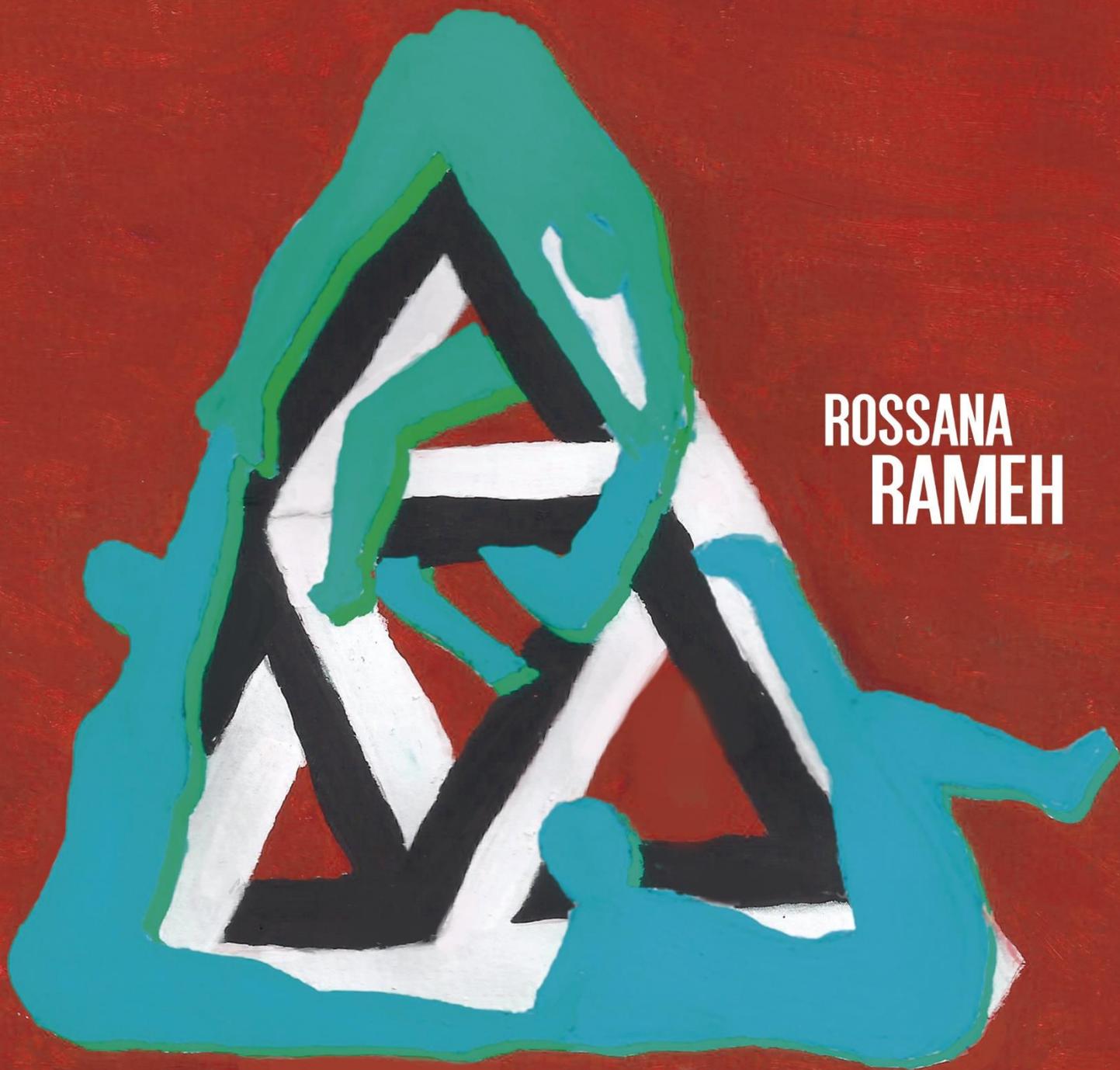


UNIFESP - CEBRID

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA**



**ROSSANA
RAMEH**

**DA PESSOA QUE RECAI À PESSOA QUE SE LEVANTA:
A RECURSIVIDADE
DOS QUE USAM CRACK**

ROSSANA CARLA RAMEH-DE-ALBUQUERQUE

**DA PESSOA QUE RECAI À PESSOA QUE SE LEVANTA: A
RECURSIVIDADE DOS QUE USAM CRACK**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola
Paulista de Medicina para obtenção
do título de doutor em Ciências.

SÃO PAULO

2017

Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque

**A PESSOA QUE RECAI À PESSOA QUE SE LEVANTA: A RECURSIVIDADE
DOS QUE USAM CRACK**

Tese apresentada ao curso de
Doutorado em Saúde Coletiva do
Departamento de Medicina Preventiva
da Universidade Federal de São Paulo,
para obtenção do grau de Doutora em
Ciências.

Orientadora: Solange Aparecida Nappo

São Paulo

2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS
PSICOTRÓPICAS-CÉBRID
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva:

Profa. Dra. Rosemarie Andrezza

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva:

Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira

Rameh-de-Albuquerque, Rossana Carla

Da pessoa que recai à pessoa que se levanta: a recursividade dos que usam *crack*.

Rossana Carla Rameh-de- Albuquerque. – São Paulo, 2017.

xvi, 225f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em Inglês:

1. *Crack*. 2. Recaída. 3. Dependência. 4. Recursividade. 5. Complexidade. 6. Tratamento.

Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque

**DA PESSOA QUE RECAI À PESSOA QUE SE LEVANTA: A
RECURSIVIDADE DOS QUE USAM CRACK**

Presidente da Banca

Profa. Dra. Solange Aparecida Nappo
Professora do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP.

BANCA EXAMINADORA – TITULARES

Doutora Eroy Aparecida da Silva
Coordenadora Clínica Escola-Unidade de Dependência de Drogas – Disciplina de Medicina e
Sociologia do Abuso de Drogas –DIMESAD-UNIFESP

Pós-Doutor Lúcio Garcia de Oliveira
Pesquisador do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do
Trabalho, FMUSP

Doutor Telmo Mota Ronzani
Professor do Departamento de Psicologia da UFJF

Doutora Maristela de Melo Moraes
Professora do Departamento de Psicologia da UFCG

SUPLENTES

Doutor Marcelo Della Vacchia - Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSJDR

Doutor Luiz Carlos de Oliveira Cecílio - Professor Associado do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP

Aprovada em: ____/____/____.

Preso, um dia
fui aquele passarinho
que na gaiola
não suportou sua dor
e morreu.
Ou fui apenas um que
não soube viver?
Pensamentos
confusos
pensamentos
e minha vida...
não dou

não troco
não vendo!

Paulo Felinto
Gouveia de
Albuquerque

Ao amor que nos une!

Para minha família essencial, por tudo que cada um representa em todos os momentos de minha vida:

Paulo Felinto – meu pai saudoso e para sempre amado (vivo em meu coração);

Lindinaura – minha mãe aguerrida, lutadora, humanitária, que me inspira;

Paulo Cristiano e Maria Clara,

Paulo Vladimir, Bruna, Raíza e Helena,

Luciana, Alex, Pablo e Rafaela,

amores que me encham de alegria;

Felipe Rameh – o maior amor de todos.

AGRADECIMENTOS

Cada um e cada uma sabem – e se não souberem me perguntem – as razões de meus agradecimentos, que não são poucos e muito menos pífios. São agradecimentos **por** e **para** uma vida toda, muito além desses quatro anos de vais e vens! Afinal, até chegar a este momento muita coisa aconteceu, muita história se fez e se viveu. Mas não vou contar minha história do nascimento até aqui 😊. Meu recorte se dá na espera por Solange Nappo como orientadora e na expectativa de fazer parte do CEBRID como pesquisadora. E não é que isso aconteceu?! Se não da melhor forma, mas da forma melhor possível. Como assim também foi e está sendo “*a vida como ela é*”. Porque estudar, trabalhar, fazer três cirurgias, me manter em tratamento, perder meu pai, me mudar quatro vezes e voltar a morar em Natal - estando o filho em Recife - fez com que a escolha pelo doutorado em São Paulo fosse totalmente implicada pelas necessidades de “dar conta” de “outras escolhas”... Alguns me perguntam como eu dou conta. Não dou. Faço que dou e vou levando com a ajuda, carinho e amor de muitos de vocês. Se não fosse assim, não estaria agora escrevendo esses agradecimentos 🍊. Assim, durante a realização do doutorado, cheguei a imaginar mil formas diferentes de escrever sobre esse momento. Agora que me resta tão pouco tempo para dar cabo dessa tarefa tão solitária e ao mesmo tempo tão povoada de pessoas - teóricos, entrevistados, professores, familiares, amigos e comissários de bordo -, só consigo imaginar uma lista por grupos a fim

de eu não incorrer na catástrofe que para mim seria, a de esquecer alguém. E se ainda assim, eu cometer esse erro, peço que me perdoem, porque o tempo que é “o senhor dos destinos” já bateu à minha porta dizendo que tenho que finalizar.

Da família de cá: Paulo Felinto (que de lá me olha), Lipe, Lindi, Claroca, Branco, Bruna, Paulinho, Luciana, Rai, Tia Neca, Tia Letícia, Tia Nanau, Lila, Ioná e todos os que torceram muito e rezam sempre por mim – meu amor, meu carinho, minha saudade. 😍 Afinal, somos todos “um Rameh” 😊👊

Da outra banda da família de cá: Lucinha e Jurandir – o que dizer de seres tão especiais e amados? Gratidão. 😍 Também meu ❤️ a todos os Gouveia, Albuquerque e Rossiter que emanaram suas energias positivas e desejaram minha felicidade.

Moradores da Casinha Azul: Aninha, Fê, Iaiá, Rosa, Chico e o pimpolho Antônio – os donos! Polly e Rê – formando comigo o trio nordestino em doutoramento em Sampa! Quero glíter e purpurina para destacar esse povo! Uma família em São Paulo que a vida me presenteou. Para sempre meu amor por vocês. 😍❤️😍 E a vizinha da Casinha Azul que me fez chegar até esse momento: Cris Freire – sem você amiga, essa ponte Recife-Sampa não teria acontecido. Mais 😍❤️!

Solange Nappo ❤️ - sem saber o que dizer de ti.... Eu sei que nós nos escolhemos e se não mais vivemos foi porque não pudemos. Eu queria e quero mais. E mais teremos porque nossa história não acaba aqui. Te amo Sol! 😍 Tua amizade e carinho me confortam!

As pessoas entrevistadas – que não verão esses agradecimentos, mas seguirão comigo através de suas narrativas que por onde eu puder, farei ecoar. Foi duro, difícil, prazeroso e lindo! ❤️

Sandra Fagundes – uma pessoa que mora no meu ❤️ sem pagar aluguel! Gratidão por tudo que fez por mim nessa empreitada. Valeu Sandrinha!

Turma do Cebrid que pude trocar figurinhas em momentos especiais: Elisaldo Carlini, Solange Nappo, Claudia Masur Carlini, Zila van deer Meer Sanchez, Marta Jezierski Vaz, Herbert Cervigni, Valéria Aires, Patrícia Sábio, Lucas Maia e Ana Paula Dias. Gratidão! ❤️

Turma de Sol na Unifesp: André, Jana, Josi, Re, Shirley, Thi, Maykon, Vivi – queria ter estado mais pertinho de vocês. Gratidão pela força e encorajamento. Destaque mais que especial pra Josi porque ela é única! 😍

Aos “colegas de classe”: Marcelo Niel, Adriana Samudo, Miguel Teixeira, Melina e Renato Muller. E aos professores mais que especiais, destacando Luis Cecílio! 👊

Paulo Mattos – amigo que desenhou comigo a primeira proposta para o doutorado há sete anos atrás. Nunca vou esquecer seu papel nisso tudo. Gratidão. ❤️ E também - Thais Laranjo - por estar perto mesmo distante ❤️.

Aos gestores e gerentes ligados aos Caps AD, pastores e obreiros das CT, donos e coordenadores das clínicas médicas, enfim, os “gatekeepers” que facilitaram nossa entrada no campo e tornaram essa pesquisa possível. Em especial duas figuras que se converteram em incríveis “gatekeepers” mesmo fora desse grupo citado: Ana Sant’Anna e Claudinha Mansur. 👍

A turma do campo em Sampa: Adriano Silva, Ana Lucia Marques, Ana Sant’Anna, André Contrucci, Andrea Domanico, Gabriela Moncau, Joselaine Ida da Cruz, Janaina Rubio Gonçalves, Liliana Prado, Maria Aparecida Casarim, Myro Rolim, Renata Almeida, Silvia Sobrera, Thiago Fraiha e Vivian Lemos Neves. Gratidão! ❤️

A turma do campo em Recife: Alda Roberta Campos, Diego Anderson Coutinho, Galba Taciana Sarmiento, Lindinaura Rameh, Max Melo, Suzana Sobral, Renata Almeida, Roseane Freitas e Viviane do Nascimento. Gratidão! ❤️

Aos membros da banca de qualificação: Eroy Aparecida da Silva, Helena Maria Medeiros Lima, Lucio Garcia de Oliveira e Denise Bergamaschi – suas observações e contribuições foram fundamentais para os caminhos que escolhi arriscar e percorrer. Muito agradecida mesmo! ❤️

Aos membros da banca de defesa, aos de longe e aos de perto: Eroy Aparecida da Silva, Lucio Garcia de Oliveira, Maristela de Melo Moraes, Telmo Mota Ronzani, Marcelo Dalla Vecchia e Luiz Carlos De Oliveira Cecilio. Muito feliz pela oportunidade de trocar com vocês as minhas inquietações e desassossegos. Sinto-me honrada em tê-los na banca pela admiração profunda a seus trabalhos e suas pessoas. Um presente para mim vocês terem aceito esse convite! Gratidão! 😍

Aos que responderam aos variados pedidos de ajuda no processo de escrita dessa tese. Foram dúvidas mais simples e mais difíceis, envio de textos, correção de vírgulas (respira Rossana!), sugestões, toques, escrita, leituras, discussões, “facas amoladas”, conversas de bar, muitos cafés e algum vinho: Alda Roberta, Ana Marques, Antônio Nery Filho, Avelino Neto, Carol Vidal, Denis Petuco, Demétrius Ferreira, Evaldo Melo, Eroy Silva, Keila Brito, Flávia Fernando, Ildemberg Leite, Lúcia Freire, Maria Clara, Mariangela Valença, Marcela Valença, Maria Clara Sobral, Marilyn Sena Leal, Maristela Moraes, Marcelo Duarte Kosienski, Maria de Fátima Sudbrack, Naíde Teodósio Valois, Pollyanna Pimentel, Raíza Cardoso, Renata Almeida, Roberta Uchôa, Roberto Tykanori, Semiramis Vedovatto, e Wagner Lira. Gratidão, gratidão e gratidão! 😍



E essa capa linda? Maria Clara Sobral de Albuquerque (minha sobrinha filha linda e amada) e Sthefanie Christyne (a artista que pintou o sete!). Que presente maravilhoso! 😍

R3M – Alda Roberta, Renata Almeida e Marilyn Sena – quase algo como “Dartagnan e os três mosqueteiros” numa versão feminina. Aqui o rodízio das atrizes na peça, faz com que nunca, nenhuma de nós, se sinta sozinha ou tenha medo de levar qualquer empreitada. Amo vocês. Muita gratidão. 😍😍😍

Turma do GEAD/UFPE: Arturo Escobar, Antonio Gomes, Fernanda Carvalho, Iracema Frazão, Jaqueline Perreli, Lúcia Souza, Magda Figueiroa, Marcela Lucena, Marilyn Sena-Leal, Naíde Teodósio Valois, Paula Moraes, Pollyanna Pimentel, Renata Almeida, Roberta Uchôa, Wagner Lira, e, a desgarrada Galba Taciana. 😍 Tenho orgulho de nosso grupo, tenho prazer em fazer parte dele e tenho muita gratidão e carinho por cada um de vocês! 😍😍😍

Turma de SJDR: Eroy, Yone, Renata, Evaldo e Naíde, Nery e Angélica, Telmo, Marcelo e Fernanda – grupo fundante não apenas do Coletivo Intercambiantes, mas de uma amizade interestadual que está para além do “mundo das drogas”. Gratidão pela presença de vocês em mim! 😍

As bonitas de Apipucos: Adriana, Alda, Ielma, Marcela, Renata, Tânia, Lays e Isis – vizinhas amigas, para além das reuniões de condomínio. 😍😍

Turma da FPS: Lúcia Helena Melo da Silva (minha nêga da van), Juliana Oliveira, Juliana Ramos, Ana Paula Caldas, Liana Chaves Alves, Reneide Muniz da Silva, Niedja Carine, Liana, Cybelle Souza, Angela de Fátima Souza, Rejane Toledo da Silva, Priscila, Thaís, Necíula, Elizabeth Pereira, Alcieros Martins da Paz, Michele Tarquino, Silvia Maciel, Leopoldo Barbosa, Andrea Echeverria, Débora Foinquinos, Mônica Osório. Gratidão e saudades, muitas! 😍

Turma da ABRAMD: Maria de Fátima Sudbrack, Marcelo Santos Cruz, Telva Barros, Luiz Fernando Marques, Maria Aparecida Gussi, Maria Inês Gandolfo, Rita Cavalcante, Miriam Gracie Plena e as sempre presentes Eroy Silva e Yone Moura – gratidão pela troca, confiança e vivência. 👍👊

Turma do IFRN: Solange Fernandes, Erivan Sales, Janmille Valdevino, Renata Ubarana, Flávia Souza, Karina, Daniele Carvalho, Cynthia Mota, Cintia Gouveia, Auridan Dantas, Wyllys Farkat, Belchior Rocha e toda a turma dos GT da saúde e da psicologia, e a trupe da DIGPE (o que vocês aguentaram de chororô não foi pouco heim?! 😍). Muita gratidão! ❤️

Turma do IFPE: Anália Ribeiro, Alaíde Cavalcanti, Ana Paula Torres, Aparecida Cruz, Carlos Bravo, Cláudia Santos, Daise França, Emely Albuquerque, Gil Acioly, Heise Aires, Johnmo Moreno, Marília Rique, Patricia Yara, Sandra Santos, Simone Brandão, Silvia Bacalhau, Socorro Moreira,

Vanessa Conceição e Rineide Gonçalves. 😍 (Quem sabe uma hora estou por ai de novo?! 🤔)

Turma do Projeto Redes (Senad/Fiocruz) – os articuladores e interlocutores desse Brasil e em especial ao grupo show que tive o prazer de compor no RN, com uma pitada pernambucana: Gustavo Dias, Martha Emanuela, Magda Pereira, Maria Carmen Neves e Melissa Azevedo. 🍊👍

Ao MPRN e toda turma do SISMUD de Natal, em especial: Dr Manoel Onofre, Aparecida França, Celansia Gomes, Danielle Cortez, Cristiana Leite, Sandra França, Daniel Bandeira, Flávia Segunda, Silvana Barros, Adriano Carvalho, Emanuelle Cristine e Suzanny Lopes. 🍊

Marcelo Kimati e toda trupe de Curitiba. Vocês me alimentaram de conteúdo para essa empreitada e nem fizeram ideia do quanto! 🍊👍❤️

Turma que entendeu as ausências e estou com muitas saudades: a galera da ASG; as gordas, frangas e lisas (Cris Cusita, Maria Alice e Lú P.); minhas comadre e afilhada Simone e Dandara; as Cabritas Fantásticas; as “Gente Doida”; as “Intimé do Intimé”; minha amigas de longa data Jálace, Sandra, Jacilene, Cisinha e meu afilhado Pietro; “as Creides” (Sil, Gio, Martita, Cerey, Lila e Luluquinha); as “4 amigas” (Nai, Auza e Jana) e a todo o povo dos cursos NASF da Fiocruz em especial Juliana Paulo e Silva, ao “Coletivo Intimidade” e... tenho que parar por aqui. 😍❤️

Aos meus “cuidadores” que amenizaram minhas dores e alguns dissabores - do braço, da coluna, da cabeça, “do *junta tudo*”: Marcos Andrey, Gladston, Carmen, Helena, Jurandir. 😍

Eita, faltou um trio que são meus padrinho e madrinhas do mundo das drogas: Alda Roberta Campos, Maristela Moraes e Otávio Valença. Gratidão eterna!

❤️❤️❤️❤️❤️❤️ GRATIDÃO! ❤️❤️❤️❤️❤️❤️

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Recaídas de drogas similares a outras doenças crônicas

Figura 2. Fatores que influenciam a dependência e a recaída do uso de drogas

Figura 3. Triângulo de Escher

Figura 4. Recaída na visão biomédica tradicional

Figura 5. Representação da recursividade

Figura 6. Representação da recursividade com as experiências e ressignificações

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas

CAT - Casas de Acolhimento Transitório

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CM – Clínica Médica

CR - Consultórios de/na Rua

CT – Comunidade Terapêutica

DH – Direitos Humanos

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais

ESF – Equipe de Saúde da Família

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

GEAD / UFPE - Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Universidade Federal de Pernambuco

IHRA - International Harm Reduction Association

MPRN – Ministério Público do Rio Grande do Norte

NA – Narcóticos Anônimos

NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

NIDA – National Institute on Drug Abuse

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEAD - Plano Emergencial de Acesso ao Tratamento e Prevenção a Álcool e outras Drogas no SUS

PIECK - Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas do Governo Federal

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS - Redes de Atenção

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SPA – Substancias Psicoativas

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

TCLE – termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TPE - Transtorno da Personalidade Esquiva

UA – Unidades de Acolhimento

UNDP – United Nations Dvelopment Programme

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

V&DH – Vulnerabilidades e Direitos Humanos

SUMÁRIO

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	ix
LISTA DE FIGURAS	xiv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xv
SUMÁRIO	xvii
RESUMO	vi
INTRODUÇÃO	2
Introdução.....	22
MARCO TEÓRICO	36
1. Considerações sobre “Recaída”	37
1.1 Contextualizando o crack no Brasil	49
2. Paradigmas, teorias e tensionalidades que embasam os modelos de cuidado e atenção às pessoas que usam crack	55
2.1 A tensão paradigmática dividida em dois grandes blocos: “proibicionista-abstinência” e “antiproibicionista-redução de danos”	62
2.2 Modelo de Atenção Psicossocial.....	70
2.3 Construcionismo Social	73
2.4 Redução de Danos baseada nos Direitos Humanos	76
3. Do triângulo de Oliveinstein para o triângulo de Escher: a contrafissura como um dos motivos para a recaída.....	81
4. Refletindo com Maturana e Morin: a recursividade como releitura do fenômeno	93
OBJETIVOS	106
5. Objetivos.....	107
5.1 Objetivo geral	107
5.2 Objetivos específicos	107
MÉTODO	108
6. Método.....	109
6.1 Escolha da Metodologia Qualitativa.....	109
6.2. A abertura de campo.....	110
6.3 A etapa quantitativa que subsidiou a qualitativa.....	110
6.4 Participantes do estudo	111
6.5 Sobre a coleta de dados.....	112
6.5.1 Roteiro de entrevista.....	112
6.5.2 Entrevista semi-estruturada	113
6.6 Análise dos dados	114

6.7 Procedimento ético	116
RESULTADOS E	117
DISCUSSÃO	117
7 Resultados e Discussão: elas falam em “recaídas”, eu escuto recursividade	118
7.1 Quem são nossos Bambus que envergam, mas não quebram?	118
7.2 O que entendem por “recaída”	121
7.3 Onde encontramos nossos Bambus?	127
7.4 Motivos que levam a uma recaída	130
7.4.1 Recaída a partir dos motivos associados à pessoa.....	134
7.4.2 Recaída a partir dos Motivos do ambiente.....	141
7.4.3 Recaída a partir dos Motivos da droga	147
7.5 Trânsitos terapêuticos e os indicativos da recursividade	154
7.5.1 Suporte familiar.....	159
7.5.2 Suporte no tratamento	163
7.5.3 Suporte na fé.....	167
7.6 Recaída a partir das instâncias de tratamento.....	170
7.6.1 Centros de Atenção Psicossociais em Álcool e Outras Drogas (Caps AD) 176	
7.6.2 Comunidades Terapêuticas (CT).....	178
7.6.3 Clínicas Médicas.....	181
7.6.4 Quando os modelos de tratamento não consideram a subjetividade das pessoas e as ajudam na “recaída”	183
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	190
8. Limitações do estudo.....	191
CONSIDERAÇÕES FINAIS	193
9. Considerações Finais	194
Referências	2
ANEXOS	21

RESUMO

Embora os tratamentos disponíveis tragam uma diminuição da gravidade dos problemas psicossociais causados pelo abuso do *crack*, não conseguiram até o momento “resolver” a “recaída” ao consumo da droga. Buscando ampliar o conhecimento sobre o tema, esta tese, de caráter qualitativo de pesquisa teve como objetivo investigar junto às pessoas que abusam de *crack* - em fase final de tratamento e que tivessem vivenciado episódios de “recaídas” -, os motivos desencadeadores desse processo. Para o desenvolvimento do estudo, o campo da pesquisa se deu em três instâncias de cuidado: os Centros de Atenção Psicossociais em álcool e outras drogas (Caps AD), as Comunidades Terapêuticas (CT) e as Clínicas Médicas (CM). Foram utilizados os princípios da investigação qualitativa com amostra intencional por critérios, construída com o auxílio das informantes-chaves (*gatekeepers*) e entrevistas semi-estruturadas que foram aplicadas aos participantes da pesquisa. Alcançou-se através do ponto de saturação teórica, um N de 120 entrevistados divididos igualmente entre Recife - PE e São Paulo – SP considerando-se também as regiões metropolitanas. A análise de conteúdo revelou categorizações que emergiram das narrativas dos entrevistados. Didaticamente foram divididas em três blocos temáticos: motivos associados às pessoas (MP), motivos associados à droga (MD), motivos associados ao ambiente (MA). Destes, as motivações mais citadas, pertenceram à categoria dos MP, sendo bastante relevante a dificuldade e/ou inabilidade das pessoas em lidarem com suas emoções. Também foram revelados aspectos que colocam o conceito de “recaída” como inapropriado para a leitura do fenômeno à luz da Redução de Danos (RD) baseada nos Direitos Humanos (DH), considerando o princípio da recursividade como ponto de partida fundamental a um outro olhar sobre esse processo. Algumas considerações finais foram tecidas: as relações interpessoais e as conseqüentes frustrações das pessoas foram os motivos mais citados como desencadeadores de “recaída”, rompendo o paradigma de que as causas estariam centradas principalmente na droga; além disso, os processos intersubjetivos referentes aos movimentos recursivos das pessoas mostraram que seus aprendizados e ressignificações diante do *crack* são aspectos negligenciados no tratamento pelos profissionais e cuidadores, independentemente dos modelos aos quais as instâncias de cuidado estejam filiadas. Espera-se que tais achados possam contribuir para a melhoria da atenção prestada às pessoas que buscam tratamento.

Palavras chaves: *crack*, recaída, dependência, recursividade, complexidade, tratamento

ABSTRACT

Although available treatments for crack abuse reduce the gravity of the psychosocial problems caused by usage, they have not been able to solve drug abuse “relapses” until now. Hoping to increase the knowledge around the theme, this qualitative research thesis aims to investigate reasons for relapse among abusive crack users –who, in their final treatment phase have relapsed. To develop the study, the search field included three venues: the Centers of Psychosocial Attention in alcohol and other drugs (Caps AD), the Therapeutic Communities (CT) and Medical Clinics (CM). Principles of qualitative investigation were used along with samples chosen for set criteria, built with the help of the key-informants (gatekeepers), and semi-structured interviews which were applied to the research participants. Reaching a theoretical saturation point, 120 people were equally divided between the greater metropolis regions of Recife – PE and São Paulo – SP. Analysis of the content revealed categories that emerged from the interviewees’ narratives. Didactically narratives were divided into three thematic blocks: reasons associated with people (MP), reasons associated with the drug (MD), reasons associated with the environment (MA). Within these blocks, those most reported were the ones related to the MP category, which were highly relevant to the difficulty and/or inability people have to deal with their emotions. Aspects which defined the concept of “relapse” as inappropriate also revealed the phenomenon of reading through the light of Harm Reduction based on Human Rights, considering the principle of recursivity as a fundamental starting point to another perception over the phenomenon. Some final considerations were reached: people’s interpersonal relations and the consequent frustrations were the mostly cited reasons for unleashing “relapse”, breaking the paradigm that says the causes are centered mainly on the drug itself. In addition, the intersubjective processes which refer to people’s recursive movements showed that their knowledge and resignifications over crack are neglected aspects of treatment, by professionals and caretakers, independent of the model by which care instances are affiliated. It is expected that these findings can contribute to an improvement of the attention given to crack users who search for treatment.

Key-words: crack, relapse, dependency, recursivity, complexity, treatment

INTRODUÇÃO

Introdução

Essa tese investigou os motivos apontados por pessoas que fazem uso de *crack* em final de tratamento como desencadeadores de “recaída” e avaliou os fatores predisponentes a si, ao tratamento e ao contexto que podem levar a esse processo; refletindo suas visões, ideias, significados e sentidos sobre o que acreditam ser a “recaída”, propondo um novo olhar sobre este processo.

Deste modo, desenvolver o conceito da “recaída”, mostrando o quanto os autores ainda trabalham com este de maneira linear, acabou se tornando uma tarefa necessária durante a revisão bibliográfica. Encontramos inspiração em Maturana e Varela (2001), em Maturana (1980, 2001 e 2005) e ainda em Morin (1991, 1999, 2000 e 2001); resgatamos a tríade de Olievenstein (1990) somadas às perspectivas sobre dependência de Colle (2001); além de alguns elementos sobre paradigmas e modelos que nos levaram a questões idiossincráticas das pessoas que foram entrevistadas, sua relação com a droga num dado ambiente sócio-histórico-cultural que atuam sinergicamente compondo o que, ao final, encontramos como um “novo olhar” sobre o fenômeno: a recursividade – um princípio e conceito desenvolvido e ancorado em alguns dos autores citados que, de modo geral, significa o movimento inerente a todos os seres vivos impulsionando-os para mudanças em seu próprio sistema ou na interação com outros sistemas.

A necessidade de estudar o fenômeno da “recaída” em São Paulo e em Pernambuco se deu por aspectos convergentes. Tanto os aspectos epidemiológicos de pesquisas mais recentes sobre o tema indicam a necessidade de aprofundamento sobre o mesmo, quanto a pequena produção científica na perspectiva do que é a “recaída” a partir do ponto de vista das pessoas que consomem, são valas abertas com poucos escoamentos nestes dois estados. Também por ser doutoranda na pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e pesquisadora do Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Universidade Federal de Pernambuco (Gead/UFPE), a autora sentiu-se na ponte entre as possibilidades de se pensar o campo de pesquisa nesses dois estados, mesmo não havendo nenhuma intenção em realizar, a princípio, um estudo comparativo.

A escolha da temática para esta tese veio ao encontro da necessidade de se pensar sobre o fenômeno desconstruindo noções lineares, trazendo outra visão sobre a “recaída”, na qual a sinergia das fontes ressignificam a pessoa e sua relação com o *crack*.

Muito já foi dito sobre a ideia hegemônica na sociedade de que a pessoa que usa drogas, independente de fazê-lo uma ou mais vezes, está irremediavelmente perdida, como se a droga por si só tivesse um *poder mágico* de provocar dependência (Escohotado, 1996; Carneiro, 2011). Também já se sabe que existem diferentes tipos de usuários¹ de drogas: o experimentador, o social ou recreativo, o problemático e o dependente. Porém, quando se menciona sobre o uso abusivo de drogas, este se refere a um usuário especial e deve-se, nesse contexto, não incluir aqueles denominados recreativos, experimentais, sociais, etc. Essa distinção é imprescindível quando tratamos sobre os problemas - ou não - decorrentes do consumo abusivo, para que as pesquisas, estudos e até mesmo as ações de cuidado, tratamento, prevenção e promoção se deem de maneira adequada e dirigida a esses consumidores em especial (Ribeiro, 2016). Escolheremos o termo “pessoa que abusa de *crack*” para discutir com nossos achados.

A escolha do termo *peçoas que abusam de drogas* se dá pela influência sofrida e inserção que temos em meio aos movimentos da Redução de Danos, da Luta Antimanicomial e dos Direitos Humanos (DH), além do reconhecimento de que as pessoas que venham a ter problemas decorrentes do uso de drogas, estejam elas em tratamento ou não, pessoas que não querem ou não podem parar de usar, merecem, da mesma forma, a atenção e o cuidado dignos e respeitosos independentes de sua condição social, econômica ou mesmo de gênero, etnia ou religião. Quando se constata o quanto as pessoas que convivem com a Aids já sofreram por carregar uma “*identidade estigmatizada que agregava no mesmo grupo pessoas das mais diversas trajetórias e experiências sociais, culturais e subjetivas*” (Paiva e Zucchi, 2012; p. 116), se constata também que o termo “aidético” foi sendo substituído a partir das lutas dos movimentos sociais.

¹ No decorrer do texto utilizaremos a palavra usuário de drogas quando encontrarmos as referências, pesquisas e autores que assim nominam as pessoas que usam drogas.

Também assim queremos contribuir de alguma forma para que, no campo das drogas, a denominação usuário se dê apenas quando estas pessoas estiverem usando os serviços e dispositivos da saúde, da assistência, da educação etc. A associação das pessoas que usam drogas ao estereótipo da bandidagem, da marginalidade, da violência, da devastação corporal e da morte a uma trajetória moralmente condenada, precisa ser cada vez mais questionada. Concordamos com a perspectiva de Petuco (2006), quando escreveu o pequeno texto intitulado “Nem usuário, nem dependente: por uma nova definição”, que o termo “pessoas que usam drogas” [...] *pode funcionar como dispositivo disparador de reflexões acerca da multiplicidade de aspectos das vidas destas pessoas, inscrevendo o uso de drogas no contexto da vida, e não o contrário, ou seja: a vida num contexto de uso de drogas*”; ou ainda, um esforço coletivo para que haja mudança na forma da sociedade lidar com as pessoas que usam drogas.

Historicamente, sabemos que no movimento da Aids os brasileiros contaram com a aliança de outros movimentos, com lideranças da resistência contra a ditadura e do movimento da reforma sanitária (Paiva, Ayres e Buchalla, 2012; Paim, 2015) e que assim compartilharam do referencial ético e político dos direitos humanos, com forte influência das lutas por políticas de saúde universais, integrais e equânimes:

Nos anos 1990, o princípio da solidariedade e a referência aos direitos humanos foram tomando corpo no movimento social contra a AIDS e permitiu a resposta pública à epidemia enfatizasse a prioridade do acesso universal ao tratamento e o objetivo de proteger a sociedade da doença e não dos doentes” (Paiva e Zucchi, 2012; p 119).

Paiva e Zucchi (2012, p.121) refletem que viver com Aids implica(va) frequentemente passar por cenas de estigma e discriminação. Foi necessário o empoderamento das pessoas que convivem com a doença para que a questão pudesse hoje ser dita de outra maneira: “[...]viver e conviver com Aids é muito mais que lidar com um vírus que circula no sangue”.

No caso da luta pelos direitos das pessoas que usam drogas, também a reflexão acerca do estigma vem sendo feita (Kinoshita, Silva e Silveira, 2013; Ronzani *et al*, 2014). É mister trazermos a discussão a respeito do estigma e do preconceito a que as pessoas que usam drogas estão submetidas. Tal questão

é constantemente acentuada pelo senso comum e reforçada pela mídia: a ideia de que todo usuário de droga é um “doente” ou possui um “desvio de caráter”, ou ainda precisa ser salva. Parece existir apenas três tipos de intervenção, quais sejam a internação, a prisão ou a conversão, criando uma relevante barreira de acesso das pessoas que usam drogas aos serviços de saúde e cuidado. Notadamente este último modelo – a conversão – é ainda mais reforçado onde as políticas públicas não são acessadas facilmente.

O estigma se dá de modo tão nefasto que a percepção negativa da população sobre estas pessoas cria essa falsa necessidade de um tratamento afastado e distante da família e da comunidade. De modo que várias pessoas, que poderiam se beneficiar dos tratamentos em rede pública ou na rede conveniada de saúde, acabam optando por nem começar a fazê-lo ou abandonam de forma prematura (Rameh-de-Albuquerque *et al*, 2017 no prelo).

Também é neste sentido que pretendemos compreender como os motivos alegados sobre o fenômeno da “recaída” são expressos pelas pessoas que usam *crack* e buscam tratamento e, conseqüentemente, observarmos de que maneira os modelos de tratamento interferem em suas percepções. Assim, é possível refletir sobre alguns modelos, quais sejam no âmbito da saúde, biomedicina, o jurídico, o moral, o religioso, que se ancoram em paradigmas da abstinência e do proibicionismo ou os modelos psicossocial, construcionismo social que se implicam nos paradigmas da redução de danos e do antiproibicionismo².

Para Passos e Souza (2011) o primeiro modelo - da saúde ou biomédico – insere a pessoa que usa drogas como incapacitada e doente, que necessita de um tratamento baseado unicamente na vertente da clínica psiquiátrica, tendo como base o tratamento medicamentoso e a abstinência. A segunda - da justiça - vê a pessoa que usa drogas como uma delinquente, uma transgressora, e ao contrário do tratamento, imputa a linha da punição. A terceira - da religião, ou moral cristã - que vê a prática da utilização de drogas como algo do pecado e da perversão. Para esta última perspectiva, a pessoa que seguir, por este caminho de impurezas, os desvios da “carne”, terá como única salvação a conversão. E por fim, a quarta perspectiva - a redução de danos - a qual diverge

² Sabemos que abstinência e proibicionismo e redução de danos e antiproibicionismo não são condições *sine qua non* sinónimas. No entanto, essa será uma proposta apresentada no capítulo 3, defendida a partir de revisão bibliográfica sobre os temas em questão.

das outras perspectivas ao se basear no direito de escolha da pessoa e vê a cidadania como um direito a ser promovido.

Nas três primeiras perspectivas, observa-se uma tradicional recorrência das ações das políticas públicas direcionadas às pessoas que usam drogas (Mota, 2008). Para o autor, essas perspectivas se fundamentam no divisor comum da punição. Dessa forma, a pessoa que chega aos serviços oferecidos já está estigmatizada como um risco ao “bom funcionamento social” e com seu “distúrbio” identificado, ou seja, sua chegada ao serviço se dá por apresentar conduta condenada e a causa está no consumo de drogas. E como reflexo, o estigma é um fator que influencia negativamente as intervenções na busca de melhoria da qualidade de vida das pessoas que usam drogas (Silveira *et al*, 2013).

Já na perspectiva da Redução de Danos (RD), conceito que preconiza os serviços de atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas no âmbito público, busca-se diferir das abordagens estigmatizantes e punitivas, de cunho moralista, e é considerada a principal estratégia pelo Ministério da Saúde a fim de nortear a atuação dos profissionais de saúde neste campo. A iniciativa busca uma forma de intervenção em saúde pública que ultrapasse a perspectiva moralista e antidrogas que acompanham as estratégias até aqui (Santos & Oliveira, 2012), embora alguns profissionais utilizem a RD como meio para se chegar à abstinência.

Importante considerar que o *crack* é compreendido como uma portentosa problemática social, que estigmatiza e causa danos aqueles que usam. No entanto, apesar de haver um certo aumento na produção científica em torno do tema (WHO, 2010) existe uma escassez de informações a respeito desta droga (Almeida e Caldas, 2011). Apesar de estarmos em 2017 e muitos estudos já terem sido feitos sobre o *crack*, o caráter ilícito das práticas de uso associadas ao tráfico e à violência contribuem sobremaneira para que o *crack* seja temido pela sociedade (Carneiro, 2005) e também dificulte as pesquisas em torno da temática (Serrapioni, 2000; Patton, 2002). Mais um aspecto a corroborar com esse medo é o fato de que, nos últimos anos, têm-se observado um aumento do consumo e de apreensões de *crack*.

Segundo Neto e Santos (2015) esse aumento do consumo de *crack* pode estar relacionado à migração do uso de substâncias ou ao poliuso. Além de

causar vários danos às pessoas que usam *crack* e à sociedade como um todo, o *crack* ainda é uma droga menos aceita socialmente, de modo que as atuais políticas repressivas de combate ao uso de drogas têm se focado na diminuição da oferta dessa substância. Os autores ainda refletem o fato de que este medo social pode estar ocasionando uma tendência a focar as apreensões em *crack*, diminuindo as apreensões de substâncias consideradas menos danosas.

Também a recorrente contestação acerca da pequena produção investigativa sobre aspectos epidemiológicos, cultura de uso e tratamento sobre o *crack* instigam o interesse por saber mais a respeito dessa substância, o que abrirá um subtópico para a apresentação de alguns aspectos já estudados sobre o tema.

Segundo Moraes, Pimentel e Uchôa (2011) ainda em relação ao *crack*, nos últimos anos, o Estado Brasileiro, nos três níveis de governo, lançou alguns planos, programas e projetos para tentar responder ao crescente aumento da oferta e demanda desta droga, especificamente, a saber:

- Plano Emergencial de Acesso ao Tratamento e Prevenção a Álcool e outras Drogas no SUS – PEAD/Governo Federal (2009);
- Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas do Governo Federal – PIECK (2010);
- Crack, é possível vencer! (2011) – Governo Federal;
- Rede Estadual de Enfrentamento ao Crack do Governo Estadual (2010) – Tanto em São Paulo quanto em Pernambuco;
- Plano Integrado de Atenção à Problemática do Uso de Crack do Governo Municipal (2010) – Recife-PE.

Em seguida vimos ainda: - Adesão dos municípios de Recife e São Paulo ao Programa Crack é Possível Vencer! (2012); e o Plano intersetorial de Políticas sobre Crack, Álcool e Outras Drogas – São Paulo – SP (2013).

Em nenhum destes planos se tocou no viés da “prevenção da recaída” de modo direto, sendo este trabalho um dos poucos desenvolvidos que propõe estudar a questão do *crack* a partir do que as pessoas em busca de tratamento refletem sobre o fenômeno da “recaída”.

Diante da magnitude do problema, estudar as implicações da “recaída” do *crack* em São Paulo e Pernambuco é de fundamental importância para as políticas públicas, a fim de que se possa qualificar e subsidiar a tomada de decisões no que se refere aos aspectos inerentes a este fenômeno, seja nos

cenários de redução da oferta, da demanda e de danos relacionadas ao uso de *crack*, pois são necessárias informações baseadas em evidências científicas para ampliarmos nosso escopo de atuação profissional. No entanto, nosso recorte será focado na percepção das pessoas que buscaram tratamento, independente se atendidos ou não na contingência da possível redução de danos.

Assim, estamos envoltas como “No caminho de Swan”, a uma lembrança proustiana na qual o autor (Proust, 2003), ao se referir na passagem sobre madeleine (um tradicional bolinho francês), diz que nada melhor do que o verdadeiro ato da descoberta que não reside em “*encontrar novas terras, mas sim vê-las com novos olhos*”. Essa é a nossa ideia em relação ao conceito e motivos de “recaída” comumente referido pela ciência e reforçado pelos agentes de cuidado. Pois Merleau-Ponty, em sua Fenomenologia da Percepção (1945), reflete sobre a necessidade de “*reaprender a ver o mundo*”, de modo que tanto a redução de danos, a teoria da complexidade, o construcionismo social e a atenção psicossocial nos impulsionará a questionar as narrativas, não para negá-las, mas para compreendê-las no emaranhado e aprisionamento comuns ao pensamento.

O público alvo dessa pesquisa está caracterizado por pessoas que buscaram o tratamento para o uso do *crack*. Neste sentido, ouvi-las garantindo os sentidos e significados trazidos por elas não é tarefa fácil quando sabemos que a clínica não está destituída da política e vice-versa, e estas, por estarem envoltas em seu sofrimento e prostração a mercê dos tratamentos ofertados, não conseguem emergir à superfície para um outro tipo de reflexão, especialmente quando o tema é envolto pelo que aqui já pontuamos: preconceitos, estigma e senso comum. Como refletiu Lobosque (2003), é necessário apartar, no sentido de reconciliação, da “clínica da saúde mental” a sua comumente tradição de controle social. Estamos abraçados também a uma clínica-política que cumpra uma nova função social, que é a da independência, autonomia e empoderamento das pessoas que usam drogas (Espíndola, 2010; Souza e Carvalho, 2012).

No entanto, precisamos “beber” também das fontes que estudaram o fenômeno da “recaída” mesmo que embasadas no paradigma da abstinência e da necessidade de cessação do uso de drogas como única possibilidade de cuidado e tratamento. É preciso trazer o que se pensa em torno dos motivos

atribuídos às “recaídas”. E são vários: sentimentos negativos, auto piedade, fissura³, idealização do prazer provocado pelo *crack*, problemas de relacionamento, desejo de controlar o consumo, pistas externas e outros (McKay, 1995; Sinha, 2001; Grella *et al*, 2005; Ribeiro, Sanchez, e Nappo, 2010; Chaves *et al*, 2011; Pedroso *et al*, 2013; Yang *et al*, 2015). Porém, há falta de trabalhos que investiguem mais profundamente o tema tendo como fonte a visão das pessoas que usam *crack*.

Geralmente o que encontramos são reflexões e pesquisas de profissionais a partir de seus achados clínicos. Não se apresentam o que as pessoas refletem sobre os motivos que os fazem recair, como também não se apontam estudos sobre este tema que considerem o paradigma da Redução de Danos e a Teoria da Complexidade questionando as próprias narrativas. De modo que, ao estudar “recaída”, já se pressupõe ou espera-se a assunção da abstinência como “sucesso” do tratamento. É como se para estudar “recaída” fosse preciso se considerar a abstinência como foco do tratamento numa condição pré-determinada. Apesar dos estudos considerados avançados para a época⁴ - à exemplo de Marlatt e Gordon (1985) e Marlatt (1999) – que avançaram sobre a temática “batendo de frente” com o modelo hegemônico de tratamento daquele período, ainda são escassos os estudos que considerem mais analiticamente as diferenciações existentes entre “lapso e recaída”⁵, ou ainda que aceitem a diminuição do consumo, seu controle ou melhoras gerais de qualidade de vida e saúde dos usuários como sucesso do tratamento.

³ “Fissura”, ou em inglês “*craving*”, tem em sua definição mais comum como intenso desejo de utilizar uma substância específica, mas outros autores definem de maneiras diversas, sendo: desejo de experimentar os efeitos da droga; forte e subjetiva energia; irresistível impulso para usar droga; pensamento obsessivo; alívio para os sintomas de abstinência; incentivo para auto administrar a substância; expectativa de resultado positivo; processo de avaliação cognitiva e processo cognitivo não-automático (Araújo *et al*, 2008).

⁴ Nessa época o modelo de doença era o pensamento científico hegemônico e alguns pesquisadores dos “comportamentos adictivos” buscavam definições mais cognitivas e comportamentais para os chamados transtornos adictivos” (Marlatt e Gordon, 1985).

⁵ Sabemos que as origens do termo “recaída” advém do modelo médico e aponta para a volta a um estado de doença após um período de remissão. Porém, esta descrição, vem sendo utilizada em diversos comportamentos, desde o abuso do álcool até a esquizofrenia. Para Marlatt e Gordon (1985) quando as pessoas tentam modificar seu “comportamento-problema” – no caso, o uso de drogas -, o lapso que é um curto momento de retorno ao comportamento anterior, é altamente esperadol. Assim, lapso é um retorno momentâneo ao hábito anterior de uso da droga e recaída é um retorno definitivamente ao nível do problema detectado (recaída total) (Quirino, 2015).

É necessária a problematização de que, mesmo nos modelos de tratamento que consideram a atenção psicossocial e a redução de danos como *modos operandi*, ainda se percebe o discurso dos profissionais e cuidadores sobre a concepção da “recaída” calcado na abstinência. Há pouca informação sobre o processo de “recaída da dependência” nos serviços de saúde e de reabilitação em nosso país, menos ainda sobre a reflexão de que este conceito já não responde aos anseios de profissionais que tentam compreender o fenômeno em outra perspectiva (Garcia, 2013).

Mesmo a procura por assimilar quais os motivos que causam a “recaída” das pessoas que usam *crack* e estão em busca de tratamento acaba por repetir a análise final sobre o fenômeno como algo ensimesmado (Oliveira, 2011; Sleghim, Meschial e Martins, 2015). Assim, propor uma nova forma de olhar para este movimento das pessoas que usam *crack* e querem desenvolver outra forma de relação com a substância pode ser lido através da perspectiva da recursividade, na busca da auto-regulação (Morin, 1999, 2000; Maturana, 2001, 2005), flertando assim com alguma luz diferente nos porões escuros de um fenômeno pouco estudado sob a perspectiva das pessoas que usam drogas.

Cientes de que não existe ciência “neutra”, estudar a recursividade como uma proposta de análise sob as falas das pessoas que estão tentando parar de usar, ou manter uma relação mais amadurecida com o uso do *crack*, pode vir a ser uma peça importante no que tange ao planejamento de estratégias e à oferta de cuidado a estas pessoas que têm problemas decorrentes do abuso do *crack*, seja no âmbito privado dos tratamentos e em particular nas ofertas públicas de cuidado.

Como dito, observa-se que mesmo os profissionais que trabalham embasados em outras perspectivas de cuidado na atenção psicossocial, redução de danos e outras, apesar de considerarem como positivas as estratégias encontradas pelas pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, ao adentrarem no constructo “tratamento” ainda esperam que haja uma diminuição nas “recaídas” ancorados na cessação do consumo, ou seja, no paradigma de abstinência. Como considerar os avanços obtidos pelas pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas num sentido de um “caminhar recursivo⁶” e não

⁶ O conceito de recursividade será abordado no capítulo 04, no entanto, a expressão “caminhar recursivo” aqui nominada, quer dizer sobre um processo perdurável e constante, porém individual

mais de “recaída”? Mesmo considerando as possíveis perdas e ou danos acometidos à sua saúde, ao bem-estar social e familiar, como de fato concretizar uma atenção não mais baseada nos conceitos de “lapso ou recaída” nos moldes tradicionais da clínica da dependência? O que sentem e pensam as pessoas que usam *crack* sobre esse fenômeno no qual estão vivenciando?

Percebendo-se a inevitabilidade em se discutir preliminarmente o conceito de “recaída”, para que de fato possamos adentrar nos achados dessa pesquisa, optamos também por conectar as discussões acerca das pesquisas existentes sobre o tema, compreendendo que qualquer conceito dar-se-á num tempo e espaço determinados pelas possíveis construções sociais de cada período histórico, cultural e econômico. Neste mesmo sentido, a ideia de escutar a voz das pessoas que usam *crack* e “recaem” diz respeito justamente à dificuldade destes em serem ouvidos e acessarem meios de expor o que pensam, reputada a percepção de que nem eles mesmos se dão conta do que precisam e querem falar, ou pensam de modo consciente, livres do envolvimento do senso comum e normativo. É como se não tivessem esse direito ou necessidade.

A intenção é darmos espaço para a construção de uma visibilidade que “*não é uma prática de simplesmente abrir os olhos*”, como refere Collar (2014), pois depende do olhar e não do olho enquanto um órgão do nosso corpo imbuído deste poder, mas um espaço que emerge da construção de uma visibilidade discursiva que, essa sim, permite “*ver e dizer*”. Maturana (2005) também vai recolocar o argumento da “realidade” como dependente do observador e de sua forma de obediência teórica, levando-nos a ciência de que nosso papel de escutar a voz das pessoas em processo de “recaída” não será tarefa fácil e simples.

As aspas em torno do conceito “recaída” ou do verbo “recair” têm a ver com uma escolha arriscada que faremos nessa tese: essa é uma ação nominada aos que “recaem”. Estes assumem ou aceitam sem julgamentos ou recusa por desconhecerem que este fenômeno - ou processo como alguns chamam - se dá de forma inerente ao seu querer, mas pode ser renomeado, ressignificado, a

e repleto de aprendizagens para as pessoas em abuso de drogas. Podemos inferir que são as idas e vindas do percurso feito pelo dependente. Seus avanços, mudanças, dificuldades encontradas em seu processo de repetição pessoal, seja buscando sua saúde, sua melhoria de vida ou ainda seu auto-conhecimento, mesmo que não tenha consciência de tal processo, visto que a recursividade se dá naturalmente a partir do movimento inerente a todo ser vivo.

partir do desenvolvimento de estratégias e poder pessoal de decisão, de aspectos do ambiente e criando um outro movimento, que apesar de parecer com o anterior, traz uma significação diferente: a recursividade (Morin, 1999; Maturana, 2001, 2005). Esta é inerente a todos os seres humanos, porém é dada na singularidade de cada sistema vivo, ou seja, de cada pessoa em interação com o meio, em sua autopoíeses⁷. Já a “recaída” parece ser um conceito apenas compreendido a partir do modelo biomédico.

Kauffman (1987), num texto que descreve suas experiências e reflexões para compreender as conexões entre o conceito de auto referência e aspectos importantes do pensamento matemático e cibernético, encontrou uma topologia com buracos, mas também com nós e ondas, frações e formas recursivas. Seu trabalho inspirou outros que desenvolveram experiências sobre a recursividade - a repetição que ocorre nos processos e sistemas vivos (Morin, 1999; Maturana, 2001, 2005).

Em seus achados a partir da invariância e auto similaridade, Kauffman (1987) observou que a invariância se manifesta através de circunstâncias que, depois de dar várias voltas numa roda, é possível se perder a conta, chegando ao ponto de se perder o senso de diferença entre lugares correspondentes em diferentes ciclos. O autor reflete: Imagine descer uma escada infinita cujas características se repetem e repetem.... Quanto tempo isso está acontecendo? Quanto tempo já se passou? Esse processo vai acabar? Ele observou que a invariância pode ser indicada simbolicamente como um movimento através do ciclo e assim, observando este movimento, que se chega a uma reflexão do si mesmo. Essa é a base para a recursividade que existe em todos os seres vivos (Maturana, 2001, 2005).

No entanto, é importante estarmos atentos, pois o movimento de “recaída” pode revelar-se aparentemente invariável e/ou permanente, o que não é verdade, podendo este ser visto como um processo que traz em si mesmo a própria impermanência. Porém, se não se considera a subjetividade existente neste processo, a repetição pode ocorrer sem sua ressignificação, seja para a pessoa que abusa da droga, seja para os cuidadores que não percebem as mudanças ou ainda os familiares que por vezes reconduzem ao movimento

⁷ O conceito de autopoíeses será desenvolvido no capítulo 5.

inicial. A resignificação do fenômeno precisa ser revelada no processo de autocuidado, bem como pelos serviços e equipamentos das redes de cuidado. As “recaídas” podem apresentar-se aparentemente similares. Porém, muitas vezes, a pessoa não se apercebe sobre a diferença de uma para outra. Estas, transitam num contínuo circulante, cuja resignificação será elaborada mediante sua relação com elementos que produzem sofrimento mais intenso naquele momento.

Assim, é preciso reconhecermos os esforços, os avanços - mesmo que consideradas como pequenas conquistas -, as mudanças trazidas pelas pessoas com problemas decorrentes do uso do *crack*, porque não parece mais ser suficiente a expectativa da cessação completa e absoluta. Precisamos refletir até que ponto as expectativas dos profissionais e das pessoas que usam drogas em relação ao processo de “recaída” – mais parecem a “profecia autorrealizável” freudiana - na qual seus maiores medos retornam para si mesmos como verdades concretas; ou a mítica imagem de um ouroboro⁸ que, apesar de significar movimento e evolução, simbolizando a eternidade, designa pois “aquele que devora a própria cauda”, sendo geralmente representada por um animal mordendo a própria cauda, numa evolução que volta-se sobre si mesmo, num eterno retorno.

Deste modo, como dito, investigar os motivos apontados por pessoas que fazem uso de *crack* em final de tratamento⁹, refletindo suas visões, ideias, significados e sentidos sobre o que acreditam ser a “recaída”, e ainda propor um novo olhar sobre este processo, pode nos auxiliar sobre os fatores que interferem no “êxito” do seu tratamento, tanto no sentido tradicional da expectativa em se evitar as “recaídas”, tanto no que se refere a modelos de “baixa exigência” (Mata e Fernandes, 2016), mas que, por vezes, acabam por repetir a mesma “falsa crença” sobre o fenômeno (Gorski e Miller, 1999).

Há tempos que compreender sobre o processo da “recaída” despertou a preocupação dos profissionais que atuam no cuidado e tratamento do abuso de drogas (Marlatt, 1999; Dias, Araújo, Laranjeira, 2011; Roshani, *et al*, 2014).

⁸ Para saber mais sobre os Ouroboros ou Oroboros ver: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Ouroboros>.

⁹ No método dessa tese ficará mais claro o que significa “final de tratamento”, porém, vale explicar de antemão que se refere a uma definição conceitual e metodológica feita pelos modelos de tratamento e que diferem entre si.

Existe uma necessidade em se entender o que é capaz de afetar essas pessoas, de forma significativa na mudança de seus comportamentos frente ao fenômeno. No entanto, cabe-nos questionar sobre o que está dito como postulado sobre a “recaída” visto que, outras perspectivas precisam ser consideradas a fim de que as ações profissionais possam de fato repercutir em ganhos para as pessoas que estão em processo de recursividade e seus familiares de maneira mais positiva. É importante pontuar que não se trata de estudar a “recaída” e simplesmente propor a recursividade como um “sinônimo” para o fenômeno.

Queremos considerar a importância da documentação e de pesquisas que apontam os impactos benéficos na saúde e no bem-estar das pessoas a partir de abordagens baseadas em direitos (Gruskin e Tarantola, 2012). Também assim, este trabalho pretende se inserir na intenção de apontar a “recaída” do uso de *crack* para além de como ele tem se apresentado, especialmente por grande parte dos estudos não considerar o ponto de vista da pessoa que usa a substância, visto que, segundo Gruskin e Tarantola (2012, p 33):

É por meio de tais esforços que será constituída a habilidade de criar evidências da efetividade das abordagens em saúde baseadas em direitos. O desafio atual consiste em aproveitar o poder dos direitos humanos para melhorar todos os domínios do trabalho em saúde pública. Isso irá demandar a organização de habilidades e o comprometimento de toda a comunidade de saúde pública. Enquanto abraçamos as diferenças de como as abordagens baseadas em direitos são operacionalizadas, a tarefa no momento é garantir que a saúde pública e os direitos humanos continuem caminhando juntos de maneira forte, poderosa e prática.

