

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

**CURSO DE MEDICINA**

**SARA APARECIDA SILVA**

**PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS SOBRE O USO DE  
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SOBRE O CUIDADO EM  
SAÚDE RECEBIDO EM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS EM SÃO LUÍS-MA**

**São Luís**

**2017**

**SARA APARECIDA SILVA**

**PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS E SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE RECEBIDO EM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS EM  
SÃO LUÍS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção de bacharelado em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza

**São Luís**

**2017**

**SARA APARECIDA SILVA**

**PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS  
E SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE RECEBIDO EM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS EM SÃO LUÍS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção de bacharelado em Medicina.

DATA DE APROVAÇÃO: São Luís-MA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza (Orientador)

---

Prof<sup>ª</sup>. Esp. Samia Jamile Damous Duailibe de Aguiar Carneiro Coelho – Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>ª</sup>. Ma. Christiana Leal Salgado – Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>ª</sup>. Ma. Adriana Lima Dos Reis Costa – Universidade Federal do Maranhão

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, aos meu pais, Maria Aparecida e Sávio Marcos, pelo amor, incentivo e apoio incondicional, sempre acreditando em mim, não medindo esforços para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

À Universidade Federal do Maranhão, rainha, terceira melhor do mundo, que me acolheu como caloura, com a promessa de um horizonte superior, e que ao longo dos anos foi colocando profissionais exemplares na minha formação, consolidando as bases da profissional que pretendo ser.

A todos os professores que me acompanharam durante a graduação, em especial ao Prof. Dr. Tadeu Souza, que me orientou na realização deste trabalho.

Aos meus amigos, de longe e de perto, por confiarem em mim e estarem do meu lado em todos os momentos.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada. Obrigada pela paciência, pelo sorriso, pelo abraço, pela mão que sempre se estendia quando eu precisava. Esta caminhada não seria a mesma sem vocês.

*"Não chores, meu filho;  
Não chores, que a vida  
É luta renhida:  
Viver é lutar.  
A vida é combate,  
Que os fracos abate,  
Que os fortes, os bravos  
Só pode exaltar (...)"*

*(Gonçalves Dias)*

## RESUMO

O Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) tem como uma de suas principais propostas o atendimento à essa população, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Este trabalho objetivou compreender o modelo de cuidado em saúde ofertado por um CAPSad de São Luís-MA sob a percepção dos usuários, visando entender a realidade dos sujeitos abordados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem exploratória. Foi realizado um grupo focal com nove usuários do CAPSad estadual de São Luís-MA, todos do sexo masculino. O grupo foi áudio-gravado, transcrito integralmente e os achados foram submetidos à análise de conteúdo. Foram definidas sete categorias temáticas: o início do uso de drogas, a influência do grupo no consumo, a percepção dos usuários sobre o uso de drogas, os motivos que levaram os usuários a procurar tratamento, redução de danos *versus* abstinência, preconceito e percepção sobre o tratamento ofertado pelo CAPSad. Mediante análise de cada categoria, pôde-se apreender consistentes informações sobre os participantes e o significado por eles atribuídos a suas experiências e naquele centro. Concluiu-se que o serviço do CAPSad é importante na recuperação do usuário, porém ainda precisa se adequar à proposta de reabilitação psicossocial preconizada pela política do Ministério da Saúde, fato que foi evidenciado pelo discurso dos pacientes durante o grupo focal.

**Palavras-Chave:** Usuários de drogas. CAPSad. Percepção do usuário. Saúde Mental.

## ABSTRACT

The Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drug Users (CAPSad) has as one of its main proposals the attendance to this population, performing clinical follow-up and social reintegration of users through access to work, leisure, exercise of civil rights and strengthening of family and community ties. This study aimed to understand the model of health care offered by a CAPSad of São Luís-MA under the perception of users, aiming to understand the reality of the subjects covered. This is a qualitative research, with an exploratory approach. A focus group was conducted with nine users of the state CAPSad of São Luís-MA, all males. The group was audio-recorded, transcribed integrally and the findings were submitted to content analysis. Seven thematic categories were defined: the beginning of drug use, the influence of the group on consumption, users' perceptions about the drug use, the reasons that led users to seek treatment, harm reduction *versus* abstinence, prejudice and perception about the treatment offered by CAPSad. Through analysis of each category, it was possible to grasp consistent information about the participants and the significance they attributed to their experiences at that center. It was concluded that the CAPSad service is important in the recovery of the user, but still needs to be adapted to the psychosocial rehabilitation proposal advocated by the Ministry of Health policy, a fact that was evidenced by the patients' discourse during the focus group.

**Keywords:** Drug users. CAPSad. Perception of the user. Mental health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| AIDS    | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                                 |
| CAPS AD | Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas |
| CEP     | Comitê de Ética em Pesquisa  |
| DST     | Doenças Sexualmente Transmissíveis                                     |
| EUA     | Estados Unidos da América  |
| GF      | Grupo Focal  |
| GFN     | Grupo Focal Narrativo  |
| HIV     | Vírus da Imunodeficiência Humana                                       |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                        |
| IDHM    | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal                             |
| LSD     | Ácido Lisérgico  |
| OMS     | Organização Mundial de Saúde   |
| ONU     | Organização das Nações Unidas  |
| RD      | Redução de Danos   |
| SEMCAS  | Secretaria Municipal da Criança e Assistência Social                   |
| SUS     | Sