial para a pessoa que usa e/ou para a sociedade; este conceito foi criado, tradicionalmente, no século XIX, e compreende um comportamento moralmente repreensível e semelhante a uma doença progressiva (ALEXANDER, 2010).

O segundo, “*addiction 2*”, é utilizado quando uma pessoa está fazendo um uso irresistível, e envolve essa concepção moralista da primeira definição. O “*addiction 2*” originou-se a partir do século XX e passa a ser compreendido como um “problema do vício” ou também “abuso de drogas” (ALEXANDER, 2010).

Já o terceiro termo, “*addiction 3*”, refere-se ao envolvimento exagerado com qualquer atividade (não apenas de uso de drogas) prejudicial à pessoa e/ou à sociedade. Segundo o autor, essa concepção surgiu no século XX e está associada não apenas ao consumo de uma droga, mas aos hábitos de vida, e a própria pessoa em si, perspectiva também já abordada neste trabalho (ALEXANDER, 2010).

O quarto, e último conceito, é o de “*addiction 4*”, que trata de um envolvimento irresistível, porém não prejudicial à pessoa e/ou à sociedade. Ou seja, é um uso muitas vezes admirável pelos outros, pois não há consequências destrutivas para a pessoa que tem esse hábito. Considero essa definição o ponto inovador aqui (ALEXANDER, 2010).

Em 2010, Marques e Mangia também publicaram um artigo brasileiro a respeito dos conceitos das palavras “vício” e “dependência”. Segundo essas autoras, apesar de inúmeras tentativas de se utilizar um conceito-padrão, há, por trás dessas conceituações, condições a priori para designar uma pessoa que usa drogas. Assim, a utilização de uma determinada terminologia carrega com ela diversas noções e concepções sobre a droga, o usuário e seu contexto, como o caráter patológico do uso de drogas e, conseqüentemente, suas inúmeras análises sobre sua etiologia (se psíquica, biológica, genética, entre outras). Logo, uma análise que considere apenas uma perspectiva sobre o fenômeno das drogas nas sociedades contemporâneas torna-se uma análise enviesada sobre ele.

Tanto para Bruce Alexander (2010) quanto para Marque e Mangia (2010), as escolhas de terminologias encontram-se em campos de disputa, o que, compreendo, perdurar até os dias atuais. Por isso, para que eu pudesse suspender algumas concepções arraigadas na minha formação e vivências, com o propósito de fazer uma redução eidética, utilizei-me do termo “pessoa que usa droga”. Ou seja, não busquei encontrar uma relação entre o sujeito (usuário) e o objeto (droga) preconcebida, mas, sim, focar na necessária correlação entre droga e usuário, de forma a compreender essa correlação como a priori desse cuidado.

Um exemplo bastante emblemático da importância de compreender o “uso de droga” de forma correlacional entre sujeito e objeto, pode ser observado na entrevista de um dos participantes, Guilherme. Nela, ele apresenta uma relação com a ayahuasca que me colocou, mais uma vez, em suspensão:

**Silvana:** *E você acha que a droga te ajuda no seu processo de autoconhecimento?*

**Guilherme:** *A erva e o daime! A erva faz eu refletir muito, até demais. Muita reflexão e pouca ação. As outras não. O álcool nada, o pó também nada, não me agrega em nada em questão disso. Mas a erva sim. A erva e o daime, o daime quando você toma você fica muito sugestivo pra refletir sobre essas questões (...).*

**Silvana:** *E o daime? Você não me contou do daime?*

**Guilherme:** *Verdade. Porque eu acabo nem vendo como droga (...).*

Especificamente na primeira pergunta, embora não estivesse me referindo a uma determinada droga, observei que havia uma concepção prévia de minha parte sobre droga, pois quando o entrevistado falou sobre o uso do “daime” (ayahuasca), notei que me surpreendi. Esse fato permitiu que eu pudesse olhar a ideia de “droga”, e sua correlação com o sujeito, de forma menos polarizada, suspendendo a minha atitude natural.

Por isso, concluo que abordar esse tema sob um olhar que, de fato, considere a perspectiva da experiência do outro, e sua consciência sobre seus objetos vividos, demanda a suspensão das crenças preconcebidas. Assim, tanto o termo “usuário problemático de drogas” como o que eu compreendo por “droga” precisaram ser suspensos e analisados para que pudesse me aproximar mais fortemente da essência do fenômeno do cuidado.

Essas suspensões foram processos particularmente difíceis para mim, pois acreditava que as minhas concepções sobre “pessoas que usam drogas” eram conscientes ao ponto de, automaticamente, conseguir suspendê-las. Porém, ao ser interpelada por essas passagens dos entrevistados, consegui estabelecer uma nova relação, de forma consciente, e modificar a minha abordagem nas entrevistas vindouras.

A consciência da pessoa sobre “droga” e “uso” está intimamente atrelada às suas experiências, ou seja, à sua memória, à sua imaginação, ao seu “ser aí” e ao seu “estar no mundo” (GOTO, 2007). Portanto, por entender que não é possível nos atermos a um só conceito, ou frase, que seja fiel à consciência individual da experiência vivida, optei pelo termo “pessoas que usam drogas”, no intuito de abrir, no campo do discurso entre entrevistado e entrevistador, a possibilidade de correlação entre “droga” e “uso” da forma mais genuína possível. Isso me possibilitou, inclusive, subsídios mais fidedignos para analisar o fenômeno do cuidado em saúde no contexto das pessoas que usam drogas, sem a necessidade de uma definição prévia de minha parte ou de outrem.

Já para a compreensão do processo de análise, apoiei-me em referências da fenomenologia empírica. Reitero que essas notas são importantes, pois o método fenomenológico descrito por Husserl apresenta divergências entre os estudiosos quando

utilizado em pesquisas empíricas, como essa.

A utilização do método fenomenológico em pesquisas das ciências sociais, por exemplo, apresenta dissenso, especialmente quanto aos procedimentos utilizados e suas formas de análise dos dados brutos. Segundo Giorgi (2006), isso se deve ao fato de o pensamento fenomenológico ser pouco disponível à cultura anglo-americana, especialmente pela propriedade da linguagem e de suas nuances das traduções filosóficas. Além disso, tal divergência está associada a própria fenomenologia, pois pode ser vista contra o empirismo, o que não é verdade, visto que é apenas mais ampla do que a filosofia empírica, afinal o método fenomenológico interroga os fenômenos que não são passíveis de serem reduzidos a fatos, mas sim reduzidos ao *eidos* (GIORGI, 2006).

Conforme já descrevi anteriormente, Husserl ensina que a utilização do método fenomenológico demanda a atitude fenomenológica: encontrar o fenômeno estudado e reduzi-lo por meio da variação imaginativa até encontrar sua essência, a fim de descrever a sua essência agora descoberta. Contudo, não é incomum que ao longo desse processo, nas pesquisas empíricas da enfermagem, bem como nas de psicologia, ocorram importantes equívocos (GIORGI, 2006).

Nesta pesquisa, precisei alicerçar-me em alguns fundamentos de outros fenomenólogos, para que pudesse, de fato, afirmar com propriedade o que obtive ao final da análise, ou seja, a essência do fenômeno do cuidado em saúde das pessoas que usam drogas. Dessa forma, apropriei-me do método de Giorgi para análise dos dados, com algumas importantes considerações.

Esta pesquisa empírica utilizou-se do recurso qualitativo-descritivo de Giorgi, em que se entende o valor empírico das experiências descritas pelos participantes (FEIJOO, GOTO, 2016). Para a análise dos dados, segundo o autor, utiliza-se a interpretação, por meio da redução fenomenológica, o que demanda suspender (*epoché*) qualquer conhecimento pessoal e teórico sobre o fenômeno estudado, para que assim ele possa emergir na consciência do pesquisador, que irá reposicionar o objeto (GIORGI, 2006).

Segundo Giorgi (2006), o pesquisador deve, nesse momento, estar atento para validar e generalizar o objeto encontrado, pois a forma como ele aparece não é o objeto

em si. Isso se deve à propriedade da fenomenologia descrita por Husserl.

Dessa forma, durante as entrevistas com os participantes desta pesquisa, eles descreveram suas experiências de cuidado em saúde no uso de drogas, por meio de suas vivências. Assim, os elementos que constituem o meu objeto de estudo, o fenômeno do cuidado em saúde neste contexto, emergiram das suas descrições. Uma estratégia descrita por Giorgi (2006), também utilizada por Trumball (1993), é a listagem de todas as suposições apreendidas sobre o fenômeno estudado, à qual me refiro, mais adiante, como o conjunto das unidades de significados. Contudo, segundo Giorgi (2006), trata-se de uma forma arriscada, pois a ideia é justamente livrar-se dessas suposições.

A partir desses elementos busquei, para além dos fatos descritos, *o eidos* dessas experiências. Este salto entre elementos e os *eidos* foi realizado pela variação imaginativa. Portanto, fiz a busca do que é essencial para o fenômeno, a princípio sem a variação imaginativa (com a utilização das unidades de significados) e, para sua redução transcendental, utilizei a variação imaginativa livre, assim como Giorgi apontou em relação ao trabalho de Trumball (1993). Destaco que, apesar de Giorgi (2006) criticar essa forma de proceder diante dos dados brutos, referindo que a variação imaginativa vem tardiamente, e que não parece estar em uma lógica adequada, ela ainda se sustenta enquanto método fenomenológico na pesquisa empírica.

Vale lembrar, ainda, que analiso os dados a partir das descrições variantes, ou seja, aquelas descrições que não aparecem em todas as entrevistas. Portanto, a análise não foi baseada em dados invariantes – que ocorrem a mesma descrição na totalidade das entrevistas.

Os próximos capítulos apresentam as concepções, valores e significados atribuídos pelos participantes deste estudo ao fenômeno investigado. Retomarei a discussão do primeiro capítulo, porém agora com base na análise dos discursos dos participantes, e iniciarei a discussão sobre onde está o problema do cuidado: o problema do cuidado em saúde das pessoas que usam drogas está na droga? Está nas pessoas que as usam? Ou está no próprio cuidado?



## 4 - Da descrição à essência

Para analisar a experiência do cuidado em saúde das pessoas que usam drogas, por meio do conhecimento que elas têm a respeito desta experiência, das suas experiências de cuidado em saúde e da interferência dos relacionamentos interpessoais e institucionais (virtuais ou não) nesse cuidado, foi necessário analisar o discurso dos participantes. Dessa forma, sigo com o processo da análise desse cuidado e encaminhoo-a a uma, dentre as várias possíveis formas de análise, e por isso reitero que se trata de um olhar possível sobre o fenômeno, que não se finda a chegada da essência dele. Destaco que a análise é feita a partir dos dados variantes, e portanto são dados que não aparecem em todas as entrevistas, mas sim as que destaco na análise, a partir da minha interpretação dos dados.

A hermenêutica, como já descrito, necessita de leituras exaustivas das descrições, no intuito de compreender o contexto no qual esses discursos estão inseridos. Em seguida, o pesquisador deve buscar pelas unidades de significados para o fenômeno estudado, por meio da redução, com vistas a encontrar a sua essência. No presente estudo, este processo se deu a partir da estratégia de variação imaginativa, que permitiu, com base na descrição das experiências, a identificação dos significados cognitivos, afetivos e seus valores atribuídos e, por conseguinte, o desvelamento da estrutura fundante do fenômeno do cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas.

A análise das experiências de cuidado objetivou, justamente, encontrar o que há nesse cuidado em saúde que o singulariza, que o torna específico, e que pode ser encontrado em qualquer prática de cuidado para essa população. Buscou, portanto, por aquilo que é essencial, na perspectiva das pessoas que vivenciam o uso de drogas.

Dessa forma, seguirei com a descrição dos participantes a respeito de suas experiências de uso de drogas; do seu cuidado em saúde; e da interferência dos relacionamentos interpessoais nesses cuidados. Em seguida, apresentarei as unidades de significados que foram produzidas com base nos valores atribuídos pelos participantes a essas experiências, e, ao final, o que foi construído sobre a essência desse cuidado.

Nesse momento, considero importante fazer um esclarecimento. Durante as

entrevistas, os participantes, com frequência, se expressaram por meio de palavras ofensivas ou termos de baixo calão, o que, ao meu ver, é também revelador do momento que vivem e de como vivenciam esse momento. Contudo, por se tratar de um trabalho científico, acadêmico, essas palavras não serão transcritas integralmente no texto, em um sinal de respeito à norma culta. Após algumas discussões com a minha orientadora, decidimos que esses termos deveriam ser abreviados, porém não omitidos, sob risco de perdemos a originalidade das falas e, sobretudo, essa importante evidência da forma como se expressaram esse respeito, por vezes com raiva, comicidade, espontaneidade, e subversão a norma, por meio dessas palavras.

#### 4.1 - Descrições das experiências

Os participantes descreveram suas experiências de vida atreladas à experiência de uso de drogas, especialmente quando relataram a primeira experiência de uso. De modo geral, mencionaram a importância do contexto para o uso delas, sua motivação e o cenário temporal de suas vidas, atribuindo valores a essas experiências.

**Guilherme:** *Eu lembro que eu nasci, né? (risos) Não. Eu tenho lembrança dos meus seis anos, uns quatro e cinco anos. Eu morava na Ponte Preta e aí a convivência com meus pais era de boa, um lar tranquilo, e a gente mudou pra outro bairro. Com uns seis anos de idade, ali já começou um lar meio conturbado, tal. Uns anos foram passando, uma infância normal, jogando bola... aprontava, apanhava da mãe e tal. Com 12 anos de idade, antes, a minha irmã já começou a fumar maconha, eu tinha uns 10, e a minha irmã, 3 anos mais velha, uns 13. Aí minha mãe sempre falava: “não, não usa droga, porque droga é o fim do mundo!” e não sei o quê... sempre aquela visão ruim. Só que eu via minha irmã usando, os amigos dela fumando back, dando risada, e “não é tão ruim assim!”. E eu sempre tive muita curiosidade, muita curiosidade. Aí um dia eu peguei, falei pra minha irmã: “quero ver o que é uma maconha e pá”. E ela mostrou a maconha e tal. E nisso, eu já estava numa escola e já tinha uns amigos meus que já tavam interessados. Aí eu peguei o back dela, levei e a gente fumou e pá. Aí foi a minha primeira experiência com droga, ali, que eu me lembro, foi ali...*

Os sentidos atribuídos a esta experiência foram diversos e, por vezes contraditórios, como prazer e desprazer. Para eles, tratava-se de uma consequência da "herança familiar"; do uso como consequência dos problemas da vida; da escolha em fazer algo que é proibido; do prejuízo para a saúde; de resistência ao *status quo*; de formas de obter o autoconhecimento; e de viver a sua espiritualidade.

Ao discorrerem sobre seus cuidados em saúde, tanto dentro como fora do uso de drogas, os participantes citaram estratégias, como prática de exercícios físicos, planejamento da alimentação e busca por médicos. De forma geral, isso demonstra uma consciência intencional nas suas escolhas por ações de cuidado, inclusive no contexto do uso de drogas.

**Cristina:** Tá. Bom, da saúde geral é... eu pedalo, né? Pedalo, assim... tô iniciando... e também, a minha amiga que mora comigo, a gente tem ido pedalar uns 12 km, ida e volta, dá... a gente vai no final da tarde, faz muito bem, né? Suar e tal... gastar energia. E eu tenho tentado cuidar da saúde com alimentação também, porque eu moro com um pessoa vegana, eu sou carnívora, e ela é vegana... e aí eu fico um mês sem comer carne, só me alimentando com ela e tal... eu tenho prestado atenção pra comer mais frutas, equilibrar a alimentação, mas agora eu não tô conseguindo fazer psicoterapia, desde dezembro, eu fazia, desde dezembro, só que em dezembro eu entrei de férias, fui viajar com a minha mãe, aí eu suspendi a psicoterapia, aí quando eu voltei... eu tô sem dinheiro agora, pra pagar, porque é 100 reais a sessão da minha psicoterapia, eu comecei a fazer inglês também, e então virou um gasto a mais no meu orçamento, eu acho que eu tinha que fazer psicoterapia quinzenalmente, pelo menos, só que aí, depois que veio a pandemia, em março, eu voltei de férias em março, e começou a pandemia em março, aí eu não fui mais fazer psicoterapia, porque eu fazia psicanalítica, com abordagem de Lacan, e era muito intenso assim, então, com a pandemia, eu falei "mano, eu prefiro não mexer", pra não falar como eu tô me sentindo com essa m\*\*\*, porque vai ficar mexendo nas feridas e eu vou ficar em posição fetal todo o tempo (risos), até começar a melhorar a terapia... então, eu tô só enrolando (...) E também, especialmente agora, na pandemia... maconha eu não fumo diariamente, fiquei um bom tempo sem fumar maconha, porque eu tava... como eu fumava desde 2014, nos três primeiros anos que eu fumei, me ajudava na ansiedade, depois trocou, ao invés de diminuir, começou a aumentar. Eu tava numa fase da minha vida, que eu tava fazendo TCC na faculdade, sabe? Eu ficava ocupada o tempo inteiro e aí, quando eu fumava maconha, tava me dando taquicardia, dificuldade de respirar, eu até tive umas paranoia de leve, assim, de eu tá fumando numa república de uns amigos meus e eu tive que vir embora porque eu achava que tinha falado besteira, numa piada... voltar pra mim, assim, então eu parei de fumar um tempo... e eu fumava prensado, também, no começo, e isso faz diferença porque... comecei a fumar maconha de qualidade. Depois que eu parei de fumar prensado, quando eu voltei a fumar maconha, eu usava haxixe - que é a extração, né? Da maconha - e aí... como haxixe é caro (risos), é uma especiaria, eu comprava, assim, fumava um back a cada dois dias... e acabou, acabou, sabe? Acho que um mês e ficava um mês e meio sem, e aí ficava um mês de novo, e um mês e meio sem. Daí, assim, agora eu fumo maconha com flor, mais quando, tipo, "ah! Vou mexer nas minhas plantas", sabe?

**Silvana:** Sim, quando vai fazer alguma coisa?

**Cristina:** é, uma vez por semana... quando eu vou fazer alguma coisa legal, tranquila... quando eu tô com meus amigos, o meu namorado... porque sozinha eu não fumo no dia a dia não, só tipo, final da noite, quando eu já fiz todas as coisas que eu tinha que fazer, então, eu sei que se eu fumar eu não vou ficar ansiosa...