Para tal, apresentamos esta tese em quatro capítulos. No primeiro, no sentido de situarmos os leitores sobre o constructo da “recaída”, de acordo com o que pensam os pesquisadores e a ciência mais “tradicional” sobre o estudo da “dependência”. Para contextualizar sobre o *crack*, destacamos um subtópico trazendo algumas pesquisas epidemiológicas e etnográficas, prioritariamente nacionais, sobre essa droga.

No segundo capítulo, vamos refletir e tencionar os modelos que geralmente embasam os tratamentos ofertados no campo das drogas. Vamos propor duas díades que servem como “matrizes-disciplinares” para pensarmos onde queremos aportar mais à frente os nossos achados. Os modelos moral, religioso, medicamentoso e jurídico vão se arrumar numa díade que não mais desejamos

imbicar nossa ação terapêutica. Para isso, vamos detalhar em subtópicos outros modelos que nos parecem mais afeitos à discussão que considera os movimentos da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial, da Redução de Danos e dos Direitos Humanos como possibilidades mais plausíveis.

No entanto, no terceiro capítulo vamos também questionar o quanto já avançamos na concepção do fenômeno da “dependência”, partindo deste para refletir o constructo da “recaída”, seja considerando os avanços trazidos por Olieveinsten (1990) e Colle (2001), seja na sequência, no quarto capítulo, a proposição de uma reflexão a partir de outras teorias, emergindo os pensamentos de Morin (1991, 1999, 2000 e 2001) e Maturana (2001, 2005) como alguma “novidade” a ser lançada para a compreensão de que a “recaída” é um conceito que não cabe mais àqueles que atuam ancorados em outra perspectiva de cuidado - a Redução de Danos acoplada aos Direitos Humanos. Nos resultados e na discussão, faremos um exercício de transposição teórica que, esperamos seja de fato alusiva ao movimento recursivo das pessoas, considerando a singularidade de parte de suas biografias daquelas pessoas entrevistadas em busca de tratamento para a “recaída” pelo uso do *crack*.

À guisa de alguma consideração final, colocaremos esta tese como uma outra forma de explicar a repetição vivida pelas pessoas que abusam do *crack*, na perspectiva de contribuir para uma discussão clínica e política que talvez possa lançar alguma outra ideia para quem atua à luz da Redução de Danos

MARCO TEÓRICO

1. Considerações sobre “Recaída”

Iremos apresentar o que a literatura traz em termos dos conceitos de “dependência¹⁰”, de “recaída” e do que os autores acreditam ser pertinente para o cuidado das pessoas que buscam tratamento por abusarem do *crack*. As pesquisas e noções teóricas a seguir não representam todo o arcabouço teórico existente sobre o tema e nem pretende se estender mais do que o necessário para podermos discutir com nossos achados.

A “dependência de drogas” é considerada por alguns autores como uma doença crônica com episódios de “recaídas” que se dão a partir de diferentes fatores psicológicos, sociais e ambientais, que geralmente interagem uns com os outros e podem surgir ou persistir também a partir de diversos fatores (Molazadeh & Aashori, 2009). Callender (2010) acrescenta que a “dependência” é uma doença primária com manifestações múltiplas e diferenciadas na vida social, psicológica, espiritual e econômica dos usuários.

Em maio de 2013, o 166º Encontro Anual da Associação Psiquiátrica Americana lançou a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM, na sigla em inglês). Essa nova edição modificou alguns critérios diagnósticos dos transtornos mentais e revisou de maneira contundente as questões relativas à “dependência” de drogas. O que aparecia como dicotômico entre os diagnósticos de abuso e de dependência de substâncias deixou de existir (Fidalgo, 2013).

Assim, pela nova classificação, a pessoa pode ter três diagnósticos de dependência:

- leve – com a presença de dois ou três dos onze critérios por um período de um ano;
- moderada - presença de quatro ou cinco dos onze critérios por um período de um ano;

¹⁰ Para Ely (2016) o termo dependência química está em decadência. No entanto, esta ainda é a terminologia mais utilizada para denominar o transtorno por uso de substâncias-TUS. TUS é termo estabelecido na versão mais recente do DSM-V- Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais. Manteremos o uso do termo “dependência” para não provocar estranhamentos no processo da leitura desta tese. Disponível em: <http://amandaelli.wixsite.com/amandaely/single-post/2016/1/19/MUDAN%C3%87AS-NO-DIAGN%C3%93STICO-DA-DEPEND%C3%8ANCIA-QU%C3%8DMICADSM-V>. Acessado em: 05 de jan de 2017.

➤ e grave - presença de mais de seis dos onze critérios por um período de um ano.

Os antes conhecidos “Sete Sinais da Dependência” passaram a ser 11 (onze) critérios diagnósticos:

- 1- uso em quantidades maiores ou por mais tempo que o planejado;
- 2- desejo persistente ou incapacidade de controlá-lo;
- 3- gasto importante de tempo em atividades para obter a substância;
- 4- fissura importante;
- 5- deixar de desempenhar atividades sociais, ocupacionais ou familiares devido ao uso;
- 6- continuidade do uso apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais;
- 7- restrição do repertório de vida em função do uso;
- 8- manutenção do uso apesar de prejuízos físicos;
- 9- uso em situações de exposição a risco;
- 10- tolerância e
- 11- abstinência.

Antes dessa modificação, François Xavier-Colle (2001) havia ampliado o conceito de dependência incluindo a “dependência dos efeitos” – que é o consumo de uma ou várias substâncias combinadas resultando em uma diversidade de padrões de consumo; a “dependência das relações afetivas” – que aponta que no entorno do usuário há pelo menos uma pessoa co-dependente¹¹; e a “dependência do fornecedor” – que diz respeito às pessoas envolvidas no sistema de distribuição da droga (traficantes, revendedores, médicos ou farmacêuticos que trabalham com substâncias lícitas ou ilícitas). Desta forma pode-se inferir que, tal como o conceito de dependência foi

¹¹ Segundo Faria (2003) existem críticas ao que pode ser compreendido como uma propensão em se conceituar os comportamentos interpessoais como uma dependência. A autora inicialmente concorda com outros pesquisadores que refletem sobre o conceito de co-dependência ser um excesso. Para alguns parece exagero considerar como patológicos comportamentos correlacionados a qualidades como, cuidar e proteger outras pessoas em agravo ao auto-cuidado. Tais críticas foram originadas especialmente porque a definição inicial de co-dependência considerou, por exemplo, a esposa de um homem alcoólico que se encontra sob pressão psicológica e não surpreende que tenha problemas de ansiedade, depressão e baixa auto-estima, sintomas estes associados aos dependentes químicos. Mesmo com essas críticas, a autora refere que outras explanações surgiram depois de tal crítica ser feita e conseguiram explicar melhor quando um indivíduo pode ser considerado co-dependente ou não. De modo que o conceito se mantém forte e hegemônico tal qual o de dependência ou ainda o de “recaída” aqui estudado.

ampliado, assim também o de “recaída” pode estar ligado a estes mesmos fatores pontuados.

Cettlin (2010) chama a atenção para a ideia errônea comum de utilização como análogos os termos “dependência” e uso compulsivo. Para o autor, no uso compulsivo, o aumento do tempo não reflete com tanta precisão quanto o seu imediatismo da emergência trazida na dependência. Nossa escolha será a de mantermos o termo “pessoas que abusaram do *crack*” para fins deste estudo, já que à época do início dessa pesquisa esse era o termo utilizado quase como “sinônimo” de “dependência” pelos autores que comumente estudam e pesquisam sobre esse tema.

Já a “recaída” é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como *“um retorno a beber ou usar outras drogas depois de um período, de abstinência, muitas vezes acompanhada de reintegração de sintomas de dependência (WHO, 2015)¹²*. Em um estudo no Irã, Narimani e Sadeghi (2008) definiram a “recaída” como um resultado comum no início do tratamento da dependência e registraram sua taxa em torno de 72% dos casos observados.

Fisher e Nancy (2009) verificaram que a possibilidade de “recaída” do uso de drogas chega a ser de 50% nos casos “mais otimistas” e apontaram que sua probabilidade de ocorrência varia entre 40 a 100% dos casos estudados. Outros estudos mostram que há sempre “altos níveis de recaída” do uso de drogas entre as pessoas que buscaram tratamento, indicando inclusive que a “recaída” é também um “preditor” de não continuidade do tratamento adequado (Miller *et al*, 1996; Salah El & Bashir, 2004; Storm, 2005).

A “recaída”, enquanto fenômeno que se popularizou no âmbito do abuso de substâncias, constitui uma difícil realidade nos modelos de tratamento que tem intrigado e desacomodado os profissionais, cuidadores e familiares que se encontram envolvidos, de alguma maneira, com a problemática trazida pelas

¹² O conceito de recaída tem sido utilizado de diferentes formas, o que para Rezende e Pelicia (2013) têm dificultado a comparação entre os estudos sobre o tema, especialmente junto à população brasileira que tem suas características peculiares. Os autores destacam que em relação às dificuldades conceituais está o fato de que a maioria das pesquisas discorre sobre o alcoolismo. Outro fator importante que destacam é a submissão do conceito de “recaída” como a reinstalação do padrão de uso. Dessa maneira, a perspectiva quantitativa do conceito enreda a maneira com que os desdobramentos da “recaída” se dão junto às pessoas que abusam do *crack*, aos quais podem se dar de formas distintas nesta população.

peessoas que usam drogas e que mantêm uma relação de dependência. Essa realidade, vivida através da “recaída”, impõe grande desafio ao modelo de atenção dirigido ao atendimento dessa população, pois a vontade e o desejo pulsante por parte de parentes e de cuidadores é o de estancar esse comportamento, denominado de “recaída”, que por vezes se presentifica através das repetidas interações (Garcia, 2013).

Como já referimos rapidamente, alguns autores distinguem entre lapso (“*slip*”) e “recaída”; sendo o lapso definido como “*uso de substâncias em quantidade e por períodos menores que não seguem o padrão progresso*” (Quirino, 2015, s/p.). Alguns estudos demonstram que a trajetória das pessoas que usam *crack*, por exemplo, é marcada por alternância entre abstinência, lapsos e “recaídas” ao “padrão disfuncional inicial”¹³ (Pedroso *et al.*, 2013; Siegal e Rapp, 2002).

Marlatt & Witkiewitz (2004) refletem que identificar as causas e prevenir a recidiva é um aspecto crítico do tratamento e que todos os profissionais envolvidos no cuidado e reabilitação dos usuários de drogas devem ser capacitados, no sentido de fornecer soluções e planejamento coerente para que busquem enfrentar e superar a “recaída”.

Nota-se que os estudos sobre a “recaída” têm acompanhado a evolução da etiologia sobre o conceito de dependência, no entanto, até aqui, tais estudos e perspectivas carregam consigo o conceito de “recaída” à luz de um paradigma - o da abstinência - que parece não mais atender as necessidades prementes às pessoas que buscam algum tipo de cuidado e ajuda, seja pela visão de dependência apenas como doença, seja como algo determinado que inevitavelmente ocorrerá à maioria das pessoas que usam drogas.

Afirma-se que a “recaída” pode ocorrer por qualquer número de razões e que tudo o que provoca uma “recaída” é chamado em inglês de “*trigger*” (gatilhos). Os “gatilhos” podem ser externos (as influências externas) ou internos (emocional ou psicológica), e é sabido que a dependência do *crack* pode

¹³ A partir desses autores, podemos inferir que o “padrão disfuncional” é semelhante a uma dificuldade na manutenção do comportamento de mudança frente ao uso de drogas. Nestes trabalhos, mais especificamente, referem-se ao uso do *crack*.

acontecer a qualquer usuário que tenha buscado tratamento, mas interromper o ciclo de uso abusivo e prejudicial é considerado muito difícil (NIDA, 2015).

No entanto, de um modo explicativo considerado simples, de acordo com NIDA (2015), as taxas de “recaída” para a dependência de drogas são semelhantes a outras doenças crônicas já bastante caracterizadas. A figura a seguir compara as taxas de “recaída” dos usuários dependentes de drogas com aqueles que sofrem de diabetes, hipertensão e asma. Observa-se que a “recaída” é comum e semelhante entre essas doenças, como é a adesão à medicação (Lima, 2012). Assim, na perspectiva hegemônica das teorias acerca do que é a “recaída”, a dependência de drogas deve ser tratada como qualquer outra doença crônica, considerando as “recaídas” como possíveis a partir dos “gatilhos”, nos quais poderiam também indicar uma intervenção que deve ser renovada.

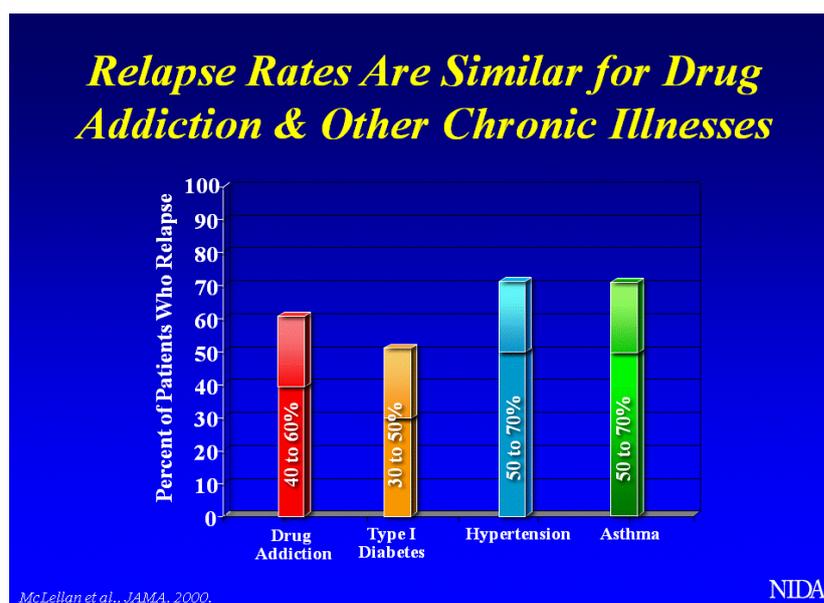


Figura 1: A figura representa que as taxas de recidiva de drogas são semelhantes para as toxicodependências e outras doenças crônicas. De modo que compara a dependência de drogas - com recidivas em torno de 40 a 60% - contra 30 a 60% de recidiva para diabetes tipo 1; e ainda, 50 a 70% para hipertensão e por último, 50 a 70% para asma. Fonte: (NIDA, 2015).

Predominantemente, na literatura científica hegemônica, quando se refere ao tratamento do usuário de *crack* como problema central, citam-se as altas taxas de “recaída” ao uso da droga após períodos de abstinência (Wallace, 2002). As taxas de “recaída” nos seis primeiros meses pode chegar a 80% (Sadegiye *et al*, 2004) ou mesmo a 90% (Yang *et al*, 2015). Embora tratamentos para abuso de

drogas frequentemente produzam uma diminuição da gravidade dos problemas psicossociais ligados ao consumo dessas substâncias, uma porcentagem significativa de usuários reinicia o abuso da droga de escolha num prazo relativamente curto após o tratamento. Apesar dos estudos indicarem que existe uma memória reforçadora dos prazeres associados aos efeitos das drogas na vida das pessoas, segundo McKay *et al* (1995), consumidores de cocaína e *crack* parecem ser particularmente propensos à “recaída”.

Esse é um problema a ser investigado, tanto pelo conceito de “recaída” estar ligado a constructos teóricos, modelos e paradigmas que abarcam uma forma de cuidar na qual a abstinência é o único fim de sucesso, quanto pelo senso comum que tende a impulsionar este mesmo enredo. Observa-se que apesar da existência de outros modos de cuidado, a expectativa geralmente está na extinção do problema.

Assim, são associados vários fatores a essas “recaídas” como: sentimentos negativos, auto piedade, fissura, idealização do prazer provocado pelo *crack*, problemas de relacionamento, desejo de controlar o consumo, fissura, pistas externas, gatilhos e outros (Sinha, 2001).

Alguns autores identificam fatores predisponentes no indivíduo que podem constituir-se em fortes indícios de vulnerabilidade à “recaída”. Grella *et al* (2005) apontam a gravidade do consumo e características individuais, como a etnia por exemplo, sendo um forte fator que pode levar a “recaída”. Sinha (2001) demonstra que o estresse tem um papel importante em perdurar o abuso de droga e a “recaída”. Associa circuitos cerebrais do estresse a um aumento da vulnerabilidade para o desenvolvimento de uso problemático de droga. Outro aspecto a ser observado quanto às vulnerabilidades a que estão submetidos estes usuários tem a ver com a busca de consumo por uma substância considerada mais barata, aumentando assim o seu consumo de maneira significativa (Azevedo, Botega e Guimarães, 2007).

Uma interessante conceituação acerca da vulnerabilidade, para pensarmos sobre a “recaída”, foi originado a partir das discussões sobre fator, grupo e comportamento de risco em relação ao HIV/Aids. O conceito de vulnerabilidade surgiu mais notadamente dos hiatos aparentados nos discursos e políticas sobre

essa questão (Ayres *et al*, 1999) e teve por objetivo suplantar a noção individualista a respeito dos determinantes em especial para a prevenção, onde o cerne deixa de ser o indivíduo e passa a ser suas relações (Camargo e Bertoldo, 2006). Neste sentido, é importante considerar quais as questões de vulnerabilidade também estão presentes no processo de “recaída”.

Uma forte associação entre sentimentos desagradáveis e “recaída” tem sido relatada em estudos com outras drogas, incluindo álcool e tabaco. Entretanto, outros estudos não encontram essa mesma relação entre sentimento negativo e subsequente “recaída” no caso de *crack*. Identificam, quando se trata de *crack*, que mais do que a presença de um sentimento negativo, a ausência de um sentimento positivo funciona como um preditor de “recaída” (McKay *et al*, 1995; Rezende e Pelicia, 2013). Esses mesmos autores também atribuem uma maior gravidade psiquiátrica a uma “recaída” posterior, quando no momento da admissão ao tratamento.

Walton *et al.* (2001), focando em desigualdades raciais e de gênero controladas por características tais como idade, estado civil, renda, uso de polissubstâncias¹⁴, tipo de tratamento e severidade do problema, concluem que homens têm mais dificuldades e menos habilidades em lidar com exposição às drogas do que as mulheres. Tais características tornam os homens mais suscetíveis a uma “recaída” do que as mulheres.

McMahon (2001) destaca a importância das características do suporte social dado ao usuário como fator para o entendimento do processo de “recaída”. Parece ser necessário um suporte social, que seja de fato protetor e de qualidade, para a manutenção da abstinência. Esse autor também faz referência aos traços de personalidade. Refere que personalidades esquivas¹⁵ podem ser um indicativo maior para as “recaídas”. O autor relaciona esse traço de personalidade à dificuldade desses indivíduos em participar integralmente de

¹⁴ Uso de polissubstâncias é o uso concomitante de várias drogas. Também denominando a pessoa que faz o uso de diversas substâncias como poliusuário.

¹⁵ Na psiquiatria o *Transtorno da Personalidade Esquiva* (TPE) é caracterizado por uma grande evitação comportamental, emocional e cognitiva, a fim de, aliviar a ansiedade e situações difíceis. Isso acontece porque, segundo os autores, as pessoas esquivas têm um grande medo à rejeição (Calich e Gauer; 2003).

tratamentos que pressupõem participação social e confronto de atitudes e comportamentos relacionados ao uso de droga.

Segal *et al* (2002) são ainda mais enfáticos e objetivos, apontando como determinantes de “recaída” a duração do tratamento, ou seja, o alcance de uma abstinência mais estável está associado a um maior tempo de tratamento e à adesão a programas de suporte de autoajuda (12 passos ou Modelo de Minnesota) após o tratamento. Apontam esses fatores como mais importantes que o nível de gravidade da dependência, aspectos sociais e demográficos do indivíduo, traços de personalidade ou características da história do indivíduo na admissão ao tratamento. Demonstram que a “recaída” está intimamente associada às características de tratamento (tipo, duração e outras) e aos cuidados após tratamento. Em resumo, fatores próprios do indivíduo assim como outros ligados ao tratamento e à dependência parecem ser determinantes da “recaída”.

Apesar de algumas experiências e tentativas, o processo de tratamento diferenciado ainda é considerado desanimador. A droga segue avançando (Abdalla *et al.*, 2014), tornando-se um desafio não apenas o seu tratamento, mas também a diminuição das taxas de “recaída”, visto que a “cultura de uso do crack”¹⁶ vem modificando suas características agregando riscos ao consumidor (Ribeiro, Sanchez, Nappo, 2010). Em Pernambuco, por exemplo, encontramos os consumidores do “Virado”, que é uma mistura da pedra do crack com o ácido bórico, e, por vezes, acrescentando-se nessa mistura medicações como o Diazepam ou Roypinol¹⁷, esmagadas até se transformar em nova pasta que, após ser seca, é raspada retornando à forma de pó para então ser cheirado (Nappo *et al.*, 2012).

¹⁶ Vários autores pesquisam a cultura de uso das drogas, que pode ser entendida como a maneira com que determinada substância é utilizada por seus consumidores. No caso da cultura de uso do crack podemos citar alguns trabalhos: Nappo (1996); Domanico (2006); Oliveira (2007), Malheiros (2010), Raupp (2011), Rui (2012), Alves, 2016).

¹⁷ Diazepam, na psiquiatria, é usado no tratamento de estados de excitação associados à ansiedade aguda e pânico assim como na agitação motora e no delírium tremens. Já o Roypinol é indicado para tratamento de curta duração da insônia. Os benzodiazepínicos são indicados apenas quando a insônia é grave, incapacitante ou que submete o indivíduo a extremo desconforto, no entanto, a utilização concomitante com o álcool pode trazer sedação grave, depressão cardiovascular e/ou respiratória. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br>. Acessado em: 02 de jan de 2017.

Pode-se inferir que a disponibilidade de tratamento na rede pública de saúde, que já é escassa, fatalmente tornar-se-á insuficiente diante de uma demanda que cresce de forma acelerada, levando à necessidade de se repensar que outras ações devem integrar a essa no cuidado necessário às pessoas que usam drogas, tais como: educação, moradia, direitos humanos, segurança e renda (Costa *et al.*, 2015), de modo a ofertar às pessoas inclusão e cidadania.

No intuito de tentar minimizar este problema, desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental que o Ministério da Saúde publicou portarias voltadas para a estruturação de uma rede de atenção específica para o cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas. Por exemplo, a Portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002 definiu normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, como os denominados "Centros de Atenção Psicossocial - CAPS¹⁸"- incluindo os CAPS voltados para o atendimento das pessoas com problemas decorrentes do uso e/ou abuso de drogas, os CAPSad (Ministério da Saúde, 2003).

Em 2014, o governo brasileiro destinou cerca de dois bilhões de reais à atenção a usuários de drogas (Brasil, 2015). Para especialistas, o investimento com esta temática é muito aquém do necessário (Silveira *et al.*, 2003; Gomes e Caponi, 2012). Mesmo com algum aporte financeiro mais recente na área, Xavier e Monteiro (2013) observaram que não existem ações específicas nos modelos de tratamento ofertados pelos Centros de Atenção Psicossociais de Álcool e outras Drogas (Caps AD) para os usuários de *crack*. Segundo os autores, as intervenções existentes buscam o tratamento e a prevenção do uso de drogas em geral, apesar de haver por parte dos profissionais entrevistados a necessidade de uma atenção específica para o *crack*. Certamente aliando-se

¹⁸ Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são uma das instituições públicas que visam a substituição dos hospitais psiquiátricos - antigos hospícios ou manicômios - e de seus métodos para cuidar das afecções psiquiátricas. Os Caps tipo 1, tipo 2 ou Caps 3 (este último que atua 24 horas) podem variar em sua função, seja no atendimento das pessoas com transtornos mentais ou, seja também, na atenção ao usuário de álcool e outras drogas, através do Caps AD. Geralmente existem nas cidades com mais de 100 mil habitantes para o cuidado à população de ambos os sexos. A depender de sua tipologia, a faixa etária pode ser determinada também para o atendimento de crianças e adolescentes. Neste caso, deve ser montado o Caps i. De acordo com o Ministério da Saúde, os Caps acolhem a demanda dos portadores de transtornos mentais severos e persistentes, também àqueles em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, respeitando também a lógica do território e a indicação clínica de cada caso (Brasil, 2015).

aos potenciais efeitos prazerosos do *crack* já conhecidos, a peculiaridade trazida pelas pessoas que usam ou abusam de *crack*, aliada a pouca ou baixa qualificação profissional para o cuidado com este público, dificultam o tratamento e faz com que o abandono seja premente, ocasionando em seguida uma maior taxa de “recaída”.

Outros fatores podem contribuir para o processo da “recaída” dentre eles observa-se a pouca avaliação existente quanto aos serviços oferecidos para tratamento e a qualificação dos profissionais. Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2001, apresenta que apenas 23% de usuários de álcool e outras drogas procuram tratamento específico para a dependência (Brasil, 2001), apontando o quanto é baixo o acesso destes aos serviços especializados. Também corroborando este problema, vê-se os dados do Relatório Mundial sobre Drogas da UNODC¹⁹ (2016) mostrando que, em muitos países, os recursos para a segurança pública superam os investidos na saúde pública.

Para Giacomozzi (2010) é preciso que haja um maior olhar sobre a problemática de álcool e outras drogas como questão de saúde, porque só assim será pensado algum tipo de garantia de ampliação do acesso desta população aos serviços. Conseqüentemente, a sensibilização dos profissionais envolvidos com a assistência adequada para a temática e para seu manejo clínico também é baixa. De modo que tanto o número escasso de serviços quanto a pouca sensibilização dos profissionais são considerados graves problemas com reforços negativos na perspectiva do cuidado com a “recaída”.

Para Seleglim *et al.* (2015), na atualidade, a expansão de tratamentos em Comunidades Terapêuticas (CT) ocorreu pela demanda por cuidado aos usuários de *crack* e a escassez de políticas públicas, com serviços desprovidos de ambientes de tratamento especializados no cuidado da “dependência” do *crack*. Por outro lado, observa-se que também as abordagens nas CT são as mesmas, ou muito similares - geralmente utiliza-se do método Minnesota (conhecido como 12 passos) sem que se considere as especificidades do *crack* (De Leon, 2003; Seleglim e Oliveira, 2013).

¹⁹ É possível encontrar os Relatórios Mundiais sobre Drogas desde 1997 a 2016, com ausência de alguns anos no Escritório das Nações para Drogas e Crimes - UNODC (em inglês: United Nations Office on Drugs and Crime).

Mesmo com os Caps AD existentes, para Schenker e Minayo (2005) parece que há uma disponibilidade reduzida de oferta de tratamento em rede pública de saúde, em especial porque outras “dependências”, de variadas drogas, concorrem por essa mesma oferta - como é o caso do álcool, que tem um número significativamente maior de usuários com problemas sociais, físicos e psíquicos igualmente preocupantes. Observa-se o acompanhamento do surgimento de estratégias, criadas pelo próprio usuário, com a finalidade de controlar o uso de *crack* e/ou minimizar os riscos, principalmente devido ao entorno violento²⁰ que está associado à cultura de uso dessa droga. Tais estratégias ainda são pouco valorizadas pelos estudos e pelas políticas públicas em relação ao abuso do *crack*.

Em contrapartida, identifica-se um esforço do usuário em encontrar soluções para o seu consumo problemático, indicando a vontade de cessar o uso e finalizar com os episódios de “recaída”, pois alguns autores consideram que este é um dos eventos mais devastadores na vida de uma pessoa que está buscando sua recuperação (Cruz, Machado e Fernandes, 2010).

Ribeiro *et al.* (2010) descrevem em detalhes essas estratégias concluindo que, por exemplo, evitar usar a droga no mesmo local da “bocada”²¹, trazem benefício ao usuário. Porém, os autores também admitem que algumas dessas estratégias adotadas, com esse propósito, agregam riscos adicionais aos usuários, como por exemplo a associação de álcool ao consumo de *crack*. Ou seja, havendo uma adição de outra dependência e tornando, por exemplo, o gatilho do álcool como uma possível “recaída” do *crack*.

Observamos que são raras as pesquisas sobre “recaída” que colocam a questão em outra perspectiva - a das pessoas que usam o *crack* e que fazem o movimento repetido de voltar ao uso mesmo quando buscam tratamento. De modo geral recai sobre a pessoa toda a responsabilidade pelo seu comportamento e modo de viver na sociedade sem que os canais de

²⁰ No Brasil, com a demonização do *crack*, comparando as pessoas que usam essa droga a ratos (Domanico, 2006) e zumbis (Petuco, 2011b) a violência passou a ser algo recorrente junto a estes que também são mais estigmatizados e compõem a população que Jessé Souza (2009) cunhou de Ralé Brasileira.

²¹ Os pontos de venda de drogas são chamados de várias maneiras: bocada, boca, biqueira são alguns dos referidos nas entrevistas que realizamos nesta pesquisa.

comunicação estejam de fato abertos para ouvirmos o que estas pessoas têm a nos dizer, e sem que haja uma compreensão mais ampla do que significam os determinantes e os fatores que as levam a este comportamento. Tem ficado cada vez mais evidente o quanto é necessário que as políticas públicas sobre drogas sejam feitas e pensadas pelas próprias pessoas que utilizam as drogas. Não se trata apenas de fazer políticas públicas *para* as pessoas que usam drogas, mas *com* elas.

Existem novas investidas de fomentar a discussão sobre políticas públicas sobre drogas a partir de outros olhares. Por exemplo, pelo viés da ciência e do direito, o neurocientista Sidarta Ribeiro fez um histórico sobre o uso das drogas no mundo, comparando com práticas que antes eram criminalizadas e hoje são consideradas legais: *“A capoeira já foi crime no Brasil e hoje deixou de ser uma prática marginal e é incentivada inclusive pelo Estado brasileiro”* (Ribeiro, 2016).

Nessa perspectiva, para o pesquisador, o proibicionismo traz malefícios em três aspectos, que são o da “substância”, por levar ao desconhecimento sobre a dose ideal, o risco de contaminação e os níveis de degradação; o do “corpo”, por não possibilitar a delimitação precisa do “grupo de risco / das vulnerabilidades”; e a vertente da “sociedade”, que é marginalizada, vista de forma paranoica e tratada de maneira violenta (Bom dia cidade, 2016).

No mesmo debate, o promotor de Justiça da Infância e da Juventude, Manoel Onofre Neto, do Ministério Público do Rio Grande do Norte (MPRN) explicou que o propósito da ampliação da discussão é oferecer conhecimento científico e induzir a criação de políticas públicas que são a materialização dos direitos da população, visto que promotores e juízes têm muita dificuldade em romper com o senso comum que existe em torno do problema (Bom dia cidade, 2016).

Assim, realizar esta pesquisa e dialogar com os achados a partir de uma literatura que advém em sua maior parte de concepções da biomedicina – o conceito de “recaída” - é uma tarefa que pode parecer ousada, por seu novo olhar. Estamos nos lançando a buscar em outros autores, para além dos que estudam o campo do consumo abusivo de drogas, o que nos fez mais sentido a partir das análises das narrativas das pessoas sobre o seu processo vivido quando em tratamento para o *crack* em busca de evitarem suas “recaídas”.

Mesmo considerando os já citados avanços dos estudos de Marlatt (1985; 1999) quando, na década de 1960, tentou romper com o modelo clássico do consumo de drogas como doença, ainda é necessário questionarmos: como pensar em políticas públicas para as pessoas que buscam tratamento que, em seu movimento de “recaída”, anseiam por novas formas de cuidado? Afinal, se desejamos que elas cheguem em um local diferente em suas histórias com o *crack*, como continuaremos a ofertar os mesmos caminhos? Será que já não chegou a hora de entendermos a “recaída” como movimentos de contingência, aprendizado, comunicação e recursividade das pessoas?

Essa tese, conforme será melhor explicitado, problematiza a “recaída” como um movimento que envolve além do sujeito, droga e contexto – tríade estudada e apresentada por Olieveintein (1990) -, mas também propomos a inspiração da recursividade de Maturana (2001, 2005) considerando que existem aspectos idiossincráticos da pessoa e as contingências de suas narrativas em constante ressignificação, durante e após a “recaída”. Um movimento de reatualização constante na história de vida da pessoa que vai para além do “retorno a um padrão de uso da droga”. Deste modo, a recursividade aplicada ao campo dos estudos sobre as drogas é uma apropriação conceitual que se conecta com a perspectiva da redução de danos e dos direitos humanos justamente por compor a complexidade inerente ao tema.

1.1 Contextualizando o *crack* no Brasil

No final dos anos 90 começaram a ser publicados os primeiros estudos em torno do consumo de drogas no Brasil, tendo sido o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) que realizou a maior parte destes estudos. Porém, como dito na introdução deste trabalho, faremos um breve apurado de pesquisas nacionais que tenham colocado a magnitude do problema do *crack* em evidência.

Assim, adentrando nas pesquisas epidemiológicas acerca das drogas, de acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas nas 108 maiores cidades brasileiras (Carlini *et al.*, 2006), a prevalência de uso

na vida de *crack* era, em 2005, de 0,7% da população brasileira, correspondendo, em termos numéricos, a 381 mil pessoas, o dobro do valor referente aos 189 mil registrados em 2001 (Carlini *et al*, 2001).

Conforme pesquisa realizada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD (Bastos e Bertoni, 2014), o Brasil tem cerca de 350.000 usuários regulares de *crack*. Esse número de usuários, quando comparado ao de outras drogas, não coloca o *crack* no patamar das principais drogas consumidas no país como álcool, tabaco, solventes, maconha etc (Carlini *et al.*, 2006)²². Porém, as corriqueiras consequências negativas que o *crack* provoca em curto espaço de tempo têm-se tornado foco de grande preocupação para a sociedade e de grande desafio para o Governo brasileiro (Nappo *et al.*, 2012; Fischer *et al.*, 2015). Dentre as implicações destacam-se: a extensiva degradação socioeconômica, problemas mentais graves como fissura e sintomas paranoides transitórios²³, envolvimento com crime e exposição a HIV/Aids e outras DST devido a troca do sexo por droga (Falck *et al.*, 2004; Fischer *et al.*, 2006; Fischer & Coghlan, 2007; Bennett *et al.*, 2008; Cook *et al.*, 2008; Nappo *et al.*, 2011; Gonçalves e Nappo, 2015).

De modo alarmante, alguns cientistas que realizam pesquisas sobre dependência de drogas dizem que o *crack*, a forma fumável da cocaína, é a droga mais preocupante que eles têm estudado. Chegam a afirmar que após as pessoas tornarem-se “viciadas” é quase impossível para elas pararem de usar *crack* e nunca mais voltar a droga novamente (Kolata, 1988). Outros autores afirmam que os problemas relacionados ao consumo do *crack* não são diferentes dos problemas com outras drogas (Xavier e Monteiro, 2013).

O efeito rápido, a possibilidade de se obter uma forma cristalizada de cocaína de base livre em quantidades pequenas, o baixo preço, a fácil aquisição e acesso a droga são fatores que facilitam a popularização dessa substância. Esse efeito muito rápido, que dura de três a dez minutos e tem uma intensa sensação

²² Existem poucos estudos sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes (CEBRID - site, 2008), mas não vamos detalhar a questão neste trabalho.

²³ Na psiquiatria “Paranoia” é um termo utilizado por especialistas em saúde mental para descrever desconfiança ou suspeita altamente exagerada ou injustificada. Sua transitoriedade se dá ou não a depender de possíveis junções com outros transtornos psiquiátricos. Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br>. Acessado em 30 de dez de 2016.

eufórica, mas que depois disso produz uma depressão profunda, leva a pessoa que usa o *crack* a recorrer novamente ao consumo, provocando rápida dependência a essa substância (Nappo, 1996; Domanico, 2006, Oliveira e Nappo, 2008, Tuller, Rosa e Menegatti, 2007; Neto e Santos, 2015), sendo este mais um aspecto sinérgico que certamente fortalece a dificuldade que as pessoas que querem parar de usar a substância enfrentam, acarretando numa aguardada “recaída”.

Em relação ainda ao aumento do *crack* no Brasil, dando o recorte para o estado de Pernambuco entre os anos de 2002 e 2007, registrou-se um aumento da apreensão do *crack* pela polícia local, passando de 447 para 17.258 pedras apreendidas, um aumento de 43% (Neto, 2009).

De acordo com Bastos e Bertoni (2010), entre os anos de 2004 e 2010, foi observada a redução para uso no ano de inalantes, maconha, ansiolíticos, anfetaminas e *crack*, mas se constatou o aumento no uso no ano de cocaína. Enquanto o uso da cocaína manteve-se estável nos Estados Unidos e no Canadá, aumentou no Brasil (WHO, 2011). Mesmo com o aumento, o uso de cocaína e seus derivados, como o *crack*, na vida (2,9% e 0,7%), no ano (0,7% e 0,1%) e no mês (0,4% e 0,1%), respectivamente, é considerado diminuto (Bastos e Bertoni, 2010).

A comunidade científica brasileira tem tido uma especial atenção sobre o consumo do *crack* entre mulheres. Já foi investigado, por exemplo, a associação entre a população feminina que consome o *crack* em contextos específicos, como entre os profissionais do sexo. Viu-se a alta predisposição neste grupo para a contaminação pelo vírus HIV ou por outras doenças sexualmente transmissíveis. Em um estudo realizado por Nappo *et al* (2004), nas cidades de São Paulo e São José do Rio Preto, numa amostra de 75 indivíduos (n=75), todas as mulheres que faziam troca de sexo por *crack*, observou -se que eram prevalentemente jovens, mães, com baixa escolaridade, que viviam com seus pais ou companheiros e também eram as provedoras de suas casas. A maioria fazia sexo por *crack* todos os dias, numa média de 1 – 5 programas, não escolhiam o parceiro nem o tipo de sexo praticado e não valorizava o uso de preservativos.

Neste mesmo estudo foram identificados alguns comportamentos de risco associados a este público: o número elevado de parceiros, o sexo sem proteção e a troca de sexo por *crack* ou por dinheiro para comprar a substância. Também foi visto que as mulheres, assim como usuários de melhor poder aquisitivo, existem na cultura de uso, porém em menor proporção (Oliveira, 2007). Tais dados foram corroborados por pesquisas posteriores (Nappo, Sanchez, Oliveira, 2011; Bastos e Bertoni, 2014).

Desde a pesquisa de Nappo (1996), sobre a cultura de uso do *crack* em São Paulo, pôde-se observar que a disponibilidade da droga é muito grande, aspecto que demarca a preferência dos traficantes em sua comercialização. As pesquisas mostram que, em sua maioria, o usuário de *crack* é homem, jovem, de baixo poder aquisitivo, baixo nível de escolaridade e, geralmente, sem vínculo empregatício formal (Oliveira, 2007). Outro aspecto é que, frequentemente, o dinheiro para a compra da droga é proveniente de roubo, prostituição ou tráfico. Não obstante, neste último caso, o próprio usuário participa do tráfico tornando-se “avião”. Quanto ao padrão de uso, em sua maioria, é do tipo “binge”²⁴, dando-se por horas e dias a fio, só findando quando o usuário não tem mais condições físicas ou financeiras de manter o uso (Oliveira e Nappo, 2008). Os autores ainda destacam que os locais de venda frequentemente são diversos, geralmente entre bares, boates, restaurantes ou favelas e comunidades. Os autores também registraram que a polícia aparece como omissa no enfrentamento ao tráfico; ao invés disso, aparecem como sendo coniventes com o tráfico a partir de um “pacto” com os traficantes.

Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008) realizaram estudo etnográfico sobre o consumo de *crack* com 25 usuários vivendo em grupo e observaram que os usuários denotavam como perfil: homens, menores de 30 anos, desempregados, com baixa escolaridade e poder aquisitivo, advindos de famílias nominadas pelos autores de “desestruturadas”²⁵. Neste mesmo estudo, os usuários de *crack*

²⁴ Percebe-se que os autores lançaram mão de um termo mais comumente usado para caracterização de um padrão de consumo de grande quantidade de álcool, em um período curto de tempo, prática descrita na literatura como *binge drinking*, ou beber em *binge* (Raimundo *et al*, 2016).

²⁵ O termo famílias “desestruturadas” vem sendo criticado, porém ainda é extremamente utilizado (Goldani, 1993). Pensamos que talvez “famílias em estado de vulnerabilidade perene” possa

na comunidade, quando comparados aos usuários de cocaína intranasal, pareciam reter um padrão mais grave de consumo, maior envolvimento em atividades ilegais, maiores riscos de efeitos adversos ao uso de cocaína, maior envolvimento em prostituição e mais chances de morar ou ter morado na rua.

Ainda que o *crack* se constitua como uma substância com este potencial de desenvolvimento de dependência, alguns segmentos profissionais apontam haver uma porcentagem de usuários da substância que apresentam menos danos operantes. É um padrão controlado ou esporádico, uma forma de controle sobre o uso do *crack*, subordinando-o às exigências da vida diária, impedindo que a vida do usuário seja completamente tomada pela droga. Oliveira e Nappo (2008) chamaram esta categoria de usuários funcionais, por apresentarem menos rupturas com sua rede de relações social²⁶, de trabalho e familiar. O que se percebeu foi que parte dos usuários de *crack* utiliza a substância sem carregar grandes rupturas com a funcionalidade social. Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) investigaram quais as estratégias encontradas e desenvolvidas pelas pessoas que abusam do *crack* para lidarem com as consequências e riscos desse consumo e de alguma forma conseguirem regular o uso da substância em suas vidas.

Bastos e Bertoni (2014) apontaram que os usuários de *crack* e/ou similares²⁷ são, de maneira generalizada, homens, jovens, não brancos, pouco escolarizados, que estão vivendo em situação de rua e que não tem emprego/renda fixa. De modo que se apresentam como um grupo bastante vulnerável socialmente. Esta pesquisa ainda acrescenta que o tempo médio do uso de *crack* e/ou similares, entre os usuários das capitais, foi de 91,32 meses (aproximadamente 08 anos), enquanto que nos demais municípios este tempo foi de, aproximadamente, 58 meses (quase 05 anos). Esses usuários referem consumir, num dia “normal” (padrão) de uso, 13,42 pedras/porções destas

estar mais em acordo com o que acreditamos ser; visto que, mesmo em conflito, existe sempre uma “estrutura” que sustenta todo modelo de família.

²⁶ Sem nenhuma intenção de conceituarmos “rede de relações sociais” a partir de nenhuma corrente sociológica, para nós, rede de relação social, no contexto deste texto, é sinônimo de grupo de colegas e amigos nos quais as pessoas que usam *crack* se relacionam.

²⁷ *Crack* ou similares: merla, pasta, oxi e “virado”. Foram estas as substâncias pesquisadas no campo da referida pesquisa.

drogas, desconstruindo a noção e senso comum de que o *crack* vicia ou mata imediatamente.

Garcia (2013) alerta que, na atualidade, o *crack* passou a ser compreendido como também era compreendida a loucura no século XVII. Pontua ainda que apesar de boa porcentagem dos usuários conseguir recuperar-se da mesma forma que as demais doenças crônicas, a dependência de *crack* requer um longo acompanhamento. O tratamento deve ser realizado por uma equipe capacitada, multiprofissional e interdisciplinar devido aos múltiplos fatores afetados na vida do usuário: sociais, familiares, físicos, mentais e legais (Pulcherio *et al.*, 2010). Também deve ser respeitada a singularidade dos indivíduos para o planejamento dos seus respectivos tratamentos (Almeida, 2013).

No livro “Crack e exclusão social”, organizado por Jessé Souza, em 2016, as pesquisas referidas sobre o *crack* são estudadas na perspectiva de tentar compreender a visão estigmatizante que incide sobre os usuários. Assim, os autores tecem um cenário sobre a relação dos processos de estigmatização do usuário de *crack* e a exclusão social, trazendo aspectos sobre a referida “epidemia” para além da visão da biomedicina.

Emerge a reflexão de que os 0,7% de uso na vida de *crack* referidos nas pesquisas epidemiológicas, em relação comparativa ao álcool por exemplo (Carlini *et al.*, 2001), opera no sentido de inferirmos o quanto o processo de estigmatização dos usuários de *crack*, resignificaram a própria concepção de doença, tendo o *crack* como uma “doença social” (Sapori e Medeiros, 2010).

O *crack* passa a ser compreendido como um fenômeno que aprofunda os estigmas que circulam a vida das pessoas que usam a droga incorporando ao processo de estigmatização social (Souza, 2016) desafios para a saúde pública e o consequente cuidado a estas pessoas (Sapori e Medeiros, 2010). Diante de tudo que já foi pesquisado sobre o *crack* e ainda sobre o que se discute em relação a “recaída”, vê-se o contraste, com o pouco que se sabe sobre a “recaída do usuário de *crack*”, em especial a partir de seu próprio ponto de vista.

2. Paradigmas, teorias e tensionalidades que embasam os modelos de cuidado e atenção às pessoas que usam *crack*

Sem nenhuma intenção de nos aprofundarmos na natureza de cada teoria que cria novos paradigmas, também não podemos nos eximir de trazer elementos que coloquem nosso objeto de estudo – “motivos de recaída das pessoas que abusam do *crack*” - envolto em uma necessidade contumaz por um novo olhar, para que possamos refletir em qual paradigma e/ou quais teorias e modelos queremos ancorar nossa reflexão.

Assim, foi necessária uma revisão bibliográfica, já apresentada no capítulo 1, que trouxesse o que se entende frequentemente por “recaída”, para a partir disso, termos a clareza de que não era mais possível simplesmente aceitarmos tais conceituações para todos os casos observados. Esse questionamento nos levou a uma leitura sobre paradigmas e modelos que embasam as discussões sobre drogas, o que também nos fez perceber a confusão teórica que existe entre tais concepções.

Partindo da perspectiva inicial de Kuhn (2003), paradigma é um “*modelo ou padrão aceito*”, tendo em seu significado mais corrente a ideia de que paradigma é uma construção teórica que, por possuir capacidade de resolver problemas importantes (como os problemas científicos), adquire um papel superior em relação às demais teorias. Porém, recebendo críticas devido à enorme quantidade de significados atribuídos ao próprio conceito de paradigma, Kuhn reestabeleceu esta noção alicerçada na ideia de “matriz disciplinar” e redirecionou os fundamentos paradigmáticos e sua ligação com a composição de um campo de conhecimento.

Albuquerque, Villapouca e Barroso (2005, p.36) consideram que:

A “matriz disciplinar” refere-se a paradigma em sentido lato e “exemplar” em sentido estrito. Dessa forma, passa-se a trabalhar com dois sentidos de paradigma. No de matriz disciplinar tem-se o conjunto de elementos consensuais de determinado grupo de cientistas; no de exemplar, a concreta solução de um problema que foi adotada de forma compartilhada pelos membros da comunidade científica.

Desse modo, tem-se dois sentidos paradigmáticos a serem trabalhados. Paradigma então não é mais um novo conhecimento que ao emergir, toma o lugar do velho conhecimento. Sabe-se que paradigmas convivem lado a lado sem necessariamente abandonarmos uma forma de ser, estar e pensar sobre a vida. Cada um terá uma visão de sujeito e de mundo que pode encontrar-se com outros que veem igual ou parecido (Feuerwerker, 2014).

Lira (2009, p.110) cita vários autores (Lutz; White, 1986; Morin, 1999; Maffesoli, 2001; Carvalho, 2003 e Bachelard, 2004) que referem que estamos submersos num paradigma ocidental, dentro de um contexto social dualista, guiado pela ação do reducionismo que opera sempre na oposição entre *“razão e emoção; corpo e espírito; mente e cérebro; ciência e arte; fantasia e realidade; vida e morte”*.

Assim, para compreender as narrativas das pessoas que buscaram tratamento para o *crack* e que referiram viver o processo denominado de “recaída”, faz-se necessário o levantamento teórico-conceitual e metodológico sobre as práticas de cuidado dos espaços de tratamento existentes no Brasil. Tais práxis estão ancoradas em modelos de atenção à saúde que coexistem, por vezes, de formas antagônicas e incongruentes, tornando a atuação profissional diversa e complexa (Merhy, 1997). E tais modelos derivam dos paradigmas que são como grandes “guarda-chuvas” que os abrigam e, conseqüentemente, as ações direcionadas ao cuidado das pessoas.

Conhecer historicamente a construção desses modelos é fundamental, pois deste modo os técnicos e cuidadores podem compreender em que bases sua atuação profissional está ancorada. Sabemos que a rede de atenção às pessoas que sofrem de transtornos mentais e de transtornos decorrentes do uso e/ou abuso de drogas vai além do setor saúde, funcionando ainda de forma fragmentada, desconstruída e com pouco diálogo entre os atores envolvidos nesse cuidado (Vasconcelos, 2008, 2013). Assim, nossos esforços em compreender os modelos de atenção que embasam as ofertas de cuidado, especialmente nos três domínios que foram campo deste estudo – Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (Caps AD), Clínicas Médicas (CM) e Comunidades Terapêuticas (CT) – nos parecem ser de fundamental

importância para a compreensão das narrativas colhidas junto às pessoas que buscaram tratamento para o *crack*.

Refletir sobre quais paradigmas e teorias embasam os modelos de atenção também nos parece fundamental para o fortalecimento da construção de uma rede de cuidados interligada e resolutiva, bem como para criarmos uma *nova cultura* de cuidado para estas pessoas, baseada em modelos de atenção coerentes, congruentes e voltados para o empoderamento das pessoas. Afinal sabemos que, ainda na atualidade, a rede de atenção aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas continua incipiente (Rameh-de-Albuquerque, 2017, s/p, no prelo).

Quais são os serviços que geralmente encontramos para o “tratamento”? A quem geralmente as pessoas recorrem para resolverem o seu problema com as “recaídas”? Muitas pessoas, não sem resistências, acabam buscando os serviços religiosos e os filantrópicos com pouca ou nenhuma especialização e gnose sobre a questão (Seleghim, *et al*, 2005). Alves (2009) refere que esta realidade tem sido apontada como um reflexo da lacuna assistencial resultante da pouca ênfase conferida pelas políticas públicas de atenção à saúde de usuários de álcool, *crack* e outras drogas e suas famílias.

Em nossa prática junto aos serviços, mesmo em algumas experiências mais atuais, que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS²⁸) como os Consultórios de/na Rua (CR), as Casas de Acolhimento Transitório (CAT), as Unidades de Acolhimento (UA) ou ainda os Pontos de Acolhimento - a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio ao Programa Saúde da Família (NASF) - é possível percebermos as influências de paradigmas e teorias que não se espelham nos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira²⁹.

²⁸ As RAPS são as Redes de Atenção Psicossociais existentes em todo o Brasil, compostas pelos serviços e dispositivos de cuidado voltados para saúde mental, álcool e outras drogas. Apesar de não serem foco deste trabalho, os Caps AD são o serviço prioritário na composição das RAPS, porém, as CT e as CM também fazem parte dessa rede.

²⁹ A Reforma Psiquiátrica brasileira não é nosso foco de estudo, porém é importante pontuar que este movimento tem como marco o início do movimento social dos trabalhadores em saúde mental, em 1978. O foco do movimento foi (e ainda é) a inserção dos pacientes psiquiátricos na

Assim, nos deparamos com a Teoria da Auto-organização na qual Varela (1979), Thompson (1990) e Maturana & Varela (2001) modificam a concepção de “causalidade mecânica”, ou seja, a ideia de que as forças ou ações sempre vêm de uma causa única, para a proposição de um novo olhar. Nos aproximando do conceito de “recaída do uso do *crack*” claramente vemos que a causa da “recaída” não pode mais advir apenas do consumo da droga - essa motivação passa a ser multicausal.

A medicina, ainda na visão unicausal, incorporou seus fundamentos básicos compreendendo a natureza como externa a nós. Sendo assim, o corpo humano funcionaria como uma máquina composta de várias partes interligadas, que podem ser entendidas de forma separada e que funcionam sob uma lógica regular e predizível. Esse pensamento foi chamado de mecanicismo e teve em Newton um de seus maiores propagadores (Villela, 2010).

Deste modo, influenciada pelo mecanicismo da física e o desenvolvimento de novas drogas com a química, a medicina pôde se desenvolver tecnologicamente solucionando uma série de problemas que destroçava as sociedades pré-industriais, como foi o caso da peste, por exemplo. Porém, acabou contribuindo para reduzir a saúde às correspondências de causa e efeito, circunscrevendo o olhar sobre os processos de saúde e doença aos sintomas, que tiram o corpo da “normalidade”, e o tratamento desses sintomas, buscando reconstituí-la.

Rohde (1994) apresenta a questão dos paradigmas e teorias em busca de uma sociedade sustentável na perspectiva de uma mudança ontológica, no sentido trazido por Cirne-Lima (1993) - como uma perspectiva para o aspecto da contingência, ou seja, as relações causais não são eventuais. Desde que Immanuel Kant (1724-1804) teorizou sobre a Razão, não mais como tendo sua natureza “unitária, autônoma e livre”, que a ideia de se “objetificar as coisas do mundo para poder conhecê-las em suas relações causais” tomaram força, compreendendo-se, na teoria da auto-organização, a recursividade existente entre um sistema dinâmico e seu ambiente.

sociedade, e na atualidade, o mesmo debate e necessidade de ação tem recaído sobre as pessoas que usam drogas (Delgado, 2007).

Também o paradigma holístico parece interessante para refletirmos acerca do uso e/ou abuso de drogas. Neste se busca a compreensão de que discurso e prática não devem ser entendidos de forma dualista e vê-se que todas as coisas fazem parte de um todo interligado e indissociável (Rohde, 1994).

Pensando ainda nessa sociedade sustentável, não foi à toa que Birman (2001), ao atualizar o “Mal estar da civilização” de Freud (1930), coloca a droga como o objeto que “melhor” reflete a nossa relação consumista e nossa forma “viciada” de vivermos na sociedade contemporânea: cada vez mais desenvolvemos modos “doentios” de nos relacionarmos com os alimentos, roupas, carros, jogos, trabalho e pessoas.

São diversas as práticas sociais que tomam características compulsivas. Haja vista as torcidas esportivas que mantém uma relação espúria com seus times e adotam comportamentos de dependência, ou ainda os próprios esportistas que, pressionados pela indústria da quebra dos recordes, tornam-se literalmente dependentes de suas próprias endorfinas, quando não tomam simplesmente aditivos hormonais ou excitantes. Práticas estas também questionadas por Bauman (2001, 2003, 2004) em suas reflexões sobre a sociedade individualizada, a modernidade e o amor líquidos, que findam por produzir relações rápidas e superficiais.

Rohde (1994) refere que é antiga a noção de que os seres humanos se relacionam de maneira fatigante com a natureza. Para ele, é possível identificar isso quando alguns autores consideram como maior crime contra a humanidade, qual seja, o rompimento do contrato animal. A base deste contrato é que cada espécie deve limitar seu crescimento populacional o suficiente para permitir que outras formas de vida coexistam, pois não há nada a ganhar na superpopulação a não ser a miséria (Morris, 1991 apud Rohde, 1994).

Também no sentido da construção de uma sociedade sustentável para todos, incluindo animais e seres humanos, os princípios filosófico-científicos, emergentes dos novos paradigmas e teorias, são: contingência; complexidade; sistêmica; recursividade; conjunção; interdisciplinaridade. É importante destacar que estes princípios são extraídos da área da teoria do conhecimento e dos novos paradigmas científicos e, portanto, constituem parte do aparato conceitual

disciplinar para uma abordagem sustentável entre seres humanos e toda a natureza. Princípios éticos, sociais e econômicos deverão igualmente entrar na formação das novas propostas de desenvolvimento da sociedade (Rohde, 1994, Morin, 2000).

Cruz *et al.*, (2016) vão nos lembrar que o consumo de drogas faz parte da história da humanidade, porém as estratégias de tratamento vão perpassar em diferentes culturas e momentos históricos de formas diversas. Assim, podemos inferir que na atualidade estamos passando por um período de grandes transformações, com novas descobertas e novos conhecimentos tecnológicos e maneiras de interagirmos com a realidade, com a globalização, com a Natureza e os ecossistemas e, não seria diferente, junto ao fenômeno das drogas. Por isso, nosso interesse em termos pinçado as teorias acima.

Com o advento da chamada modernidade³⁰ - para alguns também a “pós-modernidade” - muitas situações do cotidiano da vida em sociedade - como é o caso das discussões sobre gênero - transparecem as alterações de paradigmas que estamos discutindo. De modo que novas posturas e olhares frente ao uso de drogas começam a possibilitar o introito das pessoas na sociedade a partir de visões mais flexíveis e também complexas, assentindo novas formas de pensarmos a atenção e o cuidado a estas pessoas. Ao mesmo tempo, estamos convivendo com paradigmas e teorias que achávamos que já haviam perdido sua força, vitalidade e significado social, mas que, próximas a nossa temática – os motivos de “recaída” -, ganham cores ainda mais fortes e marcantes como num retrocesso que parecem não haver precedentes (Lancetti, 2015). São retrocessos que aparecem em novas “roupagens” como, por exemplo, o intento do aprisionamento das pessoas que usam drogas ou ainda a volta da “psicocirurgia³¹” para o tratamento dos chamados loucos.

³⁰ Para pensar sobre a modernidade, segundo Giddens (1991, p.14): "Os modos de vida produzidos pela modernidade nos desvincularam de *todos* os tipos tradicionais de ordem social de uma maneira que não tem precedentes. Tanto em sua extensionalidade quanto em sua intensionalidade, as transformações envolvidas na modernidade são mais profundas que a maioria dos tipos de mudança característicos dos períodos precedentes. Sobre o plano extensional, elas serviram para estabelecer formas de interconexão social que cobrem o globo; em termos intensionais, elas vieram a alterar algumas das mais íntimas e pessoais características de nossa existência cotidiana. Existem, obviamente, continuidades entre o tradicional e o moderno [...]."

³¹ Para saber mais sobre o tema, procurar em: “Pedido de psicocirurgia vira disputa judicial em São Paulo – www.medimagem.com.br/noticias (2008)” e “Carta aberta sobre a comissão de ECT

A mudança de paradigma, segundo Cruz *et al.* (2016 p.3) “[...]é uma tarefa árdua, lenta e dolorosa, pois implica em renúncia de saberes e poderes”, porém Maturana (2001) afirma que é preciso aceitar os diferentes pensamentos. Inclusive o autor vai diferenciar tolerância de respeito ao explicar acerca da “objetividade entre parênteses” que iremos discutir mais detalhadamente no capítulo 5:

O caminho explicativo da objetividade entre parênteses - que surge no momento em que me pergunto pelo observar e pelo observador, no momento em que assumo a biologia - abre um espaço de convivência fundado no compreender a natureza biológica, no entender que não podemos distinguir entre ilusão e percepção. Nele não há tolerância, mas respeito. O respeito é diferente da tolerância, porque a tolerância implica na negação do outro, e o respeito implica em se fazer responsável pelas emoções frente ao outro, sem negá-lo (Maturana, 2001, p 39).

E talvez aqui esteja um dos desafios maiores deste estudo: aceitar as falas dos entrevistados como **suas** verdades incontestes. Mas, também, fazermos reflexões críticas sobre essas “verdades”. Maturana (2001, p. 201) alude a um ditado chileno: “*Nada é verdade nem é mentira; tudo depende do cristal com que se olha*”³². Assim, trazer os paradigmas e teorias nos quais os modelos de atenção e cuidado estão ancorados é necessário. Pois, a partir das falas das pessoas, poderemos apreender o sujeito inteligível e o conteúdo de suas falas, apesar de não serem exatamente um espelho, mas uma “[...]tradução, interpretação e significação, ou seja, o ser humano é responsável por significar, interpretar e resignificar as situações existentes (Cruz *et al.*, 2016, p3).

Além disso trazer à tona o que se teoriza sobre “recaída” e questioná-lo, não para destituí-lo de seu *lócus* – visto tais teorizações encontrarem-se pertinentes à sua “matriz disciplinar” -, mas, considerando o contexto e momento atual que vivemos no Brasil, em especial em relação à Redução de Danos e aos Direitos Humanos, essa parece ser uma oportunidade interessante para uma clínica que vem sendo bombardeada por um pressuposto saber que não aceita o que aqui se faz. Os retrocessos ditos em nome da “ciência” já estão implicando

e psicocirurgia do hospital Juliano Moreira – Salvador-Bahia – www.abrasco.org.br/site/noticias (2017)”.
³² No original em espanhol: “*Nada es verdad, ni es mentira; todo depende del cristal con que se mira*”.

diretamente sobre os poucos avanços que obtivemos no Brasil, e não tardarão retroceder ao nosso tema.

Talvez por isso mesmo este trabalho implique em uma necessidade que, de modo sinérgico, una-se aos paradigmas da Reforma Psiquiátrica brasileira, da Redução de Danos e dos Direitos Humanos que norteiam os modelos e as práticas de cuidado em saúde mental que desejamos.

2.1 A tensão paradigmática dividida em dois grandes blocos: “proibicionista-abstinência” e “antiproibicionista-redução de danos”

Conte (2004, p. 24) refere sobre a heterogeneidade existente no campo das toxicomanias³³: “[...]este fenômeno pertence ao campo sociológico, médico, jurídico, psicológico, etnológico ou psicanalítico?”. Ao que nos parece, pertence a todos, porém com distinções nem sempre claras. Apesar de, na literatura, os paradigmas e modelos por vezes serem apresentados como sinônimos, de forma um tanto confusa, vamos fazer aqui um exercício de separá-los em dois grandes blocos, haja vista nossa compreensão de que os modelos são norteados pelos paradigmas. Ou seja, o paradigma é sempre algo maior, que fomenta, alimenta, suscita, impulsiona, potencializa e move os modelos que são aplicados, por vezes, como estratégias ou objetivos a serem alcançados. E os modelos são derivados destes:

Um paradigma pode ser compreendido como uma **visão de mundo** compartilhada por uma sociedade específica, numa determinada época e de acordo com determinada condição histórica. Tal constructo social norteador dita comportamentos, tendências, concepções, idéias e sensações compartilhados entre os atores sociais que por ele são guiados. Quando essa visão de mundo é ampliada ou desviada por algum integrante da sociedade em questão, isso causa um profundo impacto individual caracterizado pelos **instantes de vertigem**. A partir daí o mundo já não é visto da mesma forma (Sloterdijk, 1992 apud Lira) (grifo do autor).

Neste exercício vamos propor, enquanto díades, duas “matrizes disciplinares” que carregam visões paradigmáticas. Uma chamada de

³³ Toxicomania: a autora, Marta Conte, chama por este termo por ser afiliada ao estudo sobre drogas a partir do referencial psicanalítico.

“proibicionista-abstinência” e outra de “antiproibicionista-redução de danos”. Compreendendo que estes constructos não são similares entre si, embora sua semelhança seja evidenciada em algumas práticas de cuidado na medida em que o profissional utiliza a Redução de Danos com o objetivo de atingir a abstinência. Neste caso, a aparente perspectiva paradigmática “antiproibicionista-redução de danos” tende a tornar-se “proibicionista-abstinência”.

Rapidamente, precisamos dizer que o Proibicionismo se baseia na diminuição da oferta de drogas consideradas proscritas. Para Araujo (2014) existe com isso uma intencionalidade mercadológica: aumentar o preço das drogas e as oportunidades de consumo. Fato que contrasta justamente com o que se diz propor. Com a proibição, além da óbvia constatação de que este é um modelo que não vem atingindo seus objetivos, aumentam-se os riscos para os consumidores. O antiproibicionismo pode ficar num “entre”, ou num “mix”, das concepções de descriminalização e legalização. Para este mesmo autor, a descriminalização tem como objetivo reduzir os danos para as pessoas que usam ou dependem das drogas, partindo da ideia de aumentar a prevenção e minimizar a oferta. A legalização está mais voltada para a discussão do mercado, pois objetiva reduzir o uso problemático de drogas diretamente observando os problemas causados pelos mercados ilegais.

Vale problematizar que as diferenças entre proibicionismo e abstinência - o que pode separar a díade proposta – está no fato, por exemplo, do álcool ser a substância mais consumida no mundo e, enquanto legalizada, poderia não estar contida nessa díade paradigmática; no entanto, quando o alcoolista surge, a abstinência e a proibição entram em cena como se esta fosse a única saída para a pessoa e seus familiares que podem encontrar-se em sofrimento, ficando evidente essa questão no processo da “recaída”. Diferentes atores podem almejar a abstinência da pessoa que usa ou abusa do *crack*, a exemplo de profissionais, familiares e da própria pessoa. No entanto, caso a abstinência não seja desejada pela pessoa, a perspectiva “proibicionista-abstinência” pode vir travestida da “antiproibicionista-redução de danos”. Uma linha tênue que precisa ser apreendida de forma subliminar pelos profissionais.

Também há uma separação possível na díade “antiproibicionista-redução de danos”, quando podemos distinguir que nem todo redutor de danos³⁴ é antiproibicionista, haja vista aqueles que, ao aportarem no paradigma da abstinência, utilizam a redução de danos apenas como um meio para se chegar a um futuro desejado: o não uso da droga como meta ótima e final (Marlatt, 1999). Fica claro, ao estudar em outras obras de Marlatt e demais autores (1985, 1999, 2009) que apesar de suas contribuições, já avançadas para a época, o autor tencionava sugerindo uma clínica baseada na redução de danos, mas sentia a censura que o fazia recuar de alguma forma, haja vista a escolha do título do último capítulo de seu livro de 1999, intitulado: “*Redução de danos não é legalização*” (Marlatt, 1999, p 257- 263). Observa-se que há uma intenção de radicalização em relação a clínica-política da época:

As diversas comunidades norte-americanas preocupadas com o problema das drogas estão em uma encruzilhada. Será que devemos tentar avançar em nossas tentativas de compreender e reduzir esse problema aprendendo a partir das evidências científicas sobre as intervenções, a procura de ajuda e os padrões de recuperação para transtornos de substâncias, e extraíndo dos experimentos europeus de redução de danos os aspectos de seus programas que podem funcionar bem nos Estados Unidos? Ou será que devemos continuar a expandir a já dispendiosa “guerra às drogas” e negligenciar as iniciativas de intervenção, mesmo diante da epidemia de Aids, que agora está espalhando-se pela comunidade heterossexual (inclusive nas crianças), principalmente por meio de contato sexual com usuários de drogas injetáveis? Alguns podem achar que a escolha não é tão claramente definida, e talvez tenham razão. Entretanto, os riscos são muito altos para não se envolver no debate.

Olhando este debate de modo mais diretivo: a abstinência, de fato, não é oposição à redução de danos e vice-versa. Porém estão longe de ser sinônimos e existe claramente uma dificuldade de aproximação teórica e prática entre a discussão política da discussão clínica. Percebemos que no campo da clínica, tal “problema” deveria se findar a partir de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), bem montado e discutido **com** a pessoa em processo de tratamento. Só assim se poderá dizer qual a meta que se deseja alcançar. E no campo da

³⁴ O redutor de danos é um agente de saúde voltado especificamente para o cuidado às pessoas em uso/abuso de drogas. Segundo Conte (2004), são várias as formas de trabalho do redutor de danos visto que geralmente esse profissional é um “ex-usuário” que vai ao campo, ao local onde o usuário utiliza drogas em grupos, em cenas de uso, orienta o uso mais seguro, além de acolher diferentes pedidos de encaminhamento para testagem de HIV/DST e hepatites, consultas, documentos, relação com a justiça etc.

política, enquanto não houver uma mudança no que tange ao mercado ilícito das drogas, continuar-se-á a produção de “bandidos, marginais e delinquentes” advindos da proibição.

Queremos fazer essa proposição, inclusive, para que possamos conceber uma “clínica” cotidiana mais próxima ao debate macroestrutural³⁵ que permeia o campo das drogas (Soares, 2007). Este debate parece estar desagregado e não é; ou seja, não se faz clínica sem política e, no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, não se faz política sem clínica (Merhy, 2014).

Ancorados nas “matrizes disciplinares” “proibicionista/abstinência” encontram-se os modelos moral, religioso, criminal, jurídico, medicamentoso/biomédico e manicomial - sendo estes os mais predominantes nos dispositivos de atenção e cuidado à saúde mental, álcool, *crack* e outras drogas (Conte, 2003), e nos quais colocam-se o “doutor³⁶”, a internação e a medicação como as principais (e às vezes únicas) possibilidades de cuidado. E nas matrizes “antiproibicionista/redução de danos” - implicado nos Direitos Humanos como terreno fundante desta díade - estão os modelos da atenção psicossocial, a clínica do construcionismo social e ainda a própria redução de danos (RD) enquanto estratégia de cuidado pautada no empoderamento e autonomia das pessoas (Moraes, 2008; Santos, Soares e Campos, 2010)³⁷.

Passos e Souza (2011) definem o paradigma da abstinência para algo além da abstinência, por vez necessária no cuidado clínico das pessoas:

Por paradigma da abstinência entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso.

³⁵ Os autores que debatem a necessidade de uma mudança macro-estrutural geralmente aportam suas análises nas questões do capitalismo. Não temos pretensão de adentrar por estas questões, no entanto a discussão sobre o proibicionismo faz fronteira direta com a discussão de que toda clínica é política (Espíndola, 2010; Souza e Carvalho, 2015).

³⁶ Colocamos o termo “doutor” entre aspas por compreender que também psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros ou até oficineiros estão inseridos em uma formação profissional embasada nos pressupostos médicos e biológicos.

³⁷ Há ainda os modelos que transitam entre as “matrizes disciplinares” propostas pelas díades, como por exemplo, o modelo sanitário e da promoção da saúde (Paim, 2015), mas não iremos nos deter por agora neste trabalho.

Ao aproximarem a abstinência da discussão política, nos remetemos diretamente ao que é preconizado para os serviços de saúde mental no Brasil, na qual se discute sobre a imanente ligação entre clínica-política e política-clínica (Espíndola, 2010; Souza e Carvalho, 2015). No entanto, a díade “proibicionista-abstinência” é predominante no campo da saúde. Quando dizemos que um serviço de saúde opera baseado no modelo biomédico significa que o foco do cuidado está no sintoma e seu tratamento. Existe uma restrição à saúde aos aspectos físicos/biológicos, sem levar em conta e/ou minimizando o papel dos aspectos sociais, emocionais, culturais, econômicos, psicológicos (MacRae e Vidal, 2006), inclusive ignorando o sentido atual mais amplo de saúde, não mais como sinônimo de ausência de doença, mas como um conjunto de direitos e acesso a bens e serviços (Paim, 2015).

Mota (2008) refere que as instâncias as quais comumente tratam de cuidar da problemática de drogas estão ancoradas em três perspectivas, quais sejam as de pecado, crime e doença: às igrejas cabem a conversão religiosa como alcance necessário ao processo de reabilitação psicossocial do dependente; à polícia cabe as ações de repressão ao tráfico e aos delitos cometidos pelos usuários de drogas; aos psiquiatras, psicólogos, comunidades terapêuticas e afins cabem o atendimento medicamentoso e psicológico; e ainda aos grupos de ajuda mútua, tais como o Alcoólicos Anônimos (AA) e o Narcóticos Anônimos (NA), cabe uma mistura entre medicina e religião. Para cada uma dessas instâncias existe uma representação da questão da dependência que implica numa necessária ação diretiva específica.

Ligado à díade “proibicionista-abstinência” está o modelo biomédico ou medicamentoso que, como referido, surgiu na idade moderna influenciado pelas ciências da natureza, aportado no pensamento mecanicista de causa e efeito. Deste modo, o modelo de atenção à saúde baseado na internação e abstinência como meta terapêutica exclusiva ainda se apresenta hegemônico (Moraes, 2008; Alves, 2009). A conexão dada ao diagnóstico e aos sintomas finda por rotular a pessoa que usa drogas como portadora de doença e até mesmo como incapacitada, orientando a mediação do cuidado preferencialmente através da clínica psiquiátrica, a partir da intervenção medicamentosa e da prescrição da abstinência. Dessa maneira, infelizmente, os hospitais psiquiátricos são

considerados por muitos como a melhor alternativa de tratamento, já que através da internação este modelo ainda é valorizado (Vasconcelos, 2009).

Quando se trata da saúde mental, incluindo o cuidado para as pessoas que usam álcool, *crack* e outras drogas, o modelo biomédico também focaliza os sintomas e busca intervir para enfrentá-los no sentido de sua extinção. Sabemos que a maneira em se “cuidar” da saúde mental que perdurou por muito tempo como dominante foi a do internamento manicomial (Amarante, 1995, 1996; Amarante e Guljor, 2005). Entendendo os portadores de transtorno mental como acometidos de alguma doença, o modelo biomédico enfatiza o processo de internar para tratar e curar. Da mesma maneira, esse modelo enquadra as pessoas que fazem uso de drogas como portadoras de alguma afecção, comumente conhecida por dependência. Nessa perspectiva, caberia aos profissionais da saúde intervirem para restabelecer a “normalidade” do corpo (Carneiro, 2002a; Foucault, 2004; Vasconcelos, 2013).

Garcia, Leal & Abreu (2008) também tentam classificar os modelos de cuidado, como consequente de vários desses fatores. Para eles o Estado brasileiro tem um único objetivo: a eliminação da droga. E por ser este um objetivo fictício e inverossímil, acaba por se colocar em um contexto no qual as possibilidades de se defrontar com essa “questão social³⁸” são a escolha ou não da droga como via explicativa para justificar a estratégia de contenção - a chamada Guerra às Drogas³⁹ (Comissão Global de Políticas Sobre Drogas, 2011) -, conduzindo um processo de individualização do problema e assentando na pessoa todos os contornos morais-legais ou médico-sociais de responsabilização por esta contenda. As pessoas que usam ou abusam das drogas psicoativas ilegais são consideradas, nessa perspectiva, como populações inconstantes, de baixa capacidade socializadora, com vínculos

³⁸ Por não ser nosso foco de trabalho, não discorreremos teoricamente o que se trata uma “questão social”. Aqui pode-se compreender como sinônimo de problema social. No entanto aspeamos por compreendermos que existem teóricos que debatem esse termo bem como por existirem mais do que apenas um problema social.

³⁹ Essa postura marca uma tendência de manutenção de uma racionalidade conservadora centrada na perspectiva norte-americana de “Guerra às Drogas” (também conhecida como política da “Diplomacia das Drogas”) que acabam subsidiando as políticas em todo o mundo (Comissão Global de Políticas Sobre Drogas, 2011).

frágeis, desviantes (Becker, 2008) e, conseqüentemente, uma ameaça ao projeto societário de um mundo livre das drogas.

Becker (2008, p.19), ao teorizar sobre os “desviantes”, reflete:

Por vezes as pessoas concebem a analogia de maneira mais estrita, porque pensam no desvio como produto de doença mental. O comportamento de um homossexual ou de um viciado em drogas é visto como o sintoma de uma doença mental, tal como a difícil cicatrização dos machucados de um diabético é vista como um sintoma de sua doença[...].

Não se trata de negar o quanto o modelo biomédico é capaz de trazer inúmeros avanços no tratamento específico de doenças, mas no campo da saúde mental e do cuidado às pessoas que usam drogas o modelo é pobre e reducionista para dar conta da complexidade sobre a relação e as interações da pessoa com as drogas (Olievenstein, 1990; Batistuta-Vale, 2015), além de estigmatizá-las e culpabilizá-las (Ronzani, 2014; Paiva, Ayres e Buchalla, 2012).

Na díade “proibicionista-abstinência”, cabe a reflexão de que o conceito biomédico de “dependência” representa uma das noções mais questionáveis e sem consenso existentes e operantes nas instâncias de cuidado, visto que a “construção social da doença do vício” passou - e ainda passa - por contínuos e complexos processos históricos, engendrando sempre fenômenos conflitantes cercados pelo esteio das “toxicomanias” (Carneiro, 2002a). Como este mesmo autor refere: *“A droga, como objeto claro e definido, nunca existiu. Ela sempre foi, antes de tudo, um conceito moral”* (Carneiro, 1994; p. 157).

Junto ao modelo biomédico/manicomial está o modelo moral. Como bem demonstram alguns pesquisadores já há bastante tempo (Nowlis, 1975), representações do senso comum moralizantes (Becker, 2008) conduziam e ainda conduzem os tratamentos predestinados às pessoas que usam drogas - sem distinção entre dependentes ou não -, como forma de retomarem os comportamentos desejados por determinados grupos e sociedades, estando estes tratamentos⁴⁰ regrados tão somente no paradigma “proibicionista-abstinência”.

⁴⁰ Na atualidade outro “tratamento” que vem retomando o modelo moral é a “cura gay”. Para saber mais: <http://oglobo.globo.com/brasil/clinicas-prometem-tratamento-de-cura-gay-9113264>. Acessado em: 12 de jun de 2016.

Podemos então reconhecer no paradigma “proibicionista-abstinência” o que Boiteaux (2006) e Karam (2007) discutem afirmando que ao proibicionismo é cabal o combate, a perseguição e a austeridade da “guerra contra as drogas”, ou preferível dizer, um duelo efetivo e diretivo contra as “pessoas que usam drogas” e que se mantém por quase um século de “exclusão social”. Já nos idos da década de 1990, Bucher (1992) indicava a necessidade de superação do paradigma proibicionista, quando afirmou como “ação contraproducente” a ideia de uma sociedade livre das drogas. Percebe-se que a ênfase dos prejuízos dado através de representações moralistas que priorizavam (e ainda priorizam) a repressão em detrimento da “prevenção” e do tratamento continuam se sobrepondo a um modo mais humano, integral e abrangente de cuidar dessa questão e gerando iatrogenias na atenção à saúde mental (Amarante, 2008).

Junto a estes modelos, o religioso (que também é moral) suscita reflexões contraditórias no campo das drogas, pois ao longo da história da humanidade as drogas sempre estiveram associadas a rituais mágicos ou religiosos (Escohotado, 1996). O álcool, por exemplo, é uma das drogas mais conhecidas desde a antiguidade, registrado em imagens ancestrais de pinturas arqueológicas e referido em livros considerados sagrados como Alcorão e a Bíblia. Buscando transcender a sua realidade mais atada, o ser humano sempre encontrou nas substâncias psicoativas essa possibilidade, exercendo assim um poder fascinante (Escohotado, 1996; Almeida, 2013). Porém, quando aludimos ao modelo religioso, no Brasil⁴¹, estamos indagando sobre os espaços mais comuns encontrados como oferta de tratamento: as comunidades terapêuticas (CT) e os grupos de ajuda mútua, tais como o AA e o NA.

Ainda no espectro da díade “proibicionista-abstinência”, percebe-se que não há o reconhecimento dos diferentes tipos de pessoas que usam substâncias como já referido no início deste trabalho. Reconhecer essas diferenças, considerando as características e necessidades das singularidades das pessoas, exigirá que nos debruçemos de modo um pouco mais detalhado na

⁴¹ Por outro lado, no Brasil, por ser considerada religiosa, temos a dispensa da Ayahuasca da lista de substâncias proibidas, sendo possível o seu uso no contexto ritualístico. Em outros países, não só a ayahuasca é usada na contemporaneidade como substância psicoativa sacramental. Existem outras como o iboga, o peiote, o kambô, os rapés amazônicos, a jurema e a cannabis, dentre inúmeros vegetais considerados de poder de contato com o “divino” (Sramana, 2007).

díade “antiproibicionista-redução de danos”, a fim de que possamos reconhecer em quais modelos (e/ou emoção⁴²) estão operando os serviços onde foram entrevistadas as pessoas em final de tratamento para o *crack* e o quanto destes modelos estão impregnados na maneira como elas compreendem o seu processo de “recaída”. Para tal, vamos rapidamente apresentar algumas noções sobre outras possibilidades de modelos de cuidado baseados nas “matrizes disciplinares” “antiproibicionista-redução de danos”.

2.2 Modelo de Atenção Psicossocial

Buscando uma oposição ao modelo biomédico, George L. Engel (1977), há mais de 40 anos, escreveu um artigo que ofertava um novo modelo: o modelo biopsicossocial, mais comumente denominado na atualidade de psicossocial. Neste, diz que a doença tem que ser analisada como um fenômeno permeado por várias determinações, quais sejam: celulares, teciduais, orgânicos, interpessoais e ambientais (Engel, 1977 apud Fava & Sonino, 2008).

Tal modelo propositivo veio no afã de críticas à epidemiologia clássica e integrou a constituição do campo da Saúde Coletiva, articulado ao movimento pela Reforma Sanitária e aos vários movimentos em prol de uma saúde de qualidade e como direito de todos. O produto desses processos históricos se afirma na Constituição Federal de 1988 e na fundação do SUS (Vasconcelos, 2009; Paim, 2015).

No modelo biopsicossocial, o processo saúde-doença é compreendido como complexo e determinado a partir de fatores sociais, culturais, biológicos e psíquicos. Por esse motivo, não há a assimilação da ideia de corpo como máquina que possui uma forma de funcionar “normal” e que pode ser perturbada por uma “anormalidade”, bastando intervir sobre essa “anormalidade” para tratar a saúde. Desse modo, há uma rogativa pelo trabalho interdisciplinar e

⁴² Maturana (2001, 2005) refere que o que nos funda como seres humanos é o social. E a emoção que funda o social é o amor. Para ele, nem todas as relações são sociais. As relações fundadas na negação do outro não é uma relação social. Mais à frente, no capítulo 5 vamos poder dialogar um pouco mais com esta noção.

horizontalizado, sem a prioridade do olhar médico, e claramente uma crítica ao enclausuramento institucional, além da busca por garantir direitos de cidadania e uma relação ética na atenção à saúde (Vasconcelos, 2009; Paim, 2015).

No tocante à atenção saúde mental e às pessoas que fazem usos de drogas, a perspectiva psicossocial é crítica à hospitalização, à medicalização, à disciplinarização e ao modelo hierarquizado das instituições de saúde baseados no modelo biomédico (Aguilar e Pillon, 2005; Amarante, 2008; Pelli, 2011).

Desta forma, a atenção psicossocial tem como princípio analisar o que influencia e interfere no processo saúde-doença a partir das determinações psíquicas e socioculturais enredadas, compreendendo o contexto da Reforma Psiquiátrica e aportando que este deve inspirar a construção de um modelo diferente de cuidar. O modelo psicossocial compreende os conflitos e contradições como questões peculiares dos sujeitos e, assim, atua diretamente na organização das relações intra e inter-institucionais, pois só desta maneira que se pode pensar na garantia da integralidade da atenção. As ações precisam ser horizontalizadas, valorizando as equipes multi e/ou interdisciplinares (Merhy,1997).

Além disso, a proposta da Política Nacional de Saúde Mental é prioritariamente voltada para a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos. Essa redução deve estar incorporada à implementação de uma rede de serviços substitutivos, de base comunitária, para a promoção da atenção à saúde mental (Brasil, 2004). O processo de desinstitucionalização⁴³ também perpassa por uma mudança cultural e social, de forma a enfrentar a cultura manicomial ainda presente na sociedade. Assim, a pessoa que sofre com transtorno mental deve ter direito a uma atenção que não lhe retire a cidadania, implicando não no isolamento, mas sim na participação da família, dos profissionais e da comunidade, além de favorecer o desenvolvimento de sua autonomia (Amorim e Dimenstein, 2009).

⁴³ O processo de desinstitucionalização diz respeito a redução e fechamento de leitos em manicômios e hospitais psiquiátricos. Vai para além da desospitalização, porque não se trata apenas de tirar os pacientes do hospital. A intencionalidade é deslocamento completo da atenção dada às pessoas internadas por questão de “doença mental” para serviços substitutivos territoriais integrados à rede de saúde mais ampla.

Silva e Rosa (2014, p 252) constataram que:

[...] não basta fechar os manicômios ou reduzir o número de leitos psiquiátricos, se antes não forem modificados os significados desses aparatos nos cerne familiar, comunitário e social. Para que a Reforma Psiquiátrica se efetive, a família tem que ser vista como agente fundamental de transformações da percepção de loucura, bem como ser incluída de forma responsável no processo de cuidado, recebendo suporte e partilhando atribuições juntamente com o Estado e a comunidade.

Deste modo, outro conceito fundamental toma corpo: a reinserção social⁴⁴. Giacomozzi (2010) expõe que este é um aspecto primordial para que se possa consolidar a melhoria da qualidade de vida dos usuários de uma forma integral. Segundo a autora, pessoas com problemas de saúde mental geralmente precisam da família, da comunidade e do apoio social para poderem de fato serem reinseridas. Para ela, a vertente social do cuidado em saúde deve ter por objetivo final muito mais do que o tratamento dos sintomas do transtorno. A reintegração das pessoas à vida em sociedade deve ser a proposição finalística de todo o processo, visto que as pessoas integradas às suas comunidades se inclinam a viver mais e podem ter maiores condições para enfrentar e/ou recuperar-se do sofrimento físico, psíquico, social que afetam sua saúde. Assim, o cuidado e atenção em saúde, precisa considerar as pessoas como seres sociais que compartilham de um contexto complexo.

Sabemos que no campo do cuidado em álcool, *crack* e outras drogas, o processo da Reforma Psiquiátrica negligenciou a questão, mesmo tendo, à época, modelo similar ao voltado às pessoas que eram internadas devido a algum transtorno ou doença mental. As pessoas que abusavam das drogas também tinham na internação em manicômios um destino possível, além das prisões (Goffman, 2008; Rameh-de-Albuquerque, 2008).

Deste modo, o modelo psicossocial ganha uma importância ímpar também para as pessoas que usam e/ou abusam das drogas, pois a mudança de olhar para o cuidado às pessoas que possuem algum sofrimento psíquico “de

⁴⁴ Alguns autores criticam o termo “reinserção” visto que muitas pessoas podem nunca ter sido de fato inseridas ou incluídas socialmente. Assim, alguns preferem a expressão inserção social. Porém, por vezes encontramos em artigos a utilização dos dois termos como num mesmo sentido.

base” ou pelo uso de substâncias traz uma nova perspectiva para o cuidado em saúde mental.

Atualmente, na intencionalidade de implementar a Rede de Atenção psicossocial (RAPS), o governo federal vem tentando instituir uma rede mais ampla. Através da portaria nº 3088/11, busca instituir a RAPS *“com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS”* (Brasil, 2011) pois, como já referido anteriormente, a rede continua incipiente em várias partes do país (Brasil, 2015).

Para a implementação deste modelo existem inúmeros obstáculos, dentre eles a própria dificuldade em se superar os modelos medicamentoso, moral e religioso. A superação destes modelos exige que os governos invistam mais na formação e educação permanente de seus técnicos e profissionais das redes de atenção. Na atualidade, encontramos extremos entre experiências exitosas e fracassos “na ponta”. Em meio a tudo isso, as pessoas buscam ser atendidas almejando que as ineficiências, que vão para além das redes de atenção à saúde mental – pois essas também dizem respeito ao SUS como um todo-, sejam atacadas para que tenham o seu direito à saúde garantidos.

2.3 Construcionismo Social

“Tudo que conheceremos é nossa experiência subjetiva deste mundo”. Foi com esta frase que Foerster (1981 apud Nichols e Schwartz (2007) pesquisou sobre redes neurais, a fim de compreender como podemos conhecer o mundo que existe para além de nós mesmos. Também neste sentido, Maturana e Varela (1980) comprovaram que o cérebro não processa as imagens tais quais elas de fato são; na verdade, registramos a experiência em padrões organizados pelo sistema nervoso do observador. Assim, nada é percebido de forma direta. Em tudo que percebemos, nossa mente passa um filtro e interpreta a realidade a seu modo.

Quando essa forma de pensar sobre a realidade foi transposta para o trabalho junto às famílias, houve um deslocamento sobre o “suposto saber do terapeuta”, passando para a pessoa atendida para além de seu comportamento aparente. Assim, ao terapeuta passou a caber mais a facilitação para um espaço dialógico, no sentido de que as falas e as narrativas das pessoas passassem a ser o foco da atenção e não mais a interpretação que o terapeuta dava a elas; pois, para Andersen e Goolishian (1988 apud Nichols e Schwartz, 2007), a linguagem cria mais do que reflete a realidade.

Vê-se que não há nada de novidade em relação a máxima freudiana de que a “cura” se dá pela fala. No entanto, a novidade na abordagem estava justamente no reconhecimento de que o pessoal é moldado pelo contexto interpessoal. Assim, no construcionismo a realidade é socialmente construída tendo suas interpretações também construídas a partir do social, sendo o foco a influência intersubjetiva da linguagem e da cultura. Daí, o modelo terapêutico acabou por evoluir na focalização da solução e na terapia narrativa (Nichols e Schwartz, 2007).

Na terapia focada na solução está a ideia de inverter a situação problema: O que você faria se não tivesse esse problema? E a terapia narrativa está na ideia de produzir-se mudanças na experiência das pessoas: ajudar as pessoas a reexaminarem como “olham” para as coisas.

Essas ideias também migraram para o campo da pesquisa. De acordo com Jorge e Corradi-Webster (2012), na perspectiva do construcionismo social, as pessoas estão a todo o tempo construindo sentido sobre suas experiências. Tais construções de sentido influenciam a maneira como as pessoas vivem sua vida. Estas construções se dão através da linguagem e, como dito acima, não representam a realidade em si, mas constroem suas realidades. Assim, esse modelo está situado no contexto histórico e cultural, e produzido através das relações, em diálogos com pessoas que conversam entre si e consigo mesmo, vozes advindas de discursos sociais, familiares, dentre outros; quer estejam de fato presentes ou não.

A ciência passa a ser uma prática discursiva, sendo o conhecimento científico construído por pessoas em interação e não algo apreendido do mundo.

Com isto, a pesquisa construcionista social não busca se aproximar da verdade, mas auxiliar a abertura de novas possibilidades de construção de sentido sobre determinado objeto (Spink, 2010). No construcionismo social, salienta-se que essas interpretações são moldadas a todo tempo pelo contexto que vivemos. Interessante observar como esta teoria/prática em se fazer pesquisa se aproxima do que Maturana fala sobre o processo da explicação⁴⁵ aos quais todo observador estará comprometido.

Para Pinheiro (1999), através das entrevistas - comumente utilizadas quando se deseja aprofundar e conhecer melhor as pessoas que estão submetidas através de algum objeto de pesquisa -, é possível se dar visibilidade aos sentidos. No entanto, para tal deve haver uma ruptura com o habitual modo de se fazer as entrevistas:

Por exemplo, numa entrevista, as perguntas tendem a focalizar um ou mais temas que, para os entrevistados, talvez nunca tenham sido alvo de reflexões, podendo gerar práticas discursivas diversas, não diretamente associadas ao tema originalmente proposto. Estamos, a todo momento, em nossas pesquisas, convidando os participantes à produção de sentido (Pinheiro, 1999; P. 29).

A mesma autora diz que “*Discurso, linguagem social ou speech genre são conceitos que focalizam, portanto, o habitual gerado pelos processos de institucionalização*” (Pinheiro, 1999; P. 29), de modo que, conceitualmente, as práticas discursivas reportam-se aos momentos de resignificações, de rupturas, de produção de sentido. Tudo através da linguagem, na convivência seja da ordem seja da diversidade.

Também para Maturana (2001, 2005) o processo da linguagem tem papel fundamental. Para o autor, é pela linguagem que nos distinguimos dos demais seres vivos e poderemos assim nos fundarmos no social⁴⁶.

Assim, no construcionismo social aplicado às questões de álcool e outras drogas, podemos inferir que esta concepção indica um movimento que possui uma perspectiva histórica, antropológica e sociocultural, considerando os significados e sentidos atribuídos às drogas e aos usos que se faz delas, podendo considerar a abstinência ou não como uma possibilidade, porque

⁴⁵ Sobre o processo da explicação ler sobre no cap 04 dessa tese ou em Maturana, 2001 e 2005 – ver referências.

⁴⁶ Essa ideia também será discutida no cap 04 dessa tese. Para aprofundamento, ler Maturana, 2001 e 2005 – ver referências.

observa-se que a diminuição ou cessação do uso vai depender das escolhas feitas pelas pessoas que usam e/ou abusam das drogas.

2.4 Redução de Danos baseada nos Direitos Humanos

No Brasil, atualmente, a Redução de Danos (RD) é considerada como a principal estratégia norteadora adotada pelo Ministério da Saúde para pessoas que usam ou abusam de álcool, *crack* e outras drogas (Matos, 2016). Santos, Soares e Campos (2010), apesar de afirmarem que é possível considerarmos a coexistência de várias RD, tanto em nível nacional quanto internacional (Santos, Soares e Campos, 2012; p. 1008), resumem as concepções sobre a redução de danos como:

[...] um conjunto de práticas de saúde fundamentadas na perspectiva teórica que concebe a existência de diferentes formas de relação do homem com as drogas, nem sempre vinculadas a um consumo problemático e, nesse sentido, seus objetivos não se restringem à eliminação do consumo. As medidas propostas visam a um conjunto de políticas voltadas para a redução de riscos e danos relacionados a todo tipo de consumo potencialmente prejudicial, distanciando-se do enfoque da guerra às drogas.

É nesta definição acima que vemos claramente o que difere a RD pautada nos Direitos Humanos da RD da “tolerância”, da expectativa de que “*só por hoje*”⁴⁷ a pessoa faça uso, mas o que se espera no final é a abstinência. Neste conceito, a RD faz diáde com o antiproibicionismo, tal qual propomos anteriormente no subcapítulo 2.1.

A redução de danos preocupa-se em entender a pessoa que usa drogas numa perspectiva integral do sujeito considerando sua complexidade, o que inclui a compreensão do contexto sócio-histórico e relacional da pessoa com a substância e o próprio meio (Escobar, 2015). Assim, a Associação Internacional de Redução de Danos⁴⁸ (IHRA, 2010) refere que a compreensão sobre a prática

⁴⁷ A ironia com o lema do AA se faz presente porque temos visto alguns profissionais dizerem que fazem RD aceitando inclusive a internação compulsória sem critérios ou o internamento em CT sem o consentimento das pessoas, sob a insígnia de que estão reduzindo os danos destas e das suas famílias.

⁴⁸ Em inglês: International Harm Reduction Association.

da RD avança de causa/consequência do uso/abuso de substância psicoativa, para uma relação de autocuidado e saúde.

Para Ribeiro (2012, p. 12), a partir da constatação epidemiológica sobre o uso de drogas no Brasil, a redução de danos alude a:

[...] uma intervenção que se caracteriza pelo respeito à pessoa que usa drogas, agora vista como sujeito de direitos e, por outro lado, dotada de um pragmatismo, pois visa à melhora do quadro geral do cidadão usuário de drogas, sem que lhe seja exigida a renúncia ao consumo dessas substâncias, como condição para adesão ao programa de saúde”.

Trino, Machado & Rodrigues (2015, p.42) discutem que a RD é um princípio que transporta o sujeito para o centro de sua prática. Ou seja, na RD deve-se oferecer as oportunidades de um protagonismo real das pessoas que usam drogas, abrindo espaço para o debate sincero e claro sobre outras formas de consumo que possam envolver menor risco a elas. Para tal, tem que se levar em conta as necessidades e projetos de vida desses sujeitos. Trabalhar com a lógica da RD exprime e defronta cara a cara os limites e possibilidades de se incluir, nas reflexões e intervenções, as dores e os dissabores, os prazeres e os desprazeres, os desejos, ambiguidades e contradições de tudo que pode estar envolvido no contexto da escolha das pessoas em usarem drogas; suas alegrias e tristezas, acertos e erros, entre diversas outras questões que podem emergir da pessoa com a droga e os seus contextos de vida. Afinal, como reflete Antônio Nery Filho em seu blog “Drogas: isso lhe interessa?” (2015): “É preciso contextualizar: diante do impossível, a droga é uma possibilidade para muitos; neste caso, o uso é para viver, a morte, é um acidente.

Neste sentido, a RD enquanto estratégia de cuidado, considera o saber popular e atua a partir das demandas das pessoas que usam drogas. Como uma “clínica freireana”, que atua com a educação popular em saúde defendida por sanitaristas e profissionais do SUS. Pegando o exemplo que Dênis Petuco (2011a) explica:

A Educação Popular exige abertura ao novo, ao diferente, ao inesperado. É o caso da Redução de Danos com travestis bombadeiras, ilustrativo destas dinâmicas. A aplicação de silicone para a construção dos corpos de outras travestis é uma prática, quiçá análoga à cirurgia plástica. As travestis bombadeiras recebem orientação a respeito da utilização de silicone de melhor qualidade, bem como sobre as condições adequadas de higiene; disponibilizam-se materiais como curativos, caixas para descarte de materiais

hospitalares e seringas esterilizadas, a exemplo do que já se faz com usuários/as de drogas injetáveis, como estratégia de prevenção da Aids, hepatites e outras infecções (p. 24).

Desta forma a RD provoca uma ruptura no tradicional modelo biomédico que encontra na doença e na abstinência o seu foco de trabalho. A RD, como oposição a este modelo, busca valorizar a autonomia da pessoa em relação à sua saúde e sua vida como um todo. Não temos a intenção de idealizarmos um modelo panfletário. No reverso, a RD permite justamente a identificação e assunção das dificuldades e reais possibilidades de intervenção com a participação da pessoa. Abre-se, assim, um diálogo entre autores e atores beneficiários das intervenções (Matos, 2016).

Percebe-se que a RD vai requerer *“um arcabouço teórico-metodológico amplo e interdisciplinar que inclua os saberes de diversas áreas para que não fique restrita ao excesso de pragmatismo e a compreensões desvinculadas e desconectadas da totalidade social”* (Santos, Soares, & Campos, 2010, p.1007). Ou seja, a RD vai deixando de ser algo apenas instrumental, quando de seu surgimento no Brasil - para a diminuição do HIV/Aids através da troca de seringas e como meio de aproximação das pessoas que usam drogas aos espaços de tratamento⁴⁹ -, para uma RD que vai se acoplar em diversas outras áreas e campos do saber, incluindo uma RD que se instala como movimento social (Moraes *et al*, 2007; Moraes, Rameh e Campos, 2011) ou ainda um dispositivo na defesa do direito à saúde pública enquanto clínica-política (De Paula Souza, 2007).

De tanto do que já foi dito e escrito sobre a RD, uma delas nos chama a atenção pela sua colagem direta com um instrumental da clínica que se esperava ser feito nos Centros de atenção psicossociais em álcool e outras drogas (Caps AD): o Projeto Terapêutico Singular (PTS⁵⁰). No PTS, a autonomia do sujeito deve ser considerada de modo que os projetos de vida sejam discutidos e produzidos com as pessoas que usam e/ou abusam de drogas. A ideia é que tais projetos priorizem a qualidade de vida das pessoas, independentemente de

⁴⁹ Para conhecer mais sobre o histórico da RD no Brasil, sugerimos a leitura do artigo já citado nesta tese: Santos, Soares & Campos, 2010.

⁵⁰ PTS é *“um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário”* (Brasil, 2007).

suas possíveis escolhas em seu modo de viver. Assim, as prioridades num PTS passam a ser a manutenção da vida das pessoas, focalizando com elas os melhores meios de proteção de danos que podem se tornar irreparáveis.

Junto à toda discussão da RD, também está a importância do redutor de danos. Como profissional da RD, espera-se que aceite as pessoas como elas são, sem julgamentos sobre seus comportamentos, sendo um opositor à estigmatização das pessoas que usam drogas. No histórico da RD, vê-se que inicialmente os redutores eram pessoas que vinham de seu próprio histórico de uso de drogas ou, no mínimo, eram familiarizadas com a cultura do uso, sendo assim mais abertas à linguagem e aos contextos desse universo. Na atualidade, outros profissionais, trabalhadores ou cidadãos podem ser redutores de danos, desde que empenhados no mesmo sentido até agora discutidos. A participação do redutor de danos ganha a conotação de um facilitador de práticas intersetoriais de promoção da vida das pessoas que usam drogas considerando sua rede social e afetiva (Matos, 2016).

Assim, tanto a discussão acerca da RD como do papel do redutor de danos vai ganhando formas e nuances que nos encaminham à díade proposta: “antiproibicionista-redução de danos”; pois se trata de uma RD fundada no direito das pessoas. Não à toa que Nery Filho (2015) fala do humano e da necessidade de nos aproximarmos da discussão dos Direitos Humanos:

“[...] Tenho repetido à exaustão que são os humanos os consumidores de drogas e não o inverso. O fracasso – ou o sucesso – está do lado dos que possuem alma, pensam e vivem. O consumo de drogas pode ganhar infinitas significações, sempre humanas. No dizer de Gey Espinheira, a causa, está nos humanos; as drogas podem trazer inconvenientes, mas são, não raro, uma solução”.

Segundo Sena-Leal (2016), o debate político sobre saúde e direitos, antepõe os Direitos Humanos como paradigma ético-político essencial ao cuidado das pessoas que usam ou abusam de drogas, visto ser esta uma tarefa que considera o protagonismo das pessoas como cidadãos e sujeitos de direitos.

Nery Filho (2015) continua sua reflexão:

“Penso, neste momento, no Brasil, cujo Parlamento, em sua maioria, odeia as drogas e se beneficia do sofrimento dos usuários, quando não silencia diante da brutal repressão policial ou dos aprisionamentos que superlotam as cadeias, consequência de uma Lei que facilita a

estigmatização de pobres e pretos, reveladora de uma sociedade preconceituosa e conservadora - que é a nossa – e distante da necessária e adequada atenção aos usuários de psicoativos ilegais”.

Tais reflexões nos remetem ao que Lancetti (2007), em sua clínica peripatética, chamou de ampliação de vida. Assim, como um alento de força para a construção de um modelo ancorado na díade “antiproibicionista-redução de danos”, emerge a fala resoluta de Escobar (2016) quando, em debate virtual com o grupo de pesquisadores do Coletivo Intercambiantes Brasil⁵¹, discorreu:

Tantas notícias e horrores[...]. As polaridades de forças e cosmovisões se apresentam tão acirradas..., não passarão ilesas todas as ações e atos desse ethos doentio que visa orientar e reduzir existências de seus potenciais humanos, pelo medo, pelo viés moral, de um salvacionismo. Haverá de preponderar a contestação a esse modelo, por mais que façam suas leis, ainda assim haverá seres dispostos a se contrapor a tudo que vá contra os princípios universais dos direitos humanos (Escobar, 2016).

Assim, a partir das considerações gerais que trouxemos no início deste capítulo sobre algumas teorias relativas a alguns campos do conhecimento (Rohde, 1994), a reflexão sobre o conceito de paradigma como modos de cosmovisão – a maneira particular de cada pessoa perceber o mundo e as relações humanas, a sua visão de mundo -, incluindo questões sociais, culturais, religiosas e políticas -, nos ajudou a refletir sobre nossa escolha final neste trabalho: a necessidade de destituição do conceito de “recaída” no *modo operandis* e hegemonicamente conhecido, ordinariamente ancorado na díade “proibicionista-abstinência”, para recursividade, como uma possibilidade de pensarmos o cuidado às pessoas que usam drogas à luz da díade “antiproibicionista-redução de danos”.

⁵¹ O Coletivo Intercambiantes Brasil é um grupo aberto, constituído de modo virtual, por profissionais que atuam no campo da temática álcool e outras drogas na perspectiva das interfaces entre Drogas, Direitos Humanos e Bioética. Foi fundado por Antônio Nery Filho, em 2016, a partir de suas incursões em diversos territórios a partir do Projeto Redes da SENAD/FIOCRUZ.

3. Do triângulo de Oliveinstein para o triângulo de Escher: a contrafissura como um dos motivos para a recaída

Quando Nery Filho (2012, p.20) aponta no livro *Drogas na Contemporaneidade: “Creio que aqui se impõe uma ruptura e outra incursão: se os humanos usam drogas (substâncias psicoativas legais e ilegais) porque são humanos, haveremos de considerar, no mundo de hoje, duas outras dimensões – a dimensão social e a da própria substância”*, ele está se referindo a Claude Oliveinstein (1990), que sistematizou a tríade sujeito, droga e contexto, demarcando que essa inseparabilidade aponta uma nova forma de compreender o fenômeno da dependência de drogas e do próprio uso ou abuso das substâncias.

Oliveinstein (1990) fez a reflexão de que se colocamos toda a atenção na droga e esquecemos as outras pontas do triângulo, como se a droga fosse todo e nosso único problema, estamos dando a um objeto inerte o poder e a explicação por completo do sofrimento e mal pelos quais as pessoas que abusam das drogas podem passar. Não se conhece um único determinante ou causador do uso, abuso ou dependência de drogas, pois não podemos separar os aspectos químicos das substâncias psicoativas (SPA) de todas as demais questões que permeiam o campo das drogas, quais sejam as dimensões jurídica, histórica, social, psíquica, econômica, cultural e religiosa.

Também já se discutiu bastante sobre o fato de que é possível afirmar a existência de atuações e/ou situações de vida que favorecem o uso abusivo de drogas e que se pode falar em fatores de risco - que aumentam a possibilidade do uso de drogas - e fatores de proteção - que dificultam o uso - presentes no indivíduo, na família, na escola, entre os pares e na comunidade (Schenker e Minayo, 2005; Zemel, 2013); inclusive sendo possível, através da prática educacional, dialogar na perspectiva não de evitar o uso - já que *“ninguém educa ninguém”* (Freire, 1987) -, mas de reconhecer os riscos associados e a possibilidade de se trabalhar com a *“prevenção de danos”* (Andrade, 2004).

Petuco (2011a) vai nos lembrar que os mitos e preconceitos que montam as concepções sobre as drogas, tanto quanto a própria composição química das

mesmas, também são determinados politicamente, como é o caso do *crack*. Assim, ele questiona: “[...] qual a palavra que bate para nós lutadores da luta antimanicomial? É a dependência química ou a dimensão do sofrimento? [...]”. E é nesse sentido que a ideia de “recaída” começa a perder força por estar ancorada em um paradigma que não deve mais pertencer aos que atuam afora na década “antiproibicionista-redução de danos” ou mesmo nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Acrescentamos a pergunta:



Fonte: Slide produzido pela autora, baseado em Oliveinstein (1995).

Quando dizemos que o problema das drogas é multifatorial, o contexto geralmente finda sendo discutido ou compreendido a partir das questões de classe social e ou violência familiar. Concordamos que estes aspectos são determinantes, porém não podem ser tratados de forma reducionista ou finalística (Souza, 2016). A figura a seguir traz elementos que ampliam nossa ideia comum de contexto e vinculadas às reflexões de Colle (2001), com seu raciocínio acerca do conceito de dependência, leva-nos a, assim também, pensarmos o quanto estes mesmos aspectos são motivadores para a clássica compreensão sobre “recaída”.



Figura 2: Essa imagem, encontrada na internet, parece sair das reflexões de Colle (2001), pois esmiúça em detalhamentos pertinentes à tríade proposta por Olievenstein (1995). Fonte: Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=fatores+de+risco+e+de+proteção>. Acessado em: 21 de ago de 2015.

Fortalecendo a ideia de Bucher (1992) de que é impossível uma sociedade sem drogas, Colle (2001) também afirma que erradicar os comportamentos de risco das pessoas é uma mentira indecente, visto sua utopia, mas que podem ser minimizados. Certamente podemos pensar em incluir ações diretas em muitas das entradas desenhadas acima visto serem fatores que predispõem o sujeito ao estágio considerado patológico da dependência, análogos como fatores para a “recaída”.

Estudando a questão das drogas a partir das “codependências⁵², Colle (2001) propôs como “dependência relacional” o que Pereira e Sudbrack (2015) resumiram assim:

⁵² Como já referido por nós, o termo codependente ou codependência é criticado por alguns autores, porém ainda muito utilizado nos textos e artigos científicos. Sendo assim, a “Codependência é um termo da área de saúde usado para se referir a pessoas fortemente ligadas emocionalmente a uma pessoa com séria dependência física e/ou psicológica de uma substância (como álcool ou drogas ilícitas) ou com um comportamento problemático e destrutivo (como jogo patológico ou um transtorno de personalidade).^[2] É um fato conhecido que a dependência patológica causa grande impacto e sofrimento na vida das pessoas próximas, mas poucos percebem como a codependência é altamente prejudicial para ambas partes envolvidas. Ao invés de ajudar o dependente a melhorar, certos tipos de codependentes acabam reforçando o comportamento patológico”.

Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Codepend%C3%Aancia>. Acessado em: 4 de mai de 2016.

- 1- Dependência dos efeitos: alude à relação da pessoa que usa a droga com os efeitos de uma ou mais drogas combinadas, seja no uso simultâneo ou seguidamente. Aqui, além da droga em si, é preciso observar as diferentes formas e padrões de uso;
- 2- Dependências relacionais afetivas: o pressuposto é de que exista ao menos uma pessoa codependente no círculo de amizades e intimidade da pessoa, em especial membros de sua família – dependentes ou não de drogas;
- 3- Dependência dos fornecedores: as pessoas estão demasiadamente envolvidas no próprio sistema de distribuição das drogas. Aqui precisa-se observar o nível de relação entre a pessoa que usa e as pessoas que vendem ou fornecem drogas para ela. Tanto faz serem traficantes ou mesmo médicos, comerciantes ou farmacêuticos⁵³;
- 4- Dependência dos provedores: nesta dimensão, é preciso olhar para as pessoas que bancam a aquisição da droga. Podem ser pais, amigos ou parentes. Podem ser traficantes, policiais ou alguém que exija serviços prestados pelo provimento da droga;
- 5- Dependência dos pares: neste âmbito é preciso reparar qual a rede de parceiros está envolvida na troca de informações, seja de endereços, de materiais para consumo da droga, algum tipo de ajuda para o compartilhamento das drogas, enfim, a própria cultura de uso envolvida;
- 6- Dependência das crenças: como último nível de dependência discutido por Colle (2001), encontramos-nos frente à crença na “magia do produto”, como se este pudesse ser eficaz contra suas dificuldades e problemas pessoais e de relacionamento, ou mesmo que apenas a droga pode restituir-lhe um novo estado de humor ou bem-estar.

Mesmo apresentando essas dimensões é fácil compreendermos que estas estão interligadas e se dão de maneira interdependentes, como assim também somos nós: seres que buscamos a autonomia, e essa mesma busca nos torna interdependentes em nossas relações. Assim é a complexidade que

⁵³ Outros autores também fazem referência a esse tipo de dependência (Boiteux, 2006; Carneiro, 2002b).

nos rodeia (Morin, 2001). A imagem do triângulo, mesmo se mantida, exige um movimento de entradas e saídas.

Ao arraigar a questão da tríade da dependência, é como se Colle (2001) estivesse incrementando o triângulo de Oliveinstein (1985) e colocando-o ao encontro do triângulo de Penrose⁵⁴, tão maravilhosamente esculpido e pintado por Escher - este uma obra de arte prima que, no momento em que nos vimos diante dele, fomos tomados pela ideia que nos levou imperativamente ao tema da recursividade em Maturana (2001, 2005) e Morin (1999, 2000).



Figura 3: Essa figura encontrada na internet é uma das representações do triângulo de Escher.
Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=triangulo+de+escher>

Assim, propomos que as pontas do triângulo de Oliveinstein e de “Escher” - por assim termos conhecido - encontrem-se com a discussão dos autores acima citados, em especial Maturana (2001, 2005), a fim de que possamos começar a propor alguma perspectiva diferente para os já discutidos motivos que fazem as pessoas usarem drogas ou “recaírem” após buscarem tratamento, especialmente tentando trazer à tona para análise científica as narrativas das pessoas que usam *crack*.

⁵⁴ Conhecido como o objeto impossível. É uma tribarra criada pelo artista sueco Oscar Reutersvärd porém popularizado pelo matemático Roger Penrose e pelo artista Maurits Cornelis Escher (1898-1972). Disponível em: <http://matemateca.ime.usp.br/?q=triangulo-impossivel>. Acessado em: 01 de jan de 2017. Escher possuía um estilo bem peculiar, e seu trabalho representou de modo impressionante o impossível, o infinito e as metamorfoses, utilizando de efeitos de ilusão de ótica, sem espoliar as regras geométricas do desenho e da perspectiva. Disponível em: <http://www.artperceptions.com/2010/02/m-c-escher.html>. Acessado em: 01 de jan de 2017.

Idealizando essa composição teremos uma transformação em um triângulo quase helicoidal, no qual uma de suas “pontas” pode acabar por torcer ou desnivelar, já que em movimento, fica difícil sabermos que aspecto pesa mais para cada pessoa quando esta se torna “dependente” ou mesmo “recai”.

Porém, para compreender o que está subjacente às falas das pessoas entrevistadas, é necessário que possamos desconstruir e depois reconstruir nossa compreensão acerca da “recaída”, para além das pesquisas e percepções apresentadas. É essencial trazermos alguns elementos que, em nome da ciência ou mesmo do senso comum, operam o cuidado ofertado às pessoas que buscam tratamento para suas desventuras com o *crack*.

Lancetti (2015), através de seu livro “Contrafissura e plasticidade psíquica”, nos conduz a uma reflexão sobre nosso limite quanto ao pensamento clínico, ético e político, especialmente quando do encontro com as pessoas que usam drogas. Neste sentido o autor refere que o muito que se fala sobre o fracasso da “guerra às drogas” e seu proibicionismo tem sido eficaz em seu funcionamento, de modo a produzir um sintoma social que ele cunhou de contrafissura.

Para o autor, a contrafissura é um sintoma advindo da chamada epidemia do *crack*. Apesar de parecer um certo exagero da mídia o crescimento do uso dessa substância, de fato, com a epidemiologia moderna, o termo também foi transposto para as doenças não transmissíveis, desde que elas atingissem um número de pessoas em um determinado lugar e num determinado período de tempo, fazendo com que também as doenças psicossociais e doenças da nutrição fossem assim chamadas, justificando de certo modo o emprego do termo epidemia.

Porém, com a ideia de que:

[...] comparar o número de usuários de drogas legais e seus agravos com as ilegais não muda a situação nem acalma a fissura. Também o enfrentamento desse sintoma social não se resolve mudando de problema de segurança para problema de saúde porque uma das raízes do proibicionismo foi precisamente a autoridade médica moral” (Lancetti, 2015, p. 28).

Vemos que as campanhas alarmistas (Petuco, 2011b) e as ações que tentam resolver através de mais prisões e encarceramento (Boiteux, 2006) o

problema das drogas - em especial do *crack* - só produzem o efeito contrário ao que supostamente se deseja modificar, e ainda se faz crescer o desespero e o sentimento de impotência frente ao problema. Lancetti (2015, p 30) refere que foi através das internações forçadas e no *“afã por resolver imediatamente e de modo simplificado problemas de tamanha complexidade”* que ele chamou essa prática de contrafissura.

A contrafissura, além de se manifestar com o que foi dito acima, também acaba por regular as práticas profissionais e influenciar de modo decisivo o pensamento que as pessoas tem sobre o mesmo, pois o *“simulacro de epidemia”* (do *crack*), *“independente de sua veracidade, existe e funciona”* de modo que essa noção atua e influencia a todos, acarretando riscos no cuidar das pessoas (Lancetti, 2015; p. 31), além de retroalimentar as concepções de senso comum em torno da questão.

Paiva, Ayres e Buchalla (2012) expõem que a experiência do adoecimento é um desses apartes que nos desacomoda e exige algum tipo de resposta, tanto na esfera dos coletivos - quer seja da população global em última instância, como nos casos de pandemias - quanto na esfera da vida pessoal. Para os autores, a Aids é um exemplo dessa questão pois, com o rebentamento da epidemia, causou-se *“[...]de um lado reações de medo, estigma, discriminação, desdobrando-se em práticas políticas que oscilaram da indiferença à opressão em relação aos primeiros afetados”* (p.16).

Podemos certamente compreender o quanto esse tipo de reação, também na questão da *“epidemia do crack”* ricocheteou em experiências pessoais de desrespeito, isolamento, sofrimento e indignação, bem como em experiências de ineficácia no plano das políticas e programas propostos para o controle e efeitos desagregadores associados ao uso da droga (Sapori e Medeiros, 2010).

Mesmo com os estudos existentes e hegemonicamente afinados com as práticas clínicas que tratam da *“recaída”*, encontramos alguma reflexão discordante ou mesmo que inteiramente divergente, mas que traz aspectos importantes à reflexão acerca da *“recaída”*. Por exemplo, a compreensão da fissura ou do *“craving”* como um dos principais riscos de *“recaída”* tendo não

mais uma visão unilateral, mas uma compreensão multicausal (Araújo *et al*, 2008).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a fissura é o desejo de repetir a experiência com o uso de uma dada substância (UNIDCP e WHO, 1992), mas pode ser ampliado como um “*reflexo de um estado de motivação orientado para o consumo de drogas [...], integrando a ideia de desejo com a utilização da substância* (Araújo *et al*, 2008). Porém tal ideia é controversa entre os pesquisadores porque na literatura encontramos diversos significados para o “*craving*”, sendo alguns restritos a desejo; outros, como uma antecipação do resultado positivo do uso da substância; ainda os que referem como alívio dos sintomas de abstinência ou afeto negativo e intenção de usar a droga, mostrando o quanto existe uma visão multidimensional deste construto.