**Silvana:** Sim...

**Cristina:** E agora, na pandemia, eu tenho aumentado muito o uso do álcool, que tem me ajudado muito na ansiedade, assim, então, eu comecei a comprar dois latão pra tomar a noite, esses dias... depende do nível de ansiedade, quando eu tava ansiosa, ou triste, ou problema na vida pessoal, mais eu bebo, e as vezes eu mato uma garrafa de vinho sozinha, e quero mais, assim... e pra conseguir dormir em paz, assim, e apagar. E agora, mais ultimamente, eu tomo um caipirinha toda noite, no mínimo... duas... antes eu não bebia diariamente assim, em casa, sabe? Álcool antes era uma coisa mais social, mas agora tá me aliviando muito assim, a droga que mais me ajuda a lidar com isso é o álcool, e eu fico anestesiada (...) Nem sempre eu faço todas as reduções de danos, tipo, eu ensino pras pessoas não misturar cocaína com álcool, mas eu misturo. Enfim, porque eu gosto da mistura, a maioria dos meus amigos misturam, mas, na verdade, é bem tóxico pro organismo misturar os dois, né? Então, quando eu fumo, quando eu fumo cumbaiá, eu coloco filtro, eu sempre faço questão de comprar um filtro mais cumprido possível, pra ter um distanciamento da fumaça, né? Pra esfriar um pouco... eu também procuro comprar sedas que têm uma qualidade, que não são sedas que são feitas na China, por exemplo, porque, dependendo do lugar em que é feita a seda, por exemplo, no Brasil, na França, eles têm regulamentação da produção, então eles são mais rígidos, então tem menos produto químico envolvido, enfim... eu também tento usar a seda que é marrom que não passa pelo processo de branqueamento, né? E aí, quando fumo maconha, eu faço piteiras bem longas de papel assim, pra resfriar a fumaça, enfim... e o que mais? Pra álcool, eu sempre tento beber água, tipo, eu bebo muito, mas também eu bebo muita água pra não ficar com dor de cabeça (risos). Eu como muito bem antes, porque eu não consigo usar drogas sem comer antes, durante, às vezes, meus amigos não conseguem comer durante o uso de LSD, então eu sou a única que tá comendo... (risos). É... o que mais? Psicodélicos eu planejo antes de usar, então, "vou usar agora!", não! Eu me preparo psicologicamente, tipo: eu vou preparar tantas horas do meu dia, daqui quatro dias, então daqui a quatro dias eu tenho que fazer essa tarefa, pra não ficar pensando "eu deveria ter feito isso, do que

*ficar usando droga"... (risos), então, pra psicodélico, é muito mais um preparo psicológico, tipo antes, emocional assim... tipo, tal dia, eu vou ficar louca e tal... num sei o que... e tipo assim, e agora, com a pandemia, é bem complexo, porque a gente tem muitas notícias ruins, né? Essa semana eu fiquei sabendo de dois amigos que perderam parentes queridos pro Covid, então eu até pretendia... mas aí eu fico adiando o meu uso de psicodélico, por causa disso, sabe? Então eu não vou ficar usando porque eu vou ficar lembrando disso, sabe? Eu vou ficar mal com certeza... é... com MDMA eu procuro... tem vários jeitos de usar, né? Agora, como é uma droga muito mais social, eu não tô usando desde o ano passado, mas, quando eu vou usar, eu costumo fazer umas bombinhas de colocar ele na seda e engolir a seda ou então eu coloco na água, numa garrafa d'água e dilui na água, porque a maioria das pessoas colocam o dedo no saquinho e coloca na boca, o dedo fica sujo, você machuca a boca... eu prefiro muito mais esse método da bombinha de engolir, ou quando eu uso bala, por exemplo, ecstasy, ao invés de cortar meia bala e tomar inteira, eu prefiro moer e inalar ela, é porque... ela é muito agressiva no nariz, arde... mas nunca chegou a sagrar, nada do tipo, mas eu prefiro inalar porque aí eu doso a quantidade, então eu inalo aqui, daqui meia hora eu inalo de novo (...) o que mais? Cocaína, eu só uso cocaína, raramente... das drogas que eu uso, é a que eu menos uso. Tanto em... como se diz... em vezes que eu uso, quanto em quantidade, quando eu uso é bem raramente, e quando eu uso é tipo pouco. Eu já tive umas experiências de passar do ponto com cocaína, mas é sem querer, porque é muito difícil o limiar de "ah! Tá legal, tô me sentindo bem, e nossa, travei! Foi demais" (risos). Principalmente porque eu só uso cocaína quando ela é muito boa, quando é cara, quando eu consigo um contato quando é pura, quando é uma qualidade boa, eu não uso cocaína que é da favela, sabe? (...) Acho que é isso. Com a cocaína é o principal, tem que tomar cuidado. Eu misturo com álcool, não é redução de danos, mas eu tomo muita água, e eu tento tomar cuidado com o tempo, porque a cocaína, eu tento dá um tempo "tipo eu acabei de dar um tiro, não vou dar outro"... pra evitar travar. Porque eu já travei, e é horrível. Pior coisa que existe (risos).*

Os participantes também falaram sobre a utilização de recursos externos, como pessoas e instituições, no ambiente virtual ou não. Segundo eles, a presença de pessoas durante o uso pode auxiliar na segurança, fato que ficou bastante evidente nas descrições das entrevistadas mulheres. As duas participantes relataram situações de risco ou de assédio durante uma situação de uso e afirmaram que o fato de estarem acompanhadas, com outras pessoas, trouxe segurança.

Em relação às instituições, os entrevistados citaram os Narcóticos Anônimos, CAPS, Comunidades Terapêuticas e planos de saúde, como vias de acesso a consultas e exames médicos. Além dessas, apontaram as instituições religiosas como importantes alicerces para o cuidado em saúde. Vale lembrar ainda a menção que fizeram à importância do envolvimento e da participação em movimentos sociais, por meio da militância social, como a atuação em grupos antiproibicionistas.

Também foi destacada a importância dos recursos virtuais para o cuidado em saúde, com a utilização de plataformas como "google", "youtube", "facebook", "instagram", para a busca de informações sobre determinada substância psicoativa (suas características, seu uso e experiências de outras pessoas), que auxiliem na avaliação de risco para o uso. Ademais, esses recursos eram frequentemente utilizados para obter informações sobre nutrição e atividade física ou sobre onde e para quem pedir ajuda em uma situação de saúde, bem como qual médico procurar caso apresentassem

determinado conjunto de sinais e sintomas.

A seguir, está apresentado um primeiro trecho emblemático extraído da entrevista com Guilherme:

**Guilherme:** *Ajudou, por incrível que pareça uma igreja evangélica. É que, na época, eu acreditava em Deus. Hoje eu não acredito mais.*

**Silvana:** *Você não acredita em nada?*

**Guilherme:** *Nesse Deus Cristão, não! Esse Deus que vai te mandar por inferno porque bebe e fuma... esse eu não acredito mais. Mas eu tenho a minha espiritualidade, total. Mas, na época que eu acreditava, eu entrava na igreja, eu falava "meu Deus, me ajuda", e tal, e consegui ficar livre por seis meses. Limpo? Limpo sem droga pesada - cocaína, crack e maconha. Mas eu não vejo como pesada, mas, enfim... essa ilícitas aí... fiquei seis meses, cara. Só que nessa época eu tava na base do meu autoconhecimento, e eu fui lendo, fui lendo, fui lendo, fui vendo da onde vinha o cristianismo, da onde veio tudo aquilo, então, aquela construção de Deus bonitinho, pra mim, deixou de existir. Mas, eu percebi que a fé em geral, tipo assim, Deus, pode ser Buda... que eu percebi que se eu acreditar, que eu tiver fé, eu consigo usar aquilo como uma muleta muito forte. Uma muleta que vai segurar o meu BO, que p\*\*\*, "dá hora irmão, pode continua andando, que você não precisa dos baguio lá". Então, é uma muleta muito forte, então, sim a fé, a religião, foi ela que me pá, tá ligado? Dentre essas instituições, teve outra, que eu fui obrigado a participar, que foi Narcóticos Anônimos, em 2007, que me pagaram fumando maconha, em Valinhos, a polícia. Em 2008, teve o julgamento, e minha sentença foi frequentar Narcóticos Anônimos por 4 meses. Duas vezes por semana, durante 4 meses. Eu fui três vezes, eu achava o lugar depressivo, uma galera com histórico muito tenso, que eu tinha meu histórico, mas meu, me pegaram fumando maconha! Tipo assim, na época eu já tinha experimentado coca e tal, mas meu... light, perto dos caras lá, eu era um anjo. Tinha cara que batia na mãe, fumava o dia inteiro, e ia lá... E eu ia lá, me sentia mal! Eu falei, "não vou!" e não fui mesmo! No dia da audiência, o juiz falou um monte de m\*\*\* pra mim... "você tá achando que é brincadeira? Vai preso!.*

**Silvana:** *Mas você tentou explicar isso? Que não fazia sentido pra você, durante o julgamento?*

**Guilherme:** *De que jeito eu vou falar? Você não tem voz, você não tem voz! Depois eu conversei com o promotor, promotor não, o meu advogado do Estado, ele falou "não, aqui é tudo armado... só entra, assina, que não vai dar nada, relaxa"... E eu só tava preocupado se eu ia em cana ou não! Não queria saber de mais nada. Então "eu não vou em cana, é isso? F\*\*\*!". Mas não tinha voz, no tribunal é um processo atrás do outro. Ele não falar: "conta o seu caso, senta aqui", não vai rolar!*

**Silvana:** *E a abordagem da polícia, como foi?*

**Guilherme:** *Foi de boa, foi do trampo dos cara mesmo. Mandaram a gente parar, sentiram o cheiro de maconha. Deram uma engrossada um pouco na voz, pra dar aquela intimidadinha: "cadê o bagulho, pá"! A gente já veio, "ó, o que tá aí, é o que tá aí". O cara olhou "você tem passagem?", eu falei "não", e ele "então agora você vai ter!", aí eu falei "ei c\*\*\*". Aí me colocou dentro da viatura, não rolou agressão, não teve tortura psicológica, nada. Chegou lá, o delegado contou o que aconteceu, contei como foi a abordagem, perguntou quanto que tem de maconha, aí eu falei "deve ter um grama aí"... nossa, meu! Um back... um back... Aí o cara, tipo assim, "os caras já trouxe aí" (se referindo aos policiais) ... eu vi na cara do cara, tipo "nossa, que bosta, esse bando de filho da \*\*\*\* não tem o que fazer, tá ligado?" (risos), tipo, "vai atrás de ladrão", eu vi, ele falou "quanto tem aqui?", eu disse "um grama", ele... "hum..." Aí, passou, teve essa audiência, eu tinha que frequentar, eu não frequentei, teve outra audiência que tinha que levar o papel, com uns carimbo, tinha um, tinha que ter três... aí passou, e é isso! Mas das instituições, que era o lance, o que me mudou foi o Narcótico, que mudou foi "o que que eu tô fazendo aqui?"; e a igreja me ajudou a ficar limpo um tempo, e na fé... (...) No google, eu escrevo assim, geralmente, eu quero mudar alguma coisa: "aí, eu preciso parar de fumar um pouco, de diminuir", eu entro e digito "amenizar cigarro", aí, geralmente, eu pulo pra um blog, que acaba levando... um blog explica uma parada, aí eu quero saber mais, porque o blog não explicou direito, então... eu gosto muito de vídeo, eu tenho facilidade pra aprender com vídeo, escrita e leitura, eu aprendo, pra mim é mais cansativo, é maçante... agora, com vídeo eu vejo uma vez só e "olha isso, veio!*

Abaixo segue parte da entrevista realizada com Bernardo, na qual ele falou sobre a participação dos recursos externos no cuidado:

**Silvana:** *Eu queria perguntar qual foi a sua experiência com as internações, comunidades terapêuticas, clínicas de reabilitação?*

**Bernardo:** *Foi o CAPS, mano, uma época. Me ajudou sim. Eu coloquei um amigo lá, e ele parou de beber, sacou? Virou... ele tava morando comigo, ele era um cliente bêbado do meu bar, e depois que eu vendi o bar, e ele, depois de um tempo, foi expulso da casa, ele tava perdendo o apartamento que ele tinha alugado, a mulher largou dele, e eu levei ele pra morar comigo. E aí, eu comecei a ir no CAPS com ele. Legal. Eu cheguei lá, assim, eu passei uns meses acompanhando ele. Foi legal porque eu dei aula de TO lá, com argila, sacou? Mas também pegava uns remédios, e pegava uns álcoois, sacou? Depois de ir lá. Mas eu fiz a minha parte. Minha parte era colocar meu amigo lá dentro, ficou lá uns três anos depois, uns quatro. Aí eu fiquei sabendo que ele morreu dentro da pensão, com ele dormindo... Mas assim, o CAPS foi legal. Foi legal, sim, o sistema de atendimento. Pra quem quer, né? Pra mim foi legal porque eu vi que eu fui ajudar, e me ajudou, sacou? Ajudar me ajudou. Nossa, foi muito louco. Eu dei umas quatro aulas lá, eles marcavam. O pessoal tinha nojo. Tinha uma reserva de argila lá, seca, umas pedras! eu olhei aquilo, e fiquei abismado, meu! Me deu aquela saudade do tempo que eu fazia... “não, ninguém gosta... o pessoal de rua fala que vai fazer argila, mas morrem de nojo” ... mas eu dei... na primeira aula, até as orientadoras sentaram! (risos). Não mandei ninguém fazer nada, sacou? Eu primeiro ensinei eles a limpar a argila, sacou? A argila tava dura, eu fiquei quebrando, quebrando, fui pondo água no balde, e o primeiro contato que o homem tem é com a terra, primeira coisa que você tem que fazer com a argila, é limpar a argila, porque se ela secar com uma pedra ela vai trincar, e segunda coisa, na hora que você tá amassando, você vai ver a figura lá dentro... e nossa! Dá uma piração, dá uma piração pessoal... “faz o que vocês quiserem... o que vocês têm saudade”, meu, nego fazia a casa que ele morava, sítio... foi uma experiência gratificante (...).*

**Silvana:** *Mas, hoje, se você estiver como uma dor no joelho, pra onde você vai?*

**Bernardo:** *Eu não vou, velho. Eu não procuro ajuda. Como todo homem (risos) que fica doente não procura ajuda (risos). Outro dia, eu usei a internet por causa das varizes, que eu tava com problema no pé, aqui, eu não tava conseguindo pisar, o meu irmão, que médico foi lá, eu comprei dexta, citoneurim, e pá pá pá, velho, passou a dor, mas passou o efeito do remédio, e a dor continuou, tava inflamada a veia, porque aqui são varizes, mas quando chegou a minha operação de varizes, isso no ano 2000, que eu tirei dois quilos e meio de varizes, tem uns pontinhos tudo picotado aqui na minha perna, é de tirar. Aí chegou aqui, atingiu um nervo, e ele parou a operação, então, até aqui ele tirou, mas sempre continua dando problema, porque eu fiquei uns cinco anos sem sensibilidade, aqui. Mas aqui (mostrando a perna) esses escuros foi tudo, parava aqui, é nicotina, né? Aí o sangue não continua correndo, passou pra vasos, então, ela para tudo no pé, e aí quando foi saindo, tem uns pretinhos aqui, é o que a pele está expelindo, sacou? Ela sai, e vira ferida. Então, tem que manter óleo, e tal... aí como voltou a dor, eu falei, “vou ver na internet”, aí eu vi lá: “varizes”, uma mulher falando: babosa, alho, gengibre, cenoura, laranja e tomate, bate tudo... (...)*

**Silvana:** *E a espiritualidade, foi importante?*

**Bernardo:** *Exatamente, que foi que eu tinha perdido ela. Eu sabia que meu negócio era espírito. Era espiritual e tal... e realmente tinha, sempre a turma fala que tem trabalho, mas assim, olha só, eu nunca conversei com espírito, né? Com a moça, com a médium, na hora que ia embora, na hora que a vô ir embora, a gente conversava e tal, e eu falava as dificuldades que eu tava tendo pra parar e... só que, desde o dia em que eu cheguei lá, ela nunca me deixou de fora na abertura do trabalho, ela sempre me chamava pra dentro da sala, só que eu ficava no fundo da sala, aí ela atende o centro espírita inteiro, tipo, 100, 200 pessoas, famílias... eu saía era na madrugada, eu chegava seis da manhã, e saía de noite, eles mandam uma comidinha pra mim, e eu ficava ali, só escutando, só escutando... e eu ficava ali, vendo os problemas de família, aquele global! Passou dois anos, e eu ali, só escutando, e eu, o louco, eu já tava limpo dois anos, já tinha parado com tudo!*

**Silvana:** *E você acha que foi espiritual?*

**Bernardo:** *Tinha, tinha um trabalho. Eu cresci pra c\*\*\*. Fizeram um trabalho pra me destruir, porque eu casei, eu tava namorando uma menina, e eu casei com a mãe do meu filho, então assim, eu namorei*

*ela 4 meses, e eu conheci ela, e nunca mais fui ver a outra menina. E na hora que eu saí de lua de mel, eu encontrei a menina dentro da loja, fui comprar uma máquina fotográfica pra ir pra praia, na lua de mel, e a menina que veio me atender, ela olhou a aliança, nossa meu... e se "eu não fosse dela, eu não era de mais ninguém", então foi um trabalho, pra me matar usando droga, e foi a época pior de uso de droga. Só que, pô veio, eu entrei lá, fiquei esses dois anos ouvindo e parei, velho, não tava usando. Aí, um dia, velho, ela acabou de atender um pessoal, e ela virou pra mim "e você, meu filho, vem cá, o que você quer perguntar pra mim?" "nada! Eu não tenho nada pra perguntar". Meu, eu não tinha problema nenhum! Eu usava droga só... eu não tinha problema, o problema meu era a droga, meu. O problema que me levou de infância... e que me levou, não é problema perto do que eu vi, Silvana! O que eu ouvi de destruição, cara, e de reconstrução também, foi muito forte, foi o tempo que eu aguentei pra ficar limpo, isso foi em 89.*

A partir dessas descrições pude, de forma direta ou indireta, identificar o que significa cuidado em saúde para eles: a redução de danos; ter condições financeiras e materiais para viabilizar o cuidado; e entender que o corpo (físico, mental e espiritual) precisa responder às suas necessidades de prazer, satisfação, felicidade, arte e espiritualidade. Todos esses significados devem ser considerados em uma determinada temporalidade da vida da pessoa, ou seja, as suas necessidades de hoje não são, necessariamente, as mesmas de antes, e não serão, necessariamente, as mesmas no futuro.

Outros participantes também falaram sobre o que consideravam cuidado em saúde. Abaixo trago trechos das entrevistas de Bianca, Cristina, Eduardo e Pedro:

**Bianca:** *Bom, deixa eu pensar... eu acho que é você procurar, sei lá, se manter bem, física e mentalmente, é procurar meios de fazer coisas que te deixem bem, né? Mentalmente e fisicamente, né? E eu acho que o complicado das drogas, do álcool, e das drogas assim, as drogas lícitas e ilícitas, é isso né? Porque muitas vezes elas te deixam psicologicamente bem, né? No meu caso, em um contexto de lazer..., mas porque eu uso em um contexto de lazer, porque eu me sinto bem, né?*

(\*\*\*)

**Cristina:** *(...), mas um modo geral, que eu tenho cuidado com a saúde, é isso, assim... eu tento cuidar da alimentação, faço alongamento em casa, eu tomo sol, também, faz muita diferença na minha vida, o sol, porque (...) o frio aqui, me deixa muito chateada (risos)...*

(\*\*\*)

**Eduardo:** *Cuidar da saúde? Mano... eu entendo que cuidar da saúde é você tentar fazer seu corpo funcionar 100%. É a minha visão de cuidar da saúde. É tentar se alimentar bem, é tentar se exercitar, é tentar manter a cabeça no lugar, entendeu? Tem gente que sei lá gosta de estudar música, eu gosto de ler um livro, eu poderia estudar música, eu poderia estudar um idioma, mas eu vou fazer isso um dia! É isso que eu entendo de cuidar da saúde, meu. Tipo, se você está com uma dor, e você tem que ir no médico, se não vai num acupunturista, come mais verdura, caminha no final do dia...*

(\*\*\*)

**Silvana:** *E você, não quer falar um pouco? Por que a maconha é tão importante pra você?*

**Pedro:** *Ah, eu acho que assim, que cientificamente ela tem fatores de criatividade que é intrínseco a ela... assim, eu amo arte, eu amo que a maconha faça sinapses não lógicas que permita a... sentir um cheiro e pensar numa música, e vice e versa, entendeu?*

**Silvana:** *Hum...*

**Pedro:** *Os vários sentidos... eu acho isso muito sensorial, tudo isso. E assim, ela faz parte de uma ideia de quebra desse mundo produtivo, que a maconha não é uma droga produtiva, tipo a cocaína, e mesmo o álcool, e mesmo o tabaco, assim, você fumar um, no meio do dia e no final do dia, você quebra uma lógica, e ela te dá uma outra perspectiva de vida, assim, tipo, às vezes você tá tão nória em um bagulho, assim, que você fuma e fala “nossa, tem essa outra perspectiva que eu não tinha pensado porque eu tava muito focado naquilo, então assim, é... e, fora essa questão da militância, da legalização, então, eu sou militante na questão antiproibicionista, eu acho que uma democracia possível, é uma democracia que te informe o máximo, pra você ser livre pra saber se você quer ou não esse tipo de substância, e saber a relação que ela tem com seu corpo, e que o Estado esteja aí, Estado? Mas não necessariamente o Estado, mas uma comunidade que esteja aí pra te ajudar a sair da m\*\*\*, porque ninguém está livre pra dar m\*\*\*, entendeu? E assim, pode dar m\*\*\* em mil fatores da vida, entendeu? A droga é um deles, então a minha noção de política vai muito de encontro com isso. Fora a própria libertação do corpo, o próprio lance do... ah, você estar... de você ter outras visões de mundo, de ficar chapado mesmo, eu sou muito, eu acredito muito no uso recreativo, e da diversão, eu sou... eu tava ouvindo agora pouco o... o... como é que chama? O pré-lançamento do Bahiana Sistem e aí o Russo Passapusso chamou a atenção pra um bagulho que me pega muito, de uma música que é “lute pelo seu direito de festejar, e festeje o seu direito de lutar.*

Com base nessas descrições variantes de experiências de vida dos participantes pude, em termos fenomenológicos, realizar a redução, ou seja, suspender a minha atitude natural e buscar nas descrições o *eidós* de cuidado em saúde para essas pessoas que usam drogas. Dessa forma, procurei, nas singularidades, os aspectos universais apriorísticos que levaram à essência desse cuidado. Nesse momento, apresento as unidades de significados que emergiram a partir da minha variação imaginativa com base nos valores atribuídos pelos participantes.