Do mesmo modo que a dependência, segundo Araújo *et al*. (2008) a etiologia do “*craving*” pode ser explicada por intermédio dos modelos comportamental, cognitivo, psicossocial e neurobiológico, derivando daí a forma como os profissionais e cuidadores são influenciados quanto à avaliação e o manejo dos casos. Ou seja, para os autores, é fundamental a compreensão de como se dá esse “sinal ou sintoma” e defendem a necessidade de que seja utilizado um modelo biopsicossocial que integre os diversos aspectos do tratamento de dependentes químicos, por ser a fissura um dos principais riscos de “recaída”:

Estas contradições conceituais que são, de certa forma, oriundas das questões a respeito da etiologia do *craving* e seus diferentes modelos explicativos, acabam por determinar a linha a ser utilizada, tanto em sua avaliação quanto em seu manejo (Araújo *et al*, 2008 p. 62).

Pensando nesse aspecto da multicausalidade e nas discussões trazidas por Paiva, Ayres e Bachalla (2012), questionamos: quais as tensões entre saúde e direitos humanos para o uso de *crack*?

“Em última análise, grande parte do trabalho de integração entre direitos humanos e saúde pública é observar sinergias e conflitos de decisão entre saúde e direitos humanos e trabalhar em um sistema de transparência e responsabilização de modo a alcançar o mais alto padrão de saúde possível. Os princípios centrais em todos os contextos são a não discriminação, igualdade e, na medida do possível, participação genuína das comunidades afetadas. Isso não significa uma única abordagem adequada. Além das diferenças de sistemas, questões relativas aos direitos e a adequação de políticas e

programas relevantes a um determinado contexto de uma população podem ser diferentes a depender do contexto” (p.28).

Os mesmos autores consideraram pertinente a abordagem baseada em direitos humanos para o planejamento de programas de desenvolvimento trazido pela UNDP⁵⁵ (1998 apud Paiva, Ayres e Bachalla, 2012), compreendendo que esta tem sido aplicada a populações específicas - quais sejam crianças, mulheres, refugiados e populações indígenas (e no nosso caso, pessoas que usam drogas) -, com necessidades básicas de diversas ordens - como alimentação, água, segurança, educação e justiça -, ou ainda aspectos de saúde - saúde sexual e reprodutiva, prevenção às DST e acesso à medicação - e questões mais amplas, porém fundamentais, como as fontes de sustento - como posse de terra ou habitação e moradia (PAIVA, AYRES e BACHALLA, 2012, p.28).

A reflexão dos autores inclui a concepção de que mesmo sendo a saúde transversal a todas essas áreas e considerada uma condição necessária e primordial para o que se espera de desenvolvimento, a assimilação acerca do que a abordagem baseada em direitos de fato significa, no sentido dos esforços demandados em saúde pública, vai variar entre os diversos setores, disciplinas e organizações (Paiva, Ayres e Bachalla, 2012, p.28).

Neste sentido, ainda em resposta ao alardeado cenário político e midiático brasileiro sobre a questão do *crack* como a droga de maior impacto na saúde pública e ainda como responsável pelos crimes violentos e pela suposta degradação moral de parte da juventude brasileira (Garcia, 2016), a ideia de juntar num “pacote de direitos”, que incluem desde a possibilidade do alcance de condições básicas de higiene, e cuidados primários com a saúde a questões já tidas como direitos essenciais para a sociedade como educação, moradia, alimentação e trabalho (Lancetti, 2015; Garcia, 2016), só se agiganta com a ideia da acoplagem junto ao conceito de vulnerabilidade associada a perspectiva de abordagem unida aos direitos humanos, pois Rameh-de-Albuquerque *et al.* (2017, s/p, no prelo), entendem que “[...]sem um conjunto de direitos não há

⁵⁵ United Nations Development Programme – UNDP. Para saber mais, acessar: <http://www.undp.org/>

felicidade que dure, já que não há segurança que se garanta, liberdade que seja possível ou educação que seja plausível”.

A ideia de se trabalhar com a perspectiva do imbrincamento entre vulnerabilidade e direitos humanos para a população que abusa do *crack* e busca tratamento e ainda trava um embate pessoal entre os cuidados e estratégias para não “recair”, diz respeito ao que Gruskin e Tarantola (2012, p.30) enunciaram no emprego dos princípios dos direitos humanos junto aos sistemas de saúde, compreendidos aqui como serviços e dispositivos de cuidado, que vão requerer o tanto quanto à sua *“disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e resultados”*.

Aplicando estes termos diretamente aos serviços e dispositivos na área de álcool, *crack* e outras drogas (AD), em especial os cenários nos quais localizamos as pessoas entrevistadas deste trabalho (Caps AD, Clínicas Médicas e Comunidades Terapêuticas), podemos perceber as implicações concretas das reflexões dos autores acima, corroborando com Lancetti (2015, p. 53): *“É como se o governo falasse - não podemos, nem pretendemos eliminar as drogas nem os drogados, mas podemos oferecer uma rede de cuidados”*; sendo assim:

- *“Disponibilidade requer que a saúde pública e as instalações, bens e serviços de assistência à saúde, assim como os programas, sejam oferecidos com a máxima disponibilidade de recursos disponíveis aos governos. Tais recursos podem ter como origem fontes de financiamento público ou de ajuda internacional”*. Para a área AD, essa tem sido uma linha de confronto direto entre o movimento da Luta Antimanicomial e as Comunidades Terapêuticas religiosas, que vai para além da saúde mas se fortalece dentro dela, haja vista a atual aprovação das CT que recentemente conseguiram a inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁵⁶, antes tidas como “Órgãos de Utilidade Pública” e, por isso, encontravam-se subjugadas a leis e vigências

⁵⁶ O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde publicou a Portaria nº 1.482, DOU 27 de outubro de 2016, “inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, o tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde” (BRASIL, 2016).

específicas, no intento de apoiarem, controlarem e conduzirem seus trabalhos assistenciais;

- *“Acessibilidade requer que as instalações, bens e serviços de saúde sejam alcançáveis por todos sem discriminação, incluindo-se gênero e outras formas reconhecidas de discriminação, tais como condição socioeconômica, comunidade de origem e distância entre local de moradia e área urbana”*; outra discussão importantíssima, visto que nem todos os serviços ofertados na área AD são públicos e gratuitos, nem conseguem ofertar as condições necessárias à acessibilidade entendida por Travassos e Martins (2004) como um conjunto de aspectos que influenciam na relação de prestação de um determinado serviço para atender demandas de saúde, que passa pelas dimensões dos usuários, dos profissionais e da organização do serviço e ainda pelas dimensões sociais, política, econômica e simbólica. Claramente, os três cenários nos quais encontramos nossos entrevistados não apresentaram essas condições;

- *“Aceitabilidade demanda que as instalações, bens e serviços de saúde sejam culturalmente apropriados às populações atendidas”*; essa é uma questão séria quando alguns serviços impõem o afastamento das pessoas do convívio familiar e comunitário ou ainda às suas crenças e afiliações religiosas;

- *“Instalações, bens e serviços de saúde devem ser apropriados do ponto de vista científico e médico e de ótima qualidade”*; esta é outra tensão existente nos espaços de cuidado em AD, haja vista que vivemos hoje numa sociedade de controle (Deleuze, 1992; Foucault, 1998), tendo a atual contrafissura (Lancetti, 2015) produzido um retorno às práticas manicomiais e de velhas ideias higienistas, desde a compreensão de doença mental como desvio da razão (Amarante, 1995; Vasconcelos, 2013) aos tratamentos em si, *“como banhos de água fervente ou gelada, laborterapia, choques insulínicos, celas fortes etc”*. Ainda *“algumas comunidades terapêuticas praticam corretivos como carregar pedras e outros procedimentos repetitivos, castigos e penitências”* (Lancetti, 2015, p 32 e 33).

Desta forma, do triângulo de Oliveinstein (1990), passando pelos demais tipos de dependência de Colle (2001) e aceitando as diversas possibilidades de caminhos e abordagens, desde que considerem os direitos humanos como

aporte indispensável ao cuidado das pessoas que abusam do *crack*, é que vamos continuar a reflexão acerca dos motivos e do conceito de “recaída” como um conceito reducionista que não comporta mais a nossa compreensão sobre o comportamento e o movimento dos seres humanos no mundo e na vida.

4. Refletindo com Maturana e Morin: a recursividade como releitura do fenômeno

Na tentativa de encontrarmos outro paradigma reflexivo para o conceito de “recaída”, haja vista este ser um constructo embasado em práticas e modelos teóricos dos quais não nos afiliamos de modo autêntico, fomos buscar em Morin (1991, 1999, 2000) e mais especificamente em Maturana (2001, 2005) e Romesín (2006) algo que nos pudesse facilitar a leitura e compreensão acerca dos nossos achados.

Outros teóricos nos parecem interessantes para refletirmos sobre o que pensam as pessoas que usam *crack* diante de seus processos de “recaída”, como é o caso de Moscovici (1978), com sua metodologia e compreensão sobre as representações sociais, ou ainda Spink (1999, 2010), com sua releitura sobre a produção de sentido e práticas discursivas. Porém, a entrada destes referenciais, imporiam um outro tipo de análise, bem como exigiriam tanto da pesquisadora quanto dos instrumentais escolhidos para a coleta de dados outros aportes metodológicos.

Sendo assim, por termos nos deparado com a teoria da complexidade e com o princípio da recursividade vimos a possibilidade de tornar estes constructos teóricos aplicáveis ao campo AD e mais precisamente ao fenômeno da “recaída” partindo das reflexões acerca da díade “antiproibicionista-redução de danos”, escolhendo autores afeitos a esta discussão.

Junto à teoria da complexidade, encontram-se alguns princípios que citamos no capítulo anterior: contingência, a própria noção de complexidade, a teoria sistêmica, recursividade, conjunção e interdisciplinaridade. Segundo Rohde (1994, p.26) o princípio de contingência atribui-se à *“possibilidade ontológica do novo não necessário, do diferente contraditório”*, estabelecendo o contexto filosófico da teoria da auto-organização. Assim, a contingência assume a conformação das propriedades em desenvolvimento dos sistemas - principalmente vivos - que não estão prenunciadas pelo somatório particular das partes que os compõem. A ligação está contida neste princípio, sendo contraponto à explicação mecânica.

No livro “A Árvore do Conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana”, Maturana e Varela (2001, p. 52) propuseram que a

organização dos seres vivos se caracteriza por “[...]literalmente - produzirem de modo contínuo a si próprios”, o que denominaram de organização autopoietica:

“A característica mais peculiar de um sistema autopoietico é que ele se levanta por seus próprios cordões, e se constitui como diferente do meio por sua própria dinâmica, de tal maneira que ambas as coisas são inseparáveis” (Maturana e Varela, 2001, p. 55).

Ou seja, a autopoiese é um processo que se dá em todos os seres vivos, o qual, para se distinguir algo do todo, dependerá da integridade dos demais processos entre organização e estrutura para que essa observação seja possível. De modo que, para se compreender a autonomia do ser vivo, é necessário entendê-lo como unidade. No entanto, essa não é uma característica apenas dos seres vivos. É possível observar a organização de todas as coisas, quando investigadas como sistemas (Maturana e Varela, 2001).

Para os autores acima, a formação dos sistemas se deu de maneira inevitável, criando uma “fenomenologia biológica” que é própria a cada unidade autopoietica e que possui mecanismos que compõem o ser vivo como um ser histórico. Quer dizer, a dinâmica de todo sistema, no presente, se explica nas relações entre suas partes e nos padrões de suas interações. Assim, sua organização se evidencia não apenas como uma unidade funcionando em sua dinâmica interna, mais precisamente nas circunstâncias de seu entorno, no seu contexto com o qual está conectada.

A própria teoria da complexidade, por vezes apresentada como um novo paradigma, traz o princípio da complexidade como uma abordagem que na atualidade se opõe ao reducionismo praticado de forma generalizada pelas ciências ditas “duras” ou de “bancadas”. Segundo Rohde (1994), a complexidade fornece as bases para uma “Razão aberta”, que reformula a evolução do fechamento racional simplificador anterior.

Morin (1991) afirma que a complexidade deve fazer frente à irracionalidade e à racionalidade, às racionalizações, à incerteza e à ambiguidade. Assim, a complexidade traz encravada a necessidade de associar o objeto ao seu ambiente, de ligar o objeto ao seu observador e o desmembramento do elemento simples. Para Morin (2000), a interpretação e compreensão dos fenômenos da natureza exigem uma maneira diferente de pensar, relacionando o crescimento de um pensamento complexo entre os seres

humanos como um estratagema de guiar os indivíduos e as nações para o bem-estar, a evolução e a produtividade. Assim, é no desenvolvimento de um pensamento complexo entre as pessoas que se vê o futuro da ciência, tendo em face as novas descobertas que pode propiciar.

Junto aos princípios da contingência - na auto-organização -, e o próprio princípio da complexidade, está o princípio da teoria sistêmica. Nesta, engloba-se a perspectiva cibernética, a abordagem holística quanto à totalidade, além de incluir aspectos sobre autonomia e integração. A teoria sistêmica tem relação direta com a complexidade, com a recursividade e com a emergia⁵⁷. Não à toa que a teoria sistêmica é tão utilizada para a compreensão do funcionamento de vários sistemas sociais, em especial os das relações familiares, por estudarem os mecanismos de *feedback* entre sistemas que se autorregulam (Nichols e Schwartz, 2007).

De acordo com a teoria dos sistemas, as propriedades essenciais do organismo são partes do todo. E o todo sempre será maior que suas partes - uma montagem organizada de partes que formam um todo complexo e dinâmico. E todo sistema é subsistema de um sistema maior, bem como um sistema é mais que a soma das partes, pois sua interação constante com o ambiente não só mantém a sua organização, mas modifica-a, procurando a mudança e não apenas resistindo a ela (Nichols e Schwartz, 2007).

Há ainda os princípios de conjunção e de interdisciplinaridade. O primeiro é o contraponto teórico e prático da separação “mecânicocausalista” de um paradigma anterior. Segundo Rohde (1994) a conjunção é a articulação dos campos do conhecimento, dos saberes e das abordagens, transpassando e confluindo todos os paradigmas científicos novos. Já o princípio de interdisciplinaridade tangencia todos os novos paradigmas científicos, desde o novo método (teoria da complexidade de Morin) até os fractais⁵⁸. É justamente

⁵⁷ Emergia é toda energia necessária para um ecossistema produzir um recurso (energia, material, serviço da natureza, serviço humano). A metodologia emergética se propõe a “[...]medir todas as contribuições (moeda, massa, energia, informação) em termos equivalentes (emergia). Para tal, faz uso da Teoria de Sistemas, da Termodinâmica, da Biologia e de novos princípios do funcionamento de sistemas abertos que estão sendo propostos, entre eles o da hierarquia universal de energia e o da auto-organização e estabelecimento do maior fluxo possível de energia disponível no sistema.”. Disponível em: <http://www.unicamp.br/fea/ortega/ecologia/desafio-8.htm>. Acessado em 01 jan de 2017.

⁵⁸ A teoria do “caos-fractais” surge a partir da observação da natureza e do cosmos pela geometria tradicional. Nela vê-se que a simetria estrutural se dá em todo o Universo, desde as partículas elementares até as estruturas cósmicas mais complexas, como os buracos negros.

nas teorias sistêmica, na complexidade e na questão ambiental, que a interdisciplinaridade possui seu papel de maior magnitude.

Muitos pesquisadores, incluindo os do campo da saúde, chegam a colocar a interdisciplinaridade como uma espécie de conserto para a fragmentação dada à Razão nas diversas racionalidades hoje existentes e, no mínimo, como uma tentativa de minimizar a patologia do saber⁵⁹ (Japiassu, 1976); e ainda a discussão da interprofissionalidade como uma relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes para a melhoria do processo de trabalho das equipes.

Por fim, a recursividade, deixado como o último dos princípios da complexidade a ser apresentado, por nossa escolha, por carecer um maior debruçamento de nossa parte. O princípio de recursividade está presente nas ciências, na auto-organização, no novo método (complexidade), no holismo, na emergência e no caos-fractais. Para nós, o princípio da recursividade, como fazendo parte de um novo paradigma que opera com a premissa de organização ativa e reorganização permanente (Morin, 1991), traz o precedente “**re**” como a articulação de saberes ligados: repetir, refletir, revolver, reorganizar, reproduzir, retornar, rememorar, repetir... Recair?! O que é recorrente se pensar? Que ao recair a pessoa retorna ao mesmo lugar de onde partiu. No entanto, à luz da recursividade, ela já **não** retorna ao mesmo ponto. Sua passagem pela **experiência** representa de alguma forma um novo aprendizado.

Maturana e Varela (2005 p. 189) vão afirmar que “[...] *toda interação, todo acoplamento, interfere no sistema nervoso, por causa das mudanças estruturais que nele desencadeia. Toda experiência é modificadora, em especial em relação a nós, embora às vezes as mudanças não sejam completamente visíveis*”. Tal pensamento nos leva à compreensão do processo de “recaída” como um aprendizado que nem sempre conseguimos enxergar ou perceber. No

Segundo Rohde (1994) os observadores dualistas sempre foram contrários à desordem, o irregular, o caos. Porém, ao contrário, o caos não é o lado irregular da natureza, mas uma abstração do comportamento universal da complexidade. Os fractais são a geometria da natureza, a simetria a partir de escalas de observação. Existe uma tese de que as complexidades só existem no contexto da geometria euclidiana tradicional. Como fractais, as estruturas ramificantes podem ser descritas com transparente simplicidade, com apenas algumas informações.

⁵⁹ Resumidamente, a “patologia do saber” está na dissociação comum, feita por parte dos cientistas, entre pesquisa-ação. O suposto saber que é buscado de modo obstinado pelas pessoas como se os “experts” pudessem resolver a “doença” que é considerada a “falta do saber” (Japiassu, 1976).

entanto, tal ideia por vezes entra em contradição direta na maneira como os tratamentos são ofertados, visto que a “recaída”, ancorada no paradigma “proibicionista-abstinência” não aceita o aprendizado “parcial”. Não aceita a ressignificação que é dada por cada pessoa a partir de sua experiência com a droga e com tudo que envolve o seu contexto de uso.

No desenho comparativo da “recaída” como uma questão cíclica, representamos a ideia de que a pessoa que está dependente sai de um ponto, vivenciando sua experiência com a substância e ao encontrar-se novamente com a substância, retorna ao “mesmo ponto de saída”:

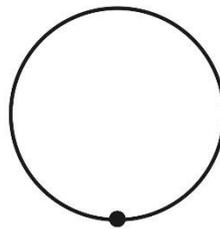


Figura 4: A figura representa o que seria uma imagem da “recaída” na visão biomédica “tradicional”.

Fonte: Elaboração da autora, 2016.

Pensando a recursividade como uma questão espiral, no desenho a seguir, representamos a pessoa que está dependente e/ou em uso abusivo saindo de um ponto, vivenciando sua experiência com a substância e ao encontrar-se novamente com esta, não retorna mais ao “mesmo ponto de saída”, pois em sua relação intersubjetiva, de aprendizado, de movimento, ela pode ressignificar sua forma de ser e estar no mundo, mesmo que tal mudança não seja facilmente percebida.

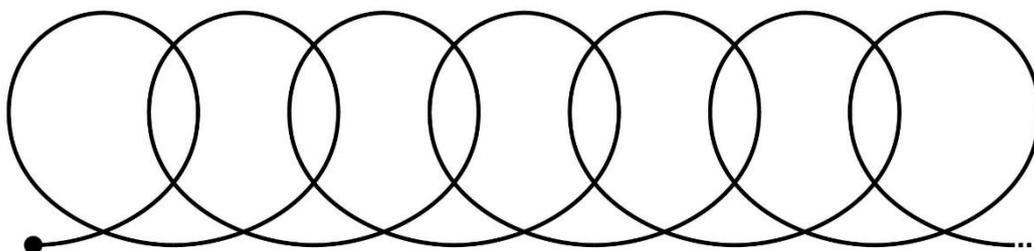


Figura 5: A figura representa a ideia da recursividade - como processo constante e infinito.

Fonte: Elaboração da autora, 2016.

Por vezes, não só não percebemos esta mudança, como também podemos identificar espirais que parecem fazê-la voltar ainda mais atrás na relação prejudicial ou abusiva que mantém com a droga. No entanto, compreendendo a complexidade da questão, podemos inferir que parte de seu aprendizado só fará algum sentido para essa pessoa, em seu processo pessoal, após algum tempo de “maturação”, ou quando outras questões forem acopladas à sua experiência, dando a sinergia necessária para a tomada de consciência⁶⁰ para a mudança em ato, seja sua escolha para a supressão do uso, para o uso menos prejudicial da droga ou mesmo a mudança de substância.

Para Maturana (2001), agir de acordo com nossa consciência é aceitarmos a constante constituição da natureza da humanidade, a partir das explicações sobre a própria experiência, estando cientes de que tomar consciência de nossa natureza é também a maior responsabilidade enquanto seres humanos via de regra e cientistas em particular. E porque humanos:

[...] existimos na linguagem, e nossa experiência como seres humanos acontece na linguagem num fluir de coordenações consensuais de coordenações consensuais de ações que produzimos na linguagem. Os objetos, a consciência, a auto-reflexão, o self, a natureza, a realidade, e assim por diante, tudo o que nós, seres humanos, fazemos e somos acontece na linguagem como distinções ou como explicações na linguagem do nosso estar na linguagem (Maturana, 2001; p 127).

⁶⁰ A tomada de consciência pode ser de si ou para com o outro, visto que as questões enfrentadas pelas pessoas que abusam das drogas, muitas vezes, extrapolam a si mesmos. De modo que trabalhar junto dessas pessoas, a consciência, pode requerer a ampliação do que isso signifique. Para Maturana (2001, p 124): *“É neste contexto que as noções de progresso, ética e responsabilidade social adquirem presença. Assim, a noção de progresso tem a ver com o que nós consideramos melhor ou desejamos que aconteça na vida humana. **A noção de responsabilidade social tem a ver com nossa consciência de querermos ou não as consequências de nossas ações.** E a noção de ética tem a ver com nosso interesse pelas coexistências de nossas ações na vida de outros seres humanos que aceitamos em coexistência conosco. Além disso, as noções de progresso, ética e responsabilidade não pertencem à ciência como domínio cognitivo, mas se aplicam a nós, cientistas, como seres humanos porque tudo o que fazemos nos envolve e também envolve as comunidades humanas e não humanas de seres vivos a que pertencemos e que nos sustentam em nossas atividades.* (grifo da autora).

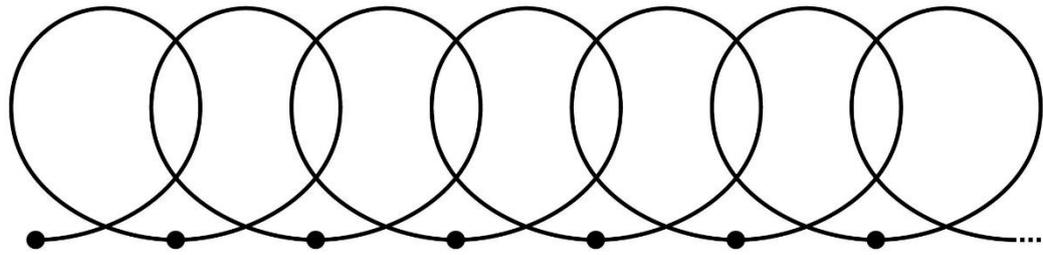


Figura 6: A figura representa o processo da recursividade - como processo constante e infinito - que se dá na experiência de cada pessoa, com ressignificações a partir das explicações que cada um consegue dar como observador. Em cada ponto uma possibilidade de aprendizado e mudança.

Fonte: Elaboração da autora, 2016.

Compreende-se que todos os processos biológicos ocorrem como uma dinâmica recursiva circular, através da qual sistemas vivos surgem como singularidades históricas que só existem quando estão em acoplamento estrutural com o meio que as contém, os envolvem, tornando toda forma de vida possíveis (Romesín, 2006). Assim, os recursos internos subjetivos que as pessoas possuem para lidar com esse seu movimento retornam para si num vai e vem que mostra que a recursividade não tem formas. Ela assume formas conforme as trajetórias biográficas dos atores sociais. Um vai e vem que não retorna para o mesmo lugar.

Maturana (2001, p.163) irá dizer que “[...] a emoção que constitui a coexistência social é o amor”, e mais:

Todas as ações humanas acontecem num espaço de ação especificado estruturalmente como emoção. De modo que, se eu quero me perguntar qual é a emoção que tem a ver com o social, tenho que me perguntar qual é a emoção que funda o social. E nisto, eu entro claramente em discordância com o discurso sociológico corrente. Eu penso que nem todas as relações humanas são relações sociais. Penso que há diferentes tipos de relações e interações humanas, dependendo da emoção que as fundamenta (Maturana, 2001, p.36).

A concepção de recursividade tem um valor para nosso estudo porque permite conectar o domínio dos fenômenos biológicos com o domínio dos fenômenos humanos (linguísticos); nesta pesquisa, a oralidade das pessoas entrevistadas. Afinal, é através da linguagem que nos fundamos como seres sociais. E para Maturana (2001, 2005) é através da emoção do amor que fundamos o social.

O que é trazido por Maturana (2001, 2005) e Romésin (2006) certamente pode ser refutado a partir das explicações dadas pelo observador. Nossa escolha em aportarmos neste arcabouço teórico não é simplista nem romântico. Não se trata de negar as leituras feitas por demais autores e pesquisadores sobre os fenômenos sociais. Poderíamos perguntar: “Não há para Maturana e demais autores da recursividade questões sobre os princípios sociais na manutenção do *status quo*, na subjugação e nas relações de violência coercitivas que vemos e vivemos?”; certamente que se dirá que há! Talvez a dificuldade esteja em aceitar essa forma de ver a questão a que o autor propõe como extremo - a “emoção do amor”. Essa está propriamente no excesso existente da emoção “negação do outro”, pois os processos de poder que mitigam as relações entre as pessoas, para Maturana, não seriam sociais, pois não são trocas, não são aceitação do outro, são contra uma natureza autopoietica de evolução dos sistemas vivos.

Ao dizer que nem todas as relações e interações humanas são sociais, o autor se refere a todo tipo de privação de liberdade, de relação coercitiva, de domínio de um sobre o outro através do poder. Desse modo, algumas relações serão sociais, quando a emoção estiver fincada no amor e outras não serão sociais, quando a emoção estiver assentada na negação do outro. Parece que podemos pensar em dinâmicas homológicas⁶¹ para domínios distintos. E neste momento somos convidados a ir transpondo essas ideias para a maneira como os modelos de tratamento para dependência - e conseqüentemente para a “recaída” - estão também assentados. Para Maturana (2001, 2005) a emoção do amor é uma essência biológica dos seres humanos que impulsiona a conservação da espécie através da autopoiese.

Em qual domínio os modelos de tratamento para a dependência - e conseqüentemente para a “recaída” - estão assentados? De que maneira as pessoas que buscam tratamento para suas “recaídas” incorporam ou recebem as intervenções feitas à luz desses domínios, dessas emoções? Estaria a díade “proibicionista-abstinência” fincada na negação do outro e a “antiproibicionista-redução de danos” no amor?

⁶¹ O estudo de dinâmicas homológicas é o estudo biológico das semelhanças entre estruturas de diferentes organismos que possuem a mesma origem ontogenética e filogenética. Tais estruturas podem ou não ter a mesma função.

Luhmann (1999 apud Neves e Neves, 2006) vai chamar a atenção para a importância do conceito de complexidade para a teoria social, acrescentando à discussão o fator tempo, como um desdobramento de acontecimentos ocorridos e não ocorridos, numa simultaneidade. Assim, a complexidade, dissolvida na dimensão tempo, aparece não só como uma sequência temporal de diferentes acontecimentos, mas sim nesse sincronismo.

O autor ainda relaciona dois aspectos importantes na constituição de sistemas altamente complexos: um refere ao alto grau de auto referência das operações; e o outro à representação de complexidade na forma de sentido.

Segundo o autor:

“[...] a recursividade da autopoiésis da sociedade não está organizada por resultados causais (outputs como inputs) e também não na forma de resultados de operações matemáticas, mas de forma reflexiva, isto é, mediante a aplicação de comunicação sobre comunicação” (Luhmann, 1999, apud Neves e Neves, 2006; p. 141).

Assim, chama-se a atenção para a abundância insubstituível da comunicação, ou seja, não existe uma última palavra. Cada processo comunicativo leva à nova comunicação. O que implica em recursividade sequencial, que converge para uma fundamental aquisição evolutiva, que torna a comunicação social possível: “*a representação da complexidade na forma de sentido*” (Luhmann, 1999, apud Neves e Neves, 2006; p. 142).

Os sistemas processam sentido através da distinção - de um dos lados a forma, sendo o outro a relação completa dos elementos - que cada atualização de sentido vai, ao mesmo tempo, potencializar outras possibilidades. Quem tem experiência de algo determinado também pode ser levado a outras experiências que, por sua vez, podem ser remodeladas ou potencializadas. É a recursividade sendo ela mesma a partir da comunicação. Ou seja, como dito, a cada nova comunicação, a recursividade se instala trazendo nova sequência de comunicação, novos sentidos e possibilidades.

Afinal, Luhmann (1999 apud Neves e Neves, 2006) volta à questão afirmando que a teoria da complexidade é um processo recorrente de transformação de potencialidades em atualizações. Ou seja, complexidade não pode ser confundida com complicação. Mas como ela pode ser observada e aplicada a nossa vida cotidiana? Alguns autores vão questionar: “quem é o observador que é observado?”. Para Luhmann “[...] *sem observador não há*

complexidade” (Luhmann, 1999 apud Neves e Neves, 2006; p. 144) e, para Maturana (2001, p. 20):

[...] somos observadores no observar, no suceder do viver cotidiano na linguagem, numa experiência na linguagem. Experiências que não estão na linguagem, não são. Não há modo de fazer referência a elas, nem sequer fazer referência ao fato de tê-las tido. "Escuta, sabe, me aconteceu algo que não posso descrever." Esse "não posso descrever" já pertence à linguagem.

Maturana (2001, p. 21) separa a experiência da explicação, mesmo considerando que essas questões não se separam na vida cotidiana. Porém, para compreender mais sobre o observador⁶², essa distinção se faz necessária. Para ele “[...] *O explicar é sempre uma reformulação da experiência que se explica*”; e mais:

[...] As explicações são reformulações da experiência, mas nem toda reformulação da experiência é uma explicação. Uma explicação é uma reformulação da experiência aceita por um observador. Todos vocês sabem que se alguém pretende explicar um fenômeno, propõe uma reformulação e eu não a aceito, ela não é uma explicação. Se propõe uma reformulação e eu aceito, essa reformulação é uma explicação. As explicações são reformulações da experiência aceitas por um observador (Maturana, 2001, p. 21).

Aqui está um dos pontos centrais para a compreensão da “recaída” como um processo de recursividade. Tanto para nós, que realizamos a pesquisa, quanto para os leitores, há de se compreender a complexidade a partir de sua própria observação, no sentido de perceber que “[...] *A validade do meu explicar, ou melhor, o caráter explicativo do que eu digo, não depende de mim, mas depende de você[...]*”, afinal há tantas explicações diversas quanto existem diferentes modos de escutar o que se diz e aceitar as reformulações da experiência (Maturana, 2001, p. 22).

E para se compreender a “recaída” como um processo recursivo, é necessário que se reformule a experiência a partir de uma nova explicação que tem a ver com os critérios do escutar (do observador), para que se possa aceitar uma nova formulação conceitual. A dificuldade está no explicar.

Kaufmann (1987), ao questionar como é que a forma de auto similaridade quando relacionada com a nossa intuição - a intuição de si mesmo dentro de si

⁶² O observador não é apenas o cientista, o pesquisador. Mas sim qualquer ser humano vivendo nas suas relações humanas, com os outros, consigo mesmo e com o meio.

mesmo - através da introspecção, sugere que tanto auto referência e como auto similaridade (num processo recursivo) são circunstâncias idênticas. É no movimento através do ciclo e percebendo a invariância que chegamos a uma reflexão do si mesmo. Percebe-se que este processo pessoal envolve um aspecto “não mecânico” de integração das partes dentro de um todo. O autor chama de “não mecânico” porque não existe como formalizar a circunstância inteira da auto referência humana em um sistema de símbolos sem o observador. Mas quem ou o que é o observador?

Maturana (2001) irá propor duas maneiras de se pensar a objetividade do pensar científico, considerando o observador: a “objetividade sem parênteses” e a “objetividade entre parênteses”. Para ele, são dois caminhos reflexivos que dizem diretamente sobre a capacidade do observador de conhecer, de se relacionar com as pessoas e com a vida.

No caminho explicativo da “objetividade sem parênteses” é como se fôssemos capazes de fazer referências a coisas, pessoas, objetos, seres, de modo independente de nós, porque muitas coisas não dependem do que fazemos: matéria, energia, Deus, consciência. No entanto, ele questiona como isso é possível se, enquanto seres humanos, não conseguimos distinguir ilusão e percepção como afirmações cognitivas sobre a realidade. Não no sentido de que, corriqueiramente, façamos algumas distinções a título de mentira ou verdade. No entanto, para compreendermos certos fenômenos, temos que saber o que acontece quando fazemos essas distinções:

[...] Assim dizemos: “O que estou dizendo é válido porque é objetivo, não porque seja eu quem o diz; é a realidade, são os dados, são as medições, não eu, os responsáveis pela validade do que digo, e se digo que você está equivocado, não sou eu quem determina que você está equivocado, mas a realidade” (Maturana, 2005, p 46).

Deste modo a “objetividade sem parênteses” é considerada uma afirmação cognitiva válida porque faz referência a uma realidade independente do observador:

Neste caminho explicativo, toda afirmação cognitiva é uma petição de obediência. Cada vez que eu digo: "Isto é assim, objetivamente falando", o que estou dizendo é: "Todos vocês têm que fazer o que eu digo, porque a validade do que digo não depende de mim — é própria daquilo que eu indico. Se vocês não vêm, estão limitados." Profissionalmente; emocionalmente... estão limitados. Neste caminho

explicativo, há uma realidade independente do observador, à qual o observador tem um acesso privilegiado que lhe serve para elaborar sua explicação e configura afirmações cognitivas como petições de obediência (Maturana, 2001, p. 27).

Maturana indica esta consciência de não podermos distinguir entre ilusão e percepção com um convite ao outro caminho reflexivo, o da “objetividade entre parênteses”: [...] *meu escutar é diferente, porque aqui escuto reformulações da experiência, com elementos da experiência, que eu aceito. Quer dizer, escuto com o critério de aceitação de reformulação da experiência com elementos da experiência* (Maturana, 2005, p. 26).

Interessante percebermos que a “objetividade sem parênteses” e “objetividade entre parênteses” não são antíteses entre **objetivo-subjetivo**: “*A objetividade entre parênteses não significa subjetividade, significa apenas "assumo que não posso fazer referência a entidades independentes de mim para construir meu explicar"*” (Maturana, 2005, p. 26). Destarte, mesmo quando imbuídos de processos formais de explicação científica, não fazemos muita distinção entre estes dois caminhos explicativos. O que vemos é que existem explicações científicas com ou sem esta suposição.

Para Maturana (2005), o critério de validação das explicações científicas não exige o pressuposto da objetividade. Porém, estes caminhos explicativos trazem consequências no cotidiano das relações humanas, inclusive e especialmente quando falam em nome da ciência, pois correspondem a posição de estarmos em relação com os outros pois, no instante em que assumimos que temos um trânsito direto a uma existência independente de nós, de modo que podemos usar esse acesso como um argumento explicativo, nos colocamos imperiosamente na condição de donos de um acesso privilegiado à realidade:

Porque o que dá validade à minha afirmação é aquilo que eu posso dizer que tem a ver com algo que é independente de mim. Nessas circunstâncias, aquele que não está comigo está contra mim. Está equivocado, porque não atende a razões, porque é cego, porque é cabeça dura. Não está disposto a reconhecer que o que eu estou dizendo é objetivo, porque eu sei que é assim, independentemente de mim. Eu não sou responsável pelas coisas serem assim: são assim, com independência de mim, e isso é o que dá poder ao meu conhecimento. Neste caminho explicativo, toda afirmação cognitiva é uma petição de obediência. Cada vez que eu digo: "Isto é assim, objetivamente falando", o que estou dizendo é: "Todos vocês têm que fazer o que eu digo, porque a validade do que digo não depende de mim — é própria daquilo que eu indico. Se vocês não vêem, estão

limitados." Profissionalmente; emocionalmente... estão limitados (Maturana, 2005, p 27).

Neste caminho explicativo, há uma realidade independente do observador, à qual o observador tem um acesso privilegiado, que lhe serve para elaborar sua explicação e configura afirmações cognitivas como petições de obediência.

Neste outro caminho explicativo - o da objetividade entre parênteses - a situação é diferente. É diferente porque não podemos pretender um acesso privilegiado no explicar, pois sabe-se que, como ser humano, como ser vivo, não é possível distinguir entre ilusão e percepção. Desse modo, qualquer afirmação é válida no contexto das coerências que a constituem como válida. No caminho da objetividade entre parênteses, a afirmação cognitiva é válida pelas coerências operacionais que a constituem. Aqui, tomamos conta de que uma explicação é uma reformulação da experiência com elementos da experiência, e se repetimos as configurações operacionais que constituem a explicação, obtemos o fenômeno que se quer explicar.

A esta altura, propomos um outro exercício reflexivo ao leitor: é possível transpor as díades “proibicionista-abstinência” e “antiproibicionista-redução de danos” no desejo de que a primeira estivesse na “objetividade sem parênteses” e a segunda na “objetividade entre parênteses”? Parece-nos que se trata de uma falseta, visto que qualquer paradigma ou modelo poderá ser operado em qualquer tipo de objetividade pois, ao final, caberá ao observador (no caso, os profissionais e suas técnicas de cuidado) a forma como a explicação será dada.

Teremos, pois, ao final, considerar em nosso estudo, que nosso diálogo com os achados é apenas a nossa explicação, considerando-nos como “observador” tentamos ancorar nossa escolha na díade “antiproibicionista-redução de danos” numa objetividade entre parênteses, na emoção do amor.

OBJETIVOS

5. Objetivos

5.1 Objetivo geral

Investigar os motivos apontados pelas pessoas que estavam em fase final de tratamento para o *crack* como desencadeadores de “recaída”, avaliando os fatores predisponentes que levam a este processo sob a perspectiva da recursividade.

5.2 Objetivos específicos

1. Apresentar as narrativas das pessoas em final de tratamento relativo ao uso do *crack* à luz dos modelos aos quais foram vinculadas;
2. Analisar o conceito de “recaída” à luz da Redução de Danos, da recursividade e da complexidade;
3. Fornecer subsídios que possam contribuir para a discussão clínica sobre o processo denominado de “recaída” no sentido de propor melhoria da qualidade da assistência prestada às pessoas que abusam do *crack*.

MÉTODO

6. Método

Este estudo fez parte do projeto principal “*Motivos apontados por usuários de crack como desencadeadores de recaída e avaliação de fatores predisponentes que levam a esse quadro*” financiado pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) relativo ao edital de Enfrentamento ao Crack, de 2010. O desenho do referido projeto constituiu-se de dois braços: um epidemiológico e o outro qualitativo, sendo este último o objeto desta tese.

6.1 Escolha da Metodologia Qualitativa

A opção em realizar este estudo com abordagem qualitativa se deu em decorrência do objeto investigado voltar-se para o processo de “recaída” dos participantes e necessitar de uma aproximação com questões de cunho pessoal dos indivíduos com vivência nesse fenômeno. Sendo assim, para o aprofundamento em questões de difícil abordagem, seria necessário lançar mão de instrumentos de coleta que pudessem facilitar a exploração do fenômeno de modo mais rico e completo, ouvindo as narrativas das pessoas diretamente envolvidas, considerando a opinião, valores, contexto, crenças, representações, hábitos e atitudes dos participantes da pesquisa (Patton, 2002).

Essa modalidade de pesquisa torna-se relevante devido, principalmente, as características da população em estudo: pessoas que usam droga considerada ilegal, com difícil acesso pelo pesquisador, bem como pelo fato de o fenômeno “recaída” ainda não ter sido totalmente compreendido a partir da visão das pessoas que usam a droga (Serrapioni, 2000; Clatts *et al*, 2002, Patton, 2002). O método exigiu também uma proximidade do pesquisador com os participantes da pesquisa, que através de suas histórias e vivências, permitiu um aprofundamento do tema (Minayo & Sanches, 1993; Nogueira-Martins & Bógus, 2004).

Sendo assim, a metodologia qualitativa facilita a explicação do fenômeno em análise, considerando as diversas perspectivas e modos de percebê-lo, considerando ainda os diferentes fatores que podem envolver as situações

observadas. Permite ainda detalhar a compreensão de fenômenos, fatos e processos peculiares de pessoas ou de grupos mais ou menos determinados, podendo assim serem melhor observados (Minayo e Sanches, 1993; Creswell, 2009).

É preciso ressaltar que a escolha metodológica desta pesquisa se deu por acreditarmos ser esta uma forma potente de se descortinar e conhecer mais profundamente realidades sociais e histórias de caráter biográfico, para possíveis leituras e interpretações feitas das percepções, significados e sentidos de um grupo específico (Becker, 1999). Não à toa que Flick (2009) pontua que a pesquisa qualitativa tem tomado um caráter expansivo com formas diversas de aplicação em contextos e áreas variadas do conhecimento.

6.2. A abertura de campo

Este estudo foi realizado nas seguintes instâncias de atenção e cuidado às pessoas que usam droga: Comunidades Terapêuticas (CT); Centros de Atenção Psicossociais em álcool e outras drogas (Caps AD) e Clínicas Médicas (CM). Para a realização da pesquisa, nesses locais definidos, foram feitas reuniões prévias com as Coordenações de Saúde Mental dos municípios de Recife e São Paulo. Em se tratando de São Paulo, também foram necessárias reuniões com as Regionais de Saúde. As reuniões realizadas nos dois campos, tiveram como objetivo a apresentação do projeto em cada Caps AD a ser visitado e a consequente autorização para a realização da pesquisa. No caso das Clínicas Médicas e Comunidades Terapêuticas foi necessária a articulação com pessoas chave (*gatekeepers*⁶³), que conheciam estas instituições e facilitaram a entrada da pesquisadora nas mesmas.

6.3 A etapa quantitativa que subsidiou a qualitativa

A etapa epidemiológica (quantitativa) do projeto principal teve a duração de um ano e contribuiu de forma muito intensa para que a pesquisadora pudesse

⁶³ A palavra em inglês – *gatekeeper* - vem de um conceito jornalístico para edição. Assim, *gatekeeper* é aquele que define o que será noticiado de acordo com valor-notícia, linha editorial e outros critérios; e também pode ser entendido como o "porteiro" da redação. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Gatekeeping>. Acessado em: 22 de jan de 2017. Esse termo também tem aparecido em artigos qualitativos designando as pessoas que “abrem as portas para o campo”, os informantes-chave.

situar-se melhor acerca da temática da “recaída”, possibilitando o contato com os participantes da amostra do projeto e dos locais definidos como fontes para abordagem desses participantes. A experiência adquirida pela pesquisadora nessa fase forneceu elementos para a elaboração do roteiro das entrevistas que foram utilizadas na fase qualitativa, objeto desta tese.

Embora o presente estudo seja de base qualitativa, torna-se importante situar que a etapa quantitativa serviu de ponto de partida para a seleção dos participantes que fariam parte do foco deste estudo.

Deste modo, para chegarmos às entrevistas da fase qualitativa foi fundamental a primeira fase quantitativa, pois, por estarem neste período em fase final de tratamento, acreditava-se que encontraríamos, no período de seis meses até um ano, pessoas que poderiam referir se tiveram ou não “recaídas” no conceito mais generalizado do que seja esse fenômeno.

6.4 Participantes do estudo

Como comentado no item anterior, o componente epidemiológico (quantitativo) foi a fonte para abordagem dos participantes da fase qualitativa. Fizeram parte desta fase qualitativa os sujeitos que haviam anteriormente participado da fase quantitativa do projeto principal e dessa forma cumpriram os critérios de inclusão exigidos naquela fase, ou seja: maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos, que tinham procurado o serviço para tratamento prioritariamente devido ao uso do *crack* e que tinham sofrido pelo menos uma “recaída” durante o consumo de *crack* e estivessem em fase final de tratamento a partir dos critérios definidos pelos três campos que constituem os *lócus* desta pesquisa. Todos os participantes da primeira etapa foram informados que poderiam vir a participar da segunda fase (qualitativa) do projeto e seriam contatados a partir de seis meses após o término dessa primeira fase. Esse tempo de intervalo entre uma fase e outra foi estipulado para que o critério de inclusão para essa segunda fase (qualitativa), ou seja, ter experienciado ao menos uma “recaída” nesse período, pudesse ser mais facilmente alcançado. Dessa forma os dados para acessá-los posteriormente foram anotados (endereço, telefone).

Decorrido os seis meses, iniciou-se a localização dos potenciais participantes da fase qualitativa. Os serviços de atenção e cuidado às pessoas que usam drogas dos quais esses sujeitos originalmente fizeram tratamento, também foram acionados para ajudarem nessa localização. Uma vez localizados, a pesquisadora consultava-os se haviam “recaído” naquele período de 6 ou mais meses e aproveitava o momento - através da conversa estabelecida com esse potencial participante - para avaliar aspectos relativos à compreensão cognitiva. Cumprindo esses dois critérios (“recaída” e uma conversa clara) esse sujeito era convidado a participar dessa segunda fase da pesquisa e para isso a pesquisadora explicava no que se constituía, ou seja, ele participaria de uma entrevista em profundidade que seria gravada com a sua permissão. No entanto, não havendo concordância do sujeito localizado, realizava-se nova busca para a participação a fim de chegarmos ao número necessário para a realização da fase qualitativa. A quantidade de pessoas entrevistadas foi suficiente para cobrir todos os tópicos de interesse e diferentes perfis de usuários. Essa informação foi detectada quando os entrevistados se tornaram redundantes nas respostas. Nesse ponto, denominado ponto de saturação teórica (Hudelson, 1994; Patton, 2002) identificou-se a falta de novas informações e a repetição de parte das falas.

O grupo de entrevistados constituiu-se de 120 sujeitos sendo 60 em São Paulo e 60 em Pernambuco. Entre os contatados, 12 deles (8 em São Paulo, 4 em Pernambuco) foram excluídos, apesar de terem concordado em participar do estudo. Parte deles foram abandonados devido a problemas cognitivos detectados pela pesquisadora⁶⁴ e outros devido à má qualidade da gravação que a tornou inaudível.

6.5 Sobre a coleta de dados

6.5.1 Roteiro de entrevista

Através da entrevista realizada na fase epidemiológica (quantitativa) foi possível detectar-se pontos que deveriam ser explorados mais profundamente e

⁶⁴ Alguns entrevistados apresentaram dificuldades de comunicação e compreensão. Outros apresentaram-se sob efeito de substâncias ou em crise psiquiátrica impossibilitando a realização das entrevistas e foram descartados para a realização das entrevistas.

ainda, outros tópicos que não fizeram parte do questionário respondido pelos participantes nessa fase, mas que seriam indispensáveis ser explorados numa fase qualitativa para o entendimento do fenômeno “recaída”. Sendo assim, o roteiro (anexo 1) teve como inspiração os dados coletados na etapa quantitativa.

Dessa forma, foi elaborado um roteiro de tópicos que orientariam a pesquisadora quando das entrevistas qualitativas com os participantes. O roteiro foi composto de oito blocos temáticos: 1- Conceito de “recaída”; 2- “Recaída” do entrevistado; 3- Sinais de “recaída”; 4- Problemas com a “recaída”; 5- Estratégias para lidar com a “recaída”; 6- Papel da Família; 7- Papel da religião; 8- Papel do Tratamento.

Para a construção do perfil dos entrevistados, foram utilizados os dados sociodemográficos e dados relativos ao histórico de uso de drogas, advindos da pesquisa quantitativa. Tal uso justifica-se pelo fato de os entrevistados serem os mesmos.

6.5.2 Entrevista semi-estruturada

Segundo Kvale (1996), para uma entrevista ser bem-sucedida, é necessário o conhecimento do entrevistador sobre as perguntas previstas no roteiro. Esse domínio ou familiaridade com o tema impedirá embaraços e perturbações por parte do entrevistador, ademais, perguntas claras concedem respostas também claras e que respondem mais objetivamente o estudo.

Esse requisito foi possível à pesquisadora devido à sua prévia experiência com as entrevistas que realizou na fase quantitativa do projeto.

Os participantes dessa pesquisa foram submetidos a uma entrevista semi-estruturada, a qual combina perguntas abertas e fechadas, sendo essas últimas relativas a dados sócio-demográficos. Ainda segundo Kvale (1996), esse tipo de entrevista é utilizado quando se quer delimitar o volume de informações obtendo assim um direcionamento mais para o tema em questão, podendo o pesquisador intervir a fim de que os objetivos sejam alcançados.

A pesquisadora utilizou o roteiro construído e comentado no ítem anterior para questionar o participante da entrevista sobre o tema “recaída”, mas o fez num contexto muito similar ao informal.

Seguindo a recomendação de Kvale (1996), a pesquisadora teve o cuidado para dirigir, sempre que avaliou necessário, a discussão para o assunto de interesse, ou seja, “recaída”, fazendo questões adicionais para elucidar aquelas que não ficaram claras ou para retornar ao contexto da entrevista, caso o entrevistado tenha se excedido em assuntos que não vinham a contribuir com o entendimento do tema estudado. A entrevista qualitativa realizada também foi baseada em enfoque bibliográfico (Becker, 1999) e teve como foco a apreensão do processo em que a “recaída” ocorreu e como esta era interpretada pelos entrevistados.

As entrevistas foram gravadas, com o consentimento do entrevistado e tiveram duração média de 60 minutos.

6.6 Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas, lidas e analisadas pela pesquisadora utilizando-se os princípios de análise de conteúdo baseada em Bardin (2004).

Foi realizada uma análise temática dos dados mediante os seguintes procedimentos: leitura flutuante para uma primeira aproximação com os dados das entrevistas; após essa fase, as entrevistas foram separadas de acordo com os tópicos e as respectivas respostas dos entrevistados, ou seja, cada tópico originou um relatório contendo as respostas de todos os entrevistados a esse tópico. A partir desse momento a pesquisadora iniciou a análise das categorias que emergiram desse material. Para fins de organização e ajudar na análise do material recorremos ao software NVivo 10.0, um instrumento bastante utilizado em métodos qualitativos como demonstra os artigos com essa metodologia disponíveis na base de dados PubMed. O uso dessa ferramenta analítica foi importante para o tratamento e sistematização dos dados para as devidas categorizações temáticas.

Importante ressaltar que cada entrevista foi identificada por um código composto por abreviaturas e números precedido da palavra *Bambu*, que no caso foi uma homenagem a esses entrevistados fazendo uma analogia ao significado dessa planta: *que entorta, mas não quebra*. As abreviaturas dizem respeito inicialmente ao local onde o entrevistado estava fazendo tratamento, a ordem numérica da entrevista, o gênero (se masculino = MAS e se feminino = FEM) e a região ao qual a pessoa pertencia. Exemplo: *Bambu Caps AD_22 MAS Recife*.

Essa etapa de categorização contou com a ajuda de outro pesquisador. Ou seja, simultaneamente e independentemente ambos construíram categorias que foram comparadas ao final, aumentando a confiabilidade, consistência e coerência dos resultados encontrados. Devido à grande extensão do material obtido, em função do número de entrevistados, essa duplicação de análise restringiu-se a alguns temas somente⁶⁵. Finalmente, as inferências foram iniciadas dando suporte às explicações e geração das conclusões.

Recorrendo a Maturana (2001, p 125):

“[...] o observador não pode fazer nenhuma afirmação cognitiva sobre algo independente de sua operação como sistema vivo, a noção de natureza pode referir-se apenas ao que o observador faz (na linguagem) como um ser humano explicando suas experiências como tal, e, por isso, ela não pode se referir a nada supostamente independente do que o observador faz [...]”.

Desta forma, quaisquer conclusões que possamos apresentar estarão certamente conectadas a nossa própria capacidade de observador inseridos em aporte teórico pré-determinado.

Nos resultados, são apresentados trechos das falas dos entrevistados identificadas pelo respectivo código e em itálico. Em seguida, a discussão é feita baseada no princípio dialógico. Por este princípio podemos pensar a relação inerente que é erigida entre dois ou mais conceitos que poderiam ser pensados como paralelamente excludentes e complementares. Ou seja, discutiremos de modo inseparável conceitos que, em tese, espera-se a exclusão (Cruz, 2016), pois assim, acreditamos estar auxiliando a emergir a singularidade e complexidade que cada narrativa apresenta.

⁶⁵ Outros possíveis temas de análise ficaram para aprofundamento posterior por não serem tão relevantes ao objetivo geral desta pesquisa.

6.7 Procedimento ético

Todos os procedimentos adotados foram devidamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CAEE nº 2451.0.000162-11) (anexo 2), bem como no Conselho de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (São Paulo) (parecer CEP/SMS nº 039/12) (anexo 3). Também foram submetidas cartas de anuência para as Secretarias de Saúde do Recife e de São Paulo, que foram devidamente aprovadas.

Também por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, foram seguidos todos os pontos exigidos pelo Ministério da Saúde através da resolução CNS 466/12, especialmente a seriedade ao respeito à dignidade humana, dando as condições para a proteção das pessoas que participaram voluntariamente do estudo. Assim, as pessoas participantes do estudo foram informadas que poderiam desistir a qualquer tempo sem nenhum prejuízo para si mesmas. Por serem voluntários, cada pessoa, leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo 4), que explica os procedimentos da pesquisa de modo claro, direto e objetivo. As entrevistas foram gravadas em gravador digital e depois completamente transcritas. Mantivemos o anonimato das pessoas participantes através da substituição dos seus nomes por *Bambu*, como já referido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

7 Resultados e Discussão: elas falam em “recaídas”, eu escuto recursividade

O debate entre os achados e as teorias deve caminhar para o enaltecimento do que as pessoas entrevistadas puderam falar no momento da conversa com a pesquisadora. As explicações feitas em alguns momentos trarão autores mais identificados pela díade “proibicionista-abstinência” e, em outros pela díade “antiproibicionista-redução de danos”. No entanto, num esforço de compreendermos quando se dá a “objetividade sem parênteses” ou a “objetividade entre parênteses”, de tais “matrizes disciplinares” na operacionalidade concreta vista a partir das narrativas.

Assim, antes de começarmos a apresentar e discutir com as falas das pessoas entrevistadas, queremos mostrar com quem conversamos (um pouco do perfil sociodemográfico) e em quais condições a encontramos (em que locais de tratamento as abordamos e em que fase do tratamento estavam - de acordo com a instituição).

7.1 Quem são nossos *Bambus* que envergam, mas não quebram?

A maioria era do sexo masculino (87,4%), grande parte era de moradores de casa/apartamento próprio (46,1%), grande parte era de cor branca (47,3%), tendo como religião evangélica protestante (41,1%) e a classificação da classe social pela ABEP mais prevalente “E” (26,3%), classe social baixa, seguida por C1 (19,1%). No que se refere à escolaridade, a maior proporção de sujeitos (32,7%) tinha o ensino médio completo ou superior incompleto, solteiro (sem relacionamento fixo) 46,3%, sendo a maioria desempregada, cuja principal fonte de renda provinha de situações informais, bicos (42,7%) e ainda 79,4% disseram não morar com alguém que usava *crack*.

Desse perfil, o que mais nos chamou a atenção, foi que, distintivamente ao que pesquisas clássicas e etnográficas sobre o *crack* demonstram no presente estudo, em sua grande parte a autodenominação de cor foi branca e não identificamos analfabetos. Esses resultados contestam a pesquisa nacional da SENAD (Bastos e Bertoni, 2013) sobre consumo de *crack* no Brasil a qual se refere como perfil brasileiro de usuários de *crack* como negros, de baixa

escolaridade e desempregados e de certa forma contrariam também o que a mídia e o senso comum referem (Petuco, 2011a).

Em relação à religião, foi observado que muitos estavam “migrando” de religião a favor de seus tratamentos. Ou seja, é possível que para responderem indubitavelmente ao método utilizado pela instância cuidadora, as pessoas mudavam de religião e se autodenominavam evangélicas ou protestantes (nada temos para afirmar se continuarão ou não na escolha feita devido ao processo de internação).

Porque assim, quando a gente passa a conhecer alguém, a gente tem que ser sincero com ele, né? Não pode ser na sua frente uma coisa e por traz ser outra. Ou a pessoa é o que é ou procura ser uma pessoa que não é. Então eu acho que, o meu papel assim, aqui sabe, é de ser sincera assim, sabe. Diante de tudo que tá acontecendo na minha vida. Então eu vou ser evangélica mesmo pra fazer certo esse tratamento (Bambu CT_10 FEM Recife).

Vários relataram estar com os atuais vínculos afetivos e amorosos afetados pelo momento da internação ou entrada no tratamento, outros, porém diziam que era o início ou retomada do tratamento que iria salvar seus relacionamentos.

Quando entrei aqui perdi minha namorada, que foi a mulher que eu mais amei na minha vida pra um amigo meu que dizia ser amigo e não era amigo nada... Bambu CapsAD_10 MAS Sampa).

Hoje eu não me vejo mais nessa situação, porque eu procurei ajuda do serviço, eu me empenhei ao máximo pra que isso não aconteça. [...]Entende? Então eu tive esse apoio retomei meu casamento, isso é importante, então eu tive o apoio da família, eu tive apoio dos profissionais daqui, e continuo casado (BAMBU CapsAD_8 MAS Sampa).

As histórias sobre o início do uso do *crack* para a maioria das pessoas entrevistadas, se deu pelo uso de outras substâncias psicoativas como álcool, maconha e cocaína (duas pessoas relataram que começaram pelo uso de cola e três diretamente pelo uso de *crack*), porém referiram que os prejuízos do abuso de *crack* foram os maiores motivadores para a busca do tratamento:

No começo o mesclado, depois que eu viciiei na pedra mesmo, era só pura. Foi aí que eu vim pro tratamento (Bambu Caps AD_21 Sampa).