#### **4.2 - O contexto brasileiro contemporâneo sobre drogas**

O uso de drogas é um fenômeno que se apresenta de diversas formas. Essa diversidade está relacionada ao humano, pois a questão se torna complexa quando atribuímos este fenômeno ao comportamento, aos valores e às relações humanas, de forma geral. E justamente por ser complexo, humano, analisá-lo demanda considerar as questões contextuais, como os fatores históricos, sociais, culturais e políticos, bem como os aspectos relativos aos significados e sentidos atribuídos por esses humanos, em determinado tempo e espaço.

Nesse contexto, eu, pesquisadora que desenvolvi o presente estudo, sou uma mulher, brasileira, vivida entre os séculos XX e XXI. Portanto, os participantes desta pesquisa são meus contemporâneos e todos brasileiros. Essas são características importantes de serem mencionadas e exploradas, pois, ao considerarmos o uso de drogas um fenômeno humano e, conseqüentemente, produto histórico e cultural, supomos que o fenômeno do cuidado esteja localizado nessas mesmas esferas.

Para caracterizar o brasileiro a que me refiro, e mais adiante, o seu cuidado em



saúde, recorri a uma referência literária, tipicamente brasileira, que concidentemente emergiu durante as entrevistas com os participantes. Dois deles trouxeram o arquétipo do anti-herói, porém um referiu-se, especificamente, ao personagem Macunaíma:

**Silvana:** *Você pode falar do que você quiser! Fala um pouco de você, pra gente saber quem você é, e de como a droga entrou na sua vida...*

**Pedro:** *Eu acho que assim, a ideia do anti-herói sempre foi muito presente na minha vida...*

Segue o próximo trecho de outra entrevista, agora de Bernardo:

**Silvana:** *E é diferente, pra você? (em relação a cada droga que já usou) eu quero saber, o valor de cada uma delas?*

**Bernardo:** *Uau!!! Eu acho ácido maravilhoso, sacou? Você sai de dentro de você. Literalmente, mesmo. Cheguei a andar comigo do lado. Já cheguei a me c\*\*\*! Me c\*\*\*, e era eu, dentro da privada, eu senti como se fosse um parto, mano (risos). P\*\*\*, eu vi aquela coisa saindo, enorme, era Macunaíma (risos). Nossa, foi muito doido. Ácido foi muito doido. As possibilidades de viagem.*

O primeiro trecho refere-se à questão inicial da entrevista, momento em que solicitei ao participante que falasse um pouco sobre ele, sobre a sua vida e sua relação com o uso de drogas. A compreensão sobre sua identidade está ligada à figura do anti-herói. Já no segundo trecho, o participante Bernardo respondeu a um questionamento sobre o significado de cada droga por ele experimentada, quando perguntei: “qual o valor delas para você?”. Nesse momento, ele descreveu uma experiência vivenciada sob efeito de um psicodélico e atribuiu esse uso a uma necessidade fisiológica, de evacuação. Chegou a compará-la com a experiência de um parto, no qual “o seu filho” seria Macunaíma, e ainda relatou: “era eu dentro da privada”.

Dessa forma, escolhi a descrição do brasileiro com base em uma passagem do livro de Mário de Andrade, “Macunaíma: o herói sem nenhum caráter”, na qual o autor utilizou-se de um mito indígena para descrever como foi o nascimento das etnias brasileiras:

“Então, Macunaíma enxergou numa lapa bem no meio do rio uma cova cheia d’água (...) O herói, depois de muitos gritos por causa do frio da água, entrou na cova e se lavou inteirinho. Mas a água era encantada porque aquele buraco na lapa era marca do pezão do Sumé, do tempo em que andava pregando o evangelho de Jesus pra indiada brasileira. Quando o herói saiu do banho estava branco louro e de olhos azuizinhos, água levava o pretume dele. E ninguém não seria capaz mais de indicar nele um filho da tribo retinta dos Tapanhumas. Nem bem Jiguê percebeu o milagre, se atirou na marca do pezão do Sumá. Porém a água já estava muito suja da negrura do herói e por mais que Jiguê esfregasse

feito maluco atirando água pra todos os lados só conseguiu ficar da cor do bronze novo. Macunaíma teve dó e consolou: - Olhe, mano Jiguê, branco você ficou não, porém o pretume foi-se e antes fanhoso que sem nariz. Maanape então é que foi se lavar, mas Jiguê eborrifara toda a água encantada pra fora da cova. Tinha só um bocado lá no fundo e Maanape conseguiu molhar só a palma dos pés e das mãos. Por isso ficou negro bem filho da tribo Tapanhumas. Só que as palmas das mãos e dos pés são vermelhas por terem se limpado na água santa. Macunaíma teve dó e consolou: - Não se avexe, mano Maanape, não se avexe não, mais sofreu nosso tio Judas!” (ANDRADE, M. 2004, p.39-40).

Esta passagem é bastante emblemática, pois explica, por meio do mito, a origem desse brasileiro, com a presença das três principais etnias: o indígena (americano), o negro (africano) e o branco (europeu). Ademais, ao narrar a cena descrita acima, Mário de Andrade revela-nos que a fonte mágica fica dentro da pegada do “pezão de Sumé” – de origem europeia, colonizador, catequista e cristão.

Muitas são as referências históricas sobre a origem do Brasil e do brasileiro a partir da modernidade vinculadas a uma perspectiva europeia e, portanto, do colonizador. Segundo Boaventura de Souza Santos (2016), nesse processo de colonização moderna, a lógica global pode ser vista sob duas perspectivas: a do hemisfério Norte e a do hemisfério Sul. Assim, a produção de conhecimento do Sul foi exterminada pelo Norte Global, fato que ele atribui ao epistemicídio.

A produção do conhecimento contemporâneo, tanto no âmbito das ciências da saúde com a respeito da própria história de nós brasileiros, é atravessada por essas “sociologias das ausências”. Em outras palavras, aquilo que nos foi subtraído e invisibilizado - também pelas “sociologias das emergências” – é passível de ser construído a partir do que desejamos e que nos foi retirado (SOUSAS, 2016).

Portanto, o brasileiro contemporâneo, a que me refiro aqui, é a junção desses povos indígenas, negros e brancos. O branco europeu impôs sua cultura, violentou, destruiu, aniquilou, subjuguou e desumanizou toda a vida e a história dos povos originários das Américas do Sul e da África. No porão de suas naus, trouxeram o capitalismo, o colonialismo e o patriarcado.

Esta obra de Mário de Andrade é alegórica para caracterizar o brasileiro. O personagem Macunaíma, criado pelo modernista, foi inspirado no trabalho do etnógrafo alemão Theodor Koch-Grünberg, autor do livro “Do Roraima ao Orinoco”, de 1924,

produzido a partir de uma viagem para Roraima. Foi lá que ele conheceu a tradição oral lendária do herói “Makunaima”, originária dos povos Pemon. Seu objetivo era produzir, por meio da etnografia alemã da época, a alma original dos povos ditos primitivos.

“Além de ganhar nova designação, em que o “K” do alemão foi substituído pelo “C” do português, o herói saído do isolado Roraima dos pemon, desembarcado nas terras civilizadas da Alemanha, e, depois, retornado para a São Paulo modernista de Mário de Andrade, ganharia, também, dois epítetos, que passariam a lhe marcar doravante a identificação: agora, além de ser Macunaíma, passava a ser conhecido como “o herói da nossa gente” e como “o herói sem nenhum caráter”. O responsável por esse processo de reidentificação foi um escritor paulista profundamente comprometido com a definição de um caráter nacional para a cultura brasileira (CARVALO, 2009, p.19).

A figura de Macunaíma para descrever esse brasileiro suscita o resgate de outra característica importante da personagem, que deve ser explorada: o arquétipo do herói e do anti-herói. No livro, Mário de Andrade refere-se a Macunaíma como herói, “herói da nossa gente”.

Segundo o dicionário de termos literários, o herói ou a heroína tem origem na palavra grega “hêros”, que se refere a um ser humano divinizado, sendo filho ou descendente dos deuses. De forma genérica, trata-se de uma personagem de uma epopeia, prosa ou teatro. A Antiguidade Clássica referia-se ao herói como aquela personagem fora do comum, com atitudes sobre-humanas, e quase divinas. A partir do século XIX, surgiu a figura do anti-herói, agora não mais romântica, mas sim realista e naturalista (MOISÉS, 1988, p.272-273).

Segundo Arantes (2008), essa concepção de herói romântico, clássico, está intimamente ligada aos períodos pré-modernos, nos quais a figura do herói era utilizada como referência das ideias e crenças de sua comunidade e de seu tempo. Atualmente, vale lembrar, ainda é usada como forma de resgatar os valores de sua sociedade corrompida.

Já a figura do anti-herói foi, gradualmente, construída na passagem da pré-modernidade para a modernidade. Dessa forma, a construção de um “herói às avessas”, como Macunaíma, foi referência de um novo estatuto de herói, que carregava consigo características problemáticas, solitárias, angustiadas, com uma identidade fragmentada e

em constantes conflitos com o mundo em que vivia (ARANTES, 2008). Eles representavam, justamente, a subversão dos valores do seu tempo e, por isso, não é possível atribuí- lhes uma identidade de fracasso ou de falta de coragem:

“um vencido-vencedor, que faz da fraqueza a sua força, do medo a sua arma, da astúcia o seu escudo; que, vivendo num mundo hostil, perseguido, escoraçado, às voltas com a adversidade, acaba sempre driblando o infortúnio” (GONZÁLEZ, 1994, p.98).

Portanto, a figura do anti-herói que surgiu por meio das entrevistas, para a autodescrição dos participantes desta pesquisa, torna-se muito pertinente, sobretudo quando analisada a situação dessas pessoas no contexto brasileiro. Posso, portanto, concluir que a utilização do anti-herói, aqui, refere-se a um ser de resistência a todas as violências objetivas e subjetivas do Sul Global desse brasileiro, que surge na modernidade.

A modernidade não é uma característica singular brasileira. Para Bauman (1999), passou a ser inserida no bojo da construção dos estados modernos a partir do século XVII e, desde então, assumiu novas características ao propor a própria consciência da modernidade. Ou seja, a chamada pós-modernidade, ou contemporaneidade, é a consciência do projeto moderno. Portanto, é necessário abordar o que é a modernidade, bem como suas características fundantes e sua cultura atrelada, para compreendermos o contexto em que se insere a presente pesquisa.

O mundo pré-moderno, em especial o mundo ocidental, tinha uma ordem, um fluxo natural, e tudo deveria ser criado a partir dessa ordem natural das coisas. Entretanto, quando passamos a ter consciência da ordem, ela tornou-se apenas um conceito e, com ele, emergiram os problemas da ordem. Ou seja, pela necessidade da ordem, a sociedade (e sua existência hierárquica) passou a ser uma entidade soberana, organizada pelo Estado (BAUMAN, 1999).

A ordem tornou-se, então, a busca obsessiva da modernidade, uma visão, um propósito. Porém, sem o caos, não há ordem. Por isso, Bauman (1999) menciona que a ordem e o caos são gêmeos da modernidade. O caos é o ambivalente, o ilógico, o ambíguo, a negatividade; e a ordem o simétrico, o fragmentado, o geométrico e a positividade. Assim, a prática moderna consiste em esforçar-se para exterminar a ambivalência.

Não se trata de uma defesa do caos ou da ordem, afinal elas coexistem. Trata-se de expor as bases do pensamento moderno, que originou a construção do Estado moderno e, conseqüentemente, o Estado contemporâneo. O contexto cultural e as práticas e teorias das ciências contemporâneas são fruto da consciência dessa modernidade (BAUMAN, 1999).

Na cartografia do professor e historiador Henrique Carneiro, “Drogas: A história do proibicionismo”, ele delimitou o início da época moderna com a descrição do modo de produção capitalista, em seu estágio primário, o mercantilismo. Segundo ele, as grandes navegações, partindo-se da Europa para o resto do mundo, constituíram um importante marco das mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais, as quais, por sua vez, exerceram impacto direto nos modos de vida do ocidental, inclusive nas suas atividades do cotidiano, nas formas de se alimentar e nas escolhas farmacológicas.

Os produtos antes levados de um canto para o outro do mundo eram os alimentos-drogas: especiarias, açúcar, bebidas alcoólicas, chocolate, café, chá, tabaco e o ópio. Esses produtos eram exóticos, de luxo e até mesmo para uso medicinal, e, por isso, também vítimas do tráfico mercantil. Como já havia consumidores em todo mundo desejando tais “iguararias”, elas se tornaram importantes fontes de riqueza das potências modernas (CARNEIRO, 2008).

Apesar disso, muitas dessas substâncias sofreram restrições, e até mesmo proibições. A proibição na Europa iniciou-se a partir do século XVI, e mais intensamente no século XVII. Algumas sociedades pré-modernas, não apenas do continente europeu, mas de outras regiões do mundo, também consideravam algumas drogas proibidas, e as principais justificativas para isso estavam relacionadas a sistemas tradicionais de crenças – tabus religiosos- ou até mesmo à tentativa de manter o uso privilegiado de determinado grupo social (CARNEIRO, 2008).

Para traçarmos uma perspectiva histórica do consumo de psicoativos no Brasil é necessário que iniciemos essa trajetória a partir das bebidas alcoólicas. Segundo Torcato (2013), o álcool era produzido pelos povos indígenas, sendo o mais conhecido deles, o chamado cauim, obtido da fermentação de várias frutas. Ele era utilizado em rituais de cauinagens, também perseguidos por autoridades eclesiásticas da época.

O tabaco foi apresentado pelos indígenas brasileiros aos europeus. Era utilizado

de várias formas, não apenas fumada, como aspirado, bebido ou através de enemas. Inclusive, o tabaco foi uma importante mercadoria para a economia brasileira durante a colonização. Além desses usos, era consumido na forma inalada – com o rapé – para aliviar dores nos dentes e como descongestionante nasal (TORCATO, 2013).

As produções de açúcar e cachaça, no período colonial, e de café, durante a república velha, foram fundamentais para a economia brasileira, em suas épocas. Além dessas substâncias, existiu também o consumo de outras drogas na história do Brasil. Havia a jurema – árvore encontrada na região da caatinga nordestina – utilizada em rituais caboclos; a ayahuasca – chá utilizado por inúmeras tribos indígenas da região amazônica; e a cannabis – de origem asiática e cultivada há seis mil anos – utilizada pelos povos ameríndios a partir da chegada dos europeus e dos povos africanos, tornando-se uma importante substância para uso terapêutico (TORCATO, 2013).

Além desses, entraram na cultura brasileira por intermédio dos europeus, pela via terapêutica, os opiáceos, o éter, o clorofórmio e a cocaína. Datam da Guerra de Secessão (1861-1864) os primeiros relatos de uso problemático da morfina e, em 1878, utilizou-se o termo médico de morfinomania. No final do século XIX, iniciaram-se os registros de uso dessas drogas não apenas para a finalidade terapêutica, mas, também, para consumo recreacional, específicos para cada região do país, e de classes sociais diferentes (TORCATO, 2013).

No final do século XIX, no Brasil, a ideia do uso de drogas de forma patológica foi associada à expansão da psiquiatria como categoria médica. Esses médicos defendiam a utilização dessas substâncias como fármacos e a necessidade de controle do comércio (TORCATO, 2013).

O marco da primeira regulação, por meio de medidas proibicionistas, foi a lei nº4.294, de 14 de julho de 1921, que proibia a venda de substâncias com características “entorpecentes”, como ópio e a cocaína, sob pena de prisão para aqueles que realizassem o tráfico dessas substâncias e seus derivados, e regulamentava o consumo de álcool. Nesse sentido, as formas de regulamentação das drogas no Brasil, e suas diferenças regionais, evidenciam uma forte relação com os projetos sanitários em favor dos projetos políticos locais (TORCATO, 2013).

Foi ao longo do século XX que a produção de drogas como medicamento teve

sua ascensão, sobretudo na década de 40, em que o desenvolvimento de novos fármacos se tornou mais proeminente, associado a novas tecnologias e à industrialização. Na época, uma variedade de fármacos foi desenvolvida com o objetivo de contribuir para o aumento da expectativa de vida, mas esse processo permitiu a medicalização geral dos corpos e da própria vida. A ideia de saúde e de vida passou a se objetivar (VARGAS, 2008).

Do final do século XIX e ao longo do século XX, a regulamentação das drogas no mundo produziu acordos internacionais para diferenciá-las, de acordo com sua circulação, em drogas ilícitas, lícitas medicinais e lícitas recreativas. Essa diferenciação, a princípio, tinha como justificativa os seus danos, porém há evidências de que não era esse o critério, de fato, pois a história da regulamentação é a história das drogas (CARNEIRO, 2008).

### 4.3 - As drogas são o problema

**Silvana:** *E o daime? Você não me contou do daime.*

**Guilherme:** *Verdade. Porque eu acabo nem vendo como droga.*

(trecho da entrevista com um dos participantes)

O trecho acima foi retirado de uma das entrevistas, após ter questionado quais tipos de drogas Guilherme usava. Porém, ao final da entrevista, Guilherme falou sobre a importância do Daime em sua vida. O Daime é o nome dado ao uso da ayahuasca, no contexto religioso, da igreja do Santo Daime, de origem brasileira.

Se as drogas são o problema, por que não as erradicar? Para o historiador Carneiro (2002, p. 123), "as drogas são produtos da cultura, são necessidades humanas, assim como os alimentos ou as bebidas, podendo ter um bom ou mau uso, assim como ocorre com os alimentos". Tal como os alimentos, elas não carregam apenas os seus efeitos, ou suas propriedades nutricionais, pois transportam também significados culturais e simbólicos. Atualmente, a droga carrega um valor simbólico e ideológico de pânico moral e de um fantasma do mal, bem como de uma pílula mágica e cura para

todos os males (CARNEIRO, 2008).

Como já descrito, o uso da droga é um fenômeno humano, inerente à história da humanidade. Entretanto, o que se modifica com tempo e o espaço, é o seu valor simbólico e o controle social. Por isso, a presunção em erradicá-las torna-se utópica, ainda que continue sendo uma ideia presente e fundante para a compreensão do proibicionismo como estratégia de modulação das drogas pelo Estado.

A mudança do mercado de drogas de legal para ilegal pode ser exemplificada pelas Guerras do Ópio, no século XIX. A China, imperial, não desejava o livre mercado de ópio dos países ocidentais, tais como Inglaterra e outros países da Europa, e, por isso, proibiu o consumo desta substância para bloquear o seu consumo e boicotar a produção de ópio estrangeira (RODRIGUES, 2008).

Os acordos de Xangai (1906) e a Primeira Conferência Internacional do Ópio (1912), realizada em Haia, tinham como objetivo firmar acordos internacionais comerciais de fármacos e outras drogas (TORCATO, 2013). Os Estados Unidos, por sua vez, ajustaram seus comércios e consumo interno com base nesses acordos, mas, também, em associação com grupos sociais que entendiam que a “imoralidade” e os “vícios” estavam vitimando a sociedade estadunidense (RODRIGUES, 2008).

Dessa forma, o álcool era o principal alvo nos Estados Unidos e, por isso, em 1914, foi implementada em todo o país a Lei Seca, que proibia a produção, comercialização e o consumo de álcool. Segundo Rodrigues, a promulgação desta lei significou uma vitória dos puritanos e moralistas norte-americanos, mas, também, do governo que passou a assumir maior controle sobre as pessoas (RODRIGUES, 2008).