No começo também, eu fiquei... eu cheirava só e saía de balada, curtia e tal, então quando eu comecei a fumar pedra eu demorei até um pouco... as pessoas falavam: “-Ahh na terceira, quarta você já está viciadão, você já quer fumar todo dia e não sei o quê.” No meu caso tinha vezes que eu cheirava, tinha vezes que eu fumava pedra, tinha vez que eu não usava uma das duas, demorou mais ou menos de 2 a 3 anos... eu mais cheirava e fumava menos, aí foi diminuindo a cocaína e aumentando a pedra, então demorou para eu largar a cocaína e ficar só na pedra... demorou de 2 a 3 anos. Demorou um pouco mais que o normal, eu acho. Acredito, né, que na maioria dos casos (Bambu Caps AD_9 Sampa).

No começo eu precisava beber pra usar ele, porque depois que eu ficava alegrezinho, pá, aí eu ia fumar, né? Quando você chega num estágio tão avançado que você não precisa mais de bebida, você fuma primeiro pra depois beber. Tah entendendo? Então foi assim. Foi o crack que me trouxe praqui (Bambu CT_15 Recife).

Para os participantes da pesquisa oriundos dos Caps AD e das Clínicas Médicas (CM) as famílias ainda estavam presentes em suas vidas, com momentos de muita tensão e com alguns casos relatados de presença de outras pessoas da família morando em suas casas. No caso das pessoas entrevistadas provenientes das Comunidades Terapêuticas (CT), muitas relataram não morar com outras pessoas que usavam *crack*, estavam inclusive considerando o atual local de tratamento como sua moradia, sem saber para onde iriam após a alta da internação. E outras ainda indicavam que não tinham problema com essa questão, independente do seu uso de *crack*.

Olha, da minha família... a minha família é muito pequena, né? Eu tenho... mora eu e minha mãe e a minha irmã. Minha irmã também é dependente química de remédio, inclusive ela tah internada na mesma clínica que eu agora. É uma confusão. Tem muita briga. Mas tem gente morando na minha casa. Tem família (Bambu Caps AD_3 MAS Sampa).

Vish! Ah, minha família precisa começar a acreditar nas coisas que eu faço de arte, nas coisas que eu vou, nos raps, nessas coisas. Meu pai e meu irmão são testemunhas de Jeová agora, eu toh perdido, mano! Não dá pra morar com eles Não dá! Não dá! Meu pai é mandado pelo meu irmão (Bambu Caps AD_10 MAS Sampa).

A minha mãe principalmente até hoje ela vive mal por eu tá aqui internado, por eu não tá lá perto dela, a minha avó sofre também pra caramba, apesar de ela não morar junto da gente, mora perto. Só tem eu com essa coisa de droga. Mas eu não devo voltar a morar lá não. Quero ficar aqui. Aqui eu posso virar obreiro (Bambu CT_18 MAS Recife).

A pessoa sair de uma clínica e ter um serviço, certo? Pra ela ter uma condição de moradia. Eu por exemplo não quero moradia. O máximo um trailer tava bom demais, que eu gosto da liberdade da rua (Bambu Caps AD_16 MAS Sampa).

7.2 O que entendem por “recaída”

O primeiro tema investigado foi a visão de “recaída”. O conceito do tema revelado pelas pessoas participantes foi fundamental para dar continuidade à pesquisa. Com a pergunta “O que é recaída do *crack* para você?” pôde-se ter um conceito mais próximo da realidade do grupo entrevistado.

Observou-se pelas respostas uma dificuldade em se obter uma definição do tema em si. Utilizaram uma forma indireta para conceituar, ou seja, através da descrição da circunstância em que a “recaída” ocorreu, como a dor, o sofrimento, as perdas, etc. Mesmo sem essa definição concreta, os discursos permitiram o entendimento que o grupo de entrevistados possuía a respeito de “recaída” e ainda, concluir que esta noção, em parte, estava alinhada com o que se estabelece na literatura, visto que os autores não tratam das descrições das circunstâncias (Pedroso *et al.*, 2013; Siegal e Rapp, 2002; Quirino, 2015).

Os discursos mostraram que no surgimento de uma condição de favorecimento ao consumo, as pessoas entrevistadas acabavam por fazê-lo, com indicativos de retorno ao padrão inicial e/ou podendo usar o *crack* além do planejado. Aparece a experiência de cada pessoa como um comportamento de muitos neste processo de “recaída”:

Eu fico às vezes 1 mês sem usar ou 10, 15, 20 dias, depois dá aquele desvio, aí eu falo: “-Ó, vou usar uma só” ... eu uso essa e fico um tempo sem conseguir parar e volto pra o começo de tudo (Bambu CapsAD_2 MAS Sampa).

É o desejo desenfreado de você usar. Você não tem aquele autocontrole, né? E quando você se dá conta, você já tá fumando. Você diz pra si mesmo, “não, eu não vou fazer isso.” é como se fosse uma luta espiritual. É uma luta do seu “eu”. Você diz: “Não. Não quero.” E aquela coisa mais forte dizendo que você... - vai, vai... pega. Você quer, quer!!” (Bambu CT_1 MAS Recife).

Olha, que nem eu toh te explicando, a primeira vez foi aquela coisa de que vai usar uma pedrinha só, aí no outro dia você pensa: “- Ah, como eu controlei, vou usar uma só de novo”. Aí uma outra hora que você tá com um certo amigo ou uma certa menina, você já se empolga um pouco mais, aí vai 1, 2, 3, parou de novo. Aí quando é de repente você vai ver, você já tá lá fumando 10, 20. Você

também sai fora do controle, né? Você já manda celular embora, vai no banco e estoura seu limite (Bambu CT_1 MAS Sampa).

Apesar de alguns não fazerem a clara distinção, houve um certo discernimento, por parte das participantes, no que se referia a lapso e “recaída”:

Lapso? Lapso? Lapsos são aqueles momentos assim...? Não sei dizer... É a mini recaída (Bambu Caps AD_2 MAS Sampa).

A grande diferença é que se você usou, vamos supor numa noite, numa balada ai, dei um tiro, dei uma paulada de crack, tudo bem, está numa balada, vai para a casa dormi para no outro dia trabalhar as vezes. A recaída não, a recaída não deixa você estudar, não deixa você trabalhá, não deixa você tê seus familiares perto de você, você perde seus filhos, você perde tudo. Você perde tudo, você perde a sua dignidade entendeu? Para a sociedade você não é mais ninguém, entendeu? Porque você é discriminado pela sociedade, ninguém vai entender que você foi, o porque foi, entendeu? Recaída é a pior coisa que tem, com certeza. Tem muita diferença ai (Bambu Caps AD_6 MAS Sampa).

Acho que tem, tem. Assim pouca diferença, mas tem, porque o escorregão é você, exemplo: naturalmente foi pra uma festa e tal e sem querer por causa de uma amizade usou, mas a vontade sua é de não usar, foi ali um momento, escorregou. O propósito de vencer está de pé, porém escorregou e a recaída não é igual ao escorregão, a recaída você permanece deitado, caído sempre no uso constante da droga (Bambu CT_20 MAS Recife).

A recaída... [...] É voltar ao início do uso com muitas dificuldades e transtorno (Bambu CT_8 MAS Recife).

Um dado relevante é que em relação a “recaída”, esta aparece internalizando o preconceito e o estigma a partir do olhar de censura do outro sobre si, não sendo vista pelo próprio usuário como parte do processo de tratamento, mas sendo vivenciada subjetivamente com um forte sentimento de culpa. E é este olhar do outro que parece que vai fazê-los internalizar o sentido do “recair” ou ainda, como refletido por Ronzani, Noto e Silveira (2014, p. 13): “Ao sofrerem os efeitos da estigmatização, os usuários de drogas evitam buscar ajuda para o tratamento de suas condições”. Tal processo, acentua os problemas pessoais, sociais e familiares. Mesmo quando buscam o tratamento, a adesão é baixa, caracterizando as referidas “idas e vindas aos serviços” como já refletimos com Garcia (2013) e que pode ser corroborado pelos relatos abaixo:

É muito triste você perder sua dignidade por causa da droga. Então tudo isso é, pra mim é triste. Hoje eu vejo, tem hora que eu fico pensando eu falo: Nossa!

Mas eu sei que se eu usar hoje, amanhã eu tô nessa de novo, tô na mesma pegada de novo, não vai ser diferente. Então eu tô evitando de recair porque se eu uso, o povo já pensa que eu tenho que fazer programa. Olham pra mim e parece que já vou recair (Bambu CM_23 MAS Sampa).

Ninguém olha mais pra você direito. Tem essa coisa de achar que não merece mais atenção nem nada porque é usuário de crack [...] E talvez as pessoas tem razão. Eu não sei se eu confiava mais numa pessoa que usasse crack como eu uso (Bambu Caps AD_1 FEM Recife).

Eu não consigo ficar num tratamento. Eu sei que não mereço mais essa chance que estão me dando. Mas vou tentar de novo. Já é a sexta ou a décima vez que começo [...] Num grupo de família aqui, disseram que a minha família tinha que se preparar porque a pessoa que usa crack fica assim, meio sem saber reconhecer as pessoas. Aí minha mãe tá com medo. E eu também tenho medo de desconhecer ela (Bambu Caps AD_28 MAS Sampa).

Apesar da diversidade do conceito de “recaída” (Silva, 2010), a literatura clássica distingue esses dois fenômenos, “recaída” e lapso, como já dito, sendo o conceito mais geral de “recaída” como o retorno ao padrão inicial antes de um tratamento (Knapp e Bertolote, 1994) e lapso, segundo Marlatt e Gordon (1985) como uma quebra do padrão auto imposto pela pessoa visando sua abstinência, ou seja, o lapso pode servir como um alerta em relação ao reinício do uso.

Na literatura, encontramos como intrínsecos e extrínsecos os motivos que levam as pessoas a “recaírem” (Silva, 2010) e também a não aderirem ao tratamento (Lima, 2012; Ferreira *et al*, 2015). Neste sentido, algumas falas descrevem a “recaída” como conflitos internos, sejam voltados para suas questões biológicas e/ou fisiológicas (pensamentos compulsivos para retorno ao uso e sonhos), sejam mostrando que se sentem pressionados psicologicamente (a recaída como sinônimo de pecado, fraqueza, desespero ou decadência).

Recaída é uma palavra triste porque é recaída mesmo. Como se diz, recaída é sinônimo de abandono, é sinônimo de tristeza, é sinônimo de morte, é sinônimo de desconfiança, a recaída em si, é uma brecha que você abre. É uma falha, tah entendendo? Você sabe que não pode, meu irmão não pode, mas as vezes a pessoa se acha muito forte, né? Confia nas suas forças e aí diz: “-Não, eu consigo passar por isso aí”, mas infelizmente não consegue, porque a recaída em si é autoconfiança demais do ser humano, de pensar que ele tah forte, mas na verdade ele tah fraco (Bambu CT_15 MAS Recife).

Concluíram que só estão em “recaída” caso tenham iniciado um tratamento, pois, para algumas pessoas entrevistadas, só existe “recaída” se houver contradição ao que ela está se propondo: sair do tratamento com a perspectiva de continuar a usar a droga de “maneira controlada” não é considerado “recaída”. Mas, sair do tratamento querendo a abstinência e não conseguir mantê-la é considerado “recaída”. São os processos intersubjetivos advindos da intencionalidade que de alguma forma determina como a pessoa enxerga a “recaída”. Inferimos então que para a díade “antiproibicionista-redução de danos” essa é uma questão primordial, pois considera de fato a intenção da pessoa em relação ao que ela pretende em seu tratamento ou relação de cuidado com o uso das substâncias.

As falas apresentaram diferenças de compreensão sobre “recaída” a partir do tipo de droga usada; sendo considerada “recaída” apenas o uso do *crack*, droga que motivou o tratamento. Deste modo, fica evidente a importância de se considerar a perspectiva das pessoas sobre a sua própria “dependência”. A crítica da pessoa que “recai” aparece na imposição do modelo na qual a abstinência total surge como escolha do equipamento e não dela. Por outro lado, a experiência desta pessoa com diferentes tipos de drogas e o impacto dessas em sua vida é que vai reger a sua necessidade de abstinência ou não:

A recuperação se baseia na abstinência total de qualquer tipo de substância, inclusive o álcool, né? Não é só uma questão do crack. O crack foi um tipo de substância que eu conheci no final de um processo que me direcionou de uma maneira mais intensa ao fundo do poço, né?! (Bambu CM_13 MAS Recife).

Se eu fumo só a maconha eu não acho que isso é minha recaída. Com a maconha eu fico tranquilo. Mas aqui tão dizendo que eu tenho que parar tudo porque uma coisa vai puxar a outra (Bambu Caps AD_15 MAS Sampa).

Então eu ficava cheirando cocaína e tomando uísque e assim como eu, o crack tava mais fácil... [...] e tem o tal do virado que as pessoas entopem mais química ainda que eu não gostava, ou eu cheirava cocaína e quando a galera começou a fazer virado foi quando eu comecei [...] Eu ainda continuo bebendo e fumando maconha e aí me seguro. Não acho que vou parar de tudo (Bambu Caps AD_10 MAS Recife).

Essa recaída minha aqui foi muito, porque eu tentei buscar outros tipos de droga sem ser o crack né, porque assim minha droga de preferência é o crack né é o que me leva pro fundo do poço. Então eu tentei fumar maconha não consegui, tentei beber não consegui, tentei cheirar não consegui né falei a minha droga de

preferência é o crack. Por mais que seja eu tentei né, mas assim não foi uma com foco né, então o foco meu é o crack eu não posso chegar perto do crack eu tenho que evitar (Bambu CM_27 MAS Sampa).

Essa última fala nos remete a algo que é bastante discutido nas ciências hegemônicas sobre drogas que é a noção de “escalada”. Como se uma droga de menor “potencial dependogênico” levasse sempre ao consumo de uma substância mais forte, ou ainda, que existe uma “porta de entrada” para o consumo de drogas sempre saindo de uma droga “mais leve” para outra “mais pesada”. Claramente estudando a questão do *crack* vemos que estas teorias não se sustentam na relação estabelecida com as drogas, pois diferentes “portas de entrada” ou mesmo a manutenção em apenas um tipo de substância, eleita como uso preferencial, tem comumente se estabelecido.

Também as narrativas foram interessantes porque diferem da representação encontrada por Rezende e Pelicia (2013) que traz a “recaída” como qualquer consumo de drogas durante ou após o tratamento. A importância de se considerar a perspectiva das pessoas sobre a sua própria “dependência”, aparece nas narrativas através da crítica que alguns conseguem fazer pelo que recai sobre eles na imposição do modelo no qual a abstinência total é escolha do equipamento e não delas. Por outro lado, a experiência com diferentes tipos de drogas (Becker, 2008) e o impacto dessas em suas vidas é que vai reger a sua necessidade de abstinência ou não (Moraes, 2008). Os diversos contextos de vida aos quais as pessoas que abusam do *crack* estão inseridas é que vão de alguma maneira influenciar as suas tomadas de decisão sobre a maneira como irão lidar com o tratamento.

Nesta direção também encontramos algumas falas, porém, o sentido de “recaída” estava muito associado à experiência de ter ou não algum sofrimento após o uso de outra substância além do *crack*:

Antes de eu usar qualquer outra droga eu fumava maconha, entendeu? Então eu não tive problema nenhum com perder confiança de ninguém e nem de família por causa da maconha. [...] E depois que eu comecei a praticar o uso de crack eu não fazia mais nada. Então drenou as minhas forças e eu fiquei assim sem vontade de fazer as coisas, entendeu? Eu parei no tempo. Mas seu eu recaí da maconha, tá de boa. O ruim é eu recair do crack, que me acaba (Bambu CT_13 MAS Recife).

Se você já tivesse bebendo, dava vontade de fumar e se você fumasse dava vontade de beber. Tah entendendo como é o ciclo vicioso de Satanás? É assim que funciona. Mas o que me faz mesmo sofrer é o crack, num é beber, ou fumar cigarro, ou usar maconha. É o crack (Bambu CT_15 MAS Recife).

Por último, em relação aos sentidos dados à “recaída”, alguns concluíram que esta faz parte do tratamento, corroborando o que alguns autores também defendem (Ribeiro, Duailibi e Perrenoud, 2010):

Eu aprendi que a recaída faz parte do tratamento. A pessoa aceita se recuperar, isso diz o livro dos narcóticos anônimos. Eu fui muito lá e eles dizem que a recaída da pessoa faz parte do tratamento (Bambu Caps AD_11 MAS Recife).

Umas dizem que é fraqueza e sei lá o quê. Mas minha referência já falou que faz parte. O negócio é eu aprender a diminuir os problemas que eu tenho toda vez que eu recaio (Bambu Caps AD_22 FEM Sampa).

Á luz das reflexões de Maturana (2001, 2005), a este fenômeno estudado, tais observações em relação a conceituação sobre o que é “recaída”, aparece de forma intensa tendo relação com o que o observador (que são os trabalhadores das instâncias de cuidado) estão se referindo às pessoas. Por exemplo, dizer que a “recaída” faz parte do tratamento ou não, é um reflexo de uma representação trazida pelo outro. Esse outro muitas vezes é aquele que cuida. Ou também o conjunto das atividades e intervenções que reafirmam os sentidos dados à “recaída” pelas pessoas em tratamento do *crack*. Admitir a recursividade significa reconhecer a “recaída” como processo contínuo presente na biografia da pessoa que é “dependente”, com momentos em que a questão da droga emergirá como o objeto a ser cuidado.

Aqui, consideramos importante lembrar que “recaída” não passa a ser recursividade pois não são sinônimos. Não se trata de nomear o “desfecho” apenas de outra maneira. É preciso compreender que as pessoas estão sempre voltando e revivendo as questões primordiais das suas vidas. Seja algo sentido como positivo ou negativo. No acompanhamento da recursividade não há **um** “desfecho”. E embora não seja algo trabalhado pelos operadores do cuidado, é essencial perceber que a recursividade remete à experiência vivida ao longo da vida das pessoas (Maturana, 2001, 2005). A maneira como os técnicos,

cuidadores e profissionais observam para estas pessoas é que necessita ser modificada - caso estes trabalhem à luz da redução de danos. O movimento recursivo deve ser acompanhado sem a expectativa da abstinência como única possibilidade de cuidado, porque se isto não for compreendido anteriormente ao tratamento, as aprendizagens e mudanças das pessoas não serão percebidas e serão descartadas, haja vista que na perspectiva da abstinência, apenas **um** “desfecho” é compreendido como sucesso: o de ficar “limpo” da droga.

Assim, há necessidade em se utilizar de todos os recursos biopsicossociais que se possa lançar mão para a “prevenção da recaída”. No entanto, a “recaída” é uma experiência admitida com dificuldades tanto pela pessoa que “recai”, no sentido de que ela reconheça que precisa de cuidados, quanto dos técnicos e cuidadores, ou mesmo dos familiares, no sentido do reconhecimento concreto dos processos intersubjetivos que a “recaída” induz. Ou seja, há serviços, independentemente dos modelos aos quais estão afiliados, que não consideram a subjetividade trazida pelas pessoas e atuam no que Maturana (2001, 2005) refere como a negação do outro.

7.3 Onde encontramos nossos *Bambus*?

Como dito na metodologia deste estudo, abordamos as pessoas provenientes de três domínios de tratamento, quais foram: as Clínicas Médicas (CM), os Caps AD e as Comunidades Terapêuticas (CT).

Tabela 1: Distribuição das entrevistas por serviços em Recife

Serviços	Quantidade	Entrevistas perdidas	Entrevistas válidas
Clínicas Médicas	6	1	5
CAPS ad	28	1	27
Comunidade Terapêutica	26	2	24
Total	60	4	56

Tabela 2: Distribuição das entrevistas por serviços em São Paulo

Serviços	Quantidade	Entrevistas perdidas	Entrevistas válidas
Clínicas Médicas	8	1	7
CAPS ad	45	3	42
Comunidade Terapêutica	7	4	3
Total	60	8	52

Pode-se dizer que a entrada no campo se deu de acordo com as permissões e facilidades e/ou dificuldades advindas do território (gerentes, acesso, distância, horário de funcionamento, *gatekeepers*).

Apesar do estudo ter sido realizado em São Paulo e Recife e suas respectivas regiões metropolitanas, observamos que algumas das pessoas entrevistadas eram provenientes de outras cidades e estados, demarcando uma prática comum especialmente quanto à modalidade de tratamento das CT e CM. Junto aos Caps AD essa questão não foi observada, visto que, nesta modalidade de cuidado, exige-se que a pessoa acolhida more no território adscrito ao serviço. Tal questão diz respeito à Portaria 336/GM de 2002 que orienta o funcionamento dos Caps, distinguindo os tipos de Caps e a forma como estes deverão ofertar o cuidado, dando prioridade ao atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes **em sua área territorial**, e que ainda deverão ofertar um serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo **a lógica do território** (Brasil, 2002).

Porque eu morava com a minha família mesmo de sangue. Aí começou a ficar complicado, porque eles falaram ou você pode viver com essa droga ou você pode viver com nós [...] Daí foi o dia que eu fui embora da minha casa. Até hoje isso não sai da minha cabeça. Foi numa noite de recaída. Foi na recaída que a eu resolvi e vim parar aqui. Porque eu mesmo sou do interior (Bambu CT_12 MAS Sampa).

Eu fui resgatado né? O pessoal da clínica me catou em casa de ambulância e me trouxeram de helicóptero e tudo. Acho que isso foi muita confusão que deu na minha família. Porque tinha quem queria e tinha quem não. Eu agora agradeço (Bambu CM_3 MAS Sampa).

Destacamos esse aspecto porquê, como dito, os Caps estão na composição das Redes de Atenção Psicossociais (RAPS), que, por sua vez,

fazem parte das Redes de Atenção (RAS), que são os “[...] *Jarranjos organizativos de ações e serviços de saúde [...] que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*” (Brasil, 2010); porém, só muito recentemente, e não sem haver controvérsias, as CT receberam o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁶⁶. Essas questões são importantes para o estudo do fenômeno da “recaída” e os motivos que fazem as pessoas “recaírem” porque, primeiramente, cabe ao CAPS (através do Art. 2º da portaria 336) definir que apenas os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental; e as CT não são públicas e não funcionam em regime aberto⁶⁷.

Em seguida, apesar de não ser o objetivo central da pesquisa, foi identificado o que Garcia (2013) revela: a maneira como os serviços são ofertados (incluindo os Caps), acabam colaborando com as recidivas. A autora aponta que as “recaídas” possuem diversas significações, o que contrasta com a ideia hegemônica do retorno ao padrão inicial de consumo e reduzem a clínica do cuidado a uma mera reprodução do que já foi vivido, colocando as pessoas num círculo sistemático de “*internação-desintoxicação-intoxicação-internação*” (p. 139) Assim corroboramos nossos achados secundários da pesquisa a esta precarização na oferta dos serviços, prejudicando a ampliação do cuidado.

De acordo com os critérios das instâncias de tratamento, todas as pessoas entrevistadas estavam em fase final do tratamento. No entanto, tal questão carece de estudo aprofundado sobre as *práxis* existentes nos serviços, visto que, encontramos Caps AD que ao solicitarmos pessoas com perfil para

⁶⁶ A Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e as Associações Religiosas de diversas denominações, em especial as evangélicas, espíritas e católicas, encontraram meios de tornar as CT financiáveis pelo SUS, rompendo uma resistência de anos ligada a Luta Antimanicomial. A recente Portaria nº 1.482, que “*Inclui na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde – CNES, o tipo 83 – Polo de prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde*” (Brasil, 2016), demonstra o quanto é difícil rompermos com a lógica asilar, os estigmas e preconceitos ligados ao cuidado das pessoas que usam drogas.

⁶⁷ Este não um é tema específico deste trabalho e não poderemos aprofundá-lo neste momento. No entanto muitas pessoas que trabalham nas RAPS e nas RAS sabem o quanto é duro e difícil se dar conta do “fazer supervisão e regulação” de um território. De modo que, a entrada das CT sem que haja uma ampliação de servidores para a supervisão (avaliação e monitoramento) desses serviços que estão geralmente “fora” do território adscrito, torna-se um problema grande no sentido do acompanhamento das pessoas que usam drogas.

entrevista (ou seja, maiores de 18 anos, que tinham buscado tratamento prioritariamente por conta do *crack* e que estivessem em final de tratamento), tanto fazia ter serviços que só consideravam “fase final do tratamento” quando a pessoa estava há mais de 01 ano ou mínimo de 06 (seis) meses em abstinência, como há apenas uma semana. Em alguns serviços o que serve de avaliação para a noção de “fase final do tratamento” eram as condições pessoais dos “pacientes” – se estavam em contato com a família, se haviam retomado as atividades da vida diária, higiene pessoal, trabalho etc.

Aqui, já nos cabe o questionamento sobre em quais díades estão afiliadas essas instâncias de tratamento. Se na díade “proibicionista-abstinência” ou se “antiproibicionista-redução de danos”, e/ou se operando na observação da “objetividade sem parênteses” ou na “objetividade entre parênteses”. Assim, encontramos pessoas mais fragilizadas em suas falas que outras, dependendo de suas condições emocionais frente ao próprio tratamento, às suas famílias e a si mesmas. Certamente é inverossímil a possibilidade de todos os serviços operarem a partir de uma única lógica de cuidado. A ideia de “fase final de tratamento” também trouxe aos observadores algo do senso comum, como se isto só fosse possível, àqueles que estivessem “limpos da droga” há mais tempo. Acabamos entrevistando pessoas que estavam sem o uso do *crack* há apenas dois dias e mesmo assim encontravam-se em “fase final do tratamento” (de acordo com os critérios dos serviços que diferenciavam-se entre si).

Na sequência das categorizações a partir da análise feita das entrevistas, o conceito de “recaída” elaborado pelas pessoas entrevistadas nos pareceu fundamental para o posterior entendimento do que elas consideraram como motivos para suas “recaídas”.

7.4 Motivos que levam a uma recaída

As narrativas do grupo de entrevistados demonstram que os motivos que levam à “recaída” são situações conhecidas e inseridas no cotidiano das pessoas entrevistadas, ou seja, nada do que foi relatado aproxima-se do incomum de

forma a associar “recaída” a situações excepcionais como já referido por Rigotto e Gomes, 2002; Alvares, 2007; Pedroso *et al*, 2013; e Yang *et al*, 2015.

Essa constatação leva-nos a acreditar que a “recaída” é um processo bastante comum, tido pela literatura como um fenômeno quase inevitável e de difícil gerenciamento, tanto pelas pessoas que abusam da droga quanto pelos profissionais envolvidos na sua recuperação, considerando que os motivos desencadeadores são de difícil controle, exatamente porque são muito comuns (Rigotto e Gomes, 2002; Kassani *et al*, 2015). Muitos relatos trazem como motivo para “recaída” aqueles relacionados aos efeitos do uso da droga tais como dificuldades cotidianas, estresse, alegria, dor física, insônia, vontade de transar, dentre outros aspectos relativos à subjetividade da pessoa:

O crack, como eu falei, ele fala mais alto, ele sempre... qualquer coisa que fizer, vc tá pensando no crack. [...] O crack tá na sua cabeça 24 horas martelando na sua cabeça (Bambu Caps AD_3 MAS Recife).

Buscar o refúgio nas drogas no momento de dificuldade, no momento difícil que surge em nossa vida. [...] problemas como eu me estressar e dizer: Ah! Vou usar droga e, porque tem mais coisas, sabe? Discussão, não sabe? E eu me perturbar, oxe, que nada, vou usar droga mesmo. Discussão, falta de concordância, até mesmo isso acontece até dentro de centro de reabilitação, ou seja, com monitor, com qualquer residente, porque é o seguinte: tem lá até na nossa família mesmo uma discussão, não é diferente de dentro do centro de reabilitação. Tá tratando com vidas... e eu acredito que o estresse né? Causa muito uma recaída também, se não se tiver o cuidado vai acabar caindo ali de novo no crack (Bambu CT_18 MAS Recife).

A ansiedade volta. Enquanto tá no remédio, tá abstinente, aí controla. Parou o tratamento, qualquer coisinha dá uma recaída (Bambu Caps AD_3 FEM Recife).

Não. Não. Você só pensa em prazer e sexo. E aí recai (Bambu Caps AD_3 MAS Sampa).

Esse processo nos remete ao movimento da recursividade (Maturana, 2001, 2005), não como sinônimo da “recaída”, mas como algo inerente a todo ser vivo, e que, nos humanos, toma formas e contornos diversos a partir da complexidade que envolve o uso de drogas (Cruz *et al*, 2016), em especial na compreensão de que as ideias, palavras e ações dispõem de diligências que demasiadamente escapam à intenção de suas finalidades iniciais (Morin, 2001).

De modo, que compreender a “recaída” enquanto constructo teórico quase que inerente aos dependentes vai perdendo sua força, quando percebemos que estamos envoltos em um movimento singular, que dependerá das atuações de vida das pessoas.

Talvez alguns possam compreender que a “recaída” é parte de um movimento maior que é o fenômeno da recursividade, porém, enquanto constructos teóricos, não se trata disso exatamente; pois, a “recaída” ancora-se em uma base epistemológica de outra ordem, aqui discutido anteriormente através da díade “proibicionista-abstinência”. Já a recursividade encontra-se embasada em aportes teóricos que consideram a complexidade, a redução de danos, os direitos humanos como princípios e diretrizes que não podem ser negligenciados no cuidado às pessoas que usam drogas.

Para Morin (2001) nossas ações são soberanas à nossa própria vontade⁶⁸, visto que os contextos sociais, culturais, políticos e biológicos podem atuar, transformando o sentido delas e tornando seus desfechos imprevisíveis. Tal ideia também nos remete às reflexões de Paiva, Ayres e Buchalla (2012) sobre vulnerabilidade, pois, os desfechos pelo uso do *crack*, em muito vão depender do quanto e como as pessoas estão e se sentem expostas, ou quanto estão em desvantagem social, como discutido por Souza (2016).

Assim, com essa reflexão, interessante observar o que já foi trazido nas teorizações de Olievenstein (1990) e Colle (2001) quando pensam sobre a “dependência”: a interação dos fatores e suas intersubjetividades. É como se os constructos teóricos também estivessem em recursividade, num processo *pari passu* de perspectivas que, necessariamente, não anulam os demais, tais quais as reflexões sobre os paradigmas e modelos. No entanto, para nós, ampliar o olhar sobre a “recaída” está no sentido do que Merhy e Feuerwerker (2008) refletem sobre a relação empobrecida existente quando os profissionais perdem a sua dimensão cuidadora. Para os autores, quando a pessoa é tomada apenas como corpo biológico e objeto da ação, tal relação deslegitima os demais saberes de forma unidirecional, como se apenas coubesse a quem está sendo

⁶⁸ Tal reflexão advém do pensamento de Edgar Morin sobre a “A ecologia das ideias”. Para saber mais, buscar ler: MORIN, E. Ética, Cultura e Educação. São Paulo: Cortez, 2001.

tratado, a cooperação. Ou ainda, como se tal cooperação viesse a partir de alguma revelação dos próprios técnicos. E sabemos que não é assim. Tanto que os autores findam por refletir o quanto é difícil a adesão às propostas terapêuticas.

A análise de conteúdo feita nas narrativas resultou em vários motivos apontados pelas pessoas entrevistadas como desencadeadores da “recaída”, e para facilitar, transformamos em subcategorias, inspiradas no triângulo de Olievenstein apenas para fins didáticos, mesmo sabendo que as pontas: pessoa, droga e ambiente, inclinam-se mais para o “triângulo de Escher” num movimento de recursão.

A Tabela 3 mostra esses motivos que foram dispostos de acordo com a ordem de citação no momento da categorização. Na sequência foram agrupadas em grandes categorias inspiradas na tríade de Olieveinstein (1995):

- ❖ Motivos associados à pessoa (**MP**),
- ❖ Motivos associados à droga (**MD**),
- ❖ Motivos associados ao ambiente (**MA**).

Tabela 3: Principais motivos citados pelas pessoas entrevistadas como desencadeadores de Recaída

MOTIVO	CATEGORIA
Não sabe lidar com as emoções	MP
Disponibilidade de recursos - Tem dinheiro	MA
Continua com os mesmos hábitos de antes	MA
Não faz manutenção do tratamento	MP
Constante desejo pela droga	MD
Falta de conscientização e/ou esquecimento dos problemas decorrentes do abuso do <i>crack</i>	MP
Sintomas de abstinência	MD
Por fraqueza	MP
Entra em contato com droga lícita ou ilícita	MA
Não quer parar de usar o <i>crack</i> (perda da capacidade de escolha / de decisão) – impotência diante do <i>crack</i>	MD
Tem pensamentos constantes no <i>crack</i>	MD

Porque vê outras pessoas usando	MA
Porque sofre influência do diabo	MA
Porque acredita que pode ter o uso controlado	MP
Porque fica ocioso	MP
Porque se sente doente	MD
Por causa da sensação de prazer que sente	MD
Porque sofre violência	MA

Fonte: A autora, 2016.

7.4.1 Recaída a partir dos motivos associados à pessoa

Foram agrupados nessa categoria os motivos que são originados a partir da própria pessoa, pelas suas características emocionais ou comportamentais como:

Não sabe lidar com as emoções

As narrativas das pessoas entrevistadas mostraram um grau de frustração superdimensionado. Ou seja, a labilidade de emoções e o pouco instrumental interno para suportá-las desencadearam uma frustração que só foi aplacada com o *crack*. As relações interpessoais, como problemas de relacionamento com as pessoas próximas, foram evocadas como as principais causas. Os trechos dos relatos abaixo representam essa situação:

É quando eu tenho frustração, quando o meu pai briga comigo, minha namorada tá grávida lá, não quer nem falar comigo, tá de patifaria, aí é nessa hora aí que a gente fala: “-Poxa vida, mano, eu vou usar droga, porque é o único jeito de fazer alguma coisa pra ninguém encher o saco, mas aí piora, né, meu? (Bambu Caps AD_9 MAS Sampa).

Voltei de novo, por causa de uma vizinha que ela dizia que eu fazia as coisas escondido sem eu fazer. Ela dizia: “-Tú tah noiando”. Como eu tava noiando? se eu tava bonita, forte, tava com bicicleta, com celular, eu tava com dinheiro guardado. E noiado guarda nada, aí. Vendi celular e nem nada, aí com raiva dela eu não toh noiada não, mas agora eu vou fumar! (Bambu Caps AD_9 FEM Recife).

A inabilidade das pessoas entrevistadas em lidar com as emoções foi de fato o motivo que mais despontou neste estudo. Esse achado não deixa de ser surpreendente, ainda que numa amostra intencional, quando se considera que

os efeitos do *crack* são rotulados como arrebatadores e, portanto, mais prováveis de desencadear “recaída” (Stewart, 2008; Araujo *et al.*, 2011). Isto acontece tanto que vários são os autores que atribuem à fissura a principal razão de “recaída” (Xue *et al.*, 2013; Witkiewitz *et al.*, 2013). No entanto, além deste, outros a seguir referem que está na pessoa o maior motivo para suas “recaídas”, nos quais se percebe uma corrosão de aspectos cognitivos e emocionais da pessoa que gera essa impotência de lidar com suas relações sócio afetivas. Porém, não se trata de culpabilizar a pessoa, mas de reconhecer a necessidade que esta tem de se abastecer de recursos internos, tais como a resiliência e a capacidade de lidar com aspectos negativos, para lidar melhor com seu processo de “recaída”.

Não faz manutenção do tratamento

De modo geral, nesse grupo de entrevistados, emergiu a crença de que o final de um tratamento não seria garantia de sucesso; o efeito positivo do tratamento não se garantia por muito tempo. A recomendação recorrente trazida era de que houvesse uma “manutenção do tratamento”, sendo o mais citado o modelo dos “12 passos” e também algumas outras alternativas:

Ele é um indivíduo fragilizado e por não tratar dessa fragilidade existe sim o risco da volta ao uso. Tem que ter uma continuidade do tratamento de alguma forma (terapia, 12 passos) para que ele possa se sentir um pouco mais aliviado diante da pressão que ele enxerga com a vida. (Bambu CT_4 MAS Recife).

Aqui, aqui foram duas vezes só, fiquei três anos aqui, fui até fui embora como não adesão ao tratamento, me deram alta por não adesão ao tratamento e voltei de novo, tô de volta de novo, fiquei seis meses quando procurei de volta (Bambu Caps AD_24 FEM Recife).

Uma coisa que eu sentia falta que eu falo que deveria ter é um atendimento do CAPS, né, de você ligar pra conversar... uma assistência familiar, pra paciente... [...]. Eu tenho o telefone do NA, mas quase nunca ninguém atendia quando eu ligava. Eu não tinha pra quem pedir, eu tava sozinho, a maioria do tempo eu fiquei sozinho, né? Bambu Caps AD_9 MAS Sampa).

Geralmente por falta de, sabe, de ânimo, sabe, da cabeça não tá no lugar, falta de assim nas oficinas, falta nos exames que a gente faz geralmente, nas consultas, é bem assim (Bambu Caps AD_13 FEM Sampa).

Como um diabético tem que tomar insulina todos os dias, eu tenho que procurar me trabalhar emocionalmente, trabalhar os meus pensamentos, as minhas vontades, então tenho que procurar um grupo de apoio, uma psicoterapia, companheiros que passar a dificuldade que tô passando e conseguiram enfrentá-la sem usar droga e então é todo um contexto de ajuda. Então a prova certa é a ajuda [...] é a minha estratégia de evitar uma recaída é pedir ajuda, é pedir ajuda ao meu padrinho, é pedir ajudar a comunidade, é frequentar a comunidade, é frequentar o contexto que transmita a recuperação [...] pedir ajuda sempre estar irmanado com quem quer o que eu quero: que é a recuperação só por hoje, porque o amanhã eu não sei e então eu tenho que viver o só por hoje (Bambu CT_17 MAS Recife).

Vê-se que não permanecer em “manutenção do tratamento” pode estar diretamente ligado ao aspecto anterior: “não saber lidar com as emoções”, quando, por exemplo, existe também uma frustração das pessoas por não serem bem atendidas ou os serviços demorarem a recebê-las. Porém, essa questão não pode ser compreendida como apenas uma inabilidade das pessoas em lidarem com seus sentimentos. É necessário o reconhecimento de que falta uma rede de proteção e cuidado resolutiva que abarque essa mesma referida “inabilidade”. Neste grupo, não pudemos explorar melhor essa questão. Porém não devemos perdê-la de vista.

Falta de conscientização e/ou esquecimento dos problemas decorrentes do abuso do crack

Citaram que quando saíram do tratamento e entraram em contato com o crack, esqueceram o ônus que a droga causou e as perdas que tiveram em função dela. A falta desse aprendizado levou-os a “recair” muitas vezes:

Porque esquece do trauma que passou. Da situação difícil que passou, você podia ter comprado uma outra coisa mas comprou a droga. Não levou ninguém em consideração, deu uma saidinha ali pra poder comprar crack, entende? Então, essa frustração, você esquece ela muito rápido (Bambu CT_17 MAS Recife).

Eu não tinha noção como era difícil esse, esse vício né? (Bambu CT_29 MAS Recife).

A gente as vezes entra nesse meio aí, a gente nem sabe, porque a droga, o crack ela não aparece num momento de tristeza, a droga não aparece... ninguém chega assim: “-Ó, vamos ali fumar uma pedra de crack que você vai destruir sua família toda, tua vida toda”. Ninguém chega pra falar isso, né? “-Ah, vamos ali

tomar uma cerveja, usar uma droguinha, vai ser legal!” tem uma festa, você tá ali bebendo, tem mulheres no meio, tem aquilo e aquilo outro... Quando você vai se ver você já experimentou, entendeu? É assim que a droga aparece na nossa vida (Bambu CT_13 MAS Recife).

Observa-se que a tomada de consciência é diferente do que comumente referimos como conscientização. Ou seja, a tomada de consciência está para além do saber. Para a tomada de consciência tem que haver a ação. Sair do cognitivo para o agir. Para Maturana (2001) a tomada de consciência também deverá considerar as emoções. Estas tornam-se dignas e patentes, quando o seu agir de modo responsável é sinônimo de agir com a consciência de querer ou não as consequências de suas ações.

Assim, cabe-nos a reflexão sobre até que ponto nossos modelos de cuidado ajudam as pessoas em seu processo recursivo, para além do abuso de drogas. Maturana (2001, p.132) referiu como “critério de validação das explicações científicas” como uma maneira de viver permitindo ao observador operar metodicamente em uma reflexão recursiva sobre seus acontecimentos e tomar-se responsável em relação a suas ações, autonomamente ao ponto de findar ou não a concluí-las num caso particular. Ou seja, no caso da recursividade das pessoas em tratamento para o abuso do *crack* pensarmos o quanto de tomada de consciência é trabalhado com as pessoas buscando o reconhecimento das suas aprendizagens e ações.

Ainda sobre as narrativas que trazem o “esquecimento” dos problemas decorrentes do abuso do *crack*, por várias vezes, relatam que ao entrarem em contato novamente com o *crack* começaram a utilizar a tomada de consciência como motivo para não “recaírem”; é como se dissessem: “Eu esqueço do que passei com o *crack*, mas, quando vejo ou uso, eu lembro e tomo consciência para não recair”:

Na rua o sofrimento é muito grande, você fica dormindo no papelão, trocando de lugar, risco de vida, que você pode de repente dar um cochilo e dormir mais profundo um pouco, que lá geralmente você não dorme, você cochila. Que justamente, qualquer pessoa que se aproximou, você se levanta logo, então você só cochila, você não dorme. Então eu fiz uma reflexão e uma análise de todo o sofrimento da primeira vez, da segunda vez... Uma reflexão do tratamento que eu toh fazendo, aonde eu toh no intensivo pra que isso não venha acontecer

mais, só que essa reflexão tem que ser por toda vida [...] (Bambu Caps AD_11 MAS Recife).

Eu já consegui ficar naquela de esquecer o que passei, mas aí, quando chega o crack de novo, eu tenho que recorrer logo a minha lembrança. Tenho que frear e lembrar o que minha consciência diz. Que é pra eu parar. Assim eu vou tomando consciência de que meu problema é pra sempre (Bambu CT_2 MAS Sampa).

Certamente trabalhar a “tomada de consciência” é um desafio para os cuidadores e técnicos visto este ser um processo que carece de sensibilização e despertar pessoal, que no processo recursivo das pessoas o tempo e a maturação entram como agentes que nem sempre caminham juntos com a intencionalidade e empatia de quem cuida.

Fraqueza

Alguns foram bastante conservadores e intolerantes à “recaída” e atribuíram o fato a uma fraqueza daquele que a praticou. Nota-se uma certa rigidez no discurso, incluindo um determinado julgamento moral:

Porque é a fraqueza. Acho que é da fraqueza da pessoa assim de não ter pulso forte. Sem pulso forte a gente não consegue, assim que eu to dizendo aquela sede, aquela ansiedade. A ansiedade volta. Enquanto tah no remédio, tah abstinente, aí controla. Parou o tratamento, qualquer coisinha dá uma recaída. (Bambu CT_3 MAS Recife).

Porque eu acho que tem a mente fraca (Bambu Caps AD_2 MAS Recife).

No começo era aquela coisa de... no início eu achava que: “-Ah, ninguém...”, sabe? O culpado era quem estava ao meu redor, sabe? Aí depois com o tempo, eu percebi... o culpado sou eu, não são os outros que estão ao meu redor, né? Mas isso eu já sei já faz mais de 10 anos que eu já sei. Quem faz a merda na vida da gente é a gente, né? Sou eu, no caso, né? Não é os outros, né? Ninguém colocou a pedra na minha boca e acendeu (Bambu Caps Ad_9 MAS Sampa).

Por outro lado, as adversidades da vida cotidiana são percebidas pelo grupo de entrevistados com exagero, principalmente quando envolvem relações interpessoais, fato bastante evidenciado entre os participantes do estudo. A dificuldade que as pessoas que abusam do *crack* têm em tolerar frustrações, imputam a “recaída” como uma resposta ao não enfrentamento destas situações (Silva *et al*, 1995, Yang, 2015).

Rigotto e Gomes (2002) alertam para essa situação a qual pode originar um círculo vicioso, já que a tendência do indivíduo, após a “recaída”, é sentir-se fracassado, frustrado, o que contribui ainda mais para a continuidade do consumo. Porém, transpondo a perspectiva de Maturana (2001) podemos inferir que esse movimento, num processo recursivo, traz mudanças pessoais porque: *“Sistemas vivos são sistemas históricos. [...] na medida em que eles existem no fluir de seu viver em circunstâncias que mudam congruentemente com eles, eles existem atemporalmente, num presente em contínua mudança”*, o que indicaria uma leitura teórica diferente sobre tais questões.

Silva (2007) ao estudar as representações sociais das famílias em relação a seus parentes em tratamento por conta da dependência de drogas, observou que a palavra fraqueza aparecia juntamente com outro grupo de “justificativas para o uso”, quais foram: pobreza, saída, doença, falta de fé, falta de amor e a própria fraqueza. A palavra saída era compreendida como “deixar as drogas / sair das drogas” e doença compreendida como algo que não é culpa da pessoa. Dessa forma as duas palavras tinham uma conotação positiva sobre o olhar da família em relação a seus parentes, mas as demais eram referidas de modo negativo.

Porque acredita que pode ter o uso controlado

Algumas narrativas trouxeram questionamentos sobre a possibilidade ou não do uso de *crack* por meio uso controlado e como motivo de sua “recaída”, justamente, a crença em poder controlar o uso para os momentos que desejar. No entanto, para Oliveira (1989) há uma distinção entre uso habitual, como um consumo reiterado, e um consumo repetido, que já começa a influir nas relações do indivíduo, no nível afetivo, familiar e profissional.

Para o autor, existe uma busca perspicaz e sistemática, estando a pessoa num *“modos vivendi”*, no qual, é a partir do uso da droga que esta consegue funcionar, ser e estar no mundo. Algumas pessoas dizem que só conseguem dormir depois de terem usado determinado produto, ou que não conseguem trabalhar, ler, fazer amor, se não utilizarem a droga.

Para alguns, o uso do *crack* aparece a ponto de necessitarem dele para as atividades mais básicas e cotidianas da vida. Caso fossem capazes de evitar a “recaída”, ou controlar o uso da droga estariam negando a vida o próprio direito de viver já que se aparentam estar de forma indissociáveis à droga. Tais falas mostram-se num limite de vida mantida lado a lado com a droga e que forçosamente impõe a crença em que poder controlar o uso o impulsionou para a “recaída:

Então, isso eu acredito que vai de pessoa pra pessoa, né? Mas o tempo que ela pode controlar eu acredito que se for diariamente principalmente, ele não dura mais que 6 meses (Bambu CT_1 MAS Sampa).

No começo ela vai achar que tem o controle, ela vai trabalhar o mês todo, quando ele receber no final do mês ela vai usar crack. Mas com o passar do tempo, vai se tornar um rotineiro, porque ela vai querer não mais usar todo final de mês, mas toda semana e depois ela vai querer usar todo dia fazendo com que perca emprego, com que vá arrumar dinheiro ou roubar ou tirar as coisas de casa pra vender pra poder usar (Bambu CT_10 FEM Recife).

Por não aceitar, falta de aceitação de que uma vez dependente, sempre será dependente (Bambu CT_24 MAS Recife).

O mínimo, pra quem já foi né usuário uma vez, aí tentou. Se usar a primeira, aí você consegue ainda durante um mês, um mês e meio que foi o meu caso, então eu digo por mim, não sei as outras pessoas. Um mês, um mês e meio, você ainda consegue usar, uma vez por semana, mas por que? Porque é o começo da recaída, mais cedo ou mais tarde, também não passa de um mês não, você vai pro fundo do poço (Bambu CT_24 FEM Recife)

Apesar da subjetividade inerente a cada caso, as motivações de tal uso não sugerem um hábito e nem o uso controlado, mas sim um uso descontrolado e problemático, com graves consequências para a pessoa e sua família.

Porque fica ocioso

Para Maturana (2001, p. 148) a linguagem é:

[...] um modo de viver juntos num fluir de coordenação consensual de coordenações consensuais de comportamentos, e é como tal um domínio de coordenações de coordenações de ações. Assim, tudo o que nós seres humanos fazemos, nós fazemos na linguagem. Então, os objetos surgem na linguagem como modos de coordenação de nossos afazeres na linguagem; os diferentes mundos que vivemos surgem na linguagem como diferentes domínios de afazeres nas coordenações de nossos afazeres na linguagem; os diferentes

domínios de afazeres que vivemos como diferentes tipos de atividades humanas, sejam eles concretos ou abstratos, manipuláveis ou imaginados, práticos ou teóricos, ocorrem como domínios de coordenações consensuais de coordenações de ações em diferentes domínios de ações que surgem em nosso viver na linguagem. Assim, o linguajar é nosso modo de existir como seres humanos.

Sendo assim, é exatamente na linguagem que as narrativas nesta categoria, se imbrincam com o ditado popular: “cabeça vazia, oficina do diabo”; demonstrando o quanto a ociosidade surge como uma linguagem corporal, comportamental, mental e social. O *crack* se apresenta como um “ser” que impregna a pessoa caso esta esteja com a mente vazia”. Como se a droga ocupasse os espaços da mente do indivíduo e este passasse a agir e pensar pelo seu comando. Figura tratar-se de uma luta “insana” desse sujeito a fim de não a obedecer:

Toh com a mente vazia também. Se eu tivesse fazendo algum esporte, alguma coisa eu não ia recair [...] Mente vazia oficina do diabo (Bambu CapsAD_13 Mas Sampa).

Não. É certo sim. A pessoa tendo o que fazer, né, com atividades igual eu toh aqui contigo. A pessoa ocupando a mente a pessoa consegue, né? Agora se a pessoa ficar com mente vazia e não procurar nada pra fazer, a pessoa vai...Bambu Caps AD_5 Mas Sampa).

Mente vazia é oficina do diabo, né? Aí a pessoa precisa trabalhar, porque se não, se ficar parado, eu acho que recai (Bambu CT_9 FEM Recife).

A partir de achados secundários desta pesquisa, vimos a dificuldade das instâncias de cuidado em romper com o discurso de senso comum atrelados aos entrevistados e aos profissionais quando apareciam as falas reforçadores deste processo do trabalho como única possibilidade de “ocupar a mente” para a consequente cessação da vontade de usar a droga. Tal questão encontra eco nos primórdios da história da loucura, do tratamento moral e da laboraterapia quando se utilizava a ideia do trabalho como tratamento para os “males da alma” e do próprio desenvolvimento econômico capitalista.

7.4.2 Recaída a partir dos Motivos do ambiente

Foram agrupados nessa categoria os motivos que são originados a partir do contexto onde a pessoa vive. Das “pistas” existentes nesses locais e a cultura

de uso de droga da qual ela fez ou faz parte, motivos que fazem com que ela se sinta motivada a voltar a usar a droga.

Disponibilidade de recursos - Tem dinheiro

Lembrar do prazer da droga pode ser um pensamento constante na cabeça do “ex-usuário”, mas ter disponibilidade de dinheiro faz com que a droga fique mais “próxima” para alguns e a força de vontade⁶⁹ parece ceder diante de uma condição favorável ao consumo.

Recaída no meu caso é quando eu só por si estou bem um tempo, estou pretendendo ficar bem e não quero usar nada e do nada, as vezes pega um dinheiro e é aquela hora que fica horrível. Eu acabo recaindo depois de tanto tempo. De 3, 4 mês, depois do nada, as vezes pega um dinheiro, mais do que eu não tinha pego ainda e acabo com ele. Eu mesmo vou e acabo com o dinheiro e ai não paro mais (Bambu Caps AD_13 MAS Sampa).

Muitas vezes dentro eu não queria usar, eu não queria usar, mas sentia aquela coisa assim, dinheiro tá no bolso, morava sozinho, tudo propício (Bambu CM_3 MAS Sampa).

Força de vontade acaba. Eu não vou conseguir fazer força o dia todo, né? Vou dar um saco de cimento pra senhora, a senhora vai ficar segurando ele o dia todo? Então é a mesma coisa. Uma hora a força acaba. A gente tem que ter habilidade de lidar (Bambu CM_15 MAS Recife).

Acho que qualquer hora é hora pra fumar. / O crack você se interna mesmo. Fica escondido dentro de um canto, só queimando. / Com o dinheiro fica mais fácil de comprar, de ter acesso... (Bambu Caps AD_2 MAS Recife).

Essa questão do ter dinheiro em mãos é um desafio para os profissionais que atuam no modelo psicossocial que opera com a ideia da reinserção social. Muito se fala sobre a necessidade de a reinserção social passar pelo capital (dinheiro) visto que, por ser a sociedade brasileira capitalista e seus mecanismos de inserção, por vezes, acabar se dando por este viés (Bauman 2001, 2003, 2004; Birman 2001). A experiência do Programa “De Braços Abertos”⁷⁰ em São

⁶⁹ Importante destacar que geralmente a “força de vontade”, ou mesmo o autocontrole, geralmente é compreendida pelo senso comum como um esforço pessoal de controle sobre si mesma. Dessa forma, espera-se que a “força de vontade” ocorra quando a pessoa de fato quer mudar seu jeito de pensar, de sentir e de se comportar no intento de melhorar sua própria vida.

⁷⁰ Programa de Braços Abertos: é um programa que surgiu a partir do Grupo Executivo Municipal, coordenado pela Secretaria da Saúde e composto por mais outras 13 Secretarias Municipais, 2 Estaduais e a sociedade civil, e que teve por objetivo planejar, implementar, monitorar e divulgar ações relacionadas ao Plano Intersetorial de Políticas sobre Crack, Álcool e Outras Drogas de São Paulo. Este grupo surgiu a partir da adesão do Município de São Paulo ao programa federal Crack é possível vencer. Segundo a antiga coordenadora deste grupo executivo, Myres

Paulo vem mostrando - apesar de constantes ameaças da atual gestão - algumas estratégias relevantes no tocante ao atendimento dos atores em condição de vulnerabilidade social associada ao uso/abuso do crack. Os técnicos perceberam que o pagamento não deveria ser mensal, visto a pouca disponibilidade interna das pessoas participantes, que pode ser uma certa “falta de paciência” para aguardar a remuneração financeira, fazendo com que parte da clientela debandasse do programa por não aguardarem o pagamento. Também, ao receberem o montante no final do mês, ocorria um abandono grande ao próprio modelo proposto. Assim, o pagamento passou a ser concretizado semanalmente e pôde-se ver a melhora na adesão à proposta, bem como a melhora na organização pessoal de cada um, incluindo o uso do dinheiro não apenas para compra da droga. Foram incluídos itens pessoais de higiene como pastas e escovas de dente, sabonetes e xampus, além de muitos começarem a pagar por sua própria moradia.

Quanto a força de vontade, a maior parte das pessoas entrevistadas referiu que esta não é suficiente para evitar a “recaída”. Gorski e Miller (1999, p. 8) afirmam: *“A força de vontade sozinha não impede a recaída de um adicto, assim como não impede a recaída de um diabético, de um doente do coração ou de um artrítico”*. Pelas narrativas vemos que ao considerarem força de vontade como suficiente estão se referindo a uma força alimentada por algo externo a si mesmos, como é o caso de uma força de vontade advinda de Deus:

A força de vontade de nós, vem de Deus também primeiramente. Deus que dá essa força pra gente. O Espírito Santo toca na gente pra gente lembrar da onde agente caiu, pra gente não cair de novo naquele lamaçal que a gente tava (Bambu CT_19 MAS Recife).

Mas a maioria relata que além da força de vontade é necessária a ajuda externa como medicamentos, orientação de profissionais, da família e até a melhoria na qualidade de vida:

Cavalcanti, a ideia básica do programa é a garantia de um pacote de direitos – alimentação, moradia e trabalho – para a população que vive na chamada cracolândia. Assim, o direito de ressocialização e cidadania, propõe que aquele território continue sendo usado por eles, mas que garanta também que ele seja usado por outros cidadãos do município. Assim, consiste ainda na ideia de uma Revitalização Urbana em que as pessoas que estão usando drogas na região participem oferecendo seu trabalho. Disponível em: <http://abramd.org/wp-content/uploads/2015/03/SP-DeBra%C3%A7osAbertos.pdf>. Acessado em: 12 de jan de 2017.

É uma boa, mas sóh que você precisa de uma orientação de profissionais, principalmente. Algumas medicações, enfim, uma vida... uma qualidade de vida melhor. Uma vida social. Um livro, uma praia, um cinema, umas compras, um restaurante.... Assim, mudar de vida totalmente. [...]. Você precisa de uma qualidade de vida bem interessante e sobretudo, profissionais qualificados para que vejam seu caso e te ajude. Que é um caminho né a seguir... (Bambu Caps AD_1 MAS Recife).

Da minha família e por eu tá buscando ajuda e ter parado com o crack. [...] Daí que vem minha força de vontade. De eu lembrar o que todos eles fizeram por mim, pra pouca coisa, pra um, pra uma nota de 5 reais arrastar tudo que eles fizeram por mim. Aqui dentro do CAPS, família, por que aqui é uma família entendeu? Os internos aqui são uma família, então acho que 5 reais é muito pouco para mim me arrastar, 5 reais muito pouco pra arrastar eu de novo pra essa vida, chorar de novo, 5 reais é muito pouco pra mim perde toda, começar da estaca zero de novo. Muito pouco, então eu acho que a força de vontade ela é suficiente sim é sim (Bambu Caps AD_6 FEM Sampa).

Eu acho que só a força de vontade não é suficiente não, tem que vir acompanhada de tratamento psicológico, psiquiátrico eu acho, eu não usei remédio, mas o mais importante eu acho é o psicológico né, ser ouvido, ouvir, saber o que tá havendo, ter ferramenta pra não usar (Bambu CapsAD_12 MAS Sampa).

Uma reflexão maior acerca do que se entende teoricamente sobre “força de vontade” seria necessária para uma análise mais profunda das narrativas, dado que em alguns momentos - quando da nossa entrada no campo – em conversa com os técnicos nas três instâncias de cuidado e, especialmente, os entrevistados que estão atuando como “obreiros⁷¹” ou voluntários, a expressão “ter força de vontade” tanto aparecia como algo que deveria ser “ensinado” àqueles que não possuíam, como algo que não se “ensina” mas que a pessoa traz dentro de si ou não. E caso a pessoa não possua essa “força de vontade” ela precisa reconhecer sua impotência diante da droga e se manter num “eterno” tratamento. Apesar de não termos feito análise quantitativa em termos de tipo de respostas que mais aparecem nas instâncias de cuidado, essa questão ficou evidente em maior grau nas CT. A questão da “força de vontade” é quase uma premissa do modelo de tratamento ao qual a CT é filiada. É como se a “força de vontade” devesse ser ensinada como condição de sucesso do tratamento.