O objetivo da Lei Seca era erradicar o álcool, porém não resolveu o problema:

“o efeito automático da Lei Seca não foi a supressão do álcool e dos hábitos a ele associados, mas a criação de um mercado ilícito de negociantes dispostos a oferecê-lo a uma clientela que permanecia inalterada. Inalterada em gostos, mas agora diferente, pois ilegal, criminosa. Produziu-se um campo de ilegalidades novo e pujante; inventou-se um crime e novos criminosos; e o álcool, talvez para a angústia dos proibicionistas mais dedicados, não deixou de ser consumido. Assim, se ele era procurado e vendido era preciso, então, aplicar a lei (RODRIGUES, 2008, p.94).

A Lei Seca foi revogada em 1933, após uma importante crise econômica em



1924, causada pela quebra da bolsa de Nova Iorque. Em 1961, ainda nos Estados Unidos, houve a Convenção Única sobre Entorpecentes, coordenada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em que implementaram globalmente o paradigma proibicionista (FIORE, 2012), mesmo após o fracasso da Lei Seca nos Estados Unidos (RODRIGUES, 2008).

Para Fiore (2012), o proibicionismo foi responsável pela arbitrária categorização contemporânea de uso de substâncias psicoativas em uso de drogas legais (positiva) e drogas ilegais (negativas). Por essa razão, o autor define o proibicionismo como “uma forma simplificada de classificar o paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias” (p.9).

O Brasil foi signatário da legislação proibicionista norte-americana, apesar da situação da maconha ter sido diferente, pois as elites brasileiras estigmatizavam a droga e, por isso, ela foi considerada ilegal no Brasil em 1932, cinco anos antes da proibição nos Estados Unidos (FIORE, 2012).

No início do século XX, a estigmatização das pessoas que usavam drogas era comum, não apenas no Brasil, pois associava-se, de forma moralista, a droga às minorias, o que explica sua estreita relação com a atuação policial. Já entre os anos 10 e 20, este uso tornou-se mais difundido entre as diversas classes sociais e, então, passou a constituir uma preocupação de saúde pública (RODRIGUES, 2008).

Fica, portanto, evidente que a droga em si não é o problema para o cuidado, mas sim os valores que são atribuído a elas. Os motivos que levam as pessoas a usarem drogas, como discutido acima, são encontrados em contextos muito diversos, como religiosos, medicinais, por prazer – sendo necessário compreender o valor atribuído socialmente por cada um deles, em um determinado tempo histórico. Da mesma forma, os males por elas causados estão associados aos diferentes entendimentos sobre o que faz bem e o que faz mal, em seus determinados contextos e culturas: “as drogas são consumidas dentro das regras de uma espécie de cultura, a cultura da droga” (FIORE; VELHO, 2008, p. 133).

#### **4.4 - As pessoas que usam drogas são o problema**

**Silvana:** *Sim, sim. Eu fico pensando, o que que será, pra você, pensando o nosso contexto de uso, em comparação com as pessoas que estão no nosso convívio que fazem um uso com muito mais problemas do que você, o que você acha que tem em você que te faz se segurar, em comparação com pessoas que*

*não têm esse controle? O que que você sente que pode ser de diferente?*

**Bianca:** *Nossa! Aí você me pegou! Engraçado, porque eu vejo uma diferença, eu sei que existe uma diferença, por exemplo, o álcool, o meu próprio pai, entre eu e o meu pai, tem uma diferença, né? Até os meus amigos, que fazem um uso mais abusivo, a gente sabe... eu acredito que, olhando a parte do álcool, do meu pai, num sei, talvez tenha alguma coisa psicológica envolvida com isso, pra um contexto psicológico, né? Eu não sei se pra todos, eu não sei dizer, mas eu acho que isso é uma parte importante, né? Da parte da estrutura psicológica...*

**Silvana:** *Algo da pessoa? De dentro dela que você quer dizer?*

**Bianca:** *Isso! É! Ou do contexto. Por exemplo, o meu pai tem uma família bem complicada, tem muito problemas psicológicos, ele não tem muitos problemas físicos de saúde, mas a cabeça, né? É bem complicada, na família inteira! Então, eu não sei, talvez por ele crescer nesse meio, assim, a família do meu pai tem bastante tendência ao vício, né? (...) No caso de outras pessoas, mais a questão da pessoa, uma coisa... Nela! Alguma coisa no psicológico dela, eu acredito que pessoas que fazem um uso mais abusivo, usam aquilo como fuga de alguma coisa, precisaria saber o que é isso, né? Do que que ela tá fugindo? O porquê ela precisa usar isso, pra fugir do quê? E como que ela pode fazer essa substituição aí, se isso, pra... um tratamento, alguma coisa que possa, né? pra nortear.*

O trecho acima foi extraído de uma das entrevistas e apresentado aqui para fundamentar o caminhar da discussão a seguir. Interessa-me, nesse momento, desvelar as ideias centrais sobre essa perspectiva de que o uso de drogas está relacionado à pessoa que usa.

Segundo Carneiro (2008), todos nós somos pessoas que usam drogas. De fato, se considerarmos droga sob essa perspectiva apresentada anteriormente todos nós consumimos ou consumiremos drogas. Entretanto, se assumirmos a perspectiva proibicionista, de que há drogas positivas e negativas, possivelmente associaremos a pessoa que usa determinada substância a um valor.

A princípio, em muitos lugares do mundo, durante o mercantilismo, as drogas como café, chá, açúcar e as especiarias eram artigos de luxo, ou seja, aqueles que tinham acesso a essas substâncias eram vistos como ricos e influentes na sociedade. Já a maconha, por exemplo, por ser consumida por indígenas e negros, no Brasil, era considerada uma substância de baixo valor, de hábitos degenerados.

De acordo com Rodrigues (2008), nos Estados Unidos, era comum associar negros à cocaína, hispânicos à maconha, irlandeses ao álcool e chineses ao ópio. Era quase uma relação direta e, portanto, estigmatizada das populações excluídas. A própria compreensão sobre o uso de drogas como um problema de saúde pública só apareceu quando outras classes sociais deixaram transparecer os seus usos na sociedade.

O proibicionismo foi possível, inicialmente nos Estados Unidos, pelo aumento do puritanismo, grandes imigrações e aumento da burocracia que fertilizava a disciplina

da vida pública. Nesse contexto, o álcool foi apenas o bode expiatório para justificar o fracasso da *América Livre* (ARAÚJO, MOREIRA, 2006).

Dessa forma, uma perspectiva proibicionista sobre as drogas carrega consigo valores sociais sobre as drogas e seus usuários. Para Carneiro (2008), podemos identificar uma hipertrofia de valores das drogas na contemporaneidade: o valor do uso, o valor de troca e o valor de signo, todos construídos a partir desses resgastes históricos acima descritos.

O valor de uso é hipertrofiado, pois, na passagem da modernidade para a contemporaneidade, a droga passou a ser usada de forma mais intensa. Já o valor de troca é igualmente hipertrofiado, pois há uma relação direta entre o aumento do consumo e o aumento do preço da mercadoria em si, e, além disso, o custo do proibicionismo, da ilegalidade, encontra-se embutido nas etapas de produção. Por fim, o valor de signo é ambivalente, entre um tabu, pela proibição, e objeto de desejo, de prazer, e de alívio da dor (CARNEIRO, 2008).

No século XX, por exemplo, sobretudo nas décadas de 60 e 70, as drogas sofreram uma importante mudança em relação aos seus valores. Foi um processo de modernização, expansão do capital por meio da internacionalização, de grande crescimento das indústrias e expansão dos transportes e da comunicação (CAPELLARI, 2007).

O movimento de contracultura iniciou-se nos Estados Unidos e influenciou todo o mundo, inclusive o Brasil. Esse conjunto de manifestações promovidas por jovens contra o *modus vivendi* predominante no Ocidente tinha como principais bandeiras: a desvalorização do racionalismo (crítica às formas de ensino da época, influência de vertentes marxistas e da psicanálise); a recusa do *american way of life* (e a incorporação dos *hippies*, por caracterizarem um estilo de vida descompromissado); o pacifismo (contra ações bélicas imperialistas); e o hedonismo (com a “revolução sexual”, o uso de drogas psicodélicas associado à música rock) (CAPELLARI, 2007).

Contudo, o movimento de contracultura no Brasil apresentou algumas peculiaridades, distintas dos Estados Unidos. Aqui, consolidava-se a classe média urbana, com seus valores burgueses, no contexto de repressão do regime militar. Apesar disso, o tropicalismo, por exemplo, manteve em sua estrutura fundante elementos da

contracultura, mesmo com a proibição de manifestações críticas, incorporando suas ideias novas de “estilo de vida” nas artes plásticas, literatura, música e jornais alternativos (CAPELLARI, 2007).

O uso de substâncias psicodélicas – termo que passou a ser utilizado a partir dos anos 60 para designar “manifestação do espírito” - foi difundido dentro do movimento de contracultura, mas não somente. O uso do LSD – ácido lisérgico – começou a ser pesquisado, especialmente nos Estados Unidos, na década de 50. No Brasil, a droga ainda não era conhecida em meados de 1960 e mantinha-se restrita ao circuito medicinal. O consumo dessa substância no Brasil avançou no final da década de 60, e a primeira prisão – por posse e venda – ocorreu nos anos 70 (CAPELLARI, 2007; DELMATO, 2018).

No final dos anos 70, de forma geral, as drogas passaram por um novo ciclo de intolerâncias, endossado, especialmente, pelos Estados Unidos e as Organizações das Nações Unidas (ONU). Entretanto, enquanto os Estados Unidos estimulavam a intolerância às drogas, a Europa estabelecia novas abordagens, na medida em que verificava o fracasso de experiências repressivas (ARAÚJO, MOREIRA, 2006).

Nota-se que o valor das drogas hoje, agora já hipertrofiado por esses atravessamentos da história, modificou-se conforme as sociedades e suas épocas, porém sempre esteve relacionado a um objeto que intermedia a subjetividade e a natureza – em um prisma social – do ser. Portanto, o uso não é apenas uma “necessidade”, ou um “desejo”, mas sim um produto da história da expansão do comércio, especialmente na modernidade, pelo intercâmbio global e, mais tarde, industrial (CARNEIRO, 2008).

Outro aspecto fundamental nesta discussão é, como descrito acima, o uso de drogas no Brasil, ora compreendido como doença - no caso em que as drogas passaram a ser usadas por outras classes sociais, que não apenas as minorias - ora como desvio moral – no caso do uso da maconha, por exemplo, habitualmente utilizada por indígenas e negros.

De acordo com Meyer (1996), o conceito de doença em relação ao uso de álcool e outras drogas sofreu diversas mudanças, nos últimos 200 anos. Foram mudanças decorrentes da produção de conhecimento pelas ciências e, conseqüentemente, nas grandes áreas da medicina, saúde pública e psiquiatria. Vale lembrar que esses

conhecimentos nasceram na Europa e nos Estados Unidos.

No século XVIII, por exemplo, sob a influência Iluminista, doença era considerada um desequilíbrio do sistema nervoso. Portanto, se o álcool agia como um poderoso estimulante nervoso, conforme acreditava-se na época, o seu consumo em excesso seria responsável pela produção de doença, e sua cura seria exclusivamente por meio da abstinência (MEYER, 1996).

Já no final do século XIX, a doença pelo uso de álcool passou a ser compreendida com base nos problemas relacionados a: lesões por acidente, crimes, comportamento desviante do trabalhador, além de corrupção política. O americano, nos Estados Unidos, passou a estudar o “alcoholismo” com novas características: apresentação de tolerância – ou seja, necessidade de aumentar a dose no próximo uso – sintomas de abstinência e perda de controle. Acreditava ser necessário ampliar os serviços médicos para o atendimento dessas pessoas doentes (MEYER, 1996).

Como já vimos, na década 60, houve um grande avanço em várias áreas da tecnologia e da produção de conhecimento. Foi também o momento em que a realização de estudos comportamentais, com o uso de animais, foi fundamental para a aplicação de novos tratamentos para pessoas que tinham problemas com drogas. Paralelamente, um aumento do uso de substâncias psicoativas se deu nesse período, em toda a América do Norte e na Europa Ocidental, e, com isso, aumentou a necessidade de tratamentos e foram criadas as primeiras comunidades para viciados nos Estados Unidos (MEYER, 1996).

A partir desses estudos, que se estenderam até o final da década de 70, e com as descobertas da neurobiologia, teve início a proposta de aplicar critérios específicos para a identificação das doenças causadas pelo consumo de drogas, porém o conceito de doença era ainda muito insipiente no campo da saúde (MEYER, 1996).

O conceito de doença que marcou o século XX estava intimamente ligado a fatores de risco para doenças e fatores protetores para o não desenvolvimento delas. Por isso, estudos sobre o ambiente familiar e herdabilidade tornaram-se frequentes (MEYER, 1996). Esses conhecimentos convencionais, dos séculos XIX e XX, compreendiam o “vício” como um problema do indivíduo, ou seja, uma doença ou um defeito moral, que facilmente justificava o porquê de uma pessoa tornar-se dependente e

outra não (ALEXANDER, 2008).

Dessa forma, a construção do que é doença, de forma geral, como também doenças associadas às drogas, se deu a partir do que a ciência moderna permitiu até então. A necessidade de um Estado que produzisse indivíduos ordeiros, bons e sadios foi marcante, através dos instrumentos tecnológicos.

Hoje, se refletirmos sobre o Estado brasileiro, por exemplo, podemos observar características do Estado moderno do século XVIII. Conforme refere Bauman (1999), a sua ambição pela ordem tem origem no Estado de Jardinagem:

Em 1930, R.W. Darré, que se tornaria mais tarde ministro nazista da Agricultura, escreveu: Aquele que deixa as plantas no jardim abandonadas logo verá com surpresa que o jardim está tomado de ervas daninhas e que mesmo a característica básica das plantas mudou. Se, portanto, o jardim deve continuar sendo o terreno de cultivo das plantas, se, em outras palavras, deve se elevar acima do reinado agreste das forças naturais, então a vontade conformadora de um jardineiro é necessária, de um jardineiro que, criando condições adequadas para o cultivo ou mantendo afastadas as influências perigosas, ou ambas as coisas, cuidadosamente cultiva o que precisa ser cultivado e impiedosamente elimina as ervas daninhas que privariam as melhores plantas de nutrição, ar, luz e sol... Estamos portanto percebendo que questões de cultivo não são triviais para o pensamento político, que devem estar ao contrário no centro de todas as considerações... Devemos mesmo afirmar que um povo só pode alcançar o equilíbrio espiritual e moral se um bem concebido plano de cultivo ocupa o *centro* mesmo da sua cultura ... (BAUMAN, 1999 p.36).

Esse trecho é utilizado por Bauman para exemplificar, por meio de uma metáfora, o Estado de Jardinagem. Tanto ele como eu não temos o objetivo de destacar o espírito antissemita, tampouco suas pretensões ideológicas nazistas, mas, sim, mostrar como a ciência moderna usou os instrumentos tecnológicos para a produção de uma sociedade ordeira, boa e sadia.

A concepção “científica” de eugenia nazista permitiu a ideia de extermínio das “ervas daninhas”, ao classificar algumas pessoas com um gene bom e outras com gene ruim, sendo necessário o extermínio dos “sem valor”, bem como a reprodução dos “com valor”. Dessa forma, a sociedade eugênica reduziu não só os custos com os pobres e

desvalidos como também os gastos com prisões e suas questões de justiça (BAUMAN, 1999).

Assim, parece evidente que essa engenharia social sobre a reprodução artificial promove uma homogeneização, retirando as ambivalências impostas pela realidade em sua natureza genuinamente desordenada. Essa Natureza, vista pela ciência moderna como objeto passivo, desprovido de propósito, deve ser subordinada às necessidades humanas (BAUMAN, 1999).

Essa lógica justifica a plausibilidade do genocídio moderno, cujo crime é calculado:

Devemos concordar com Helen Fein, que afirma: Para compreender os genocídios como um tipo de crime calculado, tais crimes devem ser analisados como atos com um objetivo do ponto de vista dos que os perpetraram: o genocídio é um instrumento racional para as suas finalidades, embora psicopata em termos de qualquer ética universalista... o premeditado genocídio moderno é uma função racional da escolha por uma elite governante de um mito ou "fórmula política" (como colocou Mosca) que legitima a existência do Estado como veículo do destino do grupo dominante, cujos membros partilham uma imagem subjacente da qual a vítima é excluída por definição (BAUMAN, 1999 p.46).

Portanto, o Estado genocida surgiu a partir da modernidade. O Estado moderno genocida é caracterizado por uma elite governante heroica, sob o égide da ética universalizante – ou seja, que desconsidera as diferenças, as ambivalências – e cujo projeto de Estado é catapultar a própria elite. Nesse contexto, as vítimas deste sistema são estigmatizadas e automaticamente excluídas.

Entretanto, essa desumanidade não é característica da modernidade, pois sempre existiu, como se viu nas guerras por todo mundo. Contudo, a modernidade, ao meu ver, trouxe um agravante: a covardia, a matança sem chance de duelo, à distância e por atacado (BAUMAN, 1999). Segundo Bauman, antes da modernidade, a guerra tinha um inimigo humanizado e este tinha uma identidade moral – enquanto virtudes morais- o que não ocorre mais.

Nesse sentido, o desenvolvimento tecnológico, associado aos avanços da ciência, não só tem tornado possível, por meio dos seus instrumentos de execução em massa, essas formas de desumanização como as têm legitimado. A autoridade da ciência torna-se cada vez maior, e mais distante do leigo, reproduzindo uma mentalidade

racional instrumental.

Interessante ressaltar que a busca da ordem e o aniquilamento das ambiguidades são, inclusive, parte do projeto moderno. Para isso, uma ação que passaria pela reflexão moral, e de não desumanização, tem sido substituída por uma instrumentalização do comportamento humano: “não sou eu, é a máquina quem mata”; “não sou eu, é o ‘sistema’ que assassina”.

Em outra perspectiva, mais estruturalista, Foucault (1976) refere-se a essas novas tecnologias e às antigas. Para isso, discute as mudanças de relações de poder no tempo, as quais, segundo ele, são estruturantes das relações entre o Estado e os sujeitos.

Na Idade Média, a relação estabelecida entre soberano e vassalo era assimétrica; o soberano protegia a vida de seus vassallos contra constantes guerras, o que lhe atribuía o poder político sobre seus corpos. Portanto, o soberano tinha o poder de “fazê-los morrer ou os deixá-los viver” (FOUCAULT, 2005).

Já em meados do século XVIII, após a mudança do modo de produção capitalista, a nova tecnologia de poder, agora já moderna, esteve centrada no corpo individual. Assim, para a produção de trabalho, os corpos eram vigiados, treinados, utilizados e, eventualmente, punidos, de modo que as relações de poder foram marcadas por “fazê-los viver e deixá-los morrer” (FOUCAULT, 2005).

Foucault denominou esta nova tecnologia de poder disciplinar. A princípio, era voltada à individualidade, porém, a partir da segunda metade do século XVIII, voltou-se à massa global (em seus processos de nascimento, morte, produção, doença, entre outros). O autor refere-se a ela, neste segundo momento, como a produção da biopolítica, ou seja, o poder sobre a vida (biopoder) por meio da medicina higienista; tratava-se da medicalização das populações, das questões relacionadas à reprodução, natalidade e mortalidade (FOUCAULT, 1976; 2005).

Alerto para uma estrita correlação entre o argumento apresentado por Bauman, na construção do Estado moderno, e a caracterização das relações de poder, descritas por Foucault. Em ambos os casos, a natureza é controlada pelo homem, que se relaciona de forma a controlar as suas próprias relações humanas. O sentido que atribuo a esse controle é o disciplinar, de retirar ambiguidades e remover o caos – natural- por meio da disciplina.

Para Deleuze (1992), essa relação disciplinar se reelaborou em relações de controle, o que ele chamou de “sociedade de controle”. Ele alertou para o fato de



fábricas e as escolas terem se tornado empresas e para a necessidade de que os processos de avaliação de produção não fossem ser pontuais, mas sim contínuos, e, portanto, nunca finalizados. O Estado, por meio de políticas públicas, por exemplo, pode controlar a produção de valores específicos que interessem ao *status quo* ou que sejam capazes de destruir os direitos sociais. É um processo de individualização, em que tudo se torna um problema da pessoa, um fracasso do sujeito.