⁷¹ Obreiros são “ex-usuários” ou pessoas em “remissão do uso de drogas” que atuam nas Comunidades Terapêuticas como forma de consolidarem ou manterem seus tratamentos. Vimos que alguns se mantêm nessa condição “profissional” como forma também de se sustentarem economicamente, em razão de receberem algum salário ou apenas a moradia e alimentação por esta atividade.

Continua com os mesmos hábitos de antes

Voltar para o mesmo local onde utilizava droga, encontrar os amigos de uso, passar pelas bocadas, cruzar na rua com pessoas que sabidamente usam crack, são fortes estímulos para voltar a usar a droga. Acresce-se a esses motivos a falta de atividades, de perspectivas na vida:

Eu acho que recai porque, assim,... Porque quando sai daqui, aí volta pro mesmo lugar onde mora, né? Alí ele conhece tudo. Onde arrumar dinheiro, comprar as drogas e também tem aquela questão que, quando chega em casa não faz nada e fica com a mente vazia, né? Então ele procura em que se ocupar. Então acaba se ocupando nas drogas outra vez (Bambu CT_8 FEM Recife).

Me dá vontade. Eu vejo uma pessoa que eu sei que usa a droga, eu vejo ela eu já... eu quero. Alguma coisa dá na minha cabeça que não é eu. Tem vezes que eu converso comigo: “Meu Deus, não faz isso!” Mas alguma coisa fala: Não. Solta ele (Bambu FU_11 MAS Rec).

O que eu, o que eu tenho feito é eu excluí todos os lugares e amigos que me levavam ao vício, acabei com isso, durante até algum tempo eu, depois que eu já tava um ano mais ou menos abstinente eu até comecei a frequentar bares, sair de novo com algumas pessoas, via o pessoal usando porque eu já tava tranquilo, tava, já tinha amadurecido a ideia de que eu tava curado só que isso começou a não me fazer bem, começou a me colocar na cabeça que realmente eu poderia me, tomar um pouquinho do chá de já tô bom. Então eu percebi isso, percebi isso e prá não recair de novo ou continuar com essa maneira de amadurecer essa ideia eu excluí novamente tudo isso. Hoje eu não tô mais indo muito em lugares de consumo de álcool, droga eu prefiro excluir as pessoas que estão usando. Não tô saindo mais, porque não me fez bem isso, me deu alguns sinais que eu poderia, se continuasse insistindo, recair, e eu não quero recair. Não vai ser bom pra mim (Bambu Caps AD_11 MAS Sampa).

As falas nos remetem à compreensão da recursividade como um movimento de aprendizagem que se dá para além das petições obediência (Maturana 2001). Ao aceitarem como orientação de “prevenção da recaída”, refletindo sobre a necessidade que sentem em “não continuar com os mesmos hábitos de antes”, podemos observar que as pessoas estão tentando vivenciar sua experiência com a droga de alguma maneira diferente que a experiência anterior, já que entenderam que manter os mesmos hábitos poderá levá-las a um comportamento já sentido como prejudicial a si mesmas.

Modificar os hábitos é um esforço pessoal e familiar (considerando a unidade familiar) posto que o sucesso para alcançar tais mudanças se dá de maneira intersubjetiva, num reaprendizado pessoal e coletivo.

Golestan (2010) e Peyrovi *et al.* (2015) afirmam que a manutenção de hábitos antigos pode afetar o processo de abstinência e motivar à “recaída”. Tal afirmação nos leva às definições de dependência de Colle (2001) quando aponta, por exemplo, a dependência dos pares, dos provedores, das relações afetivas, fazendo-nos inferir que “mudar hábitos” requer ações muito difíceis de romper. Por isso, a necessidade de um trabalho de fortalecimento e empoderamento das pessoas para que elas possam de fato fazer escolhas conscientes e no sentido dado por Maturana (2001), que carrega consigo a consequência do que se quer fazer ou se pode fazer.

Entra em contato com droga lícita ou ilícita

Há drogas que associam ao uso do *crack* para interferir nos efeitos produzidos por este, seja para intensificar o prazer, seja para diminuir os efeitos indesejáveis. Parece que usar essas drogas na abstinência do *crack* pode levar a uma “recaída”. O álcool aparece como a droga mais comprometedora nesse aspecto:

E também cuidado com o álcool. O álcool é só como se fosse uma válvula... O álcool é como se fosse um veículo que você pega ele e desce na parada do crack. É isso. (Bambu CM_26 MAS Recife).

Devido ao álcool, porque o álcool, ele puxa pro crack geralmente. [...] a bebida é um gatilho. A bebida, com certeza, 90 % vai dizer que o gatilho é a bebida, porque o crack geralmente chama a bebida e a bebida chama o crack. Bebida quente, não é bebida cerveja. É bebida quente, cachaça, Dreher, Montilla. Geralmente bebida quente. Tanto que a bebida chama você pro crack, aí quando você fuma o crack, na mesma hora, você fica novinho. Porque parece que acontece com o metabolismo, uma metamorfose através do crack. Que você teoricamente quase bêbado e quando você fuma uma pedra ou duas, aí você já fica todo... (Bambu Caps AD_11 MAS Recife).

Ainda de acordo com os achados deste estudo, a interação com amigos ou o simples fato de “assisti-los” utilizando a droga também pode afetar o processo escolhido de manutenção da abstinência e motivar à “recaída”. Esse

dado está em consonância com o encontrado por outros estudos, os quais sugerem que os pares são considerados um importante fator de desencadeamento do processo de “recaída”, assim como a disponibilidade da droga. Ambas as condições podem remeter às lembranças das experiências de prazer vividas com a droga (Bidokhti *et al*, 2006; Golestan, 2010; Peyrovi *et al.*, 2015):

Ví as pessoas usando, as pessoas falando que era bom, falavam a “manteiga”, “manteiguinha derretendo”, fica aquela tentação, mistura muito na lata e fuma na lata e fica na lata... aquilo ali você vai tendo vontade de usar (Bambu Caps AD_6 MAS Recife).

Dá uma estiga, você está perto de quem está fumando, quem tá bebendo, quem tá... fazendo essas coisas, fumando uma maconha, coisa e tal, isso estiga a pessoa a usar o crack, especialmente o crack, quem é viciado (Bambu Caps AD_12 MAS Recife).

Aonde eu moro, todo mundo usa crack [...] Porque às vezes tava em festa, baladinha, amigos.... (Bambu Caps AD_2 FEM Sampa).

É importante perceber que em algum momento a droga entra como “sustento” na vida, uma sustentação psicológica, do próprio tipo de trabalho que as pessoas que usam o *crack* desenvolvem e às vezes de sua própria existência. Segundo Viera (2010 p. 102) “[...] há uma vibração sísmica, procedente da fricção conturbada da subjetividade com uma malha social pouco corresponsável em relação aos paradoxos por ela mesmo deflagrados”. De modo que podemos inferir que no processo de “recaída” o *crack* configura não apenas como um desafio pessoal, mas também e especialmente social, visto as vicissitudes às quais a pessoa está envolta. A recursividade aparece aqui como um movimento amplo, que envolve a participação direta da pessoa com seu meio. Para que haja mudança na pessoa, deve haver mudança no seu meio, pois, no processo recursivo, ambos se modificam a partir das trocas diretas. Deste modo, é clara a necessidade de mudança interna e externa.

7.4.3 Recaída a partir dos Motivos da droga

Lembrando que a divisão entre motivos que levam a pessoa a “recair” em “pessoa, ambiente e droga” se deu por uma escolha didática, também aqui, não

faremos as distinções conceituais entre aspectos geralmente refletidos pelas pessoas que usam *crack* como iguais, por exemplo fissura e compulsão (Almeida, 2011; Almeida, 2013); apesar de alguns autores fazerem essa distinção (Bizotto, 2010; Ribeiro e Laranjeira, 2012). Foram agrupados nessa categoria os motivos que são relacionados pelo próprio *crack*, devido aos seus efeitos de prazer, fissura, compulsão, dependência, etc.

Constante desejo pela droga

Pelos discursos das pessoas entrevistadas o prazer do *crack* foi enaltecido. Esse prazer parece ter impresso uma marca nessas pessoas que mesmo na abstinência sentiram uma enorme falta desse efeito. Em situações mais extremas ocorreu a fissura, o desejo compulsivo pela droga que levou à “recaída”:

As pessoas eu não sei, mas agora, pra mim... eu sinto falta de fumar mesmo, porque é essa sensação que o crack dá. Naquele momento que você tá fumando é uma sensação de paraíso e é só aquele momento... Depois aí vem a depressão, a angústia enfim, uma série de coisas que a gente vê aí todo dia nos viciados (Bambu CM_12 MAS Sampa).

A fissura do crack é bem mais forte porque o crack vc usou ele uma vez... Tem que evitar o primeiro trago. No primeiro trago a fissura dele é bem mais forte. [...] Com o crack, a fissura vai dobrando cada vez mais. A cada minuto. [...] A fissura do crack é tão forte que vc engana até o cachorro da sua casa. [...] O crack, ele é compulsivo. Ele domina. O corpo fica necessitado dele. Precisa. Como se ele fosse um alimento. E aí não dá mais fome. Não dá mais nada (Bambu Caps AD_3 FEM Recife).

O cérebro vai pedir novamente pra sentir um pouco mais desse prazer. E aí que se inicia aquilo que chama de compulsão. Mesmo que o indivíduo perceba todas as falências, os prejuízos, ele tem capacidade de tomar a decisão de parar, entendeu? Ele segue em frente, tirando as coisas de casa, televisão, geladeira, em um momento onde a doença vai passando por um processo de progressão no sentido da decadência mesmo (Bambu CM_13 MAS Recife).

A compulsividade foi grande né?! A pessoa que usa o crack ele só para na hora que acaba, isso aí é quase a maioria né, eu falando em mim é assim, eu só parava na hora que acabava. [...] mas depois disso aí já não é mais o efeito daquela primeira né, já é a nóia mesmo que négo fala né, compulsividade de você querer usar né, acaba ficando compulsivo, você quer por que quer e vai hoje. [...] então eu queria viver para usar e morria para usar entendeu? Fazia de

tudo. [...] Nessa recaída eu não queria que acabasse o efeito do crack eu queria que continuasse o efeito dele, então eu fazia de tudo pro efeito não parar né. Quando eu via que o efeito tava acabando eu já queria ir atrás mais (Bambu CM_27 MAS Sampa).

Segundo Vieira (2010) as pesquisas têm sido taxativas ao afirmarem que o uso do *crack* não tem precedentes em termos de compulsão e fissura e, por esta razão, para este autor, a expectativa do tratamento em relação a esta droga será sempre a cura da dependência. Cettlin (2010) investigou profissionais que tratam de pessoas em uso compulsivo do *crack* e percebeu que estes indicam uma diferença relevante entre o momento em que a pessoa exprime seu desejo por um tratamento - mesmo que a partir de esgotamento físico, mental ou emocional - e urgências outras - impostas pelo tráfico, pelas dívidas, pelo envolvimento com práticas ilícitas, por necessidade de moradia, de abrigo e esconderijo etc - que parecem camuflar a intenção de tratar o próprio uso. Tanto numa como na outra situação, o autor questiona a capacidade da pessoa em fazer escolhas *“conscientes e confiáveis, ora pela velocidade e potência associada aos efeitos da droga, ora pelo contexto que afunila suas opções”* (p. 150), emergindo a contradição e ambivalência das pessoas que buscam tratamento:

Entre a nomeação do uso do crack como uma doença grave e a concepção de sua demanda puramente assistencial, visando a ganhos secundários, por vezes perversos, o que fica evidenciada é a dificuldade desse paciente de estabelecer um vínculo terapêutico com a instituição, ou seja, de aderir ao tratamento. Na fala dos profissionais, a principal explicação encontrada para essa dificuldade está no fenômeno da “fissura” (Cettlin, 2010; p. 154).

Não quer parar de usar a droga

Há entrevistados que declararam que não queriam, aliás, nunca quiseram abandonar a droga. Voltaram a consumi-la. Não se trata de uma “recaída” exatamente, mas uma decisão de retomar o uso da droga. Essa é uma condição especial em que o tratamento se deu à revelia do usuário e ele arquitetou durante a fase de internação que usaria *crack* ao sair. Deixam claro que estão naquele

local não por sua vontade, mas pela vontade de alguém o que lhes conferia o direito de voltar a consumir:

Primeiramente não quero parar, não tenho o desejo verdadeiro de parar, né, toh vindo aqui por motivos de polícia ou toh vindo por conflitos familiares ou toh vindo pra resgatar casamento, menos pra se tratar. Então a gente já vem com um argumento. Então é um dos grandes indícios. Não estou aqui porque quero e sim por alguém que quis (Bambu FU_15 Recife).

Recaída foram poucas por que eu sempre usei, não teve parada, sempre teve uso, então recaídas foram poucas. Eu não queria parar, eu não tive recaída por que não parava. [...] Mas a vida inteira que eu usei crack eu num tinha recaída por que não tenho, não tive tempo para parar. (Bambu Caps AD_22 MAS Sampa).

Se a pessoa não tem, não enxerga nada, nem uma razão, nem um motivo prá parar não para nunca. Esse é o meu caso na verdade (Bambu Caps AD_7 MAS Sampa).

Essas narrativas nos levam ao encontro do que Passos e Souza (2010) trazem:

Em última instância, pode-se dizer que a RD coloca em questão as relações de força mobilizadas sócio-historicamente para a criminalização e a patologização do usuário de drogas, já que coloca em cena uma diversidade de possibilidades de uso de drogas sem que os usuários de drogas sejam identificados aos estereótipos de criminoso e doente: pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento, **pessoas que não querem parar de usar drogas** e não querem ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas. (grifo nosso).

A questão seria o aprofundamento sobre o porquê dos familiares as terem levado ao tratamento e mesmo eles terem aceito essa condição. Em outras palavras: se são apenas pessoas em uso, o que estavam fazendo em locais de tratamento? Mesmo a referência a problemas com a polícia não indica diretamente a condição de “dependência”. Justamente por não quererem parar de usar drogas que os tratamentos impostos caem na recorrente e movediça fala sobre a “não adesão ao tratamento”.

Tem pensamentos constantes com o crack

O *crack* aqui aparece como algo que domina os pensamentos desse “ex-usuário” que passou a pensar na droga constantemente. Retorna às lembranças dos efeitos de prazer, esquecendo os demais, o que o levou à “recaída”:

O pensamento principalmente. Você ficar imaginando o prazer que aquilo te traz, você dá corda a isso, você deixa isso crescer na sua cabeça, se você deixar isso evoluir na tua cabeça você acaba indo usar (Bambu CM_25 MAS Sampa).

Ahh, eu sentia aquilo, sabe? Não devo ir, não devo ir, não devo ir, mas ia. Isso... É. Meu próprio íntimo. [...] Antes não. De vez em quando eu pegava na mão, aí dava dor de barriga. Vontade de ir no banheiro. Mas antes não. Eu ficava martelando aqui dentro da minha cabeça mesmo. [...] Então é como eu toh dizendo, né? Eu ficava pensando: “-Não vou. Não vou. Não vou de jeito nenhum. Não posso recair. Mas acabava depois mudando um pouco o pensamento: “- Não, mas vamos uma só, vai! Só pra matar a vontade. E parou por ali mesmo, entendeu? Mas aí sempre quando você vai uma vez, você acaba indo 2, 3 e aí começa tudo de novo (Bambu CT_1 MAS Sampa).

O desejo pela droga, expresso através de pensamentos constantes sobre seu uso, aparece no grupo de entrevistados, também como um motivo para a pessoa não seguir com a abstinência, porém não se destaca como chave do processo de “recaída”. Uma possível explicação para o fato seriam as estratégias desenvolvidas pelas pessoas para lidar com essas situações de fissura como detalhadas por Chaves *et al* (2011) e Ribeiro *et al* (2010). Concluem que mesmo embora muito simples, como por exemplo evitar usar a droga no mesmo local da ‘bocada’ ou os “amigos do vício”, traz grande benefício ao usuário.

Porque se sente doente

Em estudo feito por Silva (2007) foi encontrada a compreensão do consumo de drogas como uma doença como maior justificativa. A autora alude que apesar da resistência dos profissionais em evitar este conceito e tentar inserir a complexa relação entre usuário, droga e contexto sociocultural, a ideia de “usuário-doente” parece se desenvolver como uma maneira de proteger e afastar a exclusão e estigma vinculados ao consumo de drogas. Configura que compreender o uso de drogas como uma doença ajuda na justificativa que vincula a pessoa com a droga de forma amenizada socialmente, sendo este termo considerado melhor que o estereótipo de marginalidade e delinquência, extremamente associados ao consumo de drogas.

Acho que porque assim: como temos o conhecimento do crack que é uma droga muito tóxica né, droga, químico que mexe com o sistema nervoso central, então já que o homem tem, como é que se diz, seus sentidos, suas células, seus, seu corpo funciona naturalmente quando é como podemos dizer, atingido por algo

totalmente diferente o corpo perde o seu equilíbrio, por isso por muito tempo de uso do crack o corpo pede dependência (Bambu CT_2- MAS Recife).

Talvez lá dentro exista algo, que como todo mundo sabe é uma doença, né?! (Bambu Caps AD_23 MAS Sampa).

Parte do grupo de entrevistados referiu usar a droga porque se sente doente e a utiliza para apaziguar o mal estar atribuído a esta sensação:

Eu fui uma usuária de crack, ainda posso me considerar, porque é como eu te disse, eu ainda tenho essas recaídas mesmos, mas enfim é... toda vez que eu parava eu me sentia doente e acabava usando de novo (Bambu Caps AD_5 FEM Sampa).

Eu sou viciada nele. Eu fico doente, eu não consigo parar. Já me internei, já fiquei aqui [...] Porque é um vício. Isso aí é uma doença, entendeu? O vício vai ficar pro resto do, do... do no nosso corpo. [...] Todas as pessoas são assim. Todas as pessoas que recaí, recaí pior do que, do que a primeira recaída... Se eu tiver outra, vai ser pior ainda. Me sinto doente. Aí eu uso (Bambu Caps AD_33 FEM Sampa).

Para Maturana (2001, p 161):

[...] o amor, a mente, a consciência e a autoconsciência, a responsabilidade, o pensamento autônomo, são centrais para a nossa existência como seres humanos — mas não apenas eles, a nossa corporalidade também. A presente corporalidade humana é o resultado da história de transformação da corporalidade dos membros de nossa linhagem humana como o resultado de seu viver em conversações [...].

De modo que, tanto esta categorização quanto a anterior, dizem respeito a uma corporalidade que não é apenas “biológica” em seu estrito senso ou comumente pensada. Mas uma corporalidade que se dá na troca e interação com o outro, para além do uso da substância. No entanto, é uma corporalidade que se transforma “para o bem ou para o mal” na vida da pessoa. Cabe a reflexão sobre que conversações os técnicos e cuidadores estão conseguindo manter entre as pessoas em seus processos de “recaída” – para nós, de recursividade. Olhar para a corporalidade das pessoas que usam *crack* no sentido de perceberem o que está acontecendo com estes “corpos” que estão em movimento num interagir constante com o outro, com o ambiente e com a droga.

Por causa da sensação de prazer que sente

Fernandez (2007, p. 174) encontrou em seu estudo que, algumas pessoas que usavam o crack há mais tempo não consideravam conveniente falar do prazer do crack pois reputavam este como o “caminho da morte, o caminho de quem opta pelo fim”. Especialmente pelas sensações negativas experimentadas após a passagem do efeito do crack. Além dessas sensações, encontramos em nosso grupo de entrevistados, a descrição do prazer que sentem que, mesmo momentâneo, foi exaltado:

Ela tem um poder de oferecer o prazer de uma maneira muito intensa num período muito curto, entende? E depois que passa... é só o mal... (Bambu CM_13 MAS Recife).

Naquele momento que vc tah fumando é uma sensação de paraíso e é soh aquele momento... (Bambu Caps AD_1 MAS Recife).

É o prazer que a droga causa, fica aquele vazio dentro da pessoa que tem que ser preenchido. / É um prazer imenso tinha vontade me sentia bem, ficar meio desinibido (Bambu CT_21 MAS Recife).

Tipo um negócio assim, é gostoso a sensação, mas só que no fim é... É um negócio que é tipo doce, mas no fim é amargoso (Bambu Caps AD_2 MAS Sampa).

Para outras pessoas entrevistadas a sensação de prazer é o que mais sobressai:

Coisa que me dá prazer, porque droga é bom. Pedra é bom. Não é ruim. [...] Ela ativa um mecanismo de prazer no teu cérebro muito grande. Seu cérebro tem aquela descarga de dopamina [...] o meu cérebro, o meu cérebro não lembra da droga como desgraça, ele não associa crack com rua, ele não associa crack com perdas, ele associa com prazer (Bambu CM_15 MAS Recife).

Ah porque é uma droga que é a droga do prazer... quanto mais você usa, mais vai te dar prazer e mais você vai usar (Bambu Caps AD_14 FEM Sampa).

Utilizando as reflexões de Maturana (2001) podemos inferir que existem consequências para o funcionamento da pessoa em uso abusivo do *crack* que ao colocar-se em busca constante desse prazer, em seu movimento de recursão, findará por modificar-se estruturalmente:

A consequência fundamental dos aspectos estrutural e dinâmico do funcionamento do sistema nervoso é que, apesar de o sistema nervoso não interagir com o meio, a estrutura do sistema nervoso segue um trajeto de mudança que é contingente com o fluir das interações do organismo na realização e conservação de seu viver. Uma consequência desta consequência é que, apesar de que tudo o que o sistema nervoso faz como um componente do organismo seja gerar momento após momento correlações senso-efetoras que resultam na geração do comportamento adequado do organismo em seu domínio de existência, de um modo que é determinado a cada momento por sua estrutura, ele permanece fazendo isso através de sua mudança contínua porque ele muda de maneira contingente com a realização do viver do organismo (Maturana, 2001; p.154).

Podemos afirmar que a busca de prazer também se dá no processo de recursividade. Afinal repetimos o que gostamos e o que não gostamos. A recursividade é um processo inerente a todos os seres humanos, independente da questão da droga. Uma possível confusão, por se discutir aqui aspectos biológicos, é querer chamar recaída de recursividade e vice-versa. A “recaída” é um processo que se dá no modelo biomédico e é possível operar com este modelo nos aspectos circunscritos a ele. No entanto, a partir da Redução de Danos ancorada nos Direitos Humanos e na díade “antiproibicionista-redução de danos” a concepção tradicional da “recaída” perde seu pretexto especialmente porque não irá operar na abstinência como única possibilidade de mudar o que Maturana refere acima.

7.5 Trânsitos terapêuticos e os indicativos da recursividade

O que aqui denominaremos de “trânsitos terapêuticos” dizem dos esforços feitos pelas pessoas com problemas decorrentes do abuso do *crack* por buscarem estratégias, “soluções” e ajuda em seus processos recursivos de movimentos impulsionadores de cuidado, aprendizagem, mudança. São o seu caminhar pelas redes de cuidado, seja na saúde, na assistência social, seja no âmbito público, privado ou na sociedade civil; nesta última, através especialmente das entidades de cunho religioso (Rameh-de-Albuquerque, 2008).

As entrevistas de enfoque biográfico (Becker, 1999), nos levaram especialmente ao objeto desse estudo - “a recaída do uso do *crack*”. Porém, ao falarem de suas histórias de uso e abuso de *crack*, também indicaram o que

Cecílio *et al* (2014) chamaram de “mapas de cuidado”, especialmente distinguindo o “agir leigo”⁷² das pessoas em prol de si mesmas e suas famílias, sem a espera do poder público à priori, na busca de caminhos “*movidados pelo sofrimento advindo de adoecimento, do medo da morte e da consciência da fragilidade da vida humana*” (p. 15).

Neste momento, trazemos Maturana (2001, p. 149) com a sua explicação sobre o que nos define enquanto seres biológicos fundados no social a partir da linguagem:

[...] nós somos em nossas corporalidades como somos agora, e vivemos como vivemos agora, como o resultado de uma história do viver na linguagem que começou há três milhões de anos atrás. Mas há algo mais. Quando nossos ancestrais começaram a viver na linguagem, seu viver na linguagem ocorria entrelaçado com seu viver no fluir de suas emoções. Antes das coordenações recursivas de comportamentos consensuais de linguagem, nossos ancestrais, como todos os animais não linguajantes fazem, coordenavam seus comportamentos através de seu emocionar consensual e inato.

O autor continua explicando que o que evocamos ao diferenciarmos uma ou outra emoção em outros seres humanos, em nós mesmos ou até em animais “não linguajantes”, é a competência de comportamentos relacionais no qual pensamos estar, ou no qual aquele outro ser está. Deste modo, significamos nos outros ou em nós mesmos o tipo de comportamentos relacionais que os outros ou nós mesmos podemos produzir, e não meramente um comportamento peculiar qualquer. Aqui surgirá no brotar de nossas emoções (ou seja, em nosso emocionar) a possibilidade de nos movermos de um tipo ou classe de comportamentos relacionais para outro:

Se mudamos de emoção, vamos de um tipo de comportamentos relacionais para outro. Além disso, a maior parte dos animais aprende o modo de emocionar que vivem ao longo de suas vidas individuais no fluir de suas interações, e se vivem em interações recorrentes numa comunidade, aprendem seu modo de fluir em suas emoções como um aspecto de seu viver consensual juntos. Assim, animais não linguajantes coordenam seu comportamento através de seu emocionar inato ou consensual. Chamo o entrelaçar consensual de linguagem e emoções de *conversa*ção (Maturana, 2001; p. 149).

⁷² Ao “agir leigo” Cecílio *et al* (2010) conferem o significado de serem as pessoas que “*fazem uso das redes institucionalizadas de serviços de saúde, os seus “usuários”, sejam eles cidadãos, sejam eles clientes. Leigos por não deterem, ou deterem, em princípio, insuficiente conhecimento sobre os elementos constitutivos da máquina da saúde, tanto saberes que a operam, quanto engenharia de seu funcionamento*” (p.14) (itálicos dos autores).

Ou seja, através das narrativas foi possível observarmos as “emoções de conversação” num “agir leigo” que produziu estratégias fundamentais em seus trânsitos terapêuticos, indicativos de seus processos recursivos, tanto para evitarem “recaídas”, para minimizarem seus problemas de saúde, sociais, afetivos, pessoais, ou econômicos, ou ainda o encontro de estratégias para diminuir os danos pelas suas escolhas atuais no uso do *crack*.

Encontramos trânsitos terapêuticos que buscaram dar conta de questões anteriores ou pré-existentes à problemática advinda com o *crack*, mesmo que a pessoa não compreendesse ou percebesse isso. O relato abaixo ilustra nossa observação:

[...] eu comecei a sair com homossexual, com a minha esposa em casa e chegar pra ela e olhar pra cara dela sem saber o que dizer né?!..., porque eu queria usar uma droga e não tinha o dinheiro na hora então era “n” coisas, muitas coisas, eu ter que passar fome. Passei fome. Comi comida crua porque eu vendi o botijão de casa. Não ter roupa pra mim vestir e não ter dinheiro pra cortar um cabelo, era muita coisa, era muita humilhação, era uma coisa que é muito triste mesmo é muito ruim, só que a pessoa tem que tomar consciência porque senão a pessoa não vai perceber que não vai ter como sair. [...] se eu andasse na rua o povo mudava de calçada pra não bater de frente comigo (Bambu CT_17 MAS Recife).

No trânsito terapêutico, outras narrativas recorrentes foram trazidas em relação ao trabalho, seja como meio para bancar os custos de seus tratamentos, seja como “libertação” (o trabalho como expiação do pecado pela “recaída”) ou ainda o trabalho como troca para descanso dentro do tratamento (o trabalho servil):

Não. Essa da clínica eu não pagava, mas eu ia trabalhar e uma parte do meu trabalho eles pagavam [...] É. Era informal, assim até acho errado isso, porque a gente trabalhava numa madeira, o cara pagava 20 reais por semana e eu fazia um serviço de quem ganhava 800 reais por mês, aí ele falava: “-Não, porque eu ajudo na clínica”. Aí ele dava uns 20 reais por semana pra nós comprar um sabonete, não sei o que... o resto era tudo pra clínica. Eu achava errado até isso, aí eu não corri atrás, não fiz nada (Bambu Caps AD_21 MAS Sampa).

Eu vejo que a chance do meu tratamento é muito grande. Por que hoje o que eu tô fazendo aqui, eu tô fazendo totalmente diferente das outras né. Eu sempre quis me manipular nos trabalhos da comunidade né?! Fazendo bem rápido né?! Que é só a teoria né?! A teoria eu sempre tive. Então aqui eu estou tentando fazer completamente diferente né?! Ser mais honesto, jogar pra fora tudo que eu tenho, meus pecados, de barulho dentro de mim né?! São as coisas que parece uma panela de pressão que explode pro mal. Aí eu trabalho... Então hoje eu

estou tentando jogar isso fora e esse tratamento aqui está sendo totalmente diferente dos outros do que eu já passei, mesmo aqueles que eu concluí nunca fui tão honesto como está sendo esse daqui. Trabalho e fico limpo do meu mal (Bambu CM_27 MAS Sampa).

Por que eu estava numa clínica fechada, não podia sair que era num sítio, numa chácara no meio dos mato, longe da cidade, não conhecia nada, mas mesmo assim chegando o término do tratamento e com três meses, nem chegou a três meses, quase três meses eu fugi da clínica, arrumei uma briga lá e fui embora [...] só queria me dar um fim de semana se eu trabalhasse duas horas a mais por dia [...] pra ter direito do fim de semana aí eu cheguei em São Paulo, era em Suzano, cheguei em São Paulo e fui usar. Em Suzano já comecei logo lá, cheguei em São Paulo logo pra o crack (Bambu Caps AD_22 MAS Sampa).

Paz (1969 apud Fernandez, 2007) traz algumas reflexões que nos ajudam a pensar sobre essa importância dada ao trabalho não apenas como modelos de tratamento, mas também para a denominada “prevenção da recaída”. Este autor refere que a experiência dos “homens práticos” é de que as drogas afastam o homem de sua vontade transformando-o em um “parasita”, pois desviam-no de suas atividades produtivas de modo nocivo e anti-social. Assim, o trabalho também é visto como fundamental para a manutenção do tratamento como “prevenção da recaída”:

Vou me cuidar com trabalho... ocupando a mente, não deixando a mente vazia. Se eu deixar ela vazia, o inimigo entra mesmo (Bambu Caps AD_5 MAS Sampa).

Quando eu terminar meu tratamento aqui, que já era pra eu ter feito isso. Que dá outra vez eu ia ficar aqui ajudando na obra, tá entendendo? Eu ia ficar aqui... eu ainda fiquei 1 mês ainda como aluno voluntário, mas meu filhinho tava muito novo então eu não ia deixar minha esposa sozinha com essa responsabilidade, então eu saí, mas eu ia ficar aqui como aluna residente voluntário. Então tá dentro da obra de Deus é você estar buscando... tem um ditado aí falando assim: sobre a mosca e a abelha, né? São 2 insetos, mas totalmente distintos porque a mosca vai pra carniça, só vai procurar coisa podre e coisa ruim. A abelha vai procurar o quê? Rosa, flores, pólen... só coisas boas. Então a gente é o que a gente busca. Pra você meu irmão, não cair tem que ocupar a mente com a palavra, com o trabalho, com a obra social... Você tem que estar salvando vidas. Você tem que estar ali dentro (Bambu CT_15 MAS Recife).

Hoje eu me mantenho, através do meu trabalho, que a maioria do meu tempo eu passo dentro da comunidade, passo 4 dias e quando eu estou de folga, eu toh com a minha noiva, vou pra restaurante, frequento igreja, frequento outros ambientes totalmente diferente do que eu frequentava (Bambu CT 23 MAS Recife).

Grande parte dos relatos trouxe a passagem das pessoas por várias instâncias de tratamento. Escolhemos dois deles para demonstrar o trânsito terapêutico e o processo de recursividade atuando na busca de mudança de comportamento em relação à droga:

Eu atualmente estou no centro de acolhida João Paulo, que é aqui na outra rua só que eu pedi para voltar pra cá. Pra ficar mais perto do CAPS. Faz um ano que eu faço tratamento aqui. Eu estava numa clínica evangélica. Lá não podia fumar e nem nada, aí eu consegui ficar. Então eu fiz tratamento no CAPS de Sorocaba também. Fiquei também quase 8 meses sem usar, fazendo tratamento lá, indo na igreja. Então eu fazia no CAPS lá de Sorocaba também. Já fui pra clínica. Eu já fiquei internado... [...] Ah eu busquei o CAPS, eu busquei clínica evangélica... No CAPS eu fazia tratamento direto. Eu recaía e ia lá, eu recaía e ia lá de novo... Ah no CAPS eu fiquei mais de 1 ano também nesse CAPS de Sorocaba. Quase 1 ano já que tô aqui... Fui em outra clínica evangélica. Uma clínica e hospital psiquiátrico também. E hospital, né?! Pra desintoxicar. Hospital psiquiátrico. Eu ficava 15 dias lá para desintoxicar e saía. [...] Então no CAPS de Sorocaba foi me dado alta. A minha médica era... eu não lembro o nome dela, só sei que ela era coordenadora regional da saúde mental lá de Sorocaba, que ela falou: “- Olha, é difícil a gente fazer isso. A gente tá te dando alta”, porque eu fiquei sem usar nada. Fazia grupo lá, tudo e eu falava lá no grupo: “- Olha, eu não tenho vontade. Parei de usar”. Aí ela me deu alta, daí eu comecei a trabalhar, comprei minhas coisas... eu não estava usando. Aí foi indo, foi indo, eu recaí e voltou tudo de novo... [...] Eu vim atrás de uma clínica aqui na verdade, mas aí não consegui, aí eu fiquei na rua, aí eu fui perguntar pra guarda municipal, aí ela falou que tinha o CAPS aqui, o Prates, que eles tratavam disso e aí eu vim aqui. Aí vim aqui, conversei com as profissionais de referência e elas falaram que meu caso não era necessário internação, que dava pra fazer o tratamento aqui e não se internar. E realmente foi isso mesmo. [...] Agora eu também aumentei as atividades, eu falei: “- Agora vou aumentar as atividades, os grupos pra eu ocupar minha cabeça, ocupar a mente pra fazer diferente da outra vez”, porque eu fazia pouca coisa antes. E vim pra cá. Voltei a usar e vim pra cá. Procurar tratamento. Sem tratamento é o que leva à recaída. Porque quando eu quero, quando me dá essas coisas, eu vou... que nem ontem eu tava falando pro meu colega, eu falei: “- Pô, quando der esse nervosismo, essas coisas em mim, essa neurose que fala eu tenho que achar alguma forma de fazer outra coisa, não de beber, não de usar droga pra aliviar isso” e por isso que eu toh no CAPS, porque aqui tem atividade pra isso... aqui, eu tenho o apoio do CAPS, tem a minha força de vontade, mas a minha família não liga, sabe? E isso faz falta. Se eles pudessem só ligar pra conversar, não precisava nem vir aqui, mas nem isso (Bambu Caps AD_21 MAS Sampa).

Vários... É... Todos foram pra crescimento, né? Todos foram pra crescimento. Em cada um eu pude... eu queria ter podido trabalhar todas as áreas da minha vida em um tratamento só, entendeu? Mas não foi assim, né? Em algumas áreas eu soube lidar e em outras eu não soube e foi o que me levaram ao uso novamente. Mas assim, todos os tratamentos são assim, de crescimento pra

peessoa se autoanalisar, se auto avaliar, inclusive até sentir saudade da família. É importante porque você dá valor a sua família, porque, muitas vezes lá fora a pessoa acorda, nem um bom dia dá dentro de casa. Aí se torna uma coisa muito... (Bambu CM_14 MAS Recife).

Dos trânsitos terapêuticos, também vamos destacar estratégias de cuidado em seus processos recursivos que se sustentam em “objetos” externos a si mesmos; quais sejam o suporte familiar, o suporte no tratamento e o suporte na fé.

7.5.1 Suporte familiar

Segundo Selegim e Oliveira (2013) existe uma carência de estudos brasileiros sobre os aspectos familiares associadas ao uso de *crack*. Citam também que alguns estudos indicam que as práticas culturais familiares, eventualmente, são motivos para a experimentação e a manutenção do uso de drogas. A família, como fomentadora de cultura, repassa crenças e expectativas sobre os papéis sociais, o jeito de viver das pessoas e suas relações interpessoais, obviamente sobre o que se pensa do uso de drogas não está fora dessa influência.

Aqui, a família está sendo compreendida a partir do tipo de família conhecida por extensiva ou ampliada – que é aquela formada por membros para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, podendo ser composta por parentes próximos ou ainda amigos que se convive e mantém vínculos fortes de afinidade e afetividade (Nichols, Schwartz, 2007). Por isso, seja para fins de abstinência, seja para redução de danos associados à saúde, a família e o apoio dos amigos surgem como um núcleo social fundamental que pode agir nesse processo recursivo. A mudança da emoção da atmosfera familiar, pode acelerar ou desacelerar uma “recaída”. Famílias com relações mais cooperativas e amigáveis, nas quais os seus membros são cientes de seus papéis, podem desenvolver um ambiente bastante favorável à reabilitação das pessoas que abusam do *crack* (Peyrovi *et al.*, 2015; Golestan, 2010).

É a missionária. As meninas que estão aí a tempos, que o tempo que eu toh aqui, elas estão aí também. Considero minhas irmãs. As outras que estão

chegando agora. A gente não conhece né, mas vai conhecendo com o passar dos dias. É a minha família...minha família mesmo. Minha mãe, meus irmãos, minha filha... [...] A minha mãe, meu irmão e minhas filhas. [...] A minha família aqui, eu toh sempre aprendendo coisas novas. E a minha família lá, porque é a minha família, eu fui criada ali, entendesse? Então é o afeto, né? Mas aqui eu toh sempre aprendendo coisas novas. [...] É só quando eu vou em casa, aí agora que eu fiz as pazes com a minha mãe, sabe? Aí eu ligo pra ela (Bambu CT_10 FEM Recife).

O contrário, como identificado nos relatos, problemas de brigas e desentendimentos com a família são causas de “recaída” (Levy, 2008):

Do meu irmão e do meu pai eu não conto muito porque os vinte dias que eu tive acolhida aqui no CAPS nenhum dos dois veio me ver, eles vinha, o meu pai, o meu irmão não, o meu pai vinha durante a semana pegar roupa suja e deixar roupa limpa e deixar cigarro prá mim, fora isso eu nem via ele. [...] Porque foi mais ou menos nessa época, vai fazer um ano que o meu filho tá preso e foi mais ou menos nessa época que o meu filho foi preso eu recaí, eu deixei de cuidar da minha mãe, a minha mãe precisa de cuidados vinte e quatro horas, eu deixei de cuidar da minha mãe, deixei na porta do meu irmão, o meu irmão trabalha no Fórum, chegava em casa e perguntava me eu dormindo. Por quê? Porque eu já tinha saído, já tinha usado... (Bambu Caps AD_13 FEM Sampa).

A minha família não, a gente quase não tem contato com pais. Pai eu já não tenho, então não tenho contato com irmãos, mãe. Muito pouco. Quem me apoia são os meus amigos. Minha família hoje são os meus amigos. (BAMBU CT_19 FEM Recife).

Olha, da minha família... a minha família é muito pequena, né? Eu tenho... mora eu e minha mãe e a minha irmã. Minha irmã também é dependente química de remédio, inclusive ela tá internada na mesma clínica que eu agora. [...] Ah, muito bom, mas tem briga... Mas eu amo muito, eu sou muito amoroso. [...] Tivemos algumas brigas, mas acho que não, que não mudou não. [...] A família ela sempre fica meio doente, co-dependente, né? Então as vezes ela não está preparada e as vezes ela dá alguns deslizes ou ela se entrega de bandeja também pra uma recaída, porque eles não estão preparados. Não perceberam. As vezes não percebe, entendeu? Pensa que você está igual ou você, enfim... (Bambu Caps AD_3 MAS Sampa).

Apesar de não se tratar de um estudo sobre “recaída”, Seleglim e Oliveira (2013) discorrem sobre a influência do ambiente familiar e o papel da família na vida de pessoas que consomem *crack*. Algumas categorias que pinçaram podem certamente corroborar com a ideia de que, tais achados, também influem numa possível “recaída” das pessoas que estão buscando tratamento. Num primeiro aspecto, discorrem sobre a ausência das figuras materna ou paterna no

ambiente familiar e que tal ausência traria consequências diretas sobre as relações familiares e o desenvolvimento comportamental/educacional dos filhos. Também achamos esse tipo de relato em nosso grupo de entrevistados:

Meu pai quando eu era pequeno nem falava comigo, só chegava bêbado, batia em nós. E minha mãe eu nem sei quem era (Bambu CT_16 FEM Recife).

A minha família, eles não me suportam! Eles me deram a outra pessoa e depois me pegaram de volta. E já com os defeitos deles, eles são pessoas boas, querendo ou não, a sua família pode ser a pior que for, mas chega um determinado tempo, você sente falta. Eu queria poder ir lá estar com eles, entendeu? Mas eu não posso. Eles não querem. Eu acabei crescendo sem eles (Bambu Caps AD_32 MAS Sampa).

Como segundo aspecto, encontraram a fragilidade e mesmo deficiência quanto à existência dos vínculos afetivos entre os membros familiares, ou seja, uma forte ausência de comportamentos de afeto, respeito e diálogo no ambiente familiar, seja dos pais ou de outros membros, porém mais fortemente associado aos pais (Seleglim e Oliveira, 2013). Como referimos anteriormente, inferimos que essa também é uma questão premente para os que estão em tratamento, e em nosso grupo de entrevistados, também encontramos a desconfiança como algo problemático influenciar na “recaída” :

A minha família, a minha família, a minha mãe é falecida, o meu padrasto mora em Minas, a gente não tem nenhum relacionamento há muitos anos e a minha família é uma situação muito complicada. Os meus irmãos moram com o meu pai em Minas, eu não tenho contato com eles (Bambu CM_12 MAS Sampa).

A minha família, muitas vezes acabou atrapalhando. [...] Isso. Pai e mãe acabam atrapalhando, sufocando, eu vou pro grupo, chego em casa minha mãe me cheira, pega a minha mão, vê se meu dedo tá queimado, é uma coisa assim, sabe? Pegando no pé e isso. [...] Acaba interferindo muito, sabe? Porque aí me dá a lembrança de como eu chegava em casa. Eu chegava na minha casa quebrando tudo, sujo, e hoje não né? (Bambu CM_23 MAS Sampa).

O terceiro aspecto (Seleglim e Oliveira, 2013) foi a constância de regras familiares rígidas levando a cobranças e frustrações dos membros mais jovens que usavam o crack. Esse aspecto também apareceu em nosso grupo de entrevistados:

Ah sim, mas com 16 eu fui internado meio que a força pela minha mãe, né? Então eu tinha 16 anos, eu tava cheirando muito cocaína aí ela foi e me internou. [...] Porque fica tipo uma coisa: Você vai, eles ajudam, aí cai, aí vai ajuda, aí

recai, então eu não incomodo mais. Eu não incomodo mais eles. Não precisa mais me ajudar nessa questão. Deixa que eu resolvo sozinho. Eu, eu, uma coisa minha. [...] Minha mãe.... Hoje tá muito bom. Tenho um relacionamento muito bom. Hoje nós aprendemos a lidar um com o outro [...] Ah não sei se foi por causa dela assim, mas talvez de nervosismo..., talvez sim. Talvez sim. Sim. Sim. Pra recair. Pra recair e pra não também, depende do motivo. Porque você caça motivo, né? Então não... ou sim, é ela talvez o motivo. Mas não penso: “- Vou recair por causa da minha mãe”. Não! Talvez não. Talvez por situações que ela fez eu passar, um nervosismo... (Bambu Caps AD_19 MAS Sampa).

De modo antagônico, o quarto aspecto (Seleglim e Oliveira, 2013) foi a existência de regras familiares muito permissivas, nas quais não se mantinha um controle ou não se dava limites. Em nosso grupo de entrevistados essa questão foi recorrente:

[...] até os doze anos eu morei com o meu pai né, então eu não sabia quem era a minha mãe, então foi um choque, até então eu pensava que a minha mãe era a minha madrasta, nunca foi [...] só que o meu pai sempre foi banda voou, então tu faz o que quer, acorda se tu quiser, vai pro colégio se tu quiser, faz o que tu quiser, toca se tu quiser e eu tive doze anos nesse tratamento, então quando eu fui morar com a minha mãe houve esse choque né, então a minha mãe me colocou pra estudar num colégio caríssimo onde eu sempre estudei em colégio público com o meu pai [...] então foi daí que começou a minha, a minha rebeldia sabe, começou, acho que foi, os meus pais são os principais responsáveis por eu estar passando por isso hoje, isso eu tenho plena certeza que foram os meus pais, talvez se eu tivesse tido uma outra educação, se eu tivesse tido uma rédea mais curta, hoje é o que eu debato com eles, mas hoje a gente é adulto pode brigar, você fez isso, você fez aquilo, quando eu era pequeno não né (Bambu CM_8 MAS Sampa).

E, junto ao nosso grupo de entrevistados, destacamos ainda a falta de apoio familiar no tratamento como uma necessidade das pessoas para se manterem em tratamento:

O apoio familiar e... o apoio que eu digo é apoio mesmo, sentar e conversar.. o que que tá acontecendo. Não ir lá e dar um cigarro. Isso não é apoio. Você tá internado e vai lá e te leva um cigarro e nem conversa com você. É sentar e conversar: “-Porque você tá usando isso?”. Eu nunca tive isso. Meu pai nunca sentou comigo pra conversar, desde pequeno. Sempre.... minha mãe conversava comigo e minha mãe tem esquizofrenia. Ela, mesmo tendo a limitação dela, ela que ia na reunião da escola, sempre ela que me apoiava nas coisas. Ele nunca sentou pra conversar comigo, então querer dizer que apoiou eu, indo me visitar, isso não é apoio, entendeu? E é isso que falta, a conversa, o diálogo... é que nem eu tava falando... se eu tiver um filho eu vou conversar com ele todo dia, todo dia. Não vou bater se ele fizer alguma coisa, não vou bater porque não adianta. Eu apanhei muito quando era pequeno e não adiantou. Não

adianta. É diálogo! É um castigo? Você vai dar um castigo? “-Ó, você vai ficar sem tal coisa, porque você fez tal coisa”. É um castigo. Agora ir lá bater de cinta, bater bêbado ainda, é errado (Bambu Caps AD_14 MAS Sampa).

Todas essas questões relativas à necessidade do suporte familiar trazidas pelas falas das pessoas são reforçadas por diversos autores que trabalham com a temática (Schenker e Minayo, 2005; Pereira e Sudbrack, 2015). Claramente, as narrativas apontam para essa importância almejando de alguma forma poderem se manter contando com seus familiares para evitarem processos ainda mais sofridos dos que os já vividos.

7.5.2 Suporte no tratamento

Sena-Leal (2016, p 21) discute que no processo da Reforma Psiquiátrica, os paradigmas proibicionista e antiproibicionista, mesmo não sendo partições uni-causais das formas como vem se dando a atenção em saúde mental no Brasil, em seu processo histórico vêm dialogando, questionando e tensionando na relação do cuidado em saúde mental e drogas:

As perspectivas de cuidado pautadas na RP⁷³ e no antiproibicionismo tem como alicerces os princípios calcados nos direitos humanos, com valorização da liberdade e autonomia do sujeito, bem como segue a perspectiva do cuidado da clínica ampliada e compartilhada [...]cuja construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) é realizada de forma coletiva com a equipe e o usuário. A manicomial e o proibicionismo defende um cuidado pautado no controle e assujeitamento do usuário às condições de tratamento planejadas pela equipe que cuida.

Desta forma, não caberá aos profissionais e cuidadores trabalharem na perspectiva de se evitar o processo de “recaída” nos trânsitos terapêuticos e nos processos recursivos, apenas a clareza de que a escolha deve ser pautada na pessoa. Se o modelo de tratamento for ancorado na díade “proibicionista-abstinência”, na emoção da negação do outro, é muito provável que, a aprendizagem necessária à melhoria do bem-estar da pessoa que está em sofrimento pelo abuso do *crack*, não se dê. No entanto, se ancorado na díade “antiproibicionista-redução de danos”, na emoção do amor que funda o social, a salvaguarda de um processo que faça sentido para ela é mais garantido. Haja vista, que nesta díade, a própria abstinência não será negada se esta for a

⁷³ RP é a sigla para Reforma Psiquiátrica utilizada nessa citação da autora Sena-Leal (2016).

vontade da pessoa. Como também a imposição de um modelo de “redução de danos” no sentido utilitário e forçoso não poderá existir. De fato, o citado Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve-se impor no sentido essencial de sua função (Brasil, 2007).

A ideia de ampliação de outros espaços terapêuticos, para além das instâncias de cuidado “tradicionais” do campo das drogas, também começa a aparecer nos trânsitos terapêuticos, mostrando o “agir leigo” que vai rompendo os territórios e procurando possibilidades para viverem o seu próprio “mapa de cuidado”:

De vez enquanto eu vou no “Atitude” que é o de apoio que é aqui no CAPS. [...] Ahh, já participei uma vez do AA, mas foi uma coisa assim, um dia só. Fui conhecer, saber como funcionava e tal e só. Achei assim, inválido. Pessoas que tah lá contando mil maravilhas que não sei o que, mas você vai conviver... Humm, tudo mentira (Bambu Caps AD_1 MAS Recife).

Porque eu toh no intensivo do Atitude, né? Já vou completar 5 meses sem o uso de crack. [...] Passei um mês e 15 dias no Apoio também não usei crack. [...] Do crack mesmo assim, recaída, recaída mesmo, porque isso foi um lapso. Não foi totalmente uma recaída. Recaída eu chamo... a primeira vez eu procurei, eu procurei o Programa Atitude e aí passei 6 meses e tal, aí depois de 4 meses, depois de uns 3 meses eu tive uma recaída, aí passei uns 4 meses usando. Aí como eu já tinha um ano, aí deu um ano e 4 meses. Aí depois de 4 meses eu fui pro Apoio. Com um mês comecei a participar da pernoite, né? Que o pernoite, você permanece lá e de lá vai pro intensivo. Já passei a não usar, então foi um mês e 15 dias... (Bambu Caps AD_11 MAS Recife).

Atualmente eu estou morando na casa, na U.A⁷⁴, que é a unidade de acolhimento do CAPS, na rua do manifesto 2103, faz três meses e alguns dias, mas eu quero ficar lá por 6 meses. [...] aqui no CAPS né, por que eu tenho prontuário aqui desde 2011, que eu faço tratamento aqui. [...] E tem uma casa de recuperação católica né e fica na Dom Lucas, aqui no Ipiranga mesmo. Fiquei dois anos, um ano e dois meses limpo de tudo. Saia, trabalhava, voltava e fiquei bem um ano e dois meses sem uso de álcool, nem droga nenhuma. Ai tive uma recaída, foi onde eu voltei para lá de novo, passei um mês recaído esse mês, foi quando eu encontrei essa casa do CAPS ai cai, parou a recaída, faz três meses e alguns dias eu estou limpo, não tenho vontade, não pretendo usar (Bambu Caps AD_22 MAS Sampa).

⁷⁴ As Unidades de Acolhimento (UA) foram inspiradas em alguns modelos de “casas de passagem”, “lares abrigados” e “half-way-houses” – à exemplo das Casas do Meio do Caminho de Recife. São casas de albergamento temporário, que funcionam como espaço protegido 24 horas (Rameh-de-Albuquerque, 2008). Infelizmente são poucas as UA em território nacional, e vê-se que seu modelo também já sofreu modificações aproximando-se mais de serviços residenciais terapêuticos (SRT) como as residências da saúde mental para egressos de hospitais psiquiátricos.

Como também se observa a negativa por espaços que não representem mais o que a pessoa já compreendeu ou escolheu como modelo, como bom ou importante para seu processo pessoal:

Mas aí eu não te conto... Cheguei lá, a mulher já: “- Passa os seus dados, tal e tal, tal, tal”. Aí ela falou: “- Mas qual é o seu nome?”. Eu falei: “- Prazer, meu nome é “Bambu”.” Aí eu falei: “- Antes de passar meus dados eu queria entender um pouquinho do que vocês fazem aqui”, né? “Qual que é o tipo de... O que que vocês podem me oferecer?” A mulher: “- Ah, mas como assim?” “- Como assim não, anjo, eu preciso saber o que que eu vou fazer aqui, se vocês vão me medicar, se vocês vão me drogar... O que que vocês vão fazer?” A mulher ficou olhando assim, aí ela começou a explicar, eu falei: “- Isso daí eu não quero!” Eu falei: “- Não, muito obrigada. Eu não quero! Deus abençoe! Eu posso só te pedir um favor?” Ela falou: “- Pode.” Eu falei: “- Eu posso só descansar um pouquinho aqui? Só encostar um pouquinho?”, aí ela falou: “- Mas você não quer mesmo?” eu falei: “- Não, eu não quero. Isso pra mim não é interessante. Pode deixar, agora pelo menos eu dei meu primeiro passo. Vou descansar um pouco aqui, eu vou arrumar um lugar pra mim. Eu vou arrumar uma clínica, eu creio. A mulher falou: “-Tudo bem! Fica ao seu critério. Não vou insistir muito”. Mas veja bem, eu peguei e sentei lá. Vish, se deixasse eu lá eu tava dormindo até agora...

Mas eu passei até pelo CAPS, sabe? É um tratamento de Redução de Danos. [...] Pra mim eu vou estar usando droga do mesmo jeito, né? Sendo redução ou não, eu vou tá usando. E eu não tenho mais vontade de usar drogas. Então eu não acho interessante redução. Esse negócio de redução de danos, né? (Bambu CM_14 MAS Recife).

Outro aspecto que conseguimos observar em relação aos trânsitos terapêuticos diz das modalidades de atividades realizadas nos espaços. O modelo de ajuda-mútua e o modelo psicossocial foram os mais citados, especialmente em referência a realização dos grupos e oficinas terapêuticas. Também a presença de um “padrinho”⁷⁵ ou de um técnico de referência atuando no local de tratamento apareceu como algo importante para a “prevenção da recaída”:

Eu frequento reuniões de narcóticos anônimos. [...] Porque assim, lá eu toh entre os meus iguais. Eles são pessoas que tem o mesmo problema que eu e compartilham das suas experiências. Nada melhor do que uma pessoa que já passou pelo problema que você tá passando atualmente, porque tudo mundo tem problema, de dizer como foi que conseguiu ultrapassar aquele problema, né? Então fala-se muito jargão de NA que eu uso, né, pra minha vida que é

⁷⁵ A existência de “padrinhos” ou “madrinhas” nos modelos de tratamento como os 12 passos ou de autoajuda são comuns. Esses(as) são pessoas que se tornam conselheiros ou cuidadores e atuam como uma presença constante de auxílio e apoio às pessoas que estão realizando o tratamento.

assim: O meu remédio entra pelo ouvido e sai pela boca, né? Eu escuto a partilha dos companheiros e eu desabafo. Um desabafo não tem retorno. Não vou ser criticado, não vou ser apontado, não vou ser julgado. Eu toh ali e é um momento que eu tenho meu. Dentro de NA, eu sou membro já desde 2010, que aquele momento é só meu, sabe? Ali eu posso falar o que eu quiser. É 5 mais 2, depende, vai ser estipulado na reunião. Na reunião é estipulado um tempo de partida pra cada membro. A pessoa chega e só partilha quem quer, né, coloca o nome no quadro lá, senta na cadeira, há outras pessoas ali com outras tradições, outro contexto e a pessoa tem o seu tempo de se expressar (Bambu CM_14 MAS Recife).

Ajuda pra quem quer absorver, pra quem quer se determinar ajuda sim, porque sempre tem mensagens acordando para aquelas pessoas que estão no grupo assim em termo de estratégia, em termo de como você pode dirigir a sua vida, em termos de que é possível você se manter longe do crack... enfim que é possível você se estabelecer na sociedade, psicologicamente... em um todo se você se determinar. E esses grupos ajudam, porque tem muitas mensagens, dinâmicas que acordam pra esse lado. / o tratamento é eficaz, mas assim, primeiramente tem que ter a determinação da pessoa (Bambu Caps AD_11 MAS Recife).

São muito bons... é uma grande iniciativa do governo, não sei... do Estado, do Federal ou estadual... não sei o que é, mas é pra dar um apoio, porque isso aí tem pelo menos os terapeutas lá pra conversar com você. Tem os grupos que você conhece outras pessoas, sabe das dificuldades das outras pessoas e você vai aprendendo com a dificuldade das outras lidar com as suas e vice e versa (Bambu Caps AD_1 MAS Recife).

Não, eu tô bem segura, tô bem agarrada a isso daqui porque o CAPS funciona. Tratamento funciona, é a pessoa que não funciona. [...] Saio e vou direto pra casa porque tem um pessoal que sobe comigo no ponto de ônibus, tem alguns enfermeiros também, ainda passam por mim: “- Ó juízo!”. Tem uma que me acompanha, eles ligam em casa, perguntam pro meu pai: “Bambu tá aí? Bambu já tomou o medicamento dela da noite? Já é uma preocupação (Bambu Caps AD_13 FEM Sampa).

Assim, como forma de alcance de uma abstinência mais estável, se este for o desejo e o PTS da pessoa, a adesão a programas de suporte social após o tratamento, como de autoajuda (12 passos) parece ser de grande importância como levantado pelos participantes. Siegal *et al* (2002) afirmam que o suporte social após o tratamento é determinante para a manutenção da abstinência, considerando-a mais importante que a gravidade da dependência ou tempo de tratamento. Mesmo sem ser objetivo direto deste estudo, foi possível observar que são poucos os grupos de “manutenção do tratamento” existentes nos Caps AD. Em sua maioria, existem grupos de “prevenção à recaída” no modelo da

Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)⁷⁶ para as pessoas que estão em final de tratamento e não para quem já recebeu alta e saiu do tratamento.