Sobre esse processo de individualização, Bauman (1999) elaborou essa concepção, dentro da cultura universalizante moderna, a qual ele chamou de privatização da ambivalência. Ou seja, para ele, a esfera pública não é suficiente para erradicar a ambivalência, de forma que se apela para a responsabilidade privada, pessoal. O sucesso e o fracasso são atributos conquistados pelo indivíduo, bem como o seu adoecimento é sua própria responsabilidade.

Ainda segundo ele, a autoridade científica ainda se mantém distante desse indivíduo, porém opera-se uma nova forma de conseguir acessá-lo, que é por meio do especialista. Trata-se daquele sujeito mediador, capaz de orientar as escolhas certas, socialmente aceitas, conforme os desejos ambivalentes do indivíduo que o procura. Assim, a privatização da ambivalência é feita pelo especialista e, em contrapartida, paga-se a ele pelo serviço de auxiliar a busca ou fornecer subsídios para a construção de uma identidade e de um estilo de vida. Em outras palavras, é o mercado que oferece a retirada da sua ambivalência, com fins de aprovação social (BAUMAN, 1999).

Esse especialista, como mediador do mundo interno e externo, é um produtor de norma e, conseqüentemente, de problemas que fogem à norma. O outro torna-se, então, um dependente do crivo do especialista. Forma-se uma estrutura em espiral e dialética entre: uma necessidade; a busca por um especialista; o especialista procura por novos problemas; e surge a necessidade de novos especialistas para resolver os novos problemas, que, por sua vez, produzem novas necessidades.

Portanto, o panorama que se constrói a partir da questão se as pessoas que usam drogas são o problema é: todos nós usamos drogas, porém, a depender de como o Estado moderno atribui valor a essas pessoas e às drogas, elas tornam-se, ou não, estigmatizadas por fazerem o uso. Entre aqueles que usam, existem os que desenvolvem o “vício” e os que não o desenvolvem. Este problema é do indivíduo disciplinado, controlado, biopoder, que, para sair dessa perversa relação, deve procurar a ajuda de um

especialista, que nada mais é do que um privatizador de suas ambivalências.

Desvela-se, portanto, que todos nós usamos drogas, porém nos são atribuídos valores diferentes conforme o tipo de substância que usamos e o momento histórico em que as utilizamos. Esses valores vão desde integrantes do *status quo*, refinados, cultos, à revoltados do sistema, indolentes e imorais. Além desses, há a categoria de doente (dependente e viciado) que, obviamente, não anula os outros possíveis valores que são perversamente atribuídos pela própria contraposição de forças.

Como característica da nossa contemporaneidade, vemos que a identificação de uma doença, por si ou pelo outro, é considerada um problema do indivíduo. Para isso, mesmo sob o biopoder do Estado, através das estratégias disciplinares e de controle, esse indivíduo é forçado a privatizar a sua ambivalência, ou seja, a procurar um especialista que lhe dirá como retornar à ordem. Portanto, o problema desse cuidado, a partir dessa análise, não pode estar na pessoa.

#### 4.5 - O cuidado em saúde é o problema

**Silvana:** *Ah tá, e você que quis ser internado?*

**Bernardo:** *Exatamente. Eu tava me matando. Uma hora eu ia fazer.. uma hora eu ia fazer esse absurdo. Eu tava exagerando no álcool mesmo, eu tava quase morrendo, mesmo. Álcool e coca, tudo! E foi quando caiu o padrão de vida. Resumindo, eu fui internado mesmo. Na psiquiatria, e me f\*\*\*. Porque eu tentei fugir um dia, e meteram um remedião, aqueles haldol, coisa louca.*

**Silvana:** *Você tentou fugir?*

**Bernardo:** *É, eu tentei fugir, porque eles queriam que eu voltasse pra rua. Fazia um mês que eu tava. Era uma clínica de ressocialização. Não era lugar pra mim. Mas foi um lugar de emergência, que me puseram. Aí o psiquiatra falou: “esse cara não é aqui, o negócio dele é arte, ele mudou o padrão de vida dele...”. Fiz uns trabalhos muito loucos na clínica. Aí falou que eu ia sair, e a família não arrumava um lugar pra eu ir, e aí eu peguei e pulei o muro: “eu vou, mas aí eu fico. Vai dar problema. E eles vão me internar de novo”. E foi o que aconteceu. E aí, eu fui pra Cristália, lá... Santa Helena, Itapira. Fiquei três meses lá, na psiquiatria.*

**Silvana:** *Ficou junto com a turma de lá... entre os “loucos” e os usuários de drogas?*

**Bernardo:** *Tinha tudo. Tinha usuário, tinha senhores... Era uma clínica chic lá, tinha piscina, padrãozão... E eu no meio dos loucos. Tinha acesso no Bairral, era tudo interligado lá, e eu adorava ficar lá no meio dos loucos; mas eu já tava naquele processo de marcha, nossa, dopado! Foi legal. Eu saí de lá e fiquei mais um tempo sem usar... Essa machucou mesmo.*

Como já descrito nos tópicos anteriores, no Brasil, a concepção de uso de drogas como problema de saúde teve início no final do século XIX associada ao

desenvolvimento da psiquiatria (TORCATO, 2013). No início do século XX, o aumento do consumo por diferentes classes sociais (RODRIGUES, 2008) e as influências internacionais proibicionistas favoreceram a primeira regulamentação, em 1921 (TORCATO, 2013).

Na segunda metade do século XX, houve um grande avanço nas pesquisas epidemiológicas em psiquiatria, o que permitiu uma perspectiva sobre o problema do uso da droga como fenômeno psicopatológico e sua associação com características populacionais. Esse avanço possibilitou que a psiquiatria desenvolvesse critérios diagnósticos mais precisos (SILVEIRA; MOREIRA, 2006). No final do século XX, com as novas descobertas no campo da neurociência, houve uma mudança brusca nas concepções dos psiquiatras sobre a psicopatologia e nas compreensões do próprio cérebro, mente e psiquismo (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

O desenvolvimento tecnológico das ciências da saúde, de forma geral, foi fundamental para a tentativa de melhor compreender o fenômeno do uso e suas consequências. Por isso, considero importante o que a psiquiatria, a neurologia, e as ciências da saúde desvelaram, mas ressalto a necessidade de olhar para esses desenvolvimentos de forma crítica e com vistas à produção de novos e mais assertivos conhecimentos.

Por exemplo, em meados do século XIX, foram inaugurados no Brasil diversos hospícios, cujo objetivo era realizar o tratamento de pessoas que tinham problemas psiquiátricos, segundo a psiquiatria científica da época. Essas pessoas eram isoladas (por isso, também, esses manicômios eram localizados em regiões afastadas dos grandes centros das cidades), tinham seus comportamentos monitorados e lá permaneciam por tempo indeterminado. Essa estratégia de tratamento foi, por muito tempo, consagrada em muitos lugares do mundo (COSTA-ROSA, 2007).

Entretanto, no século XX, após o desenvolvimento da psiquiatria democrática italiana, o movimento de antipsiquiatria e a reforma psiquiátrica comunitária, essas estratégias foram reformuladas nos Estados Unidos. Novas tecnologias puderam pensadas para o tratamento das pessoas que estavam em sofrimento mental e emergiram muitas críticas sobre os motivos dessas pessoas ainda estarem em hospícios. Por isso, a crítica a essa psiquiatria não foi fundamentada apenas na necessidade de uma nova forma de tratamento, mas, também, de uma reflexão sobre o que era, de fato,

considerado doença mental:

“(no Hospital Colônia, localizado em Barbacena, Minas Gerais) morreram cerca de 60 mil pacientes, vítimas de todo tipo de maus-tratos e descasos: exposição ao frio – muitos não dispunham de roupas, quartos, camas ou lençóis para dormir, permaneciam ao relento, mesmo durante a noite; alimentação racionada – alguns comiam ratos e bebiam do esgoto que cortava os pavilhões; espancamentos e estupros; ‘tratamentos’ violentos, à base de eletrochoque – às vezes, com carga elétrica tão forte, que derrubava a energia da cidade. Ademais, mulheres que engravidaram no Hospital Colônia tiveram seus bebês roubados; os corpos dos pacientes mortos eram vendidos para as faculdades de medicina e, quando não foi mais possível vendê-los, eles foram derretidos em ácido, para que os ossos pudessem ser comercializados. O Hospital Colônia foi uma lucrativa máquina de matar loucos, que percebia seus lucros na medida em que novos internos chegavam, incluindo-se crianças. Era mais um aparelho da chamada ‘indústria da loucura’, que descreve o período da ditadura militar, no Brasil, em que os hospitais psiquiátricos recebiam diária por cada paciente internado. Isso fez com que o número de leitos em tais hospitais saltasse de 14 mil, no início da ditadura, para cerca de 70 mil, em 1970 (SOUZA, MEDRADO, 2021, p.165).

O artigo de Souza e Medrado (2021) faz um resgate do livro “Holocausto Brasileiro”, publicado em 2013, e escrito pela jornalista Daniela Arbex. A partir da descrição do funcionamento do Hospital Colônia, de Barbacena, é possível notar que a crítica aos manicômios e hospícios não estava relacionada a questões práticas sobre tratamento, pois, no caso, tratava-se de um genocídio.

Como tratei anteriormente, o genocídio é um ato desumano calculado. Uma suposta compreensão terapêutica pode esconder (ou no caso, escancarar) a ação do projeto moderno, em que o Estado, por meio das instituições, age como instrumento de controle, de disciplina e de biopoder e, conseqüentemente, produtor de sofrimentos.

Nesse projeto moderno há uma estrutura manicomial, inclusive até hoje, no século XXI. Nossa colonialidade, mantida pela nossa história colonial, ainda produz saberes, práticas e corpos marcados por essa estrutura (SOUZA, MEDRADO, 2021). Por essas razões, questionar a produção de conhecimento em saúde para as pessoas que usam drogas e considerar a história, e suas dimensões pós-modernas, faz-se extremamente necessário.

No Brasil, as ideias sobre tratamentos para as pessoas que tinham problemas com o uso de drogas foram bastante peculiares. Apesar do Estado ter tentado coibir o

uso de algumas substâncias, nos séculos XIX, por meio da primeira lei que impedia o consumo de “entorpecentes”, era permissivo a outras. Ou seja, foi uma ideia proibicionista, com um modelo de cuidado de abstinência exclusiva, de modo que para aqueles que sofressem com o uso dessas substâncias restava, somente, a abstinência.

Uma abordagem possível para discutir as formas de produção de assistência à saúde, ao longo da história do Brasil, é por meio da análise dos modelos de cuidado. Vale lembrar que a ideia de “modelo” está fortemente relacionada com a produção de um espelho, um padrão, uma regra, uma norma, que se constitui no bojo do Estado moderno brasileiro.

Segundo Ayres (2009), há um sentido usual para modelos de cuidado, que seria a produção de um sentido unificador – e, conseqüentemente, coercitivo – de atitudes direcionadas a uma finalidade ou às suas estratégias.

Por exemplo, nas décadas de 10 a 20, o Brasil apresentava estratégias e atitudes para a saúde das populações com características dos modelos privatistas, sanitaristas, campanhistas e asilares. O primeiro refere-se ao serviço prestado por médicos, que iam até a casa das pessoas doentes, as quais tinham muito dinheiro para pagar por esse tipo de serviço, por isso privado. Já o segundo refere-se às ações sanitárias dos governos, com atitudes de limpeza dos ambientes públicos e controle de epidemias. O terceiro envolve ações de grandes campanhas, e um bom exemplo foi a campanha contra a varíola, por meio da vacinação obrigatória, que mais tarde culminou na Revolta da Vacina. Já o modelo asilar, como assinalarei há pouco, era uma estratégia de isolamento dos doentes, não apenas das pessoas que tinham sofrimentos mentais, mas, também, de pessoas com tuberculose ou outras doenças contagiosas (MOROSINI, 2007).

Outro exemplo compreende o período entre as décadas de 30 e 60, marcado, no Brasil, pelos seguintes modelos de cuidado: previdenciário, hospitalocêntrico, biomédico e o asilar, mais uma vez (MOROSINI, 2007).

No caso do modelo previdenciário, tratava-se de o Estado oferecer assistência em saúde apenas para trabalhadores que possuísem identificação no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social – o antigo IAPS, Instituto de Aposentadoria e Pensão), ou seja, para recuperar as forças de trabalho. Já o modelo hospitalocêntrico é caracterizado pela explosão de novos hospitais e a assistência à saúde centrada no

funcionamento deles. Por fim, o modelo biomédico contempla as ações de saúde centralizadas no profissional médico, em seus conhecimentos biológicos e suas técnicas, como a medicação, sendo, portanto, o único capaz de produzir ações de saúde (MOROSINI, 2007).

Já nas décadas de 70 a 90, os principais modelos de cuidado assumidos no Brasil eram: biomédico, previdenciário, privatista (por meio da expansão dos hospitais privados, e que mais tarde daria origem à saúde suplementar) e o asilar. Entretanto, esse período também foi marcado por importantes inquietações, nacionais e internacionais, sobre a necessidade de redemocratização e de oferecer assistência de saúde para todos, e, portanto, de uma Reforma Sanitária, além do movimento da Luta Antimanicomial (MOROSINI, 2007).

Em 1988, houve a consolidação da nova constituição brasileira, a qual determinou ser dever do Estado garantir o direito à saúde para todos. Buscava-se, por meio de políticas públicas, sociais e econômicas, promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas, além de reduzir o risco de doenças e tornar o acesso universal e igualitário (BRASIL, 1988).

Foi neste pano de fundo que, em 1990, nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a aprovação da Lei 8.080, com os seguintes princípios estruturantes: universalidade, integralidade, equidade e participação social. É possível identificar o modelo de cuidado biopsicossocial como característico deste marco, pois passaram a ser considerados não apenas os aspectos biológicos para o planejamento de políticas e práticas de saúde, mas, também, os aspectos psíquicos e sociais. Dessa forma, este sistema propôs a utilização de estratégias de Saúde da Família, da Atenção Básica, de hierarquização, territorialização e do trabalho em rede de todos serviços do SUS, bem como que todas essas ações e estratégias de saúde fossem baseadas nos direitos humanos (MOROSINI, 2007).

Entretanto, o modelo biopsicossocial não foi o único instituído de 1990 até os dias de hoje. Associado a ele, temos a coexistência dos modelos biomédico, asilar e privatista, visto que ainda carregamos em nossas veias a colonialidade, o que torna frágeis os esforços democráticos e de humanidade. Como referem Souza e Medrado (2021), nos esquecemos do que o passado nos deu a oportunidade de aprender.

Em uma primeira análise, o modelo biopsicossocial – ou seja, biológico, psicológico e social – é um bom exemplo para compreender o próprio conceito de “modelo”. Nesse sentido, entendo, tal como Ayres (2009), que um modelo de atenção ou de cuidado à saúde deve ser construído a partir da convergência de horizontes entre os diferentes saberes e discursos que, dessa forma, a gestão e operacionalização das tecnologias sejam feitas para as pessoas e populações.

Essa concepção proposta por Ayres (2009) sobre modelos de cuidado faz muito sentido quando proponho a crítica ao que produzimos em saúde, pois é coerente com a construção de uma forma de operar comum que seja flexível ao desenvolvimento de novas formas de operar, por considerar as ambivalências no encontro do cuidado.

Tal proposta de modelo de cuidado contemporâneo também está alinhada com a concepção de Bauman (1999) sobre pós-modernidade, pois não se trata da negação das ambivalências (dos diferentes discursos) ou da imposição de uma ordem (um único discurso) que produzirá um modelo de cuidado capaz de nos tirar dos jogos de dominação. Pelo contrário, trata-se de um modelo apoiado na solidariedade e sem humilhações.

Quando me refiro à solidariedade, não trago uma visão romântica ou messiânica. Rorty (1992) discutiu o conceito de solidariedade, na pós-modernidade, e o apresentou como algo que não é inato, e nem inerente à humanidade, mas que passa por um processo ativo do progresso moral:

“Na perspectiva que estou a apresentar, o progresso moral existe, e esse progresso vai efetivamente na direção de uma maior solidariedade humana. Mas tal solidariedade não é pensada como sendo o reconhecimento de um eu central, da essência humana em todos os seres humanos. É antes pensada como sendo a capacidade de ver cada vez mais diferenças tradicionais (de tribo, religião, raça, costumes, etc.) como não importantes, em comparação com semelhanças no que respeita à dor e à humilhação – a capacidade de pensar em pessoas muito diferentes de nós como estando incluídas na esfera do “nós” (RORTY, 1992, p.239).

Assim, com base nessas concepções, condutas como ver as semelhanças, ampliar a esfera do “nós” e evitar humilhações fazem sentido para a compreensão da ideia presente no “modelo de cuidado” proposto por Ayres e no próprio projeto de modelo biopsicossocial.

Em uma segunda análise, o modelo biopsicossocial aplicado à saúde mental foi muito promissor. Após a implementação do SUS, durante os anos 90, foram regulamentados serviços de saúde mental em substituição aos hospitais psiquiátricos, tais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Avaliação Psicológica e Psicologia da Saúde e Hospitais-Dia (NAPS). Após uma década de transição, em 2001, implementou-se a Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216 (BRASIL, 2005). Esta lei teve como objetivo instituir um modelo de atenção psicossocial estruturado pelo modelo biopsicossocial e, portanto, baseado nos princípios do SUS, portanto não mais centrado no cuidado hospitalar.

Destaco que, após a Lei da Reforma, surgiram publicações oficiais específicas para as pessoas que tinham problemas relacionadas ao uso de drogas, como as portarias que instituíram a regulamentação dos CAPS e o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2002; a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas, de 2003; a Política Nacional sobre Drogas, em 2005; o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, em 2009; o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, em 2010; e a portaria nº 3088, de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrente do uso de drogas (MARCHETTI, 2015).

Entretanto, após essas efervescentes produções de políticas e de investimentos econômicos nessa área, houve, a partir de 2016, uma expressiva queda de políticas e investimentos voltados às políticas de saúde mental condizentes com o modelo psicossocial. Já em 2015, observávamos sinais dessa queda, com a implementação da Resolução nº 01/2015 do Conselho Nacional de Drogas (CONAD) para Comunidades Terapêuticas.

Dias e colaboradoras (2021) referem que houve uma queda nas internações psiquiátricas e nos gastos para este setor entre 2014 e 2019, porém, no caso da diminuição das internações de pessoas que tiveram problemas com o uso de drogas, sugerem que isso pode estar relacionado com o aumento de Comunidades Terapêuticas, a partir da Resolução 01/2015. Esses serviços são instituições não governamentais, desarticuladas da Rede de Atenção Psicossocial, que estão sendo amplamente utilizadas como alternativa para o tratamento de pessoas que sofrem com uso de drogas.



Além da queda dos investimentos financeiros, houve, em 2019, um importante marco de retrocesso nas políticas de saúde sobre drogas. No dia 11 abril, Jair Bolsonaro, Sérgio Moro, Luiz Henrique Mandetta, Osmar Terra e Damares Regina Alves assinaram o decreto nº 9.761, que aprovou a nova Política Nacional sobre Drogas (Pnad), além de unir os Ministérios da Cidadania e da Justiça e Segurança Pública. Assim, tais Ministérios, que deveriam ser coadjuvantes desta política, passaram a atuar como protagonistas perversos, pois instituíram retrocessos para o modelo psicossocial de cuidado em saúde mental:

“buscar incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas (...) reconhecer as diferenças entre o usuário, o dependente e o traficante de drogas e tratá-lo de forma diferenciada, considerada a natureza, a quantidade da substância apreendida, o local e as condições em que se desenvolveu a ação de apreensão (...) as ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas mantenham-se abstinentes em relação ao uso de drogas” (BRASIL, 2019,p.5 grifo meu).

Destaco no documento acima a tentativa, quando não o êxito, de muitos retrocessos. Primeiro, quando pontua “uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas”, ou seja, defende a hipótese de que existe uma sociedade pura, boa e ordenada, que é ameaçada pelo grande mal que são a droga e o seu usuário. Em um segundo ponto, quando descreve ser necessário distinguir usuário e traficantes conforme o tipo de droga usada, local em que foi encontrada e condições para a apreensão, visto que essa distinção abre brechas para decisões perversas e subjetivas. Dito de outra forma, se for indígena ou negro e estiver em uma região periférica da cidade, já estará muito próximo da definição de traficante, restando “no tira-teima” as “condições na apreensão”, que são todas aquelas descritas exclusivamente no discurso policial.

Devo ressaltar que, por meio de uma lei, que está em vigor, conseguiram retomar toda a potência do proibicionismo, do patriarcado, do colonialismo, do biopoder e da utopia da ordem, abrindo brechas para novos genocídios. O resultado é preocupante e pode ser visto no profundo enfraquecimento da democracia e na temerosa possibilidade de nos distanciarmos dos jogos de poder de solidariedade e de não humilhação pelos

quais tanto lutamos.

Nesse contexto, alerta, mais uma vez, para a necessidade de reconhecermos que o problema do cuidado em saúde das pessoas que usam drogas não está nelas, e nem nas drogas, mas sim no cuidado. Ou seja, origina-se e perpetua-se nas relações morais e éticas estabelecidas entre as pessoas, o que envolve desde as pessoas que elaboram essas políticas até aquelas que se relacionam, de forma mais próxima, com este cuidado. Logo, o problema do cuidado em saúde reside no próprio “cuidado em saúde”.

Heidegger (2005) trouxe uma importante contribuição sobre a relação com o outro no cotidiano, e desta forma descreve a interpretação do fenômeno da cura como o ser-com existencialmente o ser-no-mundo. Esta interpretação se faz importante para compreender o cuidado como anteposição libertadora, na qual se ocupa com o outro na forma de preocupação:

No tocante aos seus modos positivos, a preocupação possui duas possibilidades extremas. Ela pode, por assim dizer, retirar o “cuidado” do outro e tomar-lhe o lugar nas ocupações, substituindo-o. Essa preocupação assume a ocupação que outro deve realizar. Este é deslocado de sua posição, retraindo-se, para posteriormente (p.173) assumir a ocupação como algo disponível e já pronto ou então se dispensar totalmente dela. Nessa preocupação, o outro pode tornar-se dependente e dominado mesmo que esse domínio seja silencioso e permaneça encoberto para o dominado. Essa preocupação substitutiva, que retira do outro o “cuidado”, determina a convivência recíproca em larga escala e, na maior parte das vezes, diz respeito à ocupação manual. Em contrapartida (...) em sua possibilidade existencial de ser, não para lhe retirar o “cuidado” e sim para devolvê-lo como tal. Essa preocupação que, em sua essência, diz respeito à cura propriamente dita, ou seja, à existência do outro e não a uma coisa de que se ocupa, ajuda o outro a tornar-se, em sua cura, transparente a si mesmo e livre para ela (HEIDEGGER, 2005, p.173-174).

Portanto, a forma mais própria do cuidado é a anteposição libertadora (HEIDEGGER, 2005), em que não está no modo de se ocupar do outro (que inclusive, este lugar pode estar ocupado pela própria droga), mas no modo de preocupação. Cuidar do outro é cuidar de si, se elimina-se o outro, elimina-se a si mesmo.

Mortari (2018) atualiza o cuidado em uma mesma dimensão, com a seguinte descrição de sua essência:

Pode-se afirmar que a essência do cuidado consiste em ser uma prática que acontece em relação, que se atualiza segundo uma duração temporal variável, movida pelo interesse pelo outro e orientada a promover o seu bem-estar-aí, e que, por isso, se ocupa de algo que é essencial para o outro (MORTARI, 2018, p. 91).

Dessa forma, para compreender as relações de cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas é necessário mergulhar nesta relação, identificar os valores atribuídos a droga, e a saúde; ainda, identificar o momento da vida em que a pessoa experiencia a droga, e o seu contexto histórico em que esses elementos estão imersos.

Conforme Mortari afirma é necessário ainda que exista motivação entre as partes para a construção do “bem-estar-aí”, e que não é um diagnóstico ou um conjunto de recomendações, pois essas foram criadas a partir de um universal da medicina, que não é um universal absoluto, baseadas em generalizações entre valores do “eu” e do “outro”, e não no que é, de fato, fundamental para a existência desse “outro”.

Dessa forma, o cuidado propriamente dito está em uma esfera ontológica e ética, como refere Mortari, e ele pode existir em um contexto de produções de políticas e práticas proibicionistas, patriarcais, colonialistas, regidas pelo biopoder e com uma utopia da ordem, porém é produzido nas brechas, nas dobras e nas nuances da relação de cuidado.

Portanto, o que interessa agora é compreender onde estão essas brechas e dobras na relação de cuidado para essas pessoas. Afinal, compreende-se até aqui que o problema do cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas, está no próprio cuidado.

A busca da essência desse cuidado é possível compreender a quais instâncias devemos rever nossas práticas, políticas e ações de cuidado. É pelo uso do estudo teórico que é possível passar em revistas o que de fato importa quando pensa-se no cuidado em saúde dessa população. O que vai se desvelando é que a discussão sobre as políticas públicas em saúde, segurança e justiça, bem como a discussão dos modelos de cuidados são importantes para se pensar o cuidado, porém essencialmente o cuidado pertence a outra dimensão originalmente, e desse lugar que iremos nos ocupar agora.

A seguir, apresento as unidades de significados que foram produzidas a partir de ideias centrais dos discursos, e a descrição dos valores atribuídos a cada uma delas pelos

participantes. Na sequência, a construção das estruturas apriorísticas do cuidado em saúde para as pessoas que fazem uso de drogas.

#### **4.6 - Unidades de significados**

As unidades de significados para a análise e compreensão do fenômeno deste cuidado foram estabelecidas por meio da organização valorativa dos participantes sobre droga, cuidado em saúde e interferência de recursos externos no cuidado. Dessa forma, os dados brutos foram delimitados, em suas variantes, e em seguida, identificadas as suas estruturas eidéticas (TRUMBULL, 1993). Segundo Boemer (1994), essas unidades de significados podem ser estabelecidas pela frequência de um determinado valor ou por sua importância na descrição do fenômeno. Assim, por meio delas, é possível dar sequência a análise.

As unidades de significados foram organizadas em: os sentidos atribuídos ao uso de drogas; os sentidos atribuídos ao cuidado em saúde; e, por fim, os significados atribuídos a esta experiência quando há a participação de instituições e/ou pessoas nesses cuidados em saúde.

- **Uso de droga**

Para o uso da droga foram atribuídos os sentidos de prazer, herança familiar, consequências dos problemas da vida, de fazer algo que é proibido, de prejuízo para a saúde, resistência ao *status quo*, autoconhecimento e de viver a espiritualidade.

- **Cuidado em saúde**

Já os sentidos atribuídos pelos participantes ao cuidado em saúde foram de redução de danos, abstinência, empatia, ética, respeito, busca pela felicidade, de trabalhar, alimentar-se, ter responsabilidade, ter satisfação com a própria história de vida, exercitar-se, encontrar suas raízes, ter lazer, sentir desejo de viver e viver a sua espiritualidade.

- **Participação de instituições e/ou pessoas**

Por fim, os significados atribuídos à participação de instituições e ou pessoas nesses cuidados foram de segurança, proteção, desproteção, aumento do uso ou diminuição dele. Esse “outro” foi elencado como uma pessoa desconhecida, o Estado, um amigo, um familiar, a Igreja, a militância, um coletivo, uma comunidade, um serviço

de saúde ou a sociedade.

Ao visar cada unidade de significado produzi, por meio da imaginação livre, o que é essencial para o cuidado em saúde das pessoas que usam drogas. Assim, ainda que esta essência trate de achados eidéticos e que, portanto, não correspondem a fatos propriamente ditos, o intuito foi descrever a ideia de essência do fenômeno.

Para essa análise, busquei apreender os valores dessas experiências. Segundo, Max Scheler (1874-1928), os valores moldam a conduta humana, pois são estruturas a priori dos sujeitos, adquiridas por meio das experiências. Ou seja, uma pessoa só terá condições de atribuir valores ao seu cuidado em saúde no uso de drogas na medida em que vivenciar essas experiências de uso, pois, segundo Scheler, a racionalidade não é suficiente para abranger a realidade, em sua totalidade (MEDEIROS, PEREIRA, SILVA, SILVA, 2012).

Logo, não é possível questionar uma pessoa que não fez uso de drogas sobre o como é seu cuidado em saúde neste contexto. Isso me leva a concluir que, para que haja cuidado e atribuição dos valores essenciais a este, a experiência é imprescindível, uma vez que somente ela permitirá trabalhar as questões essenciais desse cuidado. A cada nova experiência os valores são atualizados, reprogramados, em novas hierarquias e novos valores, a partir da intuição emocional (MEDEIROS, PEREIRA, SILVA, SILVA, 2012).

Assim, identifico os valores morais nesse cuidado, que podem ser vistos quando atribuem ao outro, ou a suas crenças e valores, o limite para sua saúde ou doença. Ou seja, busca-se nas experiências singulares dos amigos, ou de depoimentos de desconhecidos, parâmetros sobre a droga a ser utilizada, a quantidade usada e o que esperar dessa experiência com a droga ou com o seu cuidado.

Nesses valores morais, identifiquei ainda a constante posição contraditória nas descrições. A presença de elementos valorativos controversos, em todos os significados atribuídos pelos participantes às suas diversas experiências de cuidado em saúde, evidencia a contradição como elemento apriorístico desse cuidado. Entretanto, como a atribuição de valores é um exercício da moral é justamente o processo de escolha por esses valores, ela passa a ser reduzida como elemento apriorístico deste cuidado.

Outro valor que pude correlacionar é o de liberdade para a busca do bem-estar, sendo este movido por experiências saudáveis de vida. Bem-estar foi visto pelos

participantes como o sentimento de prazer, de escolher fazer algo que lhe é próprio, mesmo que essa escolha seja proibida socialmente (ou por lei ou por conduta moral). Ressalto que não há como se produzir escolhas genuínas dos valores morais que não pela liberdade, o que me leva a concluir que esta é outra dimensão essencial desse cuidado.

A moral e a liberdade são, portanto, estruturas apriorísticas no cuidado em saúde das pessoas que fazem uso de drogas. Porém, elas não se bastam em si, pois, como já discutido anteriormente, a essência do cuidado é a mais importante estrutura apriorística desse cuidado.

Como já abordado anteriormente, o cuidado é uma prática que acontece na relação, que se atualiza segundo uma duração temporal variável, motivada pelo interesse pelo outro e orientada a promover o seu bem-estar-aí, em direção ao que é essencial para o outro (MORTARI, 2018, p. 91). Contudo, existe nessa relação de cuidado uma peculiaridade, específica do cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas: a atribuição de valores morais e a liberdade.

Dessa forma, tanto o conceito de “saúde” como o de “droga” – como já discutido exaustivamente - são atravessados pelos valores morais e pela liberdade. Por isso, compreendo que elas compõem a essência do fenômeno estudado.

Mortari (2018) ofereceu uma importante contribuição filosófica ao produzir uma fenomenologia do cuidado, a qual revelou a essência do cuidado, no seu sentido mais completo, e, portanto, não especificado para o cuidado em saúde. Porém, quando tentamos transpor esse cuidado para a esfera da saúde, uma nova condição é imposta, pois valores específicos são atribuídos à essência do cuidado em saúde.

Como já discutido anteriormente, saúde é um conceito que pode ser empregado com a finalidade de redefinir o outro, como forma de dominação dos corpos e de seus comportamentos. Por essa razão, a discussão sobre cuidado em saúde torna-se mais complexa quando colocada diante da análise filosófica sobre cuidado, realizada por Mortari (2018).

Assim, para que eu pudesse desenvolver a análise fenomenológica desse cuidado em saúde foi necessária a associação do conceito filosófico de cuidado com a ideia de saúde no contexto do uso de drogas. Nos discursos dos participantes, ficou evidente que os valores por eles atribuídos aos elementos dessa experiência estão fortemente

relacionados aos valores morais e de liberdade.

#### 4.7 – Os valores morais

Realizar uma discussão sobre a moral é algo bastante complexo, e há quem diga que se trata de uma especificidade da filosofia moral. Evidente que diante de minhas limitações teóricas o que apresento aqui é um breve esboço do modelo filosófico que me alicerçou teoricamente para definição de moral, e seus valores. Neste caso, optei por discutir os resultados com base nas virtudes morais de Aristóteles, pois se trata de uma perspectiva que não diz o que deve ou não ser feito, ou nas consequências dos atos realizados, mas sim nas virtudes daquele que age. Portanto, na perspectiva da ética das virtudes de Aristóteles não é consequencialista, bem como não se trata de deontológica.

Aristóteles, na obra “Ética a Nicômaco” (2021), discutiu a felicidade. Para ele, felicidade é alcançar a *Eudaimonia*, termo utilizado pelos gregos para se referirem ao alcance da felicidade, e isso queria dizer ter uma vida harmoniosa com a natureza do ser humano. A natureza do ser humano é, justamente, ser virtuoso, agir de forma virtuosa, porque agindo dessa forma estaremos integrados com o universo de forma harmoniosa, em nossa máxima potência para alcançar a felicidade (FILHO, POMPEU, 2013; ARISTÓTELES, 2021).

Ainda de acordo com Aristóteles (2021), aquilo que é próprio da natureza humana é a razão e, portanto, para alcançar esse agir virtuoso deve-se usar a razão. Por meio da razão podemos, segundo ele, chegar a duas situações de virtude: a primeira é a virtude ética, na qual a razão pensa sobre a vida prática; e a segunda é a virtude dianoética, em que se pensa sobre o conhecimento por ele mesmo, o que não envolve as instâncias práticas do dia a dia do ser humano (FILHO, POMPEU, 2013; ARISTÓTELES, 2021).

Assim, a virtude ética é encontrar o justo meio entre dois extremos e, portanto, por meio de comportamentos virtuosos encontrar a *Eudaimonia*, ou seja, essa felicidade compreendida pelos gregos de integrar-se ao universo de forma perfeita. Para Aristóteles, o ético é estar em harmonia com sua própria natureza, o que é possível por meio das virtudes morais. Para isso, necessitamos do outro, pois a ética somente pode ser alcançada na vida social e política entre os entes (FILHO, POMPEU, 2013; ARISTÓTELES, 2021).

Dessa forma, a moral representa uma forma de agir em hábito, em que se escolhe, a partir do caminho do meio, as virtudes morais, aqui descritas como coragem, temperança, generosidade, magnificência, modéstia, justiça, entre outras. Por isso, não são ações racionais de forma direta, mas que agem, simplesmente, com base nas virtudes morais e que visam o agir e não à sua consequência. (FILHO, POMPEU, 2013; ARISTÓTELES, 2021).

Antes da escolha de uma ação há uma concepção do que é certo e errado. Se na relação de cuidado aquele que cuida compreende o livre arbítrio do outro como imoral, não é possível estabelecer uma verdadeira relação de cuidado em saúde com a pessoa que é cuidada, neste caso, com aquela que usa droga, pois nega-se aquilo que pode ser essencial para ela, ou seja, a própria droga.

O trecho abaixo foi retirado da entrevista com Pedro. Ele descreveu sua experiência da relação com seus pais após descobrirem que ele fazia uso de maconha:

**Pedro:** (...) enfim, aí veio, meus pais me pegaram. Pegaram um salvador [referindo-se à maconha] meu, no banheiro, na minha casa, aí foi aquela m\*\*\*, acharam que tinha perdido um filho... nossa, p\*\*\* que p\*\*\*, que s\*\*\*! E ô, como é uma c\*\*\* do mundo proibicionista, né? Eu saí com os meus amigos, no final de semana seguinte e, mano, eu não podia fumar back, porque dar pala de back é f\*\*\*, né? Ai, eu cheirei cocaína!

Pedro disse que passou a fazer uso de outra droga após ser impedido de usar a maconha. Referiu-se à atitude dos pais como algo ruim, na perspectiva do que ele considera proibicionista, ou seja, que pretende negar a existência da droga. Para ele, a negação da existência da maconha pelos pais não anulou a presença de outras drogas, de modo que ele acreditava ter experimentado a cocaína como consequência da falta de um cuidado.

O próximo trecho foi retirado da entrevista com Eduardo e refere-se a uma situação em que estava fazendo uso de uma droga conhecida popularmente como "doce", com propriedades psicodélicas, e cujo princípio ativo é o ácido lisérgico, conhecido também como LSD.

**Eduardo:** (...) a gente foi no Woodstock que teve o cover do Corn, um amigo meu levou doce, e a gente tomou, eu sei que eu preciso tomar só um quarto de doce, e sei que demora de 40 minutos a 1 hora pra mim. Nos 50 minutos tava começando a fazer efeito pra mim, e os caras tavam reclamando que não tinha batido, que que eles fizeram? Eles tomaram mais, e eu falei que eu não queria. Aí nisso, eu fui colocar o copo de cerveja na boca, assim, o cara socou o negócio com dedo na minha boca, e você não vai cuspir, né? É, esse dia aí, p\*\*\*, nossa... sabe quando você fica brigando pra não passar mal?" (...) antes dos caras tomar a segunda vez, teve uma discussãozinha entre todo mundo, eu falei "véi, o bagulho sempre demora esse tempo pra mim", "ah não, mano, mas tem que tomar um inteiro!", "mano, se eu tomar essa p\*\*\* inteira eu vou morrer, velho!", e depois tipo assim, você não vai cuspir o negócio, né veio? Entendeu?



*Tipo, embora ele fosse meu camarada, mas, se deixar, tem camarada que te leva pra morte”.*

A experiência descrita por Eduardo evidencia como a relação com os amigos, nessa situação, impôs riscos para a sua integridade física e mental. Mostra ainda como não houve uma relação de respeito e compaixão permitissem uma relação de cuidado em saúde.

Já no próximo trecho, Pedro falou sobre a relação do Estado com a maconha, sendo ela legalizada em um país por ele visitado, diferentemente do Brasil.

**Pedro:** *É um club de maconheiro! (...) virou negócio... tem uma sinuca, que você tem que comprar uma ficha, aí tem máquina de larica (termo utilizado para aumento do apetite após uso da maconha), que você põe uma ficha e cai a larica, tem breja... sabe? É isso, é um club. Tem jogo de tabuleiro, todo domingo passa o Barça, a galera, ao invés de assistir no bar, vai assisti no club, lá! Eu achava ótimo! Eu vivia no club! (...) Porque é isso: o cara que plantou é o cara que vai me vender o back! Eu chegava no holandês negão, um p\*\*\* holandês gigante, ele falava inglês mal, eu falava inglês mal, mas a gente sempre se entendia. Eu falava: “Véio, hoje eu vou de Rasbatas” - que era uma baladona lá, e ele me dava um p\*\*\* back cheio de THC, que ia me ligar, que ia me dar uma p\*\*\* taquicardia, “ahhhhhh”. E chegava pra ele no outro dia “ow, vou assistir um filme hoje, o que que você indica?” e aí ele me dava um back mais leve... eu falava “não quero dormir, eu quero ficar de boa, em casa”, e aí ele me passava esse mobdick (nome dado a uma determinada opção de maconha, que se distingue pelos níveis diferentes de canabinoides), por exemplo. Então, só de trocar ideia com esse cara que sabe muito, já reduz dano. Porque é isso, se você tá num dia introspectivo, e vai de um “sativão” (faz referência à cannabis sativa, uma determinada variação de maconha), você vai ter nóia, você vai ter um monte de coisa, e tem outro fator! A maconha, nenhum de nós viveu a maconha em um estado legal, então, essas paranoias que a galera tem... dá pra ser que seja - eu não tô falando que não seja - mas não tem como a gente conseguir decifrar, com ela proibida! E com todo esse estigma que tem envolta dela. Então, às vezes, eu não sei você, mas você fuma um back e dá ruim, não dá pra saber se você é intolerante a THC ou c\*\*\* a quatro, ou porque é uma p\*\*\* pressão, e você fuma, o negócio dá ruim, e você não pode, porque é ilegal, e você não pode falar pro médico que você usou, porque se não o cara vai te dar uma ace, e um dipirona, pra te f\*\*\*, pra te punir! Como se fosse algo terrível!*

No trecho acima, é possível notar que os valores morais atribuídos por aquela sociedade compreendem a substância como um grande negócio, tanto para o lazer quanto para uma experiência turística. Em sua fala, Pedro expressou que conhecer a substância vendida – com ciência sobre suas propriedades e efeitos - e comprá-la de alguém que a conhece, permitia que ele escolhesse, entre os diferentes tipos de maconha, aquele que mais se adequava à experiência que ele desejava vivenciar. Segundo ele, isso proporcionava experiências positivas, controladas e com menores riscos, por conseguir prevêê-los.