Não à toa algumas falas se desenvolvem no sentido de uma mudança necessária em seu convívio social:

Completamente. Eu digo por mim. Não tenho problema nenhum. Tenho convívio social total, sem problema nenhum. A única coisa que eu digo é que eu acho, é que pode-se correr o risco de , com certeza deve mudar de pessoa pra pessoa, é que eu não consegui mais ter o convívio social noturno, assim, em relação a bares, a pessoal consumindo muito álcool, ou usando algum tipo de química. Isso não. Mas no restante não tem problema nenhum. Nada (Bambu CapsAD_11 MAS Sampa).

7.5.3 Suporte na fé

Segundo Nichols e Schwartz (2007), durante o século 20, os psicoterapeutas e todo um movimento clínico-político tomaram um esforço por afastar dos consultórios qualquer associação com o que a ciência considerasse irracional. Dessa forma, tentaram afastar a religião das terapias, buscando manter-se “neutros” e que tais questões tivessem a ver apenas com as decisões de seus clientes/pacientes.

Na virada do século, com uma mudança no estilo de vida das pessoas, na qual mais gente acha a vida solitária e vazia, a espiritualidade e religião tomaram força indo contra esse sentimento ora chamado de alienação (Nichols e Schwartz, 2007).

Com o grupo de entrevistados, ficou evidente o encontro das pessoas com o que consideram uma força superior como forma de se protegerem das consequências negativas do uso de drogas, em especial o *crack*; corroborando com vários autores (Dalgalarrodo *et al*, 2004; Sanchez, Oliveira e Nappo, 2004; Coruh *et al*, 2005; Sanchez e Nappo, 2008; Felipe, Carvalho e Andrade, 2015).

⁷⁶ A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é uma forma de psicoterapia que baseada na utilização de técnicas que buscam objetivos concretos e operacionalizáveis (ou seja, claramente definidos e observáveis) nos diferentes níveis do comportamento e da experiência pessoal. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Terapia_cognitivo-comportamental. Acessado em: 20 de jan de 2017.

Cabe-nos perceber nas narrativas o quanto do que é trazido vem em nome de um proselitismo descabido, ou, de fato, vem de uma experiência pessoal significativa, que traz sentido para a vida da pessoa.

Maturana (2011, p .106) refere que:

[...] como operações na dinâmica de estados de um sistema vivo, todas as ações são fenômenos do mesmo tipo, independentemente do domínio no qual um observador afirma que elas acontecem, quando ele ou ela as leva em consideração ao ver o sistema vivo em relação com um meio. Além disso, todas as ações de um sistema vivo, que envolvem a operação de um sistema nervoso, acontecem nele como configurações dinâmicas de mudanças de relações de atividades em seu sistema nervoso, como uma rede fechada de relações variáveis de atividade entre seus componentes neuronais. Desta forma, pensar, andar, falar, ter uma experiência espiritual, e assim por diante, são todos fenômenos do mesmo tipo como operações da dinâmica interna do organismo (incluindo o sistema nervoso), mas são todos fenômenos de diferentes tipos no domínio relacional do organismo no qual surgem pelas distinções do observador.

Assim também a espiritualidade acontece em um corpo. Esta também será sentida em sua corporalidade, se for essencial para o humano. Ou seja, para Maturana (2001, p.162) os atributos transformam o humano no tipo de seres que somos – e destaca “*o amor, a responsabilidade social, a consciência cósmica, a espiritualidade, o comportamento ético, o pensamento reflexivo em expansão*” -, ativam em nós justamente as características dinâmicas de nossa corporalidade humana. Dito de outra maneira, é num viver entre seres humanos relacionais que conservaremos essa corporalidade e a cultivaremos.

Quando os modelos de tratamento trazem a espiritualidade e a religião como suportes necessários para a melhoria da relação das pessoas em seu abuso do *crack*, Vieira (2010, p 106) faz o contraponto afirmando que a utilização do tratamento religioso passa a ser compreendido pelas pessoas como: “[...] *um momento de “exortação e expurgação do suposto “mal” que representam os transtornos oriundos da dependência ao crack, sobretudo, na dinâmica das terapias grupais, bastante usuais nas instituições que oferecem atenção aos usuários de álcool e outras drogas*”.

No nosso grupo de entrevistados, destacamos algumas falas que exaltam o modelo religioso e outras que o negam, trazendo-nos a reflexão de Maturana (2001) no sentido de compreendermos quando a experiência espiritual de fato

se dá na corporalidade da pessoa a partir de sua observação e explicação sobre o fenômeno:

Fiquei internado uma vez por minha vontade, entre aspas né porque foi da minha vontade e da minha família também, um tratamento liberal eu poderia sair a qualquer hora, não tomei remédio, eu acredito que esse foi um tratamento legal até. E eu fiquei internado uma segunda vez que eles tinha um tratamento meio que doutrina a pessoa né, tornar a pessoa religiosa né, eu não gostei desse método, achei meio, muito forte, forçar você orar ajoelhado e eu não consegui né, eu achei que não funcionou, e o tratamento que funcionou comigo está sendo o CAPS (Bambu CapsAD_12 MAS Sampa).

Especialmente aqui é a palavra, que é lida para a gente, a palavra no que pede, e a você amar a si mesmo e ao próximo. [...] Que nem, quando eu fiz tratamento em Sorocaba eu ia na igreja, eu ia no CAPS, eu fazia curso e trabalhava. Eu fazia as 4 coisas. E essas 4 coisas não me deixava eu pensar em droga e quando eu pensava não tinha como, eu tava muito focado naquilo ali e a igreja ajuda muito, muito. As vezes eu ficava com vontade de usar droga, eu corria pra igreja e saía da igreja, sumia a vontade, eu passava... eu chegava perto dos meus colegas que fumavam do lado de casa pedra e eu falava: “- Ow joga isso fora!”. Eu sentava do lado pra conversar com eles e eu não tinha vontade, então me ajudou muito (Bambu Caps AD_12 MAS Recife).

Quando eu usava o crack, não tinha isso não. Eu ficava pra lá, não chegasse perto de mim. Mas eu passei a frequentar lá em Recife, um centro de apoio. Era um centro masculino, mas era de apoio. Tinha uns cultos, é o Cristolândia. Não sei se já ouviu falar? Lá tinha os cultos de manhã, a gente tomava café, tomava banho, depois ia embora, aí no outro dia tinha outro culto. Aí foi assim, quando eu comecei a prestar mais atenção, a ouvir mais. Aí foi quando eu disse: Realmente eu preciso de mudar. Eu preciso dessa libertação. Aí foi quando eu pedi ajuda lá pra eles e o pastor me trouxe pra cá, pro Rosa de Saron. Toh aqui a 2 anos (Bambu CT_10 FEM Recife).

Nossos achados também nos encaminham para o sentido discutido por Lira (2009, p. 11):

O homem contemporâneo, guiado pelo paradigma ocidental reducionista tenta excluir sua porção emotiva, passando a viver em função do imediatismo, da matéria e do agora. Naturalmente, as questões relativas ao espírito são relegadas ao descrédito, à segunda ordem das coisas mais importantes a se trabalhar, a se conquistar, a se conhecer. O medo daquilo que não se conhece, principalmente, o medo da morte, em nossas mecânicas urbes contemporâneas, é uma constante pulsante, pois não sabemos lidar com aquilo que aparentemente é o fim de tudo. Não sabemos lidar com as coisas da alma.

E se as drogas também estão no mundo para saciar os nossos “apetites da alma” (Escohotado, 1996) fica claro que a fé, para boa parte das pessoas

entrevistadas, também pode ocupar este espaço preenchido pelo uso de drogas. Uma substituição compreendida por elas como mais protetiva a si e sua família:

Tenho. Eu tenho muita fé em Deus, eu sou católico, minha família é toda católica mas eu gosto da doutrina espírita, kardecista, às vezes frequento a federação, vou à federação quando eu tô com tempo, ou bem disposto eu vou uma vez por semana na federação, nas palestras, às vezes eu vou mais, eu gosto e acho que, não a religião em si, mas acreditar em Deus é muito bom né? Muito legal. Eu gosto, tenho uma fé muito grande e eu acho que eu posso dizer que cinquenta por cento do cara, para sair das drogas é força de vontade, você pode colocar que os outros cinquenta por cento é Deus (Bambu Caps AD_11 MAS Sampa).

Ah, eu vejo Deus assim, né? É algo que o ser humano inventou pra ter onde se agarrar nas horas que mais precisa, porque a maioria das pessoas só lembra de Deus quando está em perigo, né? Você lembra de agradecer pelo dia, de tá vivo? Você lembra de a noite, de agradecer pela noite que está chegando? Acho que é a fé da pessoa, né? Por que Jesus não deixou nenhuma placa de igreja pra gente seguir, não deixou uma evangélica, uma católica, uma crente, ele deixou foi amor no coração né? Nas pessoas, então eu acredito nisso (Bambu 9_Caps AD FEM Recife).

Como a minha fé em Deus, então eu acredito bastante que o lado espiritual é também o principal de tudo pra mim, né? É o lado espiritual, porque é algo que vem de você. Agora depende da crença de cada um. Eu acredito que o lado espiritual é um dos principais fatores, né, que muitas vezes a pessoa recai, porque tá faltando religião (Bambu Caps AD_11 MAS Recife).

Então a espiritualidade pode se iniciar com a palavra esperança. Vir acreditar que pode vir e sair daquela miséria e utilizar a ação para que isso realmente aconteça, entende? Então o vazio, no caso, ele é preenchido também com essa parte de acreditar, de ter fé, entendeu? E pra isso o indivíduo, ele tem que ter de fato uma referência espiritual. Pra ele e pra família dele (Bambu CM_13 MAS Recife).

7.6 Recaída a partir das instâncias de tratamento

Não é possível finalizarmos os resultados e a discussão sem detalharmos aspectos encontrados a partir dos locais onde se deram as entrevistas. Além de achados secundários que consideramos importantíssimos. Pois, em nossa compreensão, certos aspectos advindos dos modelos de tratamento desses espaços também são motivos de “recaída” para parte das pessoas que buscam o cuidado.

Observamos algumas especificidades em relação às vulnerabilidades apresentadas pelas pessoas entrevistadas quando em tratamento nas três

diferentes instâncias de: Caps AD, Comunidades Terapêuticas (CT) e Clínicas Médicas (CM). Não faremos análises comparativas. Destacaremos das narrativas o que mais nos chamou a atenção ao pensarmos nas díades “proibicionista-abstinência” e “antiproibicionista-redução de danos”, bem como no que se apresentam acerca dos motivos para “recaída” a partir dessas instâncias de cuidado.

Como já comentado no tópico 8.1, o acesso aos espaços de tratamento se deu de diversas formas, porém, a acessibilidade das pessoas a estes espaços merece um olhar mais cuidadoso porque diz diretamente sobre a vulnerabilidade de cada um quando na busca por tratamento. Percebemos que nem sempre as questões sobre os riscos e as vulnerabilidades estão sendo conjugadas às necessidades das pessoas. Pareceu-nos, em alguns relatos que apenas as necessidades dos serviços e de seus profissionais estão sendo consideradas, incluindo o não respeito à escolha da religiosidade de cada um:

Eu já trabalhei em empresas e usava, né? Eu trabalhei o horário administrativo e eu ia pra empresa e quando eu largava eu fazia o uso. No outro dia eu ia, mas sempre quando eu largava do trabalho, aí eu fazia o uso. Chegou um tempo de eu usar até dentro da empresa que eu trabalhei. [...] Aí eu queria trabalhar. Mas aqui é só capinar e fazer roça. Não tenho nada a ver com isso. (Bambu CT_23 MAS Recife).

Já fui internado em um monte de canto. Mas aqui foi demais de difícil de entrar. Tive que esperar três meses lá no Sara... fiquei na ficha esperando ser chamado [...] minha mãe traz uma cesta básica por mês e a gente tem que fazer meta. São umas canetas e uns chaveiros que vendo no ônibus (Bambu CT_3 MAS Recife).

A minha realidade é essa. Não tem como eu mudar a minha realidade pra me adaptar a uma doutrina ou a um pequeno grupo de pessoas desse mundo inteiro que eu toh conhecendo, né? Talvez um dia, quem sabe? Mas eu preciso primeiro é me acostumar com a espiritualidade primeiro, depois a religiosidade. Talvez. Mas eles dizem que não vou me curar se não aceitar (Bambu CT_15 MAS Sampa).

Para Maturana (2001, 2005) a emoção fincada na negação do outro não produz relações sociais. Tal explicação nos faz refletir o tanto que os movimentos recursivos não são compreendidos e sem que consigam responder às demandas do próprio modelo de tratamento, as pessoas acabam por abandoná-los e “recaem”.

Assim, as formas de interação e cuidado entre os que provém e os que se beneficiam deste precisam ser levadas em conta. Ayres, Paiva e Buchalla (2012, p. 15) vão definir cuidado como:

“um diálogo entre cuidador(es) e cuidando(s) nos quais os objetos da intervenção, os meios para realizá-la e as finalidades visadas são definidos com saberes e experiências, científicos e não científicos, dos profissionais e dos usuários, de modo compartilhado, de forma a identificar e mobilizar os recursos necessários para se prevenir, tratar ou recuperar situações de saúde tidas como obstáculos aos **projetos de felicidade** das pessoas, comunidades ou grupos populacionais”.

Dessa forma, observamos que os encontros entre profissionais e pessoas nos serviços de cuidado carecem, por vezes, de considerar a intersubjetividade entre as partes, pois apesar de o discurso das pessoas entrevistadas estar, de modo majoritário, pautado no anseio de “cura”, não podemos tomar o sentido da expressão de modo unívoco, ainda que na letra do texto seja essa a ideia basilar, pois outros sentidos constituem as narrativas, seja a de restabelecer a saúde física, seja a de abstinência ou ainda de diminuição dos danos sem cessar o uso. Segundo Vieira (2010, p. 107):

é sabido que no saldo dos discursos há sempre um resíduo subliminar, quando não sub-reptício. Talvez seja possível afirmar que há tantas variedades no que tange ao uso de drogas quantos são diversos os interesses que norteiam os usuários no emprego de uma instituição de atenção para transtornos advindos do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Com muita dificuldade, nas três instâncias de cuidado, pudemos observar aspectos da biografia das pessoas entrevistadas com o *crack* e com o mercado ilegal em que este está transacionado. Também em relação às expectativas dessas pessoas em face dos protocolos agenciados pelos dispositivos de tratamento mencionados. Porém, não conseguimos saber até que ponto essas questões são trabalhadas pelos modelos de cuidado:

Ah, tenho medo de de ser roubado pela polícia, já fui roubado pela polícia mais de uma vez né?! A polícia quando me vê que sou uma pessoa que ando bem, que tem uma posição social legal, ando arrumadinho, relógio, celular bom, toda vez quando os caras me vê querem me roubar. Já apanhei, assim eles me viram que eu tava vindo de um curso no SENAI, não roubaram os cem reais que tava na minha carteira, mas me agrediram: “-Que tá fazendo o playboy aqui?”, Começaram metendo o pau nas minhas costas, nas minhas costas, então se eu comentar com alguém, não sei o quê, não sei o quê, outra coisa já me pegaram realmente, cento e trinta reais que eu tinha na minha carteira, nunca levaram nem a droga, só queriam saber do meu dinheiro. E ficaram. E aí toda vez que vê

o meu celular ficam: “- Que número tem aqui? Qual foi a última chamada?” Pra ver se o celular é meu mesmo porque se não eles vão levar o celular (Bambu Caps AD_10 MAS Recife).

Eu fui presa por conta do crack. Eu já levei uma facada por conta do crack. Eu já arrumei muita confusão por conta do crack. Um grupo de traficante quase me mata por conta do crack. Me envolvi no tráfico por conta do crack e muitas outras coisas, né? Que se eu for falar, tem um bocado mesmo (Bambu CT_10 FEM Recife).

Pela forma de você chegar na pessoa, a agressão que você, na intensidade que era também de vim da polícia, de vir alguém e você tinha que ir, e fazer né velho, era um escravo. [...] Roubei, cheguei a roubar. Mas assim, pessoas na rua, não. Meu vizinho por exemplo, não tinha coragem de mais, por exemplo indo para outro bairro, quem aparecesse se eu não conhecer era triste (Bambu Caps AD_12 MAS Recife).

Às vezes eu tenho vergonha do passado. Do que já fiz na minha vida, já fui preso, entendeu? (Bambu CM_14 MAS Recife).

Por que eu ia morrer. [...] Foram uns caras me matar onde eu tava morando, por causa de guerra de tráfico... [...] Aí ficou marcado na minha vida isso, e eu não tava mais usando, já quase um mês sem usar, tava um mês sem usar crack, mas tava cheirando pó. Mas tava sem usar crack mesmo. Aí foram me matar e eu fiquei sentido, ficou na minha mente isso, né? Que eu escapei, foi Deus que me deu esse livramento aí de novo, né? (Bambu CT_14 MAS Recife).

Pra não recair vai depender de como o cara encarou o tratamento, vai depender da realidade da pessoa em si. Por que no meu caso eu sou uma pessoa que tenho segundo grau completo, tenho várias especializações, pra mim não é difícil arranjar emprego, tanto que quando eu saí trabalhei no China in Box; então assim, eu tô sempre trabalhando. Agora prum cara que não tem nem segundo grau, mora numa favela, geralmente rola tráfico. Eu moro num lugar bonito, apartamento, moro perto da praia, então pra mim é diferente, mas pro cara que vive essa realidade, é triste (Bambu Caps AD_10 MAS Recife).

Em alguns locais percebemos as dificuldades dos serviços em aplicar os preceitos dos direitos humanos ao seu trabalho, mesmo não tendo certeza do que isso significa para estes em termos de esforços, haja vista que além de se ter um “bom coração”, parece ser necessário aos espaços que sejam compreendidos alguns aspectos sobre os direitos dessas pessoas:

E também aquela necessidade orgânica no corpo, assim como se vc tivesse com fome e tivesse que saciar sua fome, senão alguma coisa poderia acontecer. [...] Tem momento aqui que eu sinto cheiro de pedra no ar. Não sei se tem gente fumando em volta... não sei se é minha cabeça. Aí peço pra lanchar e eles negam. Dizem que só rezando isso vai passar (Bambu CT_1 MAS Recife).

Pois é. Que eu tenho esse privilégio, eu sempre tive, tanto é que eu não fui pra rua. Eu ficava em hotéis, quer dizer, mesmo usando eu ainda tomava um banho e saía e voltava, mas eu sinto que assim a grande maioria sofre com esse problema social e econômico, né? Socioeconômico. [...] Eu digo que quero visitar minha família, e eles dizem que não. Que não é porque eu sou rico que posso. Tô aqui sem ver minha família já faz quatro meses (Bambu CT_9 MAS Sampa).

Aqui a gente trabalha dez horas por dia e só sai no final de semana se bater a cota. [...] costuro e umas outras pintam a cerâmica. Aqui pode trazer os filhos, mas tem outra que eu fiquei uns meses que não podia (Bambu CT_8 FEM Recife).

Quando não se comporta tem ameaça de ir pra uma outra parte daqui. Eu nunca vi, mas falam que é onde ficam os doidos também. Sei que não se mistura e sei que tem castigo. Isso me disseram (Bambu CM_4 MAS Sampa).

Importante observar que o Ministério da Saúde jamais adotou a promoção da abstinência ou a fidelidade a algum tipo de religião como instrumentos de prevenção, certamente por considerá-los, além de ineficazes, uma prescrição moral incompatível com o estado laico e democrático. Contraditoriamente, não se combateu campanhas terroristas baseadas na indução do medo como estratégia da prevenção. Os retrocessos causados por tais questões aparecem enquanto sendo comum nas narrativas:

É.. Já fui pra CAPS já, mas assim, é uma coisa muito ineficaz, você vai lá pra passar o dia, tah entendendo? Quer dizer, eles só dão apoio a você, se você chegar lá, como se diz que nem um mendigo. Se você chegar descalço, todo sujo, aí eles conseguem botar você em um albergue, mas mesmo assim trocar uma droga pela outra pra você. Você fica que nem um zumbi sobre o efeito de remédio. Depois que aquele efeito daquele remédio passa, você fica agressivo, você quer usar, você quer matar, tah entendendo? Porque é isso que acontece. Foi o que já me disseram aqui e eu sei... (Bambu CT_15 MAS Recife).

Eu não estou aguentando mais não doutora, você está sujo, está fedido, você sente na própria [...] onde você foi nascido, foi criado, você chegar, tem uma roda, um grupo, quando você chega o pessoal dá perdido só... [...] isso não é vida prá ninguém. Isso é vida? Não doutora, eu botei, eu botei um negócio na minha cabeça que eu ouvi aqui, não vou mais fumar crack. Eu posso fumar maconha, eu posso tomar álcool, mas eu não posso mais fumar crack pra não virar um rato sujo (Bambu Caps AD_6 MAS Recife).

Assim, é possível entender que cada trajetória pessoal, e, porque não dizer psicossocial, depende de contextos intersubjetivos e das relações de poder

que podem ser entendidas apenas em termos de seus significados locais e contextos estruturais dos próprios espaços de cuidado. Ou seja, as pessoas em tratamento, lidam cotidianamente com discursos e valores heterogêneos, os seus e os advindos dos cuidadores, bem como desejos pessoais conflitantes, construídos ao longo do processo de socialização e acessados através de redes sociais, relações comunitárias e familiares, redes de amizade e no espaço profissional, que são também dependentes de condições locais e da possível realização dos direitos de cada um que buscou o tratamento.

Como motivos alegados para “recaídas”, as pessoas entrevistadas não responsabilizavam os tratamentos ou os locais diretamente, no entanto, em suas narrativas, traziam indicativos do que Garcia (2013) pôde aferir em sua pesquisa, no sentido de que a multiplicidade de sentidos dadas ao processo de “recaída” não corrobora mais diretamente com a ideia de uma “revivência” um retorno ao já vivido. Em nossos achados vimos claramente que essa noção vai de encontro ao que as pessoas entrevistadas narraram. A compreensão delas, por vezes incluem sim o que já foi dito sobre o fenômeno, mas também apontam para algo novo, diferente do que a literatura comumente traz.

Percebemos que a ideia sobre o modo de tratar é produzido pela concepção que se tem sobre os fenômenos da “drogadição”, da “dependência” e da “recaída”, que nos faz ver que o que “recai” é o tratamento que se oferece: uma oferta de tratamento que é mera reprodução do mesmo. Claro que há um conflito de interesses que vai delinear formas distintas de entender a atenção e o cuidado para essa população de álcool e outras drogas já referidos nas díades “proibicionista-abstinência” e “antiproibicionista-redução de danos”.

Neste sentido, pensar os motivos de “recaída” a partir do que as narrativas trazem dos seus espaços de tratamento podem nos trazer algum ponto “novo”, no sentido de que não é mais possível afirmarmos que ao desenvolvermos nosso trabalho à luz da teoria da complexidade e da redução de danos, reconhecendo os movimentos recursivos das pessoas, achamos que não dá para repensarmos nossas práticas de cuidado.

Infelizmente, o que mais foi recorrente, nas três instâncias de cuidado, foi perceber que as nossas práticas ainda não se sustentam suficientemente e não

são sustentadas na Política de Saúde Mental, na Reforma Psiquiátrica e seus princípios, na Redução de Danos, nos Direitos Humanos e nem na emoção do amor explicada por Maturana (2001, 2005). Parecem-nos meras repetições e "execuções" do prescrito:

A senhora deixou seu filho se matar? Porque a gente vê... uma vez teve uma promotora aqui.. : "-Ahh que ele é doido". E se fosse o seu filho. Se a senhora viajasse pra Europa, chegasse na sua casa e tivesse nada, só o taco do chão? E o seu filho batendo na senhora, ameaçando a senhora, a senhora ia fazer o quê? Ia carregar ele no colinho? A senhora ia internar, senhora. Deixa de ser hipócrita. Não tampa o sol com a peneira não. Injeção na língua dos outros é fresco. Só dói quando chove no meu, né? Enquanto não tá chovendo no meu, eu sou cheio das leis dos direitos humanos, mas é... Eu interno. Não vou deixar meu filho fazer.. não vou deixar meu filho passar o que eu passei. Minha família não tinha coragem de me internar involuntário, por medo. Eu não vou deixar. Vou deixar a pessoa que mais amo morrer e eu não vou fazer nada? Achar que um dia ele vai parar? (Bambu CM_15 MAS Recife).

Nosso grupo de entrevistados demonstra que nem todas as pessoas se adaptam ao Caps AD, nem todas aderem às CT, a maioria, não possui dinheiro e condições para bancarem seus tratamentos privados nas CM, e assim, as pessoas estão em trânsito constante, no itinerário terapêutico que também acaba por compor o movimento recursivo dessas pessoas na vida.

7.6.1 Centros de Atenção Psicossociais em Álcool e Outras Drogas (Caps AD)

Muitas altas foram referidas como motivos para "recaídas" das pessoas. Altas por "abandono", altas administrativas por uso de drogas dentro da unidade, altas administrativas por má educação e mau comportamento, abandono de tratamento por não suportarem o modelo, a forma como os técnicos realizavam as atividades, a falta de um suporte maior tanto em termos de tempo (horário de funcionamento) quanto em relação ao que é ofertado nos serviços. Percebe-se a alta exigência nos modelos de tratamento como critérios de inclusão para o cuidado. Muitas falas recorrentes em relação ao excesso de medicação que é ofertada nos Caps AD, em especial quando estas pessoas já se trataram ou estão sendo tratadas em alguma CT.

Eu vim aqui mas o tratamento daqui é muito ladainha, entendeu? Eles pensam que pôr uma pessoa sentada na sua frente falando, falando, falando, falando, falando... vai fazer você esquecer a droga. O que eles estão tentando é fazer uma lavagem cerebral. O que eles fazem aqui é transformar um viciado no crack, em viciado em remédio. Se você perceber, olhar quem faz o tratamento aqui dentro é tudo inchado, parece um zumbi. Ele não tem reflexo, não tem nada, então eu não aconselho o tratamento daqui não[...] (Bambu Caps AD_16 MAS Sampa).

Se eu sair hoje eu uso. Eu posso passar um dia, dois, três, quatro. É tanto que eu tive uma conversa com a nossa missionária aqui há umas duas semanas atrás que é dia vinte e cinco de Maio agora, eu faço nove meses. Então quando dá nove meses todo mundo quer ir embora, porque é o tempo mínimo da casa. Não é que você está pronta, é o mínimo que é o tempo de uma gestação, de você fazer tudo de novo então, e eu conversando com ela disse você não está preparada você sabe. E eu sei que eu não estou, minha filha falou: aqui é o lugar que a gente tem para procurar aprender como lidar com a abstinência, a crise da abstinência. Porque pra o Caps que é aberto, não adianta pra mim (Bambu CT_24 FEM Recife).

Inventaram lá numa assembleia que eu tinha levado droga pra o Caps. E num era eu não. Foi outro menino e eu que levou a culpa. Sempre tem droga aqui nesse Caps, meu! Acho que isso é muito ruim se é um lugar pra tratamento. Aí eu saí e usei de novo. Só voltei agora (Bambu Caps AD_4 MAS Sampa).

No meu tratamento eu estou trabalhando mais a humildade, entendeu? Deixar minha autossuficiência, meu egocentrismo de lado e trabalhar a humildade, paciência e tolerância e acredito que eu vou conseguir, minha esperança é essa. E isso eu só tô tendo aqui. No Caps eu não tinha isso não (Bambu CT_26 MAS Recife).

Eu já recebi alta... porque eu me intriguei com minha referência. Falei mal da mãe dela e vendo o antes e o depois, eu acredito que agora eu estou mais preparado. Porque isso fez eu recair (Bambu Caps AD_2 MAS Recife).

Por outro lado, várias narrativas também enaltecem os aspectos positivos para “prevenção da recaída” e manutenção do tratamento, ressaltando-se os grupos e as oficinas terapêuticas, a equipe multiprofissional e a possibilidades de se fazer um tratamento mais completo devido a integração com outros serviços da rede de saúde.

Eu aconselho você fazer as oficinas que é um modo de você esquecer, sair daquela vivência do crack. [...] Já fiz tratamento próprio que eu mesmo me internei. Só que você busca tratamento e você não é tratado como gente, entendeu? [...] CAPS eu já fui em 2. [...] Conhecendo os tratamentos, eu conheci o CAPS por causa das oficinas que tem. [...] Ah eu gostei porque eu gosto de fazer artes, né? Eu sou meio arteiro (Bambu Caps AD_16 MAS Sampa).

Porque lá a gente tem um apoio, um seguro, entendeu? A gente tá seguro, a gente tem aquele apoio, então a gente sai e... É como se fosse uma escola... a gente sai e esquece aquilo ali né? A equipe é muito boa e eles me ouvem né? (Bambu Caps AD_3 FEM Recife).

Aqui muito melhor, muito melhor. O tratamento aqui é excepcional, que eu precisei do pronto socorro aqui de Santana, eles me levaram de ambulância, foi muito bom, muito bom, o pessoal da enfermagem ficou super preocupado comigo enquanto que nessas duas outras clínicas não foi assim, não foi (Bambu Caps AD_13 FEM Sampa).

Em recente trabalho sobre os sentidos e significados dados a um Caps AD em Recife, Lacerda e Rojas (2016) também encontraram referências positivas em relação ao serviço, compreendido como um local de apoio e cuidado. Cuidado que vem oportunizando relações de vínculo e potencializando a terapêutica do espaço. As autoras observaram que, ao se mostrar como um espaço acolhedor e que oportuniza o acesso a direitos para além da saúde, o Caps AD precisa considerar a balança entre o acesso a direitos e benefícios e a construção de autonomia das pessoas. A ideia é que o serviço não deixe de trabalhar no âmbito social mas que, igualmente, atue energeticamente na reinserção social e no empoderamento delas.

7.6.2 Comunidades Terapêuticas (CT)

Quando falamos em Comunidades Terapêuticas no Brasil, infelizmente não estamos mais nos remetendo àquelas nascidas na Europa influenciadas pela “Antipsiquiatria”, que propôs o modelo das CT como possíveis espaços de convívio social com a loucura (Rameh-de-Albuquerque, 2008); e nem nas CT que De Leon (2003) referiu se basearem na democracia das relações, onde todos os participantes têm uma função terapêutica, havendo a busca da reaprendizagem social.

No Brasil, as CT surgiram como uma tentativa de controle das drogas baseadas na modificação do comportamento e na busca de uma sociedade sem

drogas, utilizando a auto-ajuda como abordagem prioritária, e, ainda apresentam uma clara motivação ética e espiritual (Rameh-de-Albuquerque, 2008).

As CT possuem um modelo de cuidado bastante aceito em território nacional, seja porque as famílias se “livram” de um problema que é considerado um estorvo e que causa muito sofrimento, seja porque, de fato, as pessoas ao trocarem o uso da droga pela conversão religiosa mudam o seu comportamento chegando próximo, ou mesmo alcançando, à almejada abstinência; sendo assim considerado um forte modelo para a “prevenção da recaída”.

É eu gostei daqui né? Porque o que liberta aqui, né? Não é a casa, não é a dona, quem liberta é a palavra. É Jesus que liberta. Só isso (Bambu CT_25 FEM Recife).

Por causa da minha falta de conhecimento do que é Deus, de como Deus..., né? Enfim, já me ajudou a recair, por eu achar que agora Deus vai me punir, enfim... Eu entendi de uma forma deturpada do que era Deus por isso que eu gostei muito dos 12 passos, porque me esclareceram melhor, que Deus não tem interesse nenhum de se vingar de mim, de me castigar, toda essa besteira que eu acreditava, né? Pelo contrário Deus gosta muito de mim, Deus tem um carinho..., mas já me ajudou também porque? Eu fui muito jovem pra igreja, já me batizei porque eu percebi que existia ali uma energia muito forte. Isso é fato, né? Pra mim existiu...qualifiquei essa energia como Deus, né? Então isso me deu esperança ao longo da minha vida até hoje, porque eu já tinha conhecido, né, já tinha o contato e nos momentos difíceis eu clamei, né? E eu acho que funcionou, senão eu não estaria vivo. Eu já passei por muitas situações inusitada, né? (Bambu Caps AD_15 MAS Sampa).

De acordo com a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (2016⁷⁷), a metodologia de 90% das CT utiliza a auto-ajuda como abordagem emergente. O percurso metodológico escolhido pelas CT traz a clara motivação ética e espiritual como compreensão de que apenas por este viés uma pessoa pode conseguir debelar seu problema com as drogas. Essa questão parece-nos relevante quando somos impelidos a lembrar que o estado brasileiro é laico, e, nesse sentido, a imposição por um tratamento religioso deve ser questionada. No entanto, como já dito, sabemos que a espiritualidade é fator de proteção, de modo que as CT ocupam um relevante espaço de oferta de cuidado. Essa é uma tensão constante entre o papel da sociedade civil religiosa e o estado brasileiro,

⁷⁷ Disponível em: <http://www.febract.org.br>. Acessado em: 11 de nov de 2016.

que recentemente diminuiu sua preocupação em monitorar o acompanhamento desses serviços, ao contrário, tornou-os parte da rede de cuidado da saúde.

Ela é, ela é isso mesmo, ela é um modo de vida, ela é, além de ser religião é um modo de vida. [...] Ele disciplina as pessoas mostrando a luz da Bíblia né, então existe o católico, o espírita, pessoas que lê a Bíblia, só que nós lê de uma maneira, buscando examinar espiritualmente falando, então a gente descobre coisa que trazendo pra nós humanos de um modo social nos transforma, ou seja, a nossa lei não permite excesso de bebida alcoólica, não permite consumo do cigarro, não permite consumo de drogas e mais nos instrui e admoesta a gente a um bom relacionamento tanto com o nosso próximo como se expandindo assim até a sociedade, o país, o bairro, quem sabe o mundo assim você pode contagiar mostrando que verdadeiramente está respeitando a sua religião porque ela está lhe ajudando a ser uma pessoa diferente (Bambu CT_20 MAS Recife).

Como dito, as CT surgem pela escassez das políticas públicas no sentido do cuidado das pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, porém, as políticas existem, no entanto não são suficientes, fazendo com que as CT ganhem mais espaço, num momento em que os equipamentos e serviços públicos de saúde não dão conta de receber a demanda existente. Isso ocorre não apenas com as CT, mas com outros modelos “não-médicos” como os grupos de ajuda-mútua - AA, NA etc (Rameh-de-Albuquerque, 2008); além de outros modelos religiosos para tratar de patologias diversas como é o caso das comunidades ayhauasqueiras (Lira, 2016). O SUS não suporta a demanda e ainda tem de lidar com a peculiaridade dos casos, não apenas para tratar da “dependência” mas também para prevenir as “recaídas”:

A gente sai do tratamento, mas... [...] Que essa entrada na vida social é a reentrada, a reintrodução da vida social, ela é difícil. Assusta, a pessoa acha que está sofrendo preconceito, às vezes demora mais. Pra mim demorou menos porque eu tinha um outro suporte, mas pra pessoas assim com menos suporte pode demorar muito tempo, se ela não tiver um respaldo. Precisa ter um respaldo sim. E os Caps ficam fechados nos fim de semana. Aqui, se a pessoa precisar pode procurar a qualquer hora (Bambu CT_12 MAS Sampa).

Não. Eu acho que cada um pode encontrar uma forma de se tratar. Que nem eu falei, uns vão se encontrar mais no CAPS, uns vão se encontrar mais na igreja, outros vão se encontrar no NA, outros vão se encontrar no AA, porque o AA e o NA são diferentes, tem gente que não gosta do NA e vai no AA, tem gente que vai no amor exigente, vai na pastoral da sobriedade, cada um se encontra de uma maneira, no jeito. Acho que também não é uma coisa assim também, né?

Eu acho que você tem que ir construindo assim... eu já fui... (Bambu Caps AD_19 MAS Sampa).

7.6.3 Clínicas Médicas

Em nosso grupo de entrevistados, as Clínicas Médicas (CM) variaram de porte, abordagem, capacidade resolutiva (foco e público atendido) e geralmente possuíam várias etapas distintas de tratamento, a depender do que era a demanda inicial das pessoas que buscaram se tratar nesses espaços ou do que a família pactuou com a equipe que recebeu seu parente. Eram todas privadas, mas possuíam cotas sociais e convênios com empresas e planos de saúde.

Muitas demonstram um certo hibridismo entre o modelo medicamentoso e o funcionamento de uma CT, visto que grande parte delas se baseiam no método Minnesota⁷⁸. Algumas ofertam psicoterapia, medicamento, desintoxicação clínica, grupos terapêuticos e a própria internação involuntária com resgate. Apesar do discurso trazer que a medicação é somente uma passagem química para os primeiros momentos do tratamento, a fim de que não haja uma indução a outro tipo de “dependência”, acabam por lançar mão de bastante medicação.

Eu já tive internado algumas outras vezes em instituições evangélicas onde não tinha um direcionamento terapêutico. [...] nas instituições evangélicas, as pessoas têm uma visão muito superficial sobre a realidade do Programa com relação ao uso de drogas. Aqui é mais completo. As pessoas acreditam que de fato existe uma cura, entendeu? Existe um certo tipo de ignorância. Então quando eu cheguei ao tratamento e conheci essa Programação as pessoas me disseram que eu não sofria de uma deficiência moral e sim de uma doença que não tem cura e pode ser tratada. Uma doença das emoções, das habilidades de lidar comigo mesmo, com meus sentimentos. A partir do momento em que eu percebi isso logo, eu procurei o meu tratamento, assim como um portador de diabetes, né? Quando sabe do médico aquilo que realmente tem, ele decide iniciar um tratamento dele e foi o que eu fiz. E desde então eu venho seguindo em frente. [...] Existe tratamentos que fazem uma alta, uma única alta, um único momento da saída do indivíduo, o que particularmente eu não concordo, porque a partir do momento que ele chega em casa, ele percebe que algumas coisas passam a mudar, entendeu? [...] A família, no caso tem medo, tem insegurança

⁷⁸ O método Minnesota partiu das experiências do AA aplicadas a um manicômio da cidade americana de Minnesota na década de 1930. Baseia-se em 28 dias sem o uso da substância, utilizando-se a moradia em grupo para estimular as pessoas a falarem de si e aprenderem a si valorizar sem a droga. Para saber mais, acessar: http://apadeq.org.br/?page_id=480.

de voltar ao uso e sem ela perceber, a família expressa essa insegurança, esse medo através de algumas perguntas: “-Você vai aonde? Volta que horas? Qual é o amigo que está do seu lado?” Aqui trabalha a família. [...] O indivíduo que tem o primeiro pensamento com a ideia de não usar mais drogas, ele se sente machucado quanto às colocações, entendeu? Então pra mim é necessário que ele passe por uma experiência de um período de tempo curto em casa e volte para a instituição, para a clínica, pra poder falar sobre esses acontecimentos, entendeu? E poder lidar com essas situações (Bambu CM 13 MAS Recife).

É assim, há tratamentos que a pessoa tem que é chamada ressocialização, né, porque quando você tá internado, você é retirado da sociedade, né? Aqui é tipo uma sociedade à parte, né? Tem normas, tem disciplina, tem regras, tem lazer, né? Não é uma coisa só, altamente rígida, né? Então isso, né, é o que vai disciplinar a pessoa. Acordar, fazer sua higiene pessoal, depois fazer sua limpeza, forrar sua cama, dobrar seu lençol e limpar o local que você dorme, você convive. Isso é disciplina. E lá fora, por vezes não tem ninguém pra tá cobrando a pessoa. Você não vai ter um monitor na sua casa falando: “-Ó, faz isso? É assim! Faz assim.” Então por isso que tem que ter essa reinserção social. Tem que ser reinserido aos poucos na sociedade, né? Pra que ela vá se acostumando à sociedade novamente. A pessoa tem uma nova maneira de viver, né? Não é mais daquele jeito que era sem ter horário pra acordar, sem fazer nada, então ela tem que ir devagar, né? Sendo posta na sociedade, volta, tras os problemas, dificuldades, né? É trabalhado aqui com a equipe técnica (Bambu CM_14 MAS Recife).

No sentido do modelo como influente para a “recaída”, a CM foi a que menos despontou com essa questão. Talvez pelo fato de que, a grande maioria das pessoas entrevistadas, não eram moradoras do território na qual a CM estava inserida, e, conseqüentemente, estavam fazendo esse tratamento pela primeira vez. Parte delas afirmou não considerar que sofreu “recaídas” por se tratar de primeiro tratamento.

Eu tô aqui e tô gostando do tratamento. Tô com saudade da minha casa. Mas sei que vai ser melhor pra mim. É meu primeiro tratamento e quero que seja o último. Muita gente fala aqui que tem recaída. Eu não quero ter isso não (Bambu CM_26 FEM Sampa).

Eu acho que tem que ser um trabalho contínuo, assim: sair do tratamento direto pra casa eu acho que não é legal. Acho que tem que ir aos poucos, porque como eu, eu falo de mim, quando eu saí de uma internação eu saí achando que tava tudo legal, eu saí lá fora e tive que enfrentar um monte de problemas que eu deixei. Se sair de uma vez e não souber lidar com essas dificuldades é provavelmente vai conseguir ficar de pé. Aqui eles estão preparando pra não ter que recair (Bambu CM_23 MAS Sampa).

7.6.4 Quando os modelos de tratamento não consideram a subjetividade das pessoas e as ajudam na “recaída”

Quando refletimos teoricamente sob as díades “proibicionista-abstinência” e “antiproibicionista-redução de danos”, considerando a Teoria da Complexidade, em especial à recursividade, e a Redução de Danos fincada nos Direitos Humanos, podemos compreender que todas as perspectivas modelares são esteio para nossas reflexões a partir das narrativas pinçadas com muito cuidado e atenção.

São falas de pessoas em final de tratamento para o uso do *crack*, que estavam buscando pôr um fim em sua relação considerada “doentia” e sentida como prejudicial a si, a seus amigos e familiares. Algumas também desejavam estabelecer uma relação diferente com o uso da droga, a fim de poderem ter menos prejuízos e perdas em suas vidas. No entanto, buscavam o tratamento não como um fim por si só, mas como uma “parada obrigatória” para o seu processo, por vezes desenfreado e repetitivo. São “vais e vens” entremeados a muita dor ou mesmo prazer que também levava ao sofrimento posterior pelo uso desenfreado do *crack*. Longe de nos fazermos pondo um fim às discussões aqui apresentadas, temos ciência do quanto as questões, ora trazidas, são apenas um olhar parcial de algo que nos parece inesgotável de possibilidades reflexivas.

Para nós, apesar de serem falas de pessoas, em sofrimento pelo seu tratamento, ficou muito evidente o quanto mais do que os modelos, a forma como estes operam, são motivos para as “recaídas”. Quando os serviços não levam em conta a subjetividade das pessoas e os fatores interdependentes que circundam seus processos pessoais, fatidicamente, tais modelos colaboram para que seu processo de “recaída” seja reificado.

Ainda envolta em questões observadas no campo desta pesquisa, foi possível observarmos o quanto de violação de direitos trazem uma somatória de fontes de estigma nas narrativas dos que abusaram do *crack* e dos que cuidam destes. O senso comum atravessa as práticas ditas terapêuticas e são refletidas nas falas de machismo, homofobia ou misoginia, sexualidade e experiências de gênero não hegemônicas - que não são contempladas nos modelos de

tratamento -, sejam ainda a questão da discriminação de raça ou cor, divisões de classe, impondo da mesma forma divisões de tratamento⁷⁹. Uma perversa sinergia de estigmas que necessariamente vão exigir uma sinergia de respostas para conceber práticas e processos de trabalho que vão para além de um discurso “militante” da necessidade de reversão dos modelos duros que hegemônicos têm produzido muito mal-estar no cuidado das pessoas que usam drogas (Birman, 2001).

Será que ao atuarem na emoção do amor (Maturana, 2001, 2005) existe justificativa para suas ações? Parece que a “objetividade entre parênteses” age quando os serviços conhecem um pouco melhor as pessoas que estão em tratamento, ajudando-as a também conhecerem mais a si mesmas em seu processo recursivo:

Pra mim hoje foi, porque se eu tivesse saído naquele dia que eu tinha pedido pra ir embora, eu teria usado droga e não sei se eu estaria aqui hoje falando com a senhora, ou estaria vivo. Não sei. Mas pra mim me ajudou. Não gostei, que é fato, né? Ninguém gosta da forma que é pegado a força e colocado ali dentro, porque a pessoa quando tá na abstinência que foi meu caso, né? Que eu cheguei aqui de boa, vim sozinho e queria me tratar e não queria, né? E a abstinência me bateu uma hora tão forte que eu: “-Ó, quero ir embora! Eu queria ir embora e eu vou embora”. Chegou psicóloga vir falar comigo, veio conselheiro falar comigo: “-Mas rapaz é isso mesmo que você quer? Aí foi lá e foi cá. Aí eu já tava ligado no procedimento, aí foi quando eu notei: “-Eu vou ficar a força mesmo”. Veio o grupo, me pegou e me colocou ali ó: “-Você vai ficar e hoje você é uma pessoa involuntária”, tá entendendo? Aí eu olhei assim: “-Mas não posso não”. “-Doutor, agora você é uma pessoa involuntária.” Aí eu passei por um processo de negação, não falava com ninguém. Usei um pouco da minha ingratidão com essa comunidade toda por algum tempo, mas hoje eu já sou grato por essas pessoas que me colocaram a força aqui dentro. Me colocaram, não né? Me quiseram a força aqui dentro, porque era minha vida, tá entendendo? Porque uma vez fizeram por eles o que eles estavam fazendo por mim, também. Porque aqui, se qualquer um pedir pra ir embora e abrir o portão, o final vai ser triste. Tem uns que tentam por força de vontade, mas assim, eu não identifico ninguém que pediu para ir embora e tá bem (Bambu CM_16 MAS Recife).

Com relação aos sentidos dados pelas pessoas entrevistadas às suas “recaídas, observamos que estavam ligadas à alegria, festas, diversão, como

⁷⁹ Localizamos em alguns espaços de tratamento, serviços que não recebem mulheres “porque são muito complicadas”, que separam as pessoas por poder aquisitivo, incluindo mudança na alimentação que é servida, falas preconceituosas em relação ao fato de terem mulheres em tratamento etc. Não sendo o foco direto deste trabalho porém sugerindo a necessidade de ampliação de pesquisa que busque averiguar o tanto que tais funcionamentos institucionais não são fatores para “recaída”, conforme visto por Garcia (2013).

fortemente também à associação direta com perdas, danos e sofrimento. Considerando que os modelos de tratamento apareceram como um forte motivo para as “recaídas”, falta ainda a reflexão sobre o quanto esse constructo teórico nomeado por “recaída” está cravado a um aporte científico que não mais responde aos processos pessoais averiguados. Carecemos de nova formulação para pensarmos o quanto todas as pessoas desenvolvem a recursividade não necessariamente ligados a um processo de “recaída”.

Se aportamos o modelo de cuidado e tratamento na Redução de Danos, o constructo “recaída”, que tem seus pilares presos à díade “proibicionista-abstinência” e à emoção da negação do outro (Maturana, 2001, 2005), não se suporta mais. Não cabe mais à prática terapêutica psicossocial. A “recaída” não pode mais fazer parte do aporte teórico que fundamenta a *práxis* daqueles que atuam à luz da díade “antiproibicionista-redução de danos”.

Uma vez percebidas as diferenças e distâncias epistemológicas, filosóficas e práticas, dos modelos operantes diante do fenômeno da “recaída”, obviamente foi possível notarmos o quanto cada pessoa entrevistada respondia aos questionamentos apresentando comportamentos distintos, e atitudes diferenciadas diante da maneira com que seus tratamentos eram conduzidos. Poucas foram as pessoas que conseguiram romper com isso. A maioria se comportava como desejando não decepcionar o que se esperava delas, seja por parte de seus familiares ou dos técnicos e cuidadores.

Eu acredito que o tratamento do uso do crack é contínuo, não termina nos 6 meses quando saí da clínica, o tratamento do uso do crack, da dependência do crack tem que continuar lá fora. É com grupo, é com psicólogo, é com medicação se for necessário, eu não tomo medicação, é continuar voltando na clínica, não perder o vínculo, por que é eu já vi companheiros ai de 5, 6 anos limpo e voltar a usar crack de novo entendeu. Então essa ideia de, pô, acabou meu tratamento de 6 meses, de 9 meses tô recuperado é ilusão, é preparar para uma nova recaída isso daí. É que nem fala no grupo: É aprender uma nova maneira de viver (Bambu CM_10 MAS Sampa).

Assim, para além das diferenças entre os modelos e concepções, a emoção com a qual estarão presos é fundamental para que haja alguma ressignificação. Por exemplo, a discussão que o SUS faz sobre equidade, segundo o qual os serviços de saúde devem oferecer tratamentos diferenciados e específicos para os que se encontram em situação desigual, visando reduzir

as diferenças de vulnerabilidade das populações. O que vimos foi que apenas os Caps AD vêm incorporando a necessidade de oferecer tratamentos que incorporem todos aqueles que estejam em situação de maior vulnerabilidade, respeitando suas escolhas de gênero e afiliações religiosas. Ou seja, através da incorporação da redução de danos os Caps AD, parecem se aproximar mais da objetividade entre parênteses e da emoção do amor, aceitando as diferenças do público atendido.

Não por acaso, cabe a reflexão se o constructo teórico sobre “recaída” ainda faz sentido para quem atua à luz da Redução de Danos, baseada nos Direitos Humanos, já que necessariamente, não se trata de negar a abstinência como uma necessidade vital para muitas pessoas, porém, que este desejo seja de fato delas, e, não mais uma imposição trazida pelo modelo de tratamento. Se for assim, a emoção será a de negação do outro o que, segundo Maturana (2001, 2005) nos impede de uma relação social autêntica.

Sabemos que podemos apresentar uma certa animosidade em relação ao tema “recaída”, porém, tivemos através das narrativas, a clareza do que estávamos buscando entender. As pessoas que “recaem” podem se levantar e assim o fazem. Porém, o fato do *crack* possuir uma representação embasada em senso comum já induz a uma expectativa de pouca confiança em seus processos pessoais. Todo o fenômeno da “dependência” é envolto em premissas médicas e pouco sociais. Em expectativas de “cura” e de extinção de sinais e sintomas de uma “doença” que se mostrou muito próxima a qualquer outra que necessita de cuidados e atenção especiais.

Como fenômeno “novo” devido às roupagens travestidas ao *crack*, o processo de *contrafissura* (Lancetti, 2015) parece causar mais mal e impulsionar mais “recaídas” do que o que é esperado para outras drogas. As observações aqui inventariadas e discutidas, já vem sendo há muito gestadas por modelos embasados na díade “antiproibicionista-redução de danos” por muitos atores que mais insidiosamente que outros, vêm desenvolvendo em diversos campos de prática, na saúde e fora dela, estratégias ancoradas na redução de estigmas (Paiva e Zucchi, 2012; Ronzani, 2014), na ampliação de vida (Lancetti, 2007,

2015), mas certamente, esse constructo não cairá por terra de uma hora para outra.

No entanto, são diversas as experiências brasileiras que vêm produzindo um saber diferenciado. Esperamos não apenas trocar o conceito de “recaída” pelo de recursividade - visto que não se aproximam enquanto epistemes -, mas, compreender a recursividade como um movimento inerente a todas as pessoas e, que, no sentido do abuso de drogas (incluindo do *crack*), tais experiências possam considerar os aprendizados e mudanças pessoais observando o crescimento comportamental e psicológico das pessoas que estão buscando o cuidado.

Quando falamos nas características das experiências brasileiras que vêm produzindo um saber diferenciado, estamos nos remetendo ao que Ayres, Paiva e Buchalla (2012, p.12) referem quando da construção do quadro de “Vulnerabilidades e Direitos Humanos” (V&DH):

O ambiente politizado do processo de redemocratização do país, a reforma Sanitária em curso, com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS); as propostas dos modelos de atenção integral à saúde, especialmente impulsionadas pelos movimentos de mulheres e de luta antimanicomial; a mobilização de grupos da sociedade civil organizada frente à epidemia de Aids, em movimentos de construção de solidariedade e defesa de direitos; e, finalmente, características do ambiente acadêmico, com a tradição crítica da Saúde Coletiva e da Epidemiologia, as perspectivas construcionistas em Psicologia Social e a forte influência do pensamento de Paulo Freire desde o campo da educação; todos esses aspectos ajudam a compreender tais peculiaridades e porque aqui, como talvez em nenhuma outra parte do globo, o quadro de V&DH e sua incorporação à formulação de políticas públicas e ações de saúde tenham alcançado tão expressiva elaboração”.

Destarte, os autores concluem que o quadro da V&DH no Brasil, se conformou de modo conceitual e também prático num “*caráter mais “radical” do que nos Estados Unidos*” (p.12), pela necessidade de se trazer novas bases epistemológicas e técnicas no sentido de construção e reconstrução de propostas das práticas de saúde. Obviamente, esta é nossa premissa. Também ao fenômeno da “recaída” é necessária a aceitação de novas teorizações, que sejam diversificadas, transdisciplinares, que unam novas formas de pensar e agir no campo das drogas. Assim, a Teoria da Complexidade (Morin, 1991, 1999, 2000 e 2001) e as ideias de Maturana (2011, 2005) nos parecem ser um bom

somatório ao que já vem sendo desenvolvido nos modelos psicossocial, construcionismo social e redução de danos (ancorado nos direitos humanos).

Para pensarmos em intervenções preventivas da “recaída” (caso seja a abstinência o desejo das pessoas) e ainda intervenções de acompanhamento aos processos recursivos de cada uma, é necessária a sustentação dada na díade “antiproibicionista-redução de danos”. Esta é uma “matriz-disciplinar” que diferente da “proibicionista-abstinência”, com seus apelos morais, trará mudanças não mais focadas na culpabilização das pessoas. Pois, deverá envolver uma mudança de paradigmas dos modelos atuantes no campo das drogas, quiçá na saúde, na educação e na assistência social, fundando uma nova racionalização em que a ação preventiva deixa de ser centrada na transmissão de conhecimento e passa para uma racionalidade aberta que inclui as subjetividades, afetividades e emoções (Freire, 1987; Maturana, 1998; Maturana; Varela, 1997; Morin, 2000).

Da mesma forma que nós produzimos um novo jeito, um jeito brasileiro de se fazer Redução de Danos, também agora é necessário que criemos um novo jeito de operar a clínica da “recaída”. Tal constructo não nos cabe mais se estamos afiliados à díade “antiproibicionista-redução de danos” e na “objetividade entre parênteses”. A recursividade nos convida a encontrarmos em nós as nossas próprias limitações no momento em que estamos diante de falas que mostram o quanto seus esforços para viverem de maneira diferente diante do *crack* tem encontrado modelos e atitudes “recaídas”:

O tratamento tem me ajudado nisso. As TRs aqui são muito boas, Luciana é uma ótima TR, tem Juraci também que dá muito apoio, então assim a gente tá, também tem o pessoal do meio da farmácia, André dá umas palavras boas, Flá, Flávio é o nome dele. Flávio eu conheço, eu falei Flá, porque Flávio eu conheço das toçadas, ele é músico também e agente se conhece já de algum tempo. Então assim: foi isso. O tratamento tem entrado na minha cabeça, foi o que, é o que eu tenho dito à minha família eu tô conseguindo, entre uma recaída e outra, abrir espaços de tempo. Parece que não esperam mais de mim que eu recaia. Eles parecem confiar em mim e acreditar que vou conseguir o que eu quero. Mesmo que eu use uma vez ou outra, eles não vão desistir de mim (Bambu Caps AD_10 MAS Recife).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

8. Limitações do estudo

Os dados obtidos partiram de uma amostra intencional, que embora tenha sido construída com o rigor da investigação qualitativa, recomenda-se cuidado na sua extrapolação. Até porque, compreendemos que mesmo que as motivações para o tratamento tenham sido ordenadas em sua maioria na retórica da “cura”, as alegações das pessoas para seus motivos de “recaída” obliteram uma ordem de interesses não declarados. Isso se dá por razões diversas e que nem sempre conseguimos compreender: seja porque não estão claramente elaboradas para as pessoas entrevistadas, seja porque estas reputam ter boas razões para não as contar aos pesquisadores, ou ainda porque se sentem corresponsáveis pelo tratamento ofertado. Assim, este estudo não pode ser generalizado, mas seus substratos da investigação certamente constituem o que podemos alcançar, ou seja, os “fatos da consciência”, cabendo ao observador a explicação sobre estes (Maturana, 2001, 2005).

CONSIDERAÇÕES

FINAIS

9. Considerações Finais

Este estudo nos permitiu uma aproximação com a compreensão sobre as pessoas que abusam do *crack*, seus motivos, percepções sobre o processo de “recaída”, problemas que envolvem aspectos bioquímicos da droga, mas também os subjetivos sob a perspectiva da recursividade.

Assim, buscamos compreender um pouco mais sobre este ser humano que existe sempre em relação às suas experiências atribuindo-lhes significados singulares e foi na experiência em relação ao uso do *crack* que os participantes puderam relatar aspectos ligados ao denominado processo de “recaída”. No encontro com o *crack*, esta pessoa, está sempre em constante acareação com seus próprios limites e não alcança nunca as certezas que está buscando. Este movimento contínuo nos levou à teorização sobre a recursividade. Esta última, encontra-se contida no bojo da teoria da complexidade. Para isto, recorreremos à Maturana, cujos termos que compõem seu arsenal teórico como amor, ódio, vida, morte etc, pode conferir inicialmente ao leitor desavisado a ideia de romantismo, mas na realidade, o autor quer se referir aos paradoxos do existir humano, entre solidão e convivência, transcendência e realidade, amor e ódio, vida e morte; neste cerne estão duas emoções trazidas por Maturana que se destacam: o amor e a negação do outro. A primeira funda o social e a outra nega essa natureza aos seres humanos.

O encontro com estas teorias somou-se a outras ideias e discussões tais como os paradigmas e modelos que acompanham os tratamentos das pessoas que usam drogas - dentre elas o *crack* -, com a vontade de investigar os motivos apontados pelas pessoas para a “recaída” juntamente aos fatores que alegam como desencadeadores desse processo e ganhou outra leitura para além das comumente encontradas na literatura.