Os valores morais permeiam todas as relações, inclusive as de cuidado. Ao longo das entrevistas, pude observar que os comportamentos virtuosos calibram a intensidade do cuidado em saúde das pessoas que usam droga. Por outro lado, à medida que a relação de cuidado se aproxima e, simultaneamente, se esgarça, passa a exigir do outro mais virtudes.

Isso quer dizer que não basta que a relação seja orientada para o outro com o objetivo de promover o seu bem-estar-aí. É preciso se ocupar, genuinamente, daquilo que é essencial para o outro e, no caso do uso da droga, essa percepção de bem-estar-aí pode já estar esgarçada pela própria droga, se for esta relação causadora de sofrimento. Portanto, o que delimita o limite mínimo da relação de cuidado são as virtudes morais, e o que define o limite máximo é a liberdade.

Vale lembrar que em uma análise contemporânea da ética das virtudes aristotélicas temos grandes discussões na filosofia. Há que se considerar que dentro desse grande campo de estudos diversos autores discutem sobre o que de fato seria essas virtudes, e o quanto a moral está atrelada a um conceito de felicidade, que hoje, diferente dos antigos, trata-se da ideia *eudaimonica*. Desta forma, é evidente que este trabalho não se encerra aqui. A ideia central é poder analisar o cuidado em saúde das pessoas que usam drogas, e sinalizar que a essência do cuidado percorre uma dimensão de moral, enquanto virtudes éticas aristotélicas, e que desta forma, os estudos sobre o tema não podem se encerrar aqui, enquanto análise filosófica (PEREIRA, 2020).

Há o grande risco de uma interpretação errônea sobre o que me refiro de moral, em especial, quando tratamos o tema de drogas. Por isso, é importante enfatizar que essa moral identificada como estrutura apriorística desse cuidado não é o “moralismo”, ou o julgar do comportamento do outro a partir do que é valorizado pelo *status quo*, mas sim identificar a relevância das virtudes éticas nas relações de cuidado.

De forma mais clara, aquele que cuida têm virtudes éticas que o permite estar nessa relação, o mesmo acontece com aquele que é cuidado, que também as detém. Acaso não haja por um dos lados não estabelece a relação desse cuidado.

Ou seja, essa relação se sustenta minimamente, no cuidado em saúde das pessoas que usam drogas, por isso. Porém, por não ser uma relação estática, caso exija se mais virtudes pelas duas vias, mais essas virtudes serão exploradas, e a relação se sustenta em direção ao bem-estar-aí do outro. Ao passo que essas virtudes éticas estejam no seu limite, há aproximação máxima entre as pessoas (de quem cuida e de quem é cuidado) esbarra-se na liberdade.

#### 4.8 - A liberdade

A liberdade pode designar o sentir-se livre para escolher como usufruir do seu tempo e de seu “luxo biológico”, tal como Caponi (2003) referiu-se à saúde. Isso quer dizer que o cuidado em saúde neste contexto demanda que a escolha seja compatível com a vida que se deseja, e não com o que é considerado necessário para a média estatística da população.

De acordo com Sartre (1943), ser livre é ter que escolher, em cada situação, um campo de possibilidades de ser. Não se trata, portanto, de uma escolha fortuita, pois isso até um animal, um cão, pode fazer: comer ração ou comer um bife, por exemplo. No caso, o ser humano, segundo o mesmo autor, é livre para escolher em todas as situações e, por isso, pode transcender por campos de possibilidades até encontrar um que identifique como futuro realizável. Este futuro, vale lembrar, se concretiza enquanto se deseja.

Para Sartre (1943), a liberdade é um conceito ontológico, ou seja, define a própria existência humana. Por isso, diferentemente do senso comum, a liberdade não se conquista, pois é inerente à vida humana.

O ser que *é o que é* não poderia ser livre. A liberdade é precisamente o nada que por *ter sido* no âmago do homem pressiona a realidade humana a fazer-se, em vez de *ser*. Nós já vimos que para a realidade humana *ser é escolher-se* (...). Ela está inteiramente abandonada, sem nenhuma ajuda de nenhuma espécie, entregue a sua insustentável necessidade de se fazer ser até os mínimos detalhes. Assim, a liberdade não é *um ser*: ela é o *ser do homem*, ou melhor, seu *nada de ser*. (...) O homem não poderia ser ora livre e ora escravo: ou ele é inteiro e sempre livre ou não o é. (Sartre 1943, p. 516)

Portanto, a questão do cuidado está no *projeto de ser* que esse sujeito tem. Por isso, sugiro que este cuidado, de forma prática, tenha como limite máximo a liberdade, ou seja, a existência do outro, o seu projeto de ser.

O trecho abaixo foi extraído da entrevista com Guilherme e traz uma reflexão muito interessante sobre suas escolhas e seu projeto de ser:

**Silvana:** *Voltando um pouco... sobre como você cuida da saúde, de forma geral, você tem algum convênio?*

**Guilherme:** *Não, e nem me passa pela cabeça ter. Nunca tive, a não ser quando eu arrumo emprego e sou obrigado. Não tenho dentista. Meus dentes são uma b\*\*\*. Acabou de cair mais um dente, semana*

*passada. Horrível. Não tenho plano de nada e, na minha cabeça, eu nem penso nisso. Na minha cabeça é ficar atrás de mulher, dinheiro, e o resto eu desenrolo, o meu negócio é rolê de forma geral. No rolê vai ter: droga, mulher, amigos. Então o lance é trabalho, rolê, tentar comprar alguma coisa pra mim, é isso, o meu bagulho.*

**Silvana:** *E por que você não está na praia, vendendo os seus tramos? (um desejo citado por ele anteriormente na entrevista).*

**Guilherme:** *Porque eu tenho medo mesmo, medo de meter a cara, medo de errar e voltar com o r\*\*\* entre as pernas, medo dessa segurança, da casa da minha mãe, das pessoas que eu tenho perto de mim, do lugar que eu tô que eu conheço tudo. Em geral é medo mesmo. O que me breca, tá ligado? Em geral é medo mesmo. Falta coragem de eu ser quem eu quero ser mesmo, tá ligado? Já pensei muito nisso, nesses tempos atrás, porque eu já conheci várias minas bugadas...*

**Silvana:** *Mas não é fácil as escolhas que a gente faz para a vida, né?*

**Guilherme:** *É tipo... eu não vou por medo, por ser c\*\*\* mesmo. Eu tenho vários amigos que já meteram a cara, tem amiga minha que já tá morando em João Pessoa, faz 10 anos! E eu admiro essas pessoas "meu, que coragem que essas pessoas têm, e de pagar o preço do que quer viver", sabe? Porque eu acho que não viver, paga um preço mais caro do que viver e pagar o preço de viver! Entendeu o do viver? (risos), muitos viveres!! (risos). Em geral é isso aí. Eu acredito que vou tomar coragem. E lembrei o que eu ia falar, nessa coisa sobre a minha essência de ficar atrás de mulher, e tal, eu percebi que eu não sou assim, mano! Eu não sou um cara mulherengo, um cara p\*\*\*, e por que que eu quero ser assim, mano! Pra quem, mano? Aí eu comecei a analisar que pra todo mundo, não todo mundo, os meus amigos que eu ando mais de rolê são assim, e aí, eu acho que pra eu me enquadrar de uma forma consciente, isso com 35 anos! Que eu consegui pensar! De uma forma inconsciente eu acabo agindo assim, vivendo uma vida que, pra mim, é fútil e sem sentido, pra talvez, agradar os outros, ou talvez, pra eu fazer parte de alguma coisa, mas aí eu falo "tem que ter gente igual eu!", eu também posso fazer parte de gente igual a eu, entende? Eu comecei a pensar isso de um ano pra cá, aí eu tô tentando trabalhar isso aí, sabe? Mas tá difícil!*

**Silvana:** *Tipo "quem realmente sou eu?", "o que que é "eu" e o que é "o outro" em mim?"*

**Guilherme:** *É! Isso! Porque eu preciso ser feliz, mano. De alma e coração! Eu não posso viver uma vida tão amarga, não que ela seja amarga! Mas é bom que eu faço tudo que eu quero, mas será que é o que eu quero mesmo? É o que me faz bem?*

**Silvana:** *É... "o que no leito de morte eu sentiria que eu fiz mesmo"?*

**Guilherme:** *É, isso, "eu fiz mesmo!". Então eu tô tentando mudar meu comportamento. De achar que toda mulher é v\*\*\*, sair dessas ideias do que eu vivi, porque eu também vivi uma história muito bonita com aquela menina, uma pessoa sensacional, então eu provei pra mim mesmo, na minha cabeça, que existe pessoas legais. Por eu querer apodrecer, eu acabei realmente apodrecendo me tornando um cara meio e\*\*\*, então, eu vou atrair isso! Então eu tô tentando mudar isso, pra ver se eu acho uma pessoa bacana.*

Neste trecho, Guilherme falou sobre o seu *projeto de ser*, ou seja, sobre sua liberdade em fazer escolhas condizentes com seus valores. Seu cuidado em saúde estava, portanto, relacionado ao seu projeto de ser que, segundo ele, era ser feliz e poder escolher os caminhos que julgava necessários para isso, como ser uma "pessoa bacana" e não "apodrecer", como, aliás, referiu estar vivendo no momento em que concedeu esta entrevista.

Esta reflexão de Guilherme só foi possível porque ele vivenciou experiências que não desejava mais viver, e outras que ele gostaria de repetir. Este é, justamente, um

dos aspectos encontrados na essência desse cuidado. Assim, em sua vida, ou seja, no intervalo de tempo entre o viver e o morrer, os seus projetos de ser podem ser modificados, revistos, a ponto de produzir novos projetos e, portanto, novas escolhas que somente são possíveis com a liberdade.

Por isso, como parte essencial do cuidado em saúde de pessoas que usam drogas é ter consciência sobre a sua liberdade, como conceito ontológico da existência humana, cabe usufruir do seu tempo e de sua saúde para vivenciar o que se projeta para o futuro.

Diferentemente de outras práticas, o cuidado em saúde para as pessoas que fazem uso de drogas apresenta especificidades. Os valores morais - do que é certo ou errado, bom ou ruim - são verificados de forma contundente nas relações de cuidado, o que demanda que as virtudes éticas de quem cuida e de quem é cuidado sejam considerados para analisar o sucesso da relação de cuidado. Os valores morais aproximam ou separam, orienta ou atrapalha as relações desse cuidado, em direção a liberdade do outro.

Por isso, a essência do cuidado em saúde das pessoas que fazem uso de drogas é uma prática relacional, que tem como seu limite mínimo os valores morais e como limite máximo a liberdade, enquanto projeto de ser, tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado. Essa relação deve ser motivada pelo interesse do outro, e orientada a promover o seu bem-estar-aí, ocupando-se do que essencial para o outro.

Esta é uma importante contribuição para as ciências da saúde. Apesar de muitos autores, na contemporaneidade, elevarem a discussão sobre cuidado, ainda é uma concepção distante das práticas de cuidado em saúde. Essa dimensão ética-ontológica sobre cuidado permanece nos livros e artigos, porém precisa estar presente de forma mais contundente também no processo de formação dos profissionais de saúde. Além da formação profissional, há que se rever a própria formação cidadã, de forma a ampliar a compreensão sobre a existência do outro e sobre as formas como estabelecemos as relações contemporâneas.

## 5 - Considerações finais

A questão primária deste estudo foi “como as pessoas que usam drogas realizam os seus cuidados em saúde?”. A partir dela, utilizei-me da fenomenologia empírica hermenêutica para analisar a experiência de cuidado em saúde das pessoas que usam drogas. Para tanto, precisei identificar nos discursos dos participantes as suas experiências sobre o uso de drogas, sobre os seus cuidados em saúde e sobre a interferência dos relacionamentos interpessoais e institucionais para os seus cuidados. Dessa forma, o processo da análise das experiências de cuidado consistiu na redução do fenômeno do cuidado em saúde para essa população até a chegada de sua essência, ou seja, o *eidos* desse cuidado específico.

Ao final, apreendi que o cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas constitui uma dimensão ética-ontológica. A essência desse cuidado é uma prática relacional, que tem como seu limite mínimo os valores morais e como limite máximo a liberdade, enquanto projeto de ser, tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado. Essa relação deve ser motivada pelo interesse do outro, e orientada a promover o seu bem-estar-*aí*, ocupando-se do que essencial para o outro.

É notório que o problema do cuidado para pessoas que fazem o uso de drogas é uma questão pujante, tanto no Brasil quanto no mundo. A diferenciação entre alguém que faz uso de droga de forma problemática e uma pessoa que não o faz é permeada por uma elucidação sobre o que é droga e sobre o que é cuidado em saúde. Por isso, essa categorização do indivíduo como pessoa que faz uso indevido ou dependente é uma atribuição da relação de cuidado em saúde e que, portanto, depende dos valores morais e de liberdade daquele que cuida e de quem é cuidado.

Sob essa perspectiva, o problema desse cuidado, agora, fica mais evidente, pois sublinha a presença de dimensões relacionais entre as pessoas, desde uma relação de cuidado - seus atores e seus modos de cuidado - até a relação entre Estado e cidadãos, por meio das políticas públicas.

Uma análise das pesquisas em saúde coletiva no Brasil, sobre as atuais relações do Estado com os cidadãos no que se refere ao cuidado em saúde, evidencia que o

Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta uma estrutura muito interessante, pois permite que o cuidado seja realizado de forma profilática, antecipatória a agravos à saúde, além de ampliar a participação dos serviços inseridos neste território das pessoas, o que viabiliza uma aproximação entre instituições e a realidade da vida dos sujeitos. Além disso, esse sistema possibilita o acesso a diversos tipos de tecnologias e densidades tecnológicas, sem distinção entre raça, idade, classe ou gênero. Destaco ainda a pertinência da estrutura intersetorial, em rede, por favorecer o cuidado integral e multiprofissional, e portanto, permeável ao modelo de cuidado psicossocial e de redução de danos.

Vale lembrar que essas características positivas da estrutura de assistência em saúde no Brasil foram uma construção histórica-social, bem como a sua permanência. Por isso, é possível compreender que não se trata de um sistema estático, mas sim em constante modificação, apesar da conservação de uma estrutura primária, que são os seus princípios: universalidade, integralidade, equidade, descentralidade e participação social. Dessa forma, apesar das mudanças fazerem parte do processo de aperfeiçoamento, para melhor execução, é possível identificar pontos que estão fragilizando, os quais são, justamente, esses princípios.

Sempre houve questionamentos sobre a aplicabilidade dos princípios do SUS, em todo território nacional. Porém, o que se pode observar atualmente é a utilização de recursos públicos para financiar instituições privadas e/ou o financiamento de projetos privados para substituir os equipamentos públicos. Essas mudanças de recursos, injetados na iniciativa privada, implicam a significativa diminuição de repasses financeiros aos serviços públicos, que incluem os equipamentos da saúde do SUS.

Essa mudança é uma modificação paradigmática sobre a compreensão da saúde como um direito de todos - assim como determina a Constituição brasileira - pois é evidente que nessa lógica os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralidade e participação social são profundamente feridos. Dessa forma, a lógica mercadológica prevalece em detrimento do direito à saúde.

As implicações negativas desse fenômeno podem ser vistas em todas as esferas de cuidado em saúde. Contudo, tornam-se ainda mais profundas e preocupantes no que se refere ao cuidado em saúde das pessoas que usam drogas, o qual, até antes mesmo desses retrocessos, já era considerado um problema, pois, como discutido nesta tese,

fundamenta-se na ética (que pode ou não estar presente) das relações de cuidado.

Assim, se mesmo após a implementação dos serviços especializados, como os CAPS AD, a qualidade e a efetividade desses dispositivos eram questionáveis, atualmente, com a precarização do SUS, a discussão (e a prática) sobre como cuidar melhor dessa população tornou-se significativamente retrocedida.

Por essa razão, é possível compreender que os avanços proporcionados por esse estudo são limitados quando comparados às necessidades conjunturais da saúde pública brasileira; e de fato, o são. Contudo, apesar de teórico, ele proporciona implicações diretamente práticas, desde a análise das políticas em saúde como no cuidado direto com as pessoas que usam drogas, tanto para aquele que sofre com o uso quanto para aquele não sofre. Ademais, oportuniza reflexões para novas construções teórico-práticas e subsídios, validados cientificamente, para a defesa da manutenção do SUS e de seus princípios.

Acredito que o cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas deve ser pensando a partir do contexto histórico e social, e revisitado a partir da dialética do tempo histórico. Ele é construído em relação, nas brechas e dobras entre as relações patriarcais, colonialistas, regidas pelo biopoder, e por políticas e ações proibicionistas.

Destaco ainda a relevante contribuição deste estudo para as práticas de cuidado em saúde, na medida em que amplia a compreensão sobre a necessidade do resgate dos valores morais, enquanto virtudes éticas, e de liberdade, enquanto projeto de ser do outro, nas formações das pessoas, não apenas dos profissionais de saúde. Isso implica em compreender os limites e as potencialidades na relação de cuidado de forma a qualificá-la para o bem-estar do outro.

Em relação às contribuições deste estudo para análise de políticas públicas em saúde, especialmente para aquelas que discutem o cuidado em saúde das pessoas que sofrem com o uso de drogas, é possível compreender que não se trata da verificação de um modelo de cuidado – se de abstinência exclusiva ou de redução de danos; se biomédico ou asilar. O intuito é identificar como se dá essa relação de cuidado, se é de dimensão ética-ontológica, pois esta é incompatível com qualquer relação desumana, injusta, colonial e patriarcal. Destaco que o alcance desse propósito demanda expandir a discussão sobre cuidados sob o paradigma proibicionista ou antiproibicionista, pois é



evidente que a lógica proibicionista não permite o próprio cuidado ético-ontológico, pois nega a existência da própria droga.

## 6 - Referências

ADORNO, R. C. F. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Ed. Port) v.4 n.1 Ribeirão Preto. Fev. 2008.

ALEXANDER, B. K. The Globalisation of Addiction: a study in poverty of the spirit. Department of Psychology. Simon Fraser University. Vancouver. British Columbia. Oxford, University press. Canada. 2008.

ALMEIDA, M.C.P; ALVES, M.A.S. Editorial: Você deseja excluir a sua liberdade? Clique aqui. **Revista de Filosofia Moderna e Contemporânea**, Brasília, v.8, n.1, abr. 2020, p. 7-19.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas". **Rev Cadernos de Saúde Pública**. Vol.25.nº11. Rio de Janeiro. Nov.. 2009.

ANDRADE. M. “Macunaíma: **o herói sem nenhum caráter**”. Ed. Villa Rica Editoras Reunidas LTDA; Belo Horizonte- Rio de Janeiro. 33ª Edição. 2004. p.39-40.

ARANTES, Aldinéia Cardoso. O estatuto do anti-herói: estudo da origem e representação, em análise crítica do “Satyricon”, de Petronio e “Dom Quixote”, de Cervantes. 2008. 107f. **Dissertação (Mestrado em Letras)** - Universidade Estadual de Maringá, UEM, Maringá, 2008.

ARAÚJO, M.R; MOREIRA, F.G. Histórias das drogas. Panorama atual de drogas/ org. Dartiu Xavier da Silveira, Fernanda Golçalves Moreira. 1 ed. São Paulo. Editora Atheneu, 2006.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Traduzido por Maria Stephania da Costa Flores – Jandira, SP: Principis, 2021.

AYER, J.A. **Linguagem, verdade e lógica**. Lisboa, Editorial Presença, 1991

AYRES, R. C. M. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. (orgs) **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, cap. 06, p. 91-108.2005.

AYRES, J.R.C.M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18. supl. 2, 2009.

BAUMAN, Z. **Modernidade e Ambivalência**. Tradução Marcos Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

BIERNACKI, P., WALDORF, D. Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. **Sociological Methods & Research**, 10:141. 1981.

BOEMER, M R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev. Latino-am. enfermagem** – Ribeirão Preto – v. 2 – n. 1 – p. 83-94 – janeiro 1994.