Apreender os sentidos e os significados dados pelas pessoas que abusam do *crack*, e o que atribuem a este processo, mergulhando na escuta de suas narrativas nos levou a conhecer algo que não achávamos que encontraríamos a priori: a recursividade como um fenômeno inerente a todos os seres vivos. Por

recursividade, junto a nós humanos, denominamos o movimento do reviver as experiências em nossas vidas, de modo parecido, mas nunca igual, o que implica em aprendizagens pessoais e singulares. Para as pessoas que querem parar ou diminuir o abuso de *crack*, a recursividade passou a ser uma possibilidade de leitura contra um constructo teórico que advém de um modelo que não cabe mais àqueles que trabalham na perspectiva da díade “antiproibicionista-redução de danos”.

Foi no abraço a esta perspectiva que refletimos as narrativas trazidas pelas pessoas em fase final de tratamento para o *crack* e percebemos que a própria ideia de “fase final de tratamento” é inconcebível enquanto noção modelar para os tratamentos ofertados nas diversas instâncias de cuidado. Por um lado, tal noção reflete a confusão existente entre os serviços e dispositivos de cuidado; por outro, traz uma diversidade de possibilidades que parecem atender de alguma forma aos diferentes tipos de pessoas que buscam tratamento. Essas, por terem características pessoais diversas aceitam de diferentes formas as ações consideradas por nós como iatrogênicas. Não só as aceitam como agradecem tê-las em sua vida, visto terem sido salvas por elas.

No entanto, vimos o quanto essa aceitação está impregnada a partir dos próprios modelos de tratamento. As concepções e ideias acerca do que vivem em relação ao abuso do *crack*, reflete o processo de internalização do estigma e assim se sentem “merecedoras” dessas abordagens. Foi possível observar que a institucionalização, a partir dos modelos de tratamento, também pode perpetuar a “recaída” como uma repetição do funcionamento das ofertas de cuidado, mantendo o modo de ser e estar das pessoas junto ao *crack* num ciclo vertiginoso em que não se percebem as possibilidades de mudança. Oferta-se o mesmo caminho com poucas variações e possibilidades terapêuticas para a mudança de comportamento das pessoas para consigo mesmas.

Mesmo sem ser nosso objetivo inicial, vimos que os serviços que geralmente encontramos para o “tratamento” são em muitos casos religiosos e/ou filantrópicos, com pouco ou nenhum preparo e conhecimento técnico e científico sobre a questão das drogas. E apesar de entendermos que essa realidade se refere a uma lacuna assistencial resultante da pouca ênfase dada pelas políticas

públicas de atenção à saúde aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas e suas famílias, não é mais consecbível que tal questão se perpetue.

Questionamos em quais paradigmas estão embasadas as práticas profissionais dos que cuidam dessas pessoas a ponto de influenciá-las em seu modo de se perceberem como merecedoras de tais intervenções pouco efetivas ou, pior, iatrogênicas e impossibilitadoras de autonomia, liberdade e cidadania.

Destacamos que o conceito de “recaída” como inscrito, ainda na literatura e nas práticas clínicas, confunde aqueles que atuam na perspectiva da RD. Ao que parece, tal conceituação tem servido mais para a manutenção da clínica degradada que se insere em sua dureza no cotidiano dos serviços e na reprodução mecânica de algo que não representa mais o que precisamos fazer.

Fomos capazes de encontrar nas narrativas a compreensão que o modo de cuidar da “recaída” está absorto em um pensamento mutilado gerando assim ações de cuidado também mutiladoras pois está mais afeito ao pensar o cuidado na díade “proibicionista-abstinência”. Já o reconhecimento de que viver e conhecer são mecanismos vitais do ser humano, tendo a auto-regulação e a recursividade como tendências deste, com aprendizagens processuais, que acabam por ampliar as noções de cuidado trazidas anteriormente.

Neste sentido, é mister que se pensem os recorrentes grupos de “prevenção da recaída”, que, de modo insisivo, ofertam apenas um jeito de tratar a questão, sem de fato considerar o que as pessoas em busca de tratamento refletem sobre o fenômeno da “recaída”. Da mesma forma é preciso compreender que os motivos alegados para “recaídas” são diversos e sua compreensão sobre eles também. Certamente, por vezes incluem o que já foi dito sobre o fenômeno, mas também apontam para algo novo, diferente do que a literatura geralmente refere, como por exemplo a noção de que os serviços também podem estar “recaídos” quando repetem e repetem a mesma oferta de cuidado sem nenhuma ou com pouca capacidade de reflexão acerca do que está sendo ofertado.

Vimos que a recursividade se dá no decurso de um processo no qual os efeitos são ao mesmo tempo geradores do próprio processo. Desta forma, com

a Redução de Danos baseada nos Direitos Humanos tal constructo ganhou uma possibilidade de se compreender o movimento das pessoas, para além do fato de voltarem ao padrão inicial de consumo ou não. A busca pelo entendimento de uma dinâmica relacional de diálogo e negociação das pessoas com o *crack* deixa de ser apenas uma perspectiva do evitar o contato com a droga a todo custo para se “prevenir a recaída” para um acompanhar em qualquer movimento do sujeito, independentemente de sua mudança comportamental à priori com o *crack*, tentando reconhecer as aprendizagens processuais das pessoas em seu percurso recursivo.

Pelos dados coletados neste estudo, ficou claro que não se deve usar o termo recursividade como sinônimo de “recaída”. Sobre este último também por vezes as pessoas trouxeram a ideia de processo, mas acabavam por colocar o conceito como estanque, matando sua própria subjetividade. Lendo o processo como recursividade pudemos observar as falas que traziam os avanços na tomada de consciência para uma escolha sobre suas vidas, pois ficou claro que existem elementos intervenientes do processo de recursividade que atuam sinergicamente, durante toda a vida da pessoa independentemente do uso de drogas, e isso deve ser considerado.

Neste sentido, a divisão inspirada em Olievenstein entre motivos da pessoa, do ambiente e da droga se deu na intenção didática para discussão com a literatura já existente sobre “recaída”; porém, mais do que uma epistemologia uniformizante sobre o que pensam as pessoas que “recaem” do *crack*, percebemos a necessária assunção da diversidade, da instabilidade e da complexidade sobre o fenômeno, ampliando os horizontes do pensamento, quanto ao seu acompanhamento e tratamento. Isso ficou evidente ao ouvirmos as narrativas, retomando efetivamente em relação ao princípio da recursividade; este é claro entre as pessoas que abusaram do *crack* e estão buscando tratamento pois percebemos os momentos de abstinência intercalados com um padrão de consumo mais intenso do *crack*.

Algumas pessoas buscavam o tratamento para parar de usar, outras para controlar o uso e outras para diminuir os danos à saúde e sociais. Deste modo, a teoria da complexidade nos pareceu uma forma de compreensão do tratamento

para o *crack* como algo muito mais amplo do que apenas evitar a “recaída”, o que já não é tarefa fácil. Porém, o reconhecimento das diferenças do momento de vida de cada pessoa, pareceu-nos pouco considerado. Aqueles que tomavam consciência da necessidade de parar ou de efetivamente reduzir os danos estavam numa fase diferente não apenas do tratamento, mas em suas vidas. Em condições diversas pessoais e familiares a partir das perdas ou mesmo por terem valores internos pessoais (morais, éticos, religiosos, sociais) mais fortalecidos. Seria necessário estudar mais em profundidade que valores são esses que as sustentam de forma diferente, bem como averiguar os seus processos internos de resiliência e “força de vontade”. Não conseguimos avançar neste sentido, mas percebemos indicativos destes processos.

Ficou patente que o constante fluxo terapêutico, traz uma constante busca de sentido das pessoas, seja em qualquer instância de cuidado. Quando a pessoa encontra esse sentido, ela permanece numa intância, mesmo que tenha acumulado uma série de representações sociais de todas os demais locais de tratamento por onde tenha passado. As crises vividas promovem as três programações referidas anteriormente: ou desejam parar de usar (implicando por vezes a “recaída”), ou estão em tratamento para controlar o uso ou ainda estão ali para diminuir os danos à saúde e sociais. Em qualquer dessas programações, a busca por um “tratamento” sempre se deu a partir de alguma tensão ou crise maior, seja por questões internas (saúde, mudança pessoal, tomada de consciência) ou externas (família, polícia, relações afetivas).

Percebemos que algumas pessoas que já fizeram vários tratamentos, começam por acumular aprendizados que podem ser compreendidos como associativos a um processo institucional, criando uma certa “dependência” da instância de cuidado. Por outro lado, acabam por receber funções e a desempenhar papéis que criam sentimentos de pertença, de ajudar o outro (em especial nas CT). Já falam que estão fazendo o tratamento por si e não mais para responder a terceiros. Passam a uma outra fase, que pode ser compreendida como uma “doutrinação” ou, por outro lado, como sua tomada de consciência quanto ao seu processo de “dependência”. Nesse momento da percepção e interpretação das falas apreendemos que *“cada um, sabe a dor e a*

delícia de ser o que é”, definitivamente nos impondo a uma aceitação das “escolhas” possíveis de cada um.

Em relação ao “uso controlado de *crack*”, em nosso grupo de entrevistados, foi praticamente unânime a percepção de que isso se dava apenas no começo. Porém, diferentemente de outras pesquisas epidemiológicas e etnográficas, vimos que por serem pessoas que buscam tratamento, possuem um “perfil” diferente dos que vivem mesmo em situação de vulnerabilidade extrema. Tanto encontramos pessoas que demoraram muito mais tempo para criarem a relação de “dependência”, como eles conseguem manter-se mais tempo sem usar entre uma “crise” e outra. Quando algo entendido como crise, se instala, aí então a “recaída” se anuncia.

Ficou evidente nas falas que o “*crack*” ganha vida. Quando falam das “recaídas” referem-se aos aparatos do uso do *crack*; o isqueiro, a lata, a pedra viram “seres animados” - seja pelo mal que provocam às suas vidas, seja pelo prazer sentido. É uma relação ambivalente de amor e ódio, que envolve conexões complexas aonde parece não se haver ganhos, só perdas. Porém, até isto é questionado pelas falas ambivalentes, pois o ganho aparece no suportar a vida, estando a “recaída do *crack*” como um lubrificante da miséria. Os motivos não são à toa, o tecido social onde estão, mesmo os que possuem casas, família e ainda algum tipo de vínculo social compreendido como mais estável, os levam a perdas e sofrimento diários.

Certamente, muito do que foi descrito e analisado nos achados desta pesquisa, não são novidades para alguns profissionais e pesquisadores em seu cotidiano de trabalho. Porém, o fato é que ao buscar a literatura sobre “recaída” à luz da RD, nos demos conta de que este constructo tem sido insuficiente e pobre para dar conta de algo muito mais dinâmico e heterogêneo. A abordagem à “recaída” tem sido também contraproducente quando pensamos em termos de políticas públicas. Talvez o ineditismo desse trabalho, tenha sido o reconhecimento imperativo das falas que nos impulsionaram ao compromisso em tentar produzir uma clínica-política embasada na díade “antiproibicionista-redução de danos”. Os Direitos Humanos não podem ser banalizados com os

jargões do tipo “direitos humanos para humanos direitos”, concernindo aos “craqueiros” essa máxima infame.

O constructo da “recaída” é filho do modelo biomédico e das “matrizes disciplinares” “proibicionismo-abstinência” e tal filiação não provoca mudanças efetivas no “corte & costura” da clínica baseada na RD. Obviamente que a RD não nega a abstinência quando esta advém do desejo da própria pessoa em seu processo de recursividade na sua busca constante por amparo e estratégias para se sentir melhor consigo e na vida. Porém, a filiação na díade “antiproibicionista-redução de danos” é libertadora de práticas que podem justamente provocar o que as engendragens dos modelos de “prevenção à recaída” buscam ter sucesso.

Também vimos que o debate sobre religião e espiritualidade serve para aperfeiçoarmos a clínica e seu cotidiano, seja através dos atendimentos individuais ou em grupo. Mas, o modelo religioso/espiritual é mesmo um modelo não-clínico? Pois tem sido utilizado como instrumental fundamental nas CT e Clínicas Médicas. Alguns podem afirmar que “todo modelo é clínico”. E com as reflexões sobre o quanto as experiências espirituais atuam em nossa corporalidade, podemos aportar que sim, de fato, o são. É fundamental então refletirmos sobre a questão do trabalho com religiosos e as claras tensões existentes entre o direito à liberdade religiosa e o direito ao cuidado, que são responsabilidades apontadas ao Estado também. Sabemos que a religiosidade faz parte da vida das pessoas e que no campo de álcool e outras drogas essa é compreendida como fator de proteção para o uso abusivo. No entanto, se faz fundamental a discussão que considere os abusos aos Direitos Humanos quando em nome da religião tem-se destinado às pessoas que usam *crack* a imposição deste modelo como resposta massiva para “saída” das pessoas de sua condição de vulnerabilidade.

Apesar do objetivo desta tese ter se voltado para as pessoas em processo de “recaída” e discutido a partir disso os modelos de cuidado para este público, é importante situar que ficou evidente a relevância dos profissionais na mudança das práticas de cuidado, seja porque parte deles atuam diretamente na “objetividade sem parênteses” ou na “objetividade entre parênteses”.

Obviamente que a estes também é imputada uma “escolha inconsciente” do quanto suas práticas também estão impregnadas do senso comum em relação às pessoas que abusam do *crack*. Por isso, concluímos que ouvir as trajetórias biográficas dessas pessoas pode ajudar a estes profissionais sobre a mudança necessária em suas *práxis*.

O que vimos em nossas reflexões sobre os motivos das “recaídas” é que pouco da subjetividade das pessoas que abusam do *crack*, é levado em consideração. Não se trata apenas de escolher um modelo de cuidado aqui apresentado. Isso apenas não é suficiente. Os profissionais e cuidadores têm suas idiossincrasias na formação técnica, de vida etc, como qualquer pessoa, de modo que percebemos que a emoção do amor - enquanto fundamento do social, implicado e compromissado com o respeito aos outros - é que acabava por provocar mudanças nas pessoas e a chamada “adesão ao tratamento”. Ou seja, não basta a escolha de um modelo de tratamento, mas quem cuida e como cuida, como o afeto e a emoção do amor se presentificam nesse modo de cuidar, torna-se fundamental para a adesão ao tratamento.

Espera-se que os resultados aqui trazidos, possam indicar a melhoria da qualidade da assistência prestada às pessoas que usam *crack* nos diferentes modelos de tratamento e instâncias de cuidado, bem como, possam brindar de estratégias para as pessoas que querem manter-se abstinentes, ou mesmo, no caso de voltarem a usar a droga, permaneçam em patamares mais baixos e sobretudo não problemáticos em relação ao consumo anterior à intervenção aplicada, seja para cessar o uso ou para reduzir os danos associados ao consumo do *crack*.

Este estudo se propôs a ouvir o relato das pessoas que abusam do “*crack*” e seus motivos junto ao denominado processo de “recaída”. Esperamos que os achados do campo possam contribuir para repensarmos as práticas de cuidado em relação a este público; que na relação “cuidador-cuidado”, o profissional consiga enxergar o paradigma que o conduz àquele ato de cuidar e que a díade “antiproibicionista-redução de danos” o ajude a estar junto das pessoas em seu processo de recursividade, tendo em vista que este movimento recursivo é um contínuo. Essa é claramente uma característica complexa, visto que não se

espera uma parada, pois a movimentação é parte da subjetividade daquele que usa de forma abusiva o *crack* e a interpretação do profissional sobre tal processo pode sinalizar mudanças significativas na maneira de dar atenção e cuidado a estas pessoas.

Referências

- Abdalla, RR *et al.* Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian national alcohol and drugs survey (BNADS). *Addict Behav*, S.i, v. 39, n. 1, p.297-301, set. 2014.
- Aguilar, LR; Pillon, SC. Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 2005, 13(1), p.790-797. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692005000700005>.
- Almeida, RA. Fatores associados ao abandono do tratamento por usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas em João Pessoa. João Pessoa: UFPB; 2013.
- Almeida, RB; Caldas, MT. As Dificuldades e Sucessos no Tratamento do Usuário de Crack. *Neurobiologia*. 2011, 74 (2), p.1-20.
- Álvarez, AMA. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2007, 56(3), p.188-193. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0047-20852007000300006>.
- Alves, VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 2009, 25(11), p.2309-2319,. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009001100002>.
- Alves, YDD. O uso do crack como ele é: o cachimbo, o “bloco” e o usuário. *Etnografica*, 2016, 203, p.495-515. OpenEdition.
<http://dx.doi.org/10.4000/etnografica.4640>.
- Amarante, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama; 1995.
- Amarante, P. O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
- Amarante, P. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. *In: Giovanella, L; Escorel, S; Lobato, L de VC. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 735-759.
- Amarante, P; Guljor, AP. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: : a (re)construção da demanda no corpo social. *In: Pinheiro, R; A Mattos, R. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 65-76.
- Amorim, AKdeMA; Dimenstein, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009, 14(1), p.195-204. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000100025>.
- Andersen, H; Goolishian, AH. Human systems as linguistic systems: evolving ideas about the implications of theory and practice. *In: Nichols, M P; Schwartz, R C. Terapia familiar: conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 78-97.

- Andrade, T M. Redução de danos: um novo paradigma? *In: Almeida et al. Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo.* Salvador: Edufba, 2004. p. 1-9.
- Araújo, RB *et al.* *Craving* e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* Porto Alegre: PUCRS, 2008.
- Araujo, RB *et al.* Tratamento de exposição a estímulos e treinamento de habilidades como coadjuvantes no manejo do craving em um dependente de crack. *Trends In Psychiatry And Psychotherapy*, 2011, 33(3), p.181-188,. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s2237-60892011000300008>.
- Araujo, T. *Almanaque das Drogas.* São Paulo: Leya; 2014.
- Ayres, J; Paiva, V; Buchalla, C (Org). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania.* Curitiba: Juruá, 2012. p. 111-143.
- Ayres, JRCM *et al.* *Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids.* In: Barbosa, MR; Parker, R. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder.* Rio de Janeiro: Ims/uerj, 1999. p. 49-72.
- Azevedo, RSC; Botega, NJ; Guimarães, LAM. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2007, 29(1), p.26-30. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462006005000017>.
- Bachelard, G. *Ensaio sobre o Conhecimento Aproximado.* Rio de Janeiro: Contraponto; 2004.
- Bardin, L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2004.
- Bastos, F.I, Bertoni, N. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil.* Fiocruz; 2013.
- Bastos, FI; Bertoni, N. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Ict/fiocruz, 2014.
- Batistuta-Vale, J. *Drogas e Direitos Humanos: resistência e oposição à política de recolhimento, internação forçada e criminalização de adolescentes.* 2015. 212 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- Bauman, Z. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos.* Rio de Janeiro: Zahar; 2004.
- Bauman, Z. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual.* Rio de Janeiro: Zahar; 2003.
- Bauman, Z. *Modernidade líquida.* Rio de Janeiro: Zahar; 2001.
- Becker, HS. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais.* São Paulo: HUCITEC; 1999.
- Becker, HS. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio.* Rio de Janeiro: Zahar; 2008.
- Becker, HS. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais.* 4ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

Bennett, T; Holloway, K; Farrington, D. The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression And Violent Behavior*, 2008, 13(2), p.107-118. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.001>.

Bidokhti, NM *et al.* Family Environment of Detoxified Opiate Addicts in Iran and its Relationship with Symptoms of Anxiety and Depression. *Contemporary Family Therapy*, 2006, 28(1), p.153-164. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s10591-006-9700-9>.

Birman, J. Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.

Bizotto, AG. A luta do crackeiro embaraçado entre a fissura e a intoxicação. *In: Saporì, L. F. e Medeiros, R. (Org). Crack: um desafio Social.* Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010.

Boiteux, RLdeF. Controle Penal sobre as Drogas Ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. 2006. 235 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina Legal e Criminologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

Bom Dia Cidade. Drogas na contemporaneidade. Rádio Cidade. 2016.

Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Lei Sobre A Proteção e Os Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Acessado em 14 de Setembro de 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482 de 25 de outubro de 2016. Disponível em: http://www.editoramagister.com/legis_27208100_PORTARIA_N_1482_DE_25_DE_OUTUBRO_DE_2016.aspx. Acessado em 28 de Novembro de 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui A Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados–12, ano 10, nº12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf [acessado em 16 de Janeiro de 2016].

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- Bucher, R. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- Calich, JC, Gauer, G.J.C. Transtorno de personalidade esquiava. In: CATALDO NETO, A.; GAUER, G. J. C.; e FURTADO, N.R (Orgs). Psiquiatria para estudantes de medicina. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.
- Callende, KA. Life After Addiction: a model aftercare program plan for Trinidad and Tobago. 2010. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mental Health Counseling, University Of Wisconsin-stout, 2010.
- Camargo, BV; Bertoldo, RB. Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. Estudos de Psicologia (campinas), 2006, 23(4), p.369-379. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-166x2006000400005>.
- Carlini, EA *et al.* I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo: SENAD/CEBRID, 2001.
- Carlini, EA *et al.* II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Unifesp, 2006. 473 p.
- Carneiro, H. A fabricação do vício. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos. Weblog. [Online] Available from: http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf [Accessed 13 December 2016].
- Carneiro, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. Outubro – Revista do Instituto de Estudos Socialistas, 2002, 6(1), p.115-128.
- Carneiro, H. Filtros, mezinhas e triacas: as drogas no mundo moderno. São Paulo: Xamã; 1994.
- Carneiro, H. Transformações do significado da palavra droga: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: Venâncio, R P; Carneiro, H. Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda, 2005.
- Carneiro, H. Uma breve história dos estudos sobre a maconha no Brasil. Estudos Universitários (UFPE), 2011, 28(1), p. 79-92.
- Carvalho, E. Enigmas da Cultura. São Paulo: Cortez; 2003.
- Castro Neto, AG; Santos, BS. Chemical profile of inhalant seized in the state of Pernambuco. Brazilian Journal Of Forensic Sciences, Medical Law And Bioethics, 2015, 4(2), p.184-198. Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics. [http://dx.doi.org/10.17063/bjfs4\(2\)y2015184](http://dx.doi.org/10.17063/bjfs4(2)y2015184).
- Cettlin, GS. O tratamento do usuário compulsivo de crack: fissuras no cotidiano profissional. In: SAPORI, L. F. e MEDEIROS, R. (Org). *Crack: um desafio Social*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010.
- Chaves, TV *et al.* Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. Revista de Saúde Pública, 2011, 45(6), p.1168-

1175. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102011005000066>.

Cirne-Lima, CV. Sobre a contradição. Porto Alegre: EDIPUCRS; 1993.

Clatts, MC *et al.* An ethno-epidemiological model for the study of trends in illicit drug use: reflections on the 'emergence' of crack injection. *International Journal Of Drug Policy*, 2002, 13(4), p.285-295. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0955-3959\(02\)00123-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0955-3959(02)00123-8).

Collar, LA. Uma conversa sobre fontes narrativas. EPS EM MOVIMENTO, 2014. disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/uma-conversa-sobre-fontes-narrativas-1/>>. Acesso em: 23/03/2016.

Colle, F. Toxicomanias, sistemas e famílias: onde as drogas encontram as emoções. Lisboa: Climepsi Editores, 2001.

Conte, M. A clínica psicanalítica com toxicômanos: o "corte & costura" no enquadre institucional Série Conhecimento. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2003.

Conte, M. *Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis?* Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2004, 14(26), p.23-33.

Cook, J. A. *et al.* Crack cocaine, disease progression, and mortality in a multicenter cohort of HIV-1 positive women. *Aids*, 2008, 22(11), p.1355-1363. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/qad.0b013e32830507f2>.

Çoruh, B *et al.* Does Religious Activity Improve Health Outcomes? A Critical Review of the Recent Literature. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 2005, 1(3), p.186-191. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2005.02.001>.

Costa, PHA *et al.* Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015, 20(2), p.395-406. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.20682013>.

Creswell JW. *Research desing: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 3 ed. USA: Sage Publications, 2009.

Cruz, O; Machado, C; Fernandes, L. "Consumo não problemático" de drogas ilícitas: experiências e estratégias de gestão dos consumos numa amostra portuguesa. In: ACTAS DO VII SIMPÓSIO NACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOLOGIA, 7., 2010, Portugal. Anais... . Portugal: Universidade do Minho, 2010. p. 15 - 25.

Cruz, VD *et al.* Drug consumption among elderly and harm reduction: a reflection from the complexity. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 2016, 20(1), p.22-54. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160076>.

Dalgalarrondo, P *et al.* Religião e uso de drogas por adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2004, 26(2), p.49-62. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462004000200004>.

- Deleuze, G. Controle e devir. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.
- Delgado, P. *et al.* Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M; KOHN, R. Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.
- Dias, AC; Araujo, MR; Laranjeira, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. Revista de Saúde Pública, 2011, 45(5), p.938-948. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102011005000049>.
- Domanico, A. Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos noias. 2006. 232 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.
- Duailibi, L B; Ribeiro, M; Laranjeira, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD). Boletim Eletrônico Abead, 2013, 1(41), p.122-133.
- Engel, GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 1977, 96(1), p.129-136.
- Escobar, JAC. Atenção integral aos usuarios de álcool e outras drogas. In: Escobar, JAC *et al.* Saberes e práticas profissionais – a experiencia do centro de referencia sobre drogas de Pernambuco. Recife: UFPE, 2015. p. 18-38.
- Escohotado, A. História elemental de las drogas. Barcelona: Anagrama, 1996.
- Espíndola, LFG. Redução de danos: uma análise da prática profissional das assistentes sociais nos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas – CAPs-AD. 2010. 134 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.
- Faria, LS. A natureza das relações co-dependentes sob o enfoque bio-psico-social. Monografia (graduação) – Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde – FACS, do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Brasília, 2003.
- Fava, G; Sonino, N. O modelo biopsicossocial: Trinta anos depois. Psychotherapy And Psychosomatics, 2002, 13(1), p.1-2.
- Felipe, AOB; Carvalho, AMP; Andrade, CUB. Espiritualidade e religião como protetores ao uso de drogas em adolescente. Smad. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (edição em Português), 2015, 11(1), p.49-55. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i1p49-58>.
- Fernandez, O FRL. Coca-light? Usos do corpo, rituais de consumo e carreiras de “cheiradores” de cocaína em São Paulo. 2007. 289 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.
- Ferreira, ACZ *et al.* Factors that interfere in patient compliance with chemical dependence treatment: health professionals' perceptions. Reme: Revista Mineira de Enfermagem, 2015, 19(2), p.88-105. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150032>.

- Feuerwerker, LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
- Fidalgo, TM. O que mudou no diagnóstico da Dependência Química. 2013. Disponível em: <<http://blogdoproad.blogspot.com.br/2013/05/dsm-v-o-que-mudou-no-diagnostico-da.html>>. Acesso em: 16 jan. 2017.
- Fischer, B; Coghlan, M. Crack use in North American cities: the neglected 'epidemic'. *Addiction*, 2007, 102(9), p.1340-1341. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01963.x>.
- Fischer, B *et al.* Crack across Canada: comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users. *Addiction*, 2006, 101(12), p.1760-1770. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01614.x>.
- Fischer, B *et al.* Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: A comprehensive narrative overview of English-language studies. *International Journal of Drug Policy*, 2015, 26(4), p.352-363. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.01.002>.
- Fisher, G; Roget, N. *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, & Recovery*. Sage, 2009, p.1-1152. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.4135/9781412964500>.
- Foerster, HV. Observing systems. Seaside, CA: Intersystems. In: Nichols, MP; Schwartz, RC. *Terapia familiar: conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 34-50.
- Foucault, M. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997. 241 p.
- Foucault, M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- Foucault, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal; 2004.
- Freire, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
- Freud, S. *O Mal estar na civilização*. : ; 2000.
- Garcia, EL. Recaídas na drogadição: uma via para (re)pensar a atenção à saúde. *Saúde em Debate: revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, 2013, 7(especial), p.137-146.
- Garcia, L. Apresentação. In: Souza, J. *Crack e exclusão social*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2016. p. 1-10.
- Garcia, MLT; Leal, FX; Abreu, CC. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 2008, 20(2), p.267-276. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822008000200014>.
- Giacomozzi, AI. Representações sociais da droga e vulnerabilidade de usuários de CAPSad em relação às DST/HIV/AIDS. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2011, 11(3), p.1-10.
- Giddens, A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Editora UNESP, 1991.
- Goffman, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 2008.

Goldani, AM. As famílias no Brasil contemporâneo e o mito da desestruturação. In: As famílias no Brasil contemporâneo. Campinas (SP): Cad. Pagu, 1993.

Golestan, S. The Role of Family factors on the Relapse Behaviour of Male Adolescent Opiate Abusers in Kerman (A province in Iran). *Asian Culture And History*, 2010, 2(1), p.1-22. Canadian Center of Science and Education. <http://dx.doi.org/10.5539/ach.v2n1p126>.

Gomes, BR; Capponi., M. Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. In: Álcool e outras drogas, 1., 2012, São Paulo. Apresentação. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2012. p. 56 - 59.

Gonçalves, JR.; Nappo, S. A. Factors that lead to the use of crack cocaine in combination with marijuana in Brazil: a qualitative study. *Bmc Public Health*, 2015, 15(1), p.320-330. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2063-0>.

Gorski, T; Miller, M. Falsas crenças sobre a recaída. Portugal: Sintra, 1999.

Grella, C; Hser, Y; Hsieh, S. Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 2003, 25(3), p.145-154. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0740-5472\(03\)00128-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0740-5472(03)00128-4).

Gruskin, S; Tarantola, D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: Paiva, V; Ayres, J R; Buchalla, C M (Org.). Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção de saúde. Curitiba: Juruá, 2012. p. 23-41.

Hriglobal. Harm Reduction International. 2010. Available from: <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction> [Accessed 16 January 2016].

Hudelson, P.M. Qualitative Research for health programmes. (1 ed.). Geneva: Division of Mental Health in World Health Organization; 1994.

Japiassu, H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

Jorge, JS; Corradi-Webster, CM. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. *Saúde & Transformação Social*, 2012, 3(1), p.39-48.

Karam, ML. Legislações proibicionistas em matéria de drogas e danos aos direitos fundamentais. *Verve*, 2016, 12(181), p.181-212.

Kaufmann, LH. Self-reference and recursive forms. Chicago:1987.

Kinoshita, RT; Silva, R; Silveira, DX. Política atual de álcool e outras drogas perspectivas. In: Drogas, direitos humanos e laço social. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013. Cap. 3. p. 53-83.

Kolata, G. Drug researchers try to treat a nearly unbreakable habit. New York, 25 jun. 1988. Disponível em: <http://www.nytimes.com/1988/06/25/nyregion/drug-researchers-try-to-treat-a-nearly-unbreakable-habit.html?pagewanted=all>. Acesso em: 25 out. 2015.

Kuhn, TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 2003.

Kvale, S. *InterViews: An introduction to Qualitative Research Interviewing* Sage Thousand Oaks. CA Google Scholar, 1996.

Lacerda, CdeB; Fuentes-Rojas, M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s.l.], n. , p.0-11, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0060>.

Lancetti, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: HUCITEC; 2007.

Lancetti, A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec; 2015.

Leon, G de. *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Edições Loyola, 2003. 496 p.

Levy, MS.. Listening to Our Clients: The Prevention of Relapse. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 2008, 40(2), p.167-172. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2008.10400627>.

Lima, H. *Adesão ao tratamento de HIV, Aids por pacientes com aids, tuberculose, e usuários de drogas: subsídios para profissionais de saúde e educação*. Curitiba: CRV, 2012.

Lira, WL. *Os trajetos do êxtase dissidente no fluxo cognitivo entre homens, folhas, encantos e cipós: uma etnografia ayahuasqueira nordestina*. Recife: 2009.

Lobosque, M. *Universidade e Reforma Psiquiátrica: interrogando a distância*. Belo Horizonte: Caderno Saúde Mental 2, 2009.

Luhmann, N.I.K.L.A.S. *Die Gesellschaft der Gesellschaft Suhrkamp*. Frankfurt ; 1999.

Lutz, C; White, G. *The Anthropology of Emotions*. North Caroline: Annual Review of Anthropology; 1986.

M. Narimani and S.A. Sadeghieh, 2008. A Study of the Rate and Causes of Addiction Relapse Among Volunteer Addicts Seeking Help at the Center for the Prevention of Addiction Affiliated to the Welfare Organization, Ardabil Province, Iran . *Research Journal of Biological Sciences*, 2008 3(2), p.258-264.

MacRae, E; Vidal, SS. A Resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social: dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas. *Revista de Antropologia*, 2006, 49(2), p.645-666. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-77012006000200005>.

Maffesoli, M. *Sobre o Nomadismo; Vagabundagens Pós-Modernas*. Rio de Janeiro: Editora Record; 2001.

Malheiros, LS. *Entre sacizeiro, usuário e patrão: um estudo etnográfico sobre consumidores de crack no Centro histórico de Salvador*. 2010. 100 f. Monografia (Especialização) - Curso de Antropologia e Etnologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

Marlatt, A; Witkiewitz, K. Further exploring the interpersonal dynamics of relapse. *Addiction*, 2009, 104(8), p.1291-1292.

- Marlatt, GA. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- Marlatt, GA, Gordon , WH. Relapse prevention – Introduction na overview of the model. : Br J Add; 1985.
- Mata, S; Fernandes, L. A construção duma política pública no campo das drogas: normalização sanitária, pacificação territorial e psicologia de baixo limiar. Global Journal Of Community Psychology Practice, 2016, 7(1), p.1-25.
- Matos, ACV. A atuação dos consultórios na rua (cnar) e a atenção à saúde da população em situação de rua. 2016. 185 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.
- Maturana, H. Cognição, ciencia e vida cotidiana. Belo Horizonte: UFMG; 2001.
- Maturana, H.R, Varela, F.J. Autopoieses anda cognition: the realization of the living. Boston: Reidel; 1980.
- Maturana, H; Varela, F. A árvore do conhecimento. São Paulo: Palas Athena; 2001.
- Maturana, R. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: UFMG, 2005.
- Mckay, J. An examination of the cocaine relapse process. Drug And Alcohol Dependence, 1995, 38(1), p.35-43. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0376-8716\(95\)01098-j](http://dx.doi.org/10.1016/0376-8716(95)01098-j).
- Mcmahon, RC. Personality, stress, and social support in cocaine relapse prediction. Journal Of Substance Abuse Treatment, 2001, 21(2), p.77-87. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0740-5472\(01\)00187-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0740-5472(01)00187-8).
- Merhy, EE, Onocko, R. Agir em saúde - um desafio para o público. HUCITEC; 1997.
- Merhy, EE. Capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
- Merleau-Ponty, M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- Miller, WR. *et al.* What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. Addiction, 1996, 91(121), p.155-172. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.91.12s1.7.x>.
- Minayo, MCS, Sanches, O. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou complementariedade?. Cadernos de Saúde Pública. 1993;3(9): 239-262.
- Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas: Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Coordenação Nacional de Dst e Aids, 2003. 60 p.
- Molazadeh, J; Aashori, A. Efficacy of cognitive behavioral group therapy in relapse prevention and mental health drugs. Behavior Science Journal, 2009, 34(16), p.1-12.

Moraes, M *et al.* Gênero e redução de danos: unificando bandeiras de luta dos movimentos sociais. *In: Seminário Nacional de Gênero e Prática Culturais*, 1., 2007, João Pessoa. Seminário Nacional de Gênero e Prática Culturais. João Pessoa, 2007.

Moraes, M., Rameh, R., Campos, A. Ciudadanos en movimiento y ciudadanía escindidas: democracia, ciudadanía y movimientos. *In: Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde*. São Paulo, 2011.

Moraes, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008, 13(1), p.121-133. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000100017>.

Moraes, P.; Pimentel, P. e Uchôa, R. Drogas e políticas públicas: uma análise dos planos de enfrentamento à problemática do crack no Brasil. *In: Dossiê sobre Drogas. Estudos universitários. Revista de Cultura* 28. Recife: Editora universitária UFPE, 2011.

Morin, e. *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

Morin, E. *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.

Morin, E. *Ética, Cultura e Educação*. São Paulo: Cortez; 2001.

Morin, E. *O método: 4*. Lisboa; 1991.

Morin, M. Da necessidade de um pensamento complexo. *In: MARTINS. Para navegar no século XXI: Tecnologias do Imaginário e Cibercultura*. Porto Alegre: Edipucrs, 2000. p. 1-27.

Morris, D. *O contrato animal*. Rio de Janeiro: Record; 1990.

Moscovici, S. *A representação social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

Mota, LA. *Pecado, crime ou doença?: Representações sociais da dependência química*. 2008. 246 f. Tese (Doutorado) - Curso de Sociologia, Departamento de Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

Napp, P, Bertolote, JM. *Prevenção de recaída*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Nappo, A S *et al.* *Comportamento de Risco de Mulheres Usuárias de Crack em relação às DST/AIDS*. São Paulo: Cebrid, 2004.

Nappo, SA; Sanchez, Z; Oliveira, LGde. Crack, AIDS, and Women in São Paulo, Brazil. *Substance Use & Misuse*, 2010, 46(4), p.476-485. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2010.503480>.

Nappo, SA. "Baquêros" e "Craquêros: um estudo sobre o consumo de cocaína na cidade de São Paulo. 1996. 324 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.

- Nappo, SA. *et al.* Virado: A New Method of Crack Consumption in Brazil. The American Journal On Addictions, 2012, 21(6), p.574-575. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00272.x>.
- Nappo, SA; Sanchez, ZM.; Ribeiro, LA. Is there a crack epidemic among students in Brazil?: comments on media and public health issues. Cadernos de Saúde Pública, 2012, 28(9), p.1643-1649. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000900004>.
- Nery Filho, A. Drogas: isso lhe interessa?. Conversan do com nery. Weblog. [Online] Available from: <https://conversandocomnery.wordpress.com/> [Accessed 18 January 2017].
- Nery Filho, A. Por que os humanos usam drogas? In: A NERY FILHO, (Org.). As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 55-78.
- Neves, CEB, Neves, FM. O que há de complexo no mundo complexo? Niklas Luhmann e a Teoria dos Sistemas Sociais. Sociologias. 2006;1(15): 180-207.
- Nichols, MP, Schwartz, RC. Terapia familiar: conceitos e métodos. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- Nogueira-Martins, MCF; Bógus, CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Sociedade, 2004, 13(3), p.1-33. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902004000300006>.
- Nowlis, H. La verdade sobre la droga: la droga e la educacion. UNESCO; 1975.
- Olievenstein, CO. A clínica do toxicômano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
- Oliveira, AAS. de; Villapouca, KC; Barroso, W. Perspectivas Epistemológicas Da Bioética Brasileira A Partir Da Teoria De Thomas Kuhn. Revista Brasileira de Bioética, 2005, 1(4), p.363-385.
- Oliveira, GP. Crack E Recaída: Os Principais Motivos Que Levam Os Usuários De Crack A Recaiem Após Tratamento Para Dependência Química. 2011. 22 f. Monografia (Especialização) - Curso de Saúde Pública, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- Oliveira, LG. Avaliação da cultura do uso de crack após uma década de introdução da droga na cidade de São Paulo. 2007. 330 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.
- Oliveira, LG; Nappo, S. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. Revista de Saúde Pública, 2008, 42(4), p.664-671. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102008005000039>.
- Paim, JS *et al.* O que é o SUS? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso em: 16 jan. 2016.
- Paiva, V; Zucchi, E. Estigma, discriminação e saúde: aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/ Aids. In: PAIVA, V; AYRES, J;

BUCHALLA, C. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. p. 111-143.

Passos, EH; Souza, TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 2011., 23(1), p. 154-162.

Patton, MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002.

Paz, O. Conocimiento, drogas, inspiración In: *Correiente Alterna: La Creacion Literaria*. Mexico: Siglo XXI; 1969.

Pedroso, RS.; Kessler, F; Pechansky, F. Treatment of female and male inpatient crack users: a qualitative study. *Trends In Psychiatry And Psychotherapy*, 2013, 35(1), p.36-45. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s2237-60892013000100005>.

Peduzzi, M *et al.* Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 2001, 35(1), p.103-109. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102001000100016>.

Pelli, R. 1. *Revista Históriacombr*. [Online]. Available from:
<http://rhbn.com.br/secao/reportagem/historico-da-criminalizacao-de-drogas>
[Accessed 18 January 2017].

Pereira, SEFN; Sudbrack, MFO. Adolescente em conflito com a lei: revelando conexões entre a prática infracional e o envolvimento com drogas. In: Pereira, S e F N; Sudbrack, M F O. *Adolescentes e drogas, lei e justiça: construções teórico-metodológicas para uma clínica da complexidade na socioeducação*. Brasília: Link Comunicação e Design, 2015. p. 18-36.

Petuco, DRS. Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack. 2011. 140 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011a.

Petuco, DRS. Redução de Danos. *In: Região, Conselho Regional de Psicologia da 6ª (Org.)*. Álcool e outras drogas. São Paulo: Crpsp, 2011b. p. 14-39.

Petuco, D. Nem usuário, nem dependente: por uma nova definição. 2006. Disponível em: <http://www.athosgls.com.br/noticias_visualiza.php?contcod=18708>. Acesso em: 16 jul. 2016.

Peyrovi, H; Seyedfatemi, N; Jalali, A. The Role of Family Atmosphere in the Relapse Behavior of Iranian Opiate Users: a Qualitative Study. *Journal Of Caring Sciences*, 2015, 4(3), p.189-196. International Society for Phytocosmetic Sciences. <http://dx.doi.org/10.15171/jcs.2015.019>.

Pinheiro, OdeG. Uma Prática Discursiva. In: Spink, MJP. *Práticas Discursivas e produção de sentidos: aproximações teórico metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999. p. 22-45.

Proust, M. *Em busca do tempo perdido: Do lado de Swan*. Lisboa: Relógio D'água, 2003.

Pulcherio, G *et al.* Crack – da pedra ao tratamento Crack. *Revista da Amrigrs*, Porto Alegre, 2010, 54(3), p.337-343.

Quirino, G. Recaída - qual a diferença entre um lapso e uma recaída? 2015. Disponível em: <<http://drgustavoquirino.site.med.br/index.asp?PageName=dependencia-quimica>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

Raimundo, MFRdeA *et al.* Consumo de álcool no padrão binge e suas consequências em usuários de drogas em tratamento. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2016, 18(1), p.1-11. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36833>.

Rameh-de-Albuquerque, RC. Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. 2008. 223 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Cpqam/fiocruz, Recife, 2008.

Rameh-de-Albuquerque, RC. *et al.* A rede de cuidado das pessoas que usam crack e outras drogas: experiências de Recife e Pernambuco no âmbito da Vulnerabilidade e Direitos Humanos - uma perspectiva intersetorial. In: Vecchia, M. D. *et al.* Drogas e Direitos Humanos: Reflexões em Tempos de Guerra às Drogas (no prelo). Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

Raupp, LM. Circuitos de uso de crack nas cidades de São Paulo e Porto Alegre: cotidiano, práticas e cuidado. 2011. 240 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

Rezende, MM; Pelicia, B. Representação da recaída em dependentes de crack. Smad. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (edição em Português), 2013, 9(2), p.76-89.. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v9i2p76-81>.

Ribeiro, AL; Sanchez, ZM; Nappo, SA. Surviving crack: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. BMC Public Health, 2010, 10(1), p.15-28. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-671>.

Ribeiro, MM. Drogas e redução de danos: análise crítica no âmbito das ciencias criminais. 2012. 255 f. Tese (Doutorado) - Curso de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Ribeiro, M; Duailibi, LB; Perrenoud. Perfil do usuário e história natural do consumo. In: Ribeiro, M; Laranjeira, R. O tratamento do usuário de crack. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 50-75.

Ribeiro, M. Laranjeira, R. O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Ribeiro, TM. Governo ético-político de usuários de maconha. 2016. 1 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós Graduação em Educação, Educação, Unisinos, São Leopoldo, 2016.

Rigotto, SD; Gomes, WB. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2002, 18(1), p.95-106. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722002000100011>.

- Rohde, GM. Mudanças De Paradigma E Desenvolvimento Sustentado. In: Cavalcanti, C. Desenvolvimento E Natureza: Estudos para uma sociedade sustentável. Recife: Fundaj, 1994. p. 102-117.
- Romesín, HM. Self-consciousness: How? When? Where? . Instituto de Formación Matriztica, Constructivist Foundations. 2006;1(3), 1-12.
- Ronzani, TM *et al.* Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: UFJF, 2014.
- Roshani, B *et al.* Study the causes of relapse among Iranian drugs users in Kermanshah. Life Science Journal, 2014, 11(1), p.1-6.
- Rui, TC. Corpos Abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. 2012. 355 f. Tese (Doutorado) - Curso de Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- Sadegiye, AS *et al.* Reviewing the causes of recurred addiction in patients who referred to centers introduced of Tehran welfare. Ardabil Med Univ J, 2004, 3(4), p.36-40.
- Salah, E; Bashir, TZ. High-risk relapse situations and self-efficacy: Comparison between alcoholics and heroin addicts. Addictive Behaviors, 2004, 29(4), p.753-758. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.02.003>.
- Sanchez, ZVDM; Nappo, SA. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. Revista de Saúde Pública, 2008, 42(2), p.265-272. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102008000200011>.
- Sanchez, ZVDM; Oliveira, LG; Nappo, SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. Ciência & Saúde Coletiva, 2004, 9(1), p.43-55. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232004000100005>.
- Santos, JAT; Oliveira, MLF. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. Journal of Nursing and Health. 2012, 2(1), p.82-93.
- Santos, VE; Soares, CB. O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo. Revista Saúde e Transformação Social, 2013, 4(2), p.38-54.
- Santos, VE; Soares, CB; Campos, CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2010, 20(3), p.995-1015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312010000300016>.
- Sapori, LF, Medeiros, R. Crack: um desafio social. Belo Horizonte: PUC Minas; 2010.
- Schenker, M; Minayo, M. C. de S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciências e Saúde Coletiva, 2005, 10(3), p.707-717.
- Segal, ZV. *et al.* The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. Clinical Psychology & Psychotherapy, 2002, 9(2), p.131-138. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.320>.

Selegim, MR *et al.* Motivations for the treatment of crack users in a therapeutic community. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 2015, 7(3), p.3009-3015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.3009-3019>.

Selegim, MR; Oliveira, MLF de. Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2013, 26(3), p.263-268. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002013000300010>.

Selegim, MR; Oliveira, MLF. Padrão do Uso de Drogas de Abuso em Usuários de Crack em Tratamento em Uma Comunidade Terapêutica. *Revista Neurociências*, 2013, 21(3), p.339-348. *Revista Neurociências*. <http://dx.doi.org/10.4181/rnc.2013.21.800.10p>.

Sena-Leal, MD. Para Não Deixar a Casa Cair: curso de vida, experiência e implicação nas práticas de cuidado profissional com usuários/as de drogas de um Centro de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana do Recife. 2016. 302 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

Serapioni, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000, 5(1), p.187-192. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000100016>.

Siegal, HA; Li, L; Rapp, RC. Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addictive Behaviors*, 2002, 27(3), p.437-449. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0306-4603\(01\)00184-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0306-4603(01)00184-8).

Silva, E. A. Prevenção da recaída. *In: Seibel, S. D. Dependência de Drogas*. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

Silva, EKB; Rosa, LCdosS. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?. *Revista Katálysis*, 2014, 17(2), p.252-260. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-49802014000200011>.

Silva, PdeL. As Representações Sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento. 2007. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

Silveira, C *et al.* Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2003, 52(5), p.349-354.

Silveira, PS *et al.* Estigma e suas consequências para usuários de drogas. *In: Ronzani, TM. Ações integradas sobre drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas*. Juiz de Fora: UFJF, 2013. p. 1-23.

Sinha, R. How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 2001, 158(4), p.343-359. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s002130100917>.

Sleghim, MR; Meschial, W.F; Martins, BF. Motivações para o tratamento de usuários de crack em uma comunidade terapêutica. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, 2015, 3(1), p.11-24.

Sloterdijk, P. Mobilização Copernicana e Desarmamento Ptolomaico: Ensaio Estético. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1992.

Soares, CB. Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto da perspectiva da saúde coletiva. 2007. 200 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

Souza, J. Crack e exclusão social. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2016.

Souza, J. Ralé brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

Souza, T de P. Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento. 2007. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.

Souza, TP; Carvalho, SR. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. In: BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 37-58.

Spink, MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010.

Sramana, A. 1. Xamanismoancestralcombr. [Online]. Available from: http://www.xamanismoancestral.com.br/artigos/bebida_sagrada.html [Accessed 18 January 2017].

Stewart, J.. Psychological and neural mechanisms of relapse. Philosophical Transactions Of The Royal Society B: Biological Sciences, 2008, 363(1507), p.3147-3158. The Royal Society. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2008.0084>.

Storm, RR. The explication of craving in alcoholism: A Grounded Theory Study. 2005. 203 f. Dissertação (Mestrado) - College Of Nursing, The University Of Arizona, Arizona, 2005.

The Global Commission on Drug Policy. Comissão Global de Políticas Sobre Drogas. Weblog. [Online] Available from: <https://www.globalcommissionondrugs.org/> [Accessed 18 January 2011].

Thompson, WI. Gaia uma teoria do conhecimento. São Paulo: Gaia; 1990.

Travassos, C; Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, 2004, 20(1), p.12-28. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000800014>.

Tribunal de Contas da União. Pacto pela boa governança: um retrato do Brasil. Contribuição dos tribunais de contas para os governantes eleitos. Brasil, 2015. Disponível em: www.tcu.gov.br. Acessado em: 21 de ago de 2015.

Trino, AT; Machado, MPM; Rodrigues, RB. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: Teixeira, M; Fonseca, Z (Org). Saberes e práticas na atenção primária à saúde: Cuidados à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 27-53.

Tuller, NGP; Rosa, DTdeM; Menegatti, RP. Crack e os perigos de uma viagem sem retorno. *Cesumar*, 2007, 9(2), p.153-161.

UN. World Drug Report. New York: United Nations Office On Drugs And Crime, 2016.

UNIDCP; WHO. Informal Expert Committee on Drug-Craving Mechanism (nº V. 92-54439; 1992.

United Nations Development Programme. Human Development Report. New York: Oxford Press, 1998.

United Nations International Drug Control Programme and World Health Organization

Varela, F.J. Principles of biological autonomy. New York: North Holland; 1979.

Vasconcelos, EM. Abordagem Psicossociais - Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares . Rio de Janeiro: HUCITEC; 2008.

Vasconcelos, EM. Abordagens Psicossociais Volume 1 – História, teoria e trabalho de campo. São Paulo: Hucitec; 2009.

Vasconcelos, EM. Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental. Brasília: 2013.

Viera, RA. As injunções da pedra. In: Saporì, LF. e Medeiros, R. (Org). *Crack: um desafio Social*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010

Villela, FR. Mecanicismo - Ensaio filosófico. Recanto das Letras. Weblog. [Online] Available from: <http://www.recantodasletras.com.br/ensaios/2178292> [Accessed 18 January 2017].

Wallace, BC. Relapse prevention in psychoeducational groups for compulsive crack cocaine smokers. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 1989, 6(4), p.229-239. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0740-5472\(89\)90047-0](http://dx.doi.org/10.1016/0740-5472(89)90047-0).

Walton, MA; Blow, FC; Booth, BM. Diversity in relapse prevention needs: gender and race comparisons among substance abuse treatment patients. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2001, 27(2), p.225-240.

WHO - World Health. Manual de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde (MI-GAP): Programa de ação mundial em saúde mental. Who, 2010. 120 p. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf.

WHO. Global status report on alcohol and health. Geneva: Who Press, 2014. 392 p.

WHO. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. 2015. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf?ua=1. Acesso em: 11 set. 2015.

Witkiewitz, K *et al.* Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 2013, 38(2), p.1563-1571. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.04.001>.

Xavier, RT; Monteiro, JK. Tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas nos Caps AD. *Psic. Rev. São Paulo*, 2013, 22(1), p.61-82.

Xue, Y-x. *et al.* A Memory Retrieval-Extinction Procedure to Prevent Drug Craving and Relapse. *Science*, 2012, 336(6078), p.241-245. American Association for the Advancement of Science (AAAS).
<http://dx.doi.org/10.1126/science.1215070>.

Yang, M *et al.* From Abstinence to Relapse: A Preliminary Qualitative Study of Drug Users in a Compulsory Drug Rehabilitation Center in Changsha, China. *Plos One*, 2015, 10(6), p.325-345. Public Library of Science (PLoS).
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0130711>.

Zemel, MLS. Prevenção – novas formas de pensar e enfrentar o problema. In: DROGAS, Secretaria Nacional de Políticas Sobre. Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça. Brasília: Senad, 2013. p. 88-99.

ANEXOS

<p style="text-align: center;">Roteiro diretivo para entrevista semiestruturada Recaída de crack</p>
--

Bloco 1: CONCEITO DE RECAÍDA

1. O que é recaída no consumo de crack para você?
2. Por que os usuários têm recaída no crack?
3. Para você, existe diferença entre lapso e recaída? Explique.

Bloco 2: RECAÍDA DO ENTREVISTADO

4. Você já teve alguma recaída (na vida) no consumo de crack? Quantas? (Se não teve recaída pule para a questão 12).
5. Alguma delas foi após algum tratamento ou busca de ajuda?
6. No nosso último encontro você falou que usava xxxxxx pedras/dia., de lá pra cá você fez algum uso de crack?
 - 6a. Se sim: Qual foi a quantidade? Quantas vezes usou?
 - 6b. Se não: continua o questionário.
7. Lembre-se de sua recaída no crack (na vida) mais marcante, descreva em detalhes como foi.
8. No seu caso, você acha que existe a possibilidade de ter recaída no uso crack? Por quê?

Bloco 3: SINAIS DE RECAÍDA

9. Você identifica sinais prévios (físicos, psíquicos, coisas, situações...) de que terá uma recaída no crack? Quais são eles?
10. Em que momentos na sua vida você percebe esses sinais?
11. Estes sinais influenciam na recaída? Fale sobre isso.

Bloco 4: PROBLEMAS DA RECAÍDA

12. Você acha que é possível controlar dias, horários e quantidade de uso de crack? Você já conseguiu? Descreva.
13. Você acha que é possível conciliar o uso de crack com suas atividades de rotina? Você já conseguiu? Descreva essa rotina.
14. Que tipo de problemas você acredita que teve nas diversas áreas de sua vida (no trabalho, no corpo, na família, nos estudos, no orçamento, etc) decorrentes das recaídas do uso de crack?

Bloco 5: ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A RECAÍDA

15. O que você faz para evitar a recaída no consumo de crack? Quais as estratégias que você utiliza?
16. O que necessita (família, sociedade, trabalho, etc) para não recair?
17. Você acha que “força de vontade” é suficiente para se evitar a recaída no crack? Explique: de onde vem essa “força de vontade”?
18. Que elementos motivam a prevenção da recaída? (intrínsecos e extrínsecos)

19. Depois da última entrevista (falar a data, local) você participou ou participa de algum grupo de mútua ajuda? Qual? Por quê? Participar do grupo ajudou a evitar a recaída?

Bloco 6: PAPEL DA FAMÍLIA

20. Quem você considera que é sua família? (Investigar se a família atual é a de origem ou não) OBS: caso o usuário refira não ter família perguntar o que houve.

21. Qual a sua relação com ela?

22. Essa relação modificou da última entrevista até hoje? Houve alguma mudança na constituição de sua família? (fase um – dizer data e local)

23. Sua família (qual?) teve algum tipo de interferência para sua recaída? Explique.

24. Como as pessoas de sua família se comportaram quando você teve uma recaída?

Bloco 7: PAPEL DA RELIGIÃO

25. Atualmente você tem religião? Qual? OBS: se ele disser que não tem, pergunte se no passado já teve e qual era – se NUNCA teve, pular a pergunta 25. Se disser sim, explorar o papel da religião na vida dele, se é praticante ou se professa SUS fé de alguma maneira)

26. Na sua relação com o crack a religião teve alguma influência (no tratamento, abstinência, recaída)? Explique.

Bloco 8: PAPEL DO TRATAMENTO

27. Em sua opinião, quem sai de um tratamento para o uso de crack está preparado para o convívio social (família, trabalho, amigos, lazer etc)? Explique.

28. Que tratamento(s) para o crack você já fez na sua vida? Qual sua opinião em relação a ele(s)?

29. Você já fez algum tratamento involuntário ou compulsório para o crack? (explicar caso ele não entenda o que é)

30. Você considera este tipo de tratamento válido? Explique.

31. Você considera que existe algum tipo de tratamento ideal para o crack?

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(usuário ou ex-usuário sujeito de pesquisa)

Este termo de consentimento livre e esclarecido refere-se à sua participação (em caso de aceite) no estudo denominado: **Motivos apontados por usuários de crack como desencadeadores de recaída e avaliação de fatores predisponentes que levam a esse quadro.**

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa conhecer os fatores associados à recaída no consumo de crack entre dependentes em tratamento.

Procedimentos

Estou ciente que serei submetido a entrevista onde serei questionado sobre o meu uso de crack e sobre fatores que podem desencadear uma recaída no consumo.

Fui informado que estas informações farão parte de uma pesquisa que tem como objetivo identificar em profundidade, junto aos usuários de *crack*, as razões pelas quais eles recaem no consumo, mesmo após tratamento.

Essas informações vão contribuir para uma melhor compreensão do fenômeno do consumo de crack auxiliarão no delineamento de tratamentos que visem dar condições de os usuários lidarem com as possíveis recaídas, por prever sua ocorrência

Estou informado de que serei ressarcido de eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa como: tempo dedicado ao estudo, transporte e alimentação. Este ressarcimento será efetuado ao final da entrevista.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dra. Solange Aparecida Nappo, a qual poderá ser encontrada no telefone 8122-7193 ou no endereço: Rua Borges Lagoa, 1341 – 1º andar – São Paulo – SP, Telefone(s) 5576-4997. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.

Todas as informações obtidas relativas à minha participação neste estudo serão analisadas em conjunto com aquelas obtidas com outros pacientes, resguardando, desta forma, a confidencialidade da minha participação.

É compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Fica assegurada a minha desistência de continuar participando do estudo em qualquer etapa do projeto, e caberá também ao pesquisador responsável, a qualquer momento, proceder a minha exclusão se for para o meu bem-estar.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: **Motivos apontados por usuários de crack como desencadeadores de recaída e avaliação de fatores predisponentes que levam a esse quadro.**

Eu discuti com a Dra. Solange Aparecida Nappo ou uma das pesquisadoras associadas, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

_____ Data //

Assinatura do paciente/representante legal

_____ Data / /

Assinatura da testemunha

Para casos de pacientes analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

----- Data //

Assinatura do responsável pelo estudo