BOEMER, M.R. A fenomenologia do cuidar – uma perspectiva de enfermagem. **Fenomenologia do cuidado e do cuidar – perspectiva multidisciplinar**. Adão José Peixoto; Adriano Furtado Holanda (org.) Curitiba: Juruá, 2011.

BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra**. Editora Vozes. 15 edição. Petrópolis, Rio de Janeiro, 1999.

BOFF, L. **O cuidado essencial: princípio de um novo ethos**. Inclusão Social, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar., 2005.

BURTT, E. A. **As bases metafísicas da ciência moderna**. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1983.

BUTTERFIELD, H. **As origens da ciência moderna**. Lisboa, Edições 70, 1991

BRASIL. Política Nacional sobre Drogas, de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. In: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, republicado em nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38. 2011.

BRASIL. Presidência da República: Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. DOU de 11.4.2019 – Edição extra. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Senado Federal. Seção II da Saúde. Artigo 196. 1988.

BRASIL a. Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, 20 fev. 2002.

BRASIL b. Portaria GM 816 de 30 de abril de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.

BRUCE, A. **The globalization of addiction: A study in poverty of the spirit**. Oxford University Press, 2010.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7º Ed. Rio de Janeiro. Ed. Florence Universitária. p.125-143.2011.

CAPELLARI, M.A. O discurso da contracultura no Brasil: o underground através de Luiz Carlos Maciel (c.1970). **Tese de doutorado**. Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de História. Programa de Pós-graduação em história social.São Paulo. 2007.

CAPONI, S. Promoção da saúde: **conceitos, reflexões, tendências**. Org. Dina Czeresnia. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, p.55-77. 2003.

CARNEIRO, H.S. "Drogas: **a história do proibicionismo**". Ed. Autonomia literária. São Paulo. 2018.

CARNEIRO.H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. Publicado na revista Outubro, IES, São Paulo, V. 6, pp.115-128. 2002.

CARLINI et. Al. **Drogas Psicotrópicas – o que são e como agem**. Rev. IMESC, nº03. p.9-35.2001.

CARVALHO, F.A. Makunaima/Makunaíma, antes de Macunaíma. **Rev.Crioula**. Nº5. maio. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas: 2017 [Internet]. Brasília, DF: CFP; 2018. 172 p. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-emcomunidades-terapeuticas\\_web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-emcomunidades-terapeuticas_web.pdf).

COSTA, M. C. G.; GUALDA, M. R. D. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde–doença. **Rev. História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. v.17, n.4, out.-dez. 2010, p.925-937.

COSTA, P. H. A, et al. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2):395-406, 2015.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro, Fiocruz. 2000.cap.8, p.141-167.

CORREA, A.K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 83-88, janeiro 1997.

CHAGAS, C.; PAULA, T.C.S; GALDURÓZ, J.C.F.A linguagem e o estigma: os termos utilizados na área de álcool e outras drogas. **Rev. Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 30(1)e:2020921, 2021.

CHAUÍ, M. **Introdução à história da filosofia**. Vol. I. São Paulo, Cia. das Letras, 2002.

CSETE, J; KAMARULZAMAN, A; KAZATCHKINE, M; ALTICE, F; BALICKI, M; BUXTON, J; BEYRER, C. Public health and international drug policy. *The Lancet*, 387(10026), 1427–1480.2016.

DARMOT, M. Q. R., et al. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(9):1788-1796, set, 2010.

DELEUZE, G. “Post-Scriptum sobre as sociedades de controle”. In: **Conversações(1972 – 1990)**. Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELMANTO, J. História social do LSD no Brasil: os primeiros usos medicinais e o começo da repressão. **Tese de doutorado**. Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de História. Programa de Pós-graduação em história social. São Paulo. 2018.

DE SOUSA, F.D.J.S; SOARES, S.M.M. A redução de danos. **INTERFACES EM PSICOLOGIA JURÍDICA E FORENSE**, p.67. 2020.

DESINSTITUTE. Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216>. Acesso

em outubro de 2021.

DEWES, J.O. Amostragem em Bolsa de Neve e Repondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos. Monografia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Matemática. Departamento de Estatística. Porto Alegre.2013.

DIAS. B.M, BADAGNAN, H.F, MARCHETTI, S.P, ZANETTI, A.C.B. Gastos com internações psiquiátricas no Estado de São Paulo: um estudo ecológico. **Rev. Epidemiologia e serviços de saúde**. preprint V. 1. 2021.

DOURADO, H.A. A enfermeira e a institucionalização da profissão e de seu novo papel profissional. **Rev. Bras. Enfermagem.**; DF, 31 : 293-303, 1978.

ECOLE, F. F; MELO, L.S; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Rev. Mineira de Enfermagem - REME**, v.18, n.1, p 1-260,2014.

FEIJOO, A.M.L.C; GOTO, T.A. É possível a fenomenologia de Husserl como método de pesquisa em psicologia? **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**. vol. 32. p. 1-9. 2016.

FERNANDEZ, O. Drogas e (des) controle social. Conversações abolicionistas: uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva. São Paulo: **IBCCrim**, 117-127. 1997.

FERREIRA, M.A. Enfermagem- arte e ciência do cuidado. **Esc Anna Nery** (impr.) Editorial. Out -Dez, 15 (4): 664-666. 2011.

FILHO, C.B; POMPEU, J. **A filosofia explica as grandes questões da humanidade / Clóvis de Barros Filho & Júlio Pompeu**. 1. ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra; São Paulo: Casa do Saber, 2013.

FIGLIARELLI, M; VELHO, G. O consumo de psicoativos como campo de pesquisa e de intervenção política. **Drogas e Cultura novas perspectivas**. Labate, M.C, Goulart, S, Fiore, M, MacRae, E, Carneiro, H. (org). Editora Edufba. Salvador. 2008. (p.123).

FIGLIARELLI, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. Opinião. **Novos estud. CEBRAP** (92). Mar. 2012.

FONTANELLA, B. J. B, et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan,

2008.

FOUCAULT, M . Aula de 17 de março de 1976 In: **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes. p.282-315. 1999.

FOUCAULT, M. Em defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). Editora Martins Fontes. São Paulo. 2005.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir** – histórias da violência nas prisões. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 1974.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GIORGI, A. Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences. **Análise Psicológica**, 3(24), 353-361. 2006.

GONZÁLEZ, Mario M. **A Saga do Anti-herói**. São Paulo: Nova Alexandria, 1994.

GOTO, T.A. A (Re) constituição da psicologia fenomenológica em Edmund Husserl. Tese (doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas. 2007.

GRIFFITHS, P.; SIMON, R. **Harm reduction: evidence, impacts and challenges**. In: RHODES, T.; HEDRICH, D. (ed) European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Monographs. Luxembourg. Publications Office of the European Union, 2010. p.12.

GRONDIN, J. **Hermenêutica**. São Paulo, Parábola Editorial, 2012.

GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 26, n. 1, p. 75-86, mar. 1992.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Trad. E Org. Fausto Castilho. 1º Ed. Multilingues de filosofia Unicamp. Editora Vozes. 2012.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Trad. Marcia Sá Cavalcante Schuback. 15º Ed. Parte I. Ed. Vozes. 2005.

HAMMERSLEY, M; ATKINSON, P. **Ethnography: principles in practice**. 3 ed. London.: Routledge, 2007.

HORTA, V.A. **Processo de Enfermagem**. Wanda de Aguir Horta, com colaboração de Brigitta E. P. Catellanos. São Paulo. Ed da Universidade de São Paulo. 1979.

HUSSERL. E. **Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica**. Tradução Márcio Suzuki – Aparecida, SP. 2º ed. Ideias & Letras, 2006.

HUSSERL, E. **A ideia da fenomenologia**. Lisboa: Ed. 70, 2000.

JAPIASSU, H. **A revolução científica moderna**. Rio de Janeiro, Imago, 1985.

JUNIOR, C.A.C.A. A dependência da trajetória e as mudanças nas políticas sobre drogas em Portugal e no Brasil no início do Século XXI: duas formas de manutenção do proibicionismo. Tese de doutorado defendida no Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

KAASIK. H; SOUZA, R. C. Z; ZANDONADI, F. S; TÓFOLI, L.F; SUSSULINI, A. Chemical Composition of Traditional and Analog Ayahuasca. **Journal of Psychoactive Drug**. Taylor& Francis.2020.

KLEINMAN, A, et al. Culture, Illness, and Care. **Annals of Internal Medicine**. 88:251-258. n 2.feb.1978.

KOYRÉ, A. **Considerações sobre Descartes**. Lisboa, Presença, 1986.

LANCETTI, A. Contrafissura e plasticidade psíquica. Série Políticas do desejo. Hucitec Editora.1.ed. São Paulo. 2015.

LIMA, L.A.N. A descrição, a redução e interpretação na filosofia husserliana e suas utilizações no método fenomenológico. **Fenomenologia do cuidado e do cuidar – perspectiva multidisciplinar**. Adão José Peixoto; Adriano Furtado Holanda (org.) Curitiba: Juruá, 2011.

LIMA, H. M. M. Adesão ao tratamento do HIV/Aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas em São Paulo/SP. São Paulo, 2006. **Tese (Doutorado)** - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.



Disponível em: [teses.usp](http://teses.usp) > acesso em: 13 junho de 2017.

MARCHETTI, S. P. A inclusão social de usuários do CAPS AD em um município paulista. **Dissertação de mestrado**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, 2015, p.21.

MARLATT, G. A., BLUME, A. W., & PARKS, G. A. Integrating Harm Reduction Therapy and Traditional Substance Abuse Treatment. **Journal of Psychoactive Drugs**, 33(1), 13–21, 2001.

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. A construção dos conceitos. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 10-14, jan./abr. 2010.

MENDER, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C.P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: métodos de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MEYER, R. E. The disease called addiction: emerging evidence in a 200-year debate. *The Lancet*. Vol.347. January 20, 1996.

MERHY, E.E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde: desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde da Comunidade – Pós-graduação em Saúde Coletiva. 2007.

MERLEAU-PONTY, M. Fenomenologia da Percepção. Tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2. ed. São Paulo. Martins Fontes. 1999.

MEDEIROS, M.B; PEREIRA, E.P; SILVA, R.M.C.R; SILVA, M.A. Dilemas éticos em UTI: contribuições da Teoria dos Valores de Max Scheler. **Rev.Bras Enferm**, mar-abr, 65(2):276-84. Brasília, 2012.

MINAYO. M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo. (SP): Hucitec; 2008.

MITRE, S. M., et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8):2071-2085, 2012.

- MOISÉS, Massaud. Dicionário de termos literários. Cultrix, 5.ed. São Paulo, 1988.
- MOROSINI, M.V.G.C. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Org. Márcia Valéria G.C e Anamaria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro. ESPJV/FIOCRUZ, 2007.
- MORTARI, L. **Filosofia do cuidado**. Tradução de Dilson Daldoce Junior. São Paulo: Paulus, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul, 1993.
- OLIVEIRA, N.L; RIBEIRO, J.C; COSTA, H.O.G.; MELO, C.M.M; SILVA, G.T.R. 100 anos de Haydée Guanais Dourado: contributos para enfermagem brasileira. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.30, n.2, p.1-12, abr./jun.2016.
- PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Rev. Psicologia & Sociedade**; 23 (1): 154-162, 2011.
- PEIXOTO, C., et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J Bras Psiquiatr**, 59(4):317-321.2010.
- PELBART, P.P. **Vida Capital**: ensaios de biopolítica. 1ªed. São Paulo: Iluminuras, 2011.
- PEREIRA, R.R.A ética das virtudes e a distinção entre moralidade e felicidade. **Revista Portuguesa de Filosofia**, Vol. 76 (1): 93-124. 2020.
- PETUCO, D. R. S; MEDEIROS, R. G. Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: Contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. 2010. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/9808-saude-mental-alcool-e-outrasdrogas-contribuicao-a-iv-conferencia-nacional-de-saude-mental-intersetorial>.
- POLIT, D.F, BECK, C.T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática em enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- REIS, A.C. A subjetividade como corporeidade: o corpo na fenomenologia de Merleau-Ponty. **Vivencia**. n.37. p. 37-48. 2011.

RODRIGUES, T. Tráfico, Guerra, Proibição. **Drogas e Cultura novas perspectivas**. Labate, M.C, Goulart, S, Fiore, M, MacRae, E, Carneiro, H. (org). Editora Edufba. Salvador. 2008.

RORTY. R. Contingência, ironia e solidariedade. Lisboa. Ed. Presença. 1992, p.235-246.

LEON, G.D. A Comunidade Terapêutica – teoria, modelo e método. Ed. Loyola, São Paulo, Brasil, 2003.

ROSA, L.P. **Tecnociências e humanidades: novos paradigmas, velhas questões**. Vol I – *O determinismo newtoniano na visão de mundo moderna*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2005.

SÁ, A. C. A ciência do ser humano unitário de Martha Rogers e sua visão sobre a criatividade na prática da Enfermagem. **Rev. Esc. Enf. - U S P** , v. 28, n.2, p. 171-6 , ago. 1994.

SANTOS, C.M.C; PIMENTA, C.A.M.; NOBRE, M.R.C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.15, n.3, p. 508-511, 2007.

SANTOS, S.C.P, SILVA, P.H.M, SILVA, F.A.O discurso médico-científico sobre a maconha no pós-abolição: o racismo científico como pressuposto para a emergência da ideologia proibicionista.*Rev.Maracanan*.Rio de Janeiro.n.27, p.118-144, maio-ago, 2021.

SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão** – Análise psicossocial e ética da desigualdade social. In: Sawaia B, organizador. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

SILVEIRA, D.X; MOREIRA, F.G. Reflexões Preliminares sobre a Questão das Substâncias Psicoativas. Org. Dartiu Xavier da Silveira, Fernanda Gonçalves Moreira. 1 ed. São Paulo. Editora Atheneu, 2006.

SODELLI. M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, V.15, N.3, p,637-644, 2010.

SOUZA, R.M.S; MEDRADO, A.C.C. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do "Holocausto Brasileiro". **Rev Ensaio**. Rio de Janeiro, v.45, n.128, p.164-177, jan-mar 2021.

TORCATO, C.E.M. O uso de drogas e a instauração do proibicionismo no Brasil. **Rev Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.4, n.2, p.117-125, 2013.

TRUMBULL, M. The experience of undergoing coronary artery bypass: A phenomenological investigation. **Unpublished Ph.D. dissertation. The Graduate School of the Union Institute, Cincinnati, OH. 1993.**

UNODC. United Nation On Drugs and Crime (UNODC), World Drug Report 2021, United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8, ISBN: 9789211483611, 2021.

UOL. Ex-ministros da saúde querem proibir internações em comunidades terapêuticas. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/chico-alves/2021/08/04/ex-ministros-da-saude-querem-proibir-internacao-em-comunidades-terapeuticas.htm>.

Acesso em agosto de 2021.

URSI, E.S.; GALVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 14(1), 124- 31, 2006.

VARGAS, E.V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. **Drogas e Cultura novas perspectivas**. Labate, M.C, Goulart, S, Fiore, M, MacRae, E, Carneiro, H. (org). Editora Edufba. Salvador. 2008.

VINUTO, J.A amostragem em bolsa de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014.

VIVAS, L. E; RADULICH, G.; BRUNO, D. Vulnerable among the Vulnerable: Drug Users in Situations of Poverty and Indigence in Argentina. **Clinical Infectious Diseases**. Dec 15;37 Suppl 5:S358-61.2003.

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Rev. ed. University Presse of Colorado. 2008.

ZAHAVI, D., MARTINY, K.M.M. Phenomenology in nursing studies: New perspectives. **International Journal Of Nursing Studies**.(93), 155-162.2019.

## 7- Apêndices

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar de uma pesquisa com o título "Cuidado em Saúde da População Usuária de Drogas: o Paradigma de Redução de Danos" que tem como objetivo analisar o seu cuidado em saúde. Entendemos que o cuidado em saúde para as pessoas que fazem um uso de drogas apresenta muitos problemas, e esta pesquisa tem interesse em estudar este cuidado para que possamos, possivelmente, melhorá-lo nas práticas e teorias. Para isso, faremos uma observação das suas atividades online, em rede sociais, como também, em outras atividades, que você permitir, para que possamos compreender suas formas de cuidado. Ainda, gostaríamos de realizar entrevistas, conforme sua disponibilidade e local que achar mais apropriado, e que você tenha acesso à internet. Gostaríamos de sua autorização para gravar, e posteriormente, transcrever as nossas conversas, garantindo total sigilo de suas informações e seu anonimato em todas as fases da pesquisa. O tempo da entrevista será de acordo com seu interesse e disponibilidade. Você não terá custos e ou benefícios financeiros em participar. Sua participação é voluntária e poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, sem punições ou perda de benefícios, bem como pedir esclarecimentos sobre a pesquisa, em todas as suas etapas. Com sua participação você contribuirá para produção científica sobre o tema, e também para possíveis melhoras dos serviços de saúde, além de refletir sobre seu cuidado em saúde, podendo melhorá-lo. Desta forma, você poderá sofrer possíveis desconfortos emocionais, tristezas, angústias que estaremos dispostos a ouvi-lo (a) e orientá-lo (a) para suas necessidades, como também, encaminhá-lo (a) para um atendimento especializado em saúde, se necessário. Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados (tomando públicos) em eventos científicos, na mídia, ou similares. Você tem direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (CEP-EERP) com a função de proteger eticamente o participante da pesquisa.

Orientamos que UMA CÓPIA DESTA TERMO DEVE SER GUARDADA EM SEUS ARQUIVOS.

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima descritos, e consinto em participar deste estudo. Havendo necessidade entrarei em contato com os pesquisadores ou com o CEP responsável.

De acordo, Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

<p><b>Profª Dra. Toyoko Saeki:</b> <a href="mailto:marcio@eerp.usp.br">marcio@eerp.usp.br</a> Endereço: Av. Bandeirantes, 3900. Vila Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, USP- EERP. CEP: 14040-902. Tel: (16) 33153425. Sala: 094.</p>	<p><b>Pesquisadora Silvana Proença Marchetti</b> <a href="mailto:silvana.marchetti@usp.br">silvana.marchetti@usp.br</a> Endereço: Av. Bandeirantes, 3900. Vila Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, USP- EERP. CEP: 14040-902. Tel: (16) 33153425. Sala: 094.</p>	<p><b>Comitê de Ética em Pesquisa EERP/USP</b> <a href="mailto:cep@eerp.usp.br">cep@eerp.usp.br</a> Av. Bandeirantes, 3900. Vila Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. CEP: 14.040-902. Tel: (16) 3315 0197. 10h as 12h /14h as 16h.</p>
---	---	---

## 8- Anexos

### 8.1- Anexo I:



Ofício CEP-EERP/USP nº 022/2020, de 31/01/2020

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 31 de janeiro de 2020.

**Protocolo CAAE:** 15211419.1.0000.5393

**Projeto:** Cuidado em Saúde da População Usuária do Drogas: o paradigma de Redução de Danos

**Pesquisadores:** Silvana Proença Marchetti (doutorado)  
Toyoko Saeki (orientadora)

*Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.*

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. Ronaldo Alves dos Santos  
Coordenador do CEP-EERP/USP

limº. Srº.

**Profº. Drº. Toyoko Saeki**

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

## 8.2- Anexo II:



Centro Colaborador de CONICOM para o Desenvolvimento de Pesquisas em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Av. Itália Bandeira, 3608 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14044-902  
Fone: 51 3313.2302 - 55 19 3313.2381 - Fax: 55 19 3313.8216  
www.eerp.usp.br | eerp@usp.br

**Ofício CEP-EERP/USP nº 0225/2020, de 06/08/2020**

Prezada Senhora,

Comunicamos que as alterações no projeto de pesquisa abaixo especificado foram analisadas e consideradas **aprovadas ad referendum** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em 5 de agosto de 2020.

**Protocolo CAAE:** 15211419.1.0000.5393

**Projeto:** Cuidado em Saúde da População Usuária de Drogas: o paradigma de Redução de Danos

**Pesquisadores:** Silvana Proença Marchetti (doutorado)  
Toyoko Saeki (orientadora)

*Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.*

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Ronaldo Alves dos Santos**  
Coordenador do CEP-EERP/USP

Ilm<sup>as</sup>. Sr<sup>as</sup>.

**Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Toyoko Saeki**

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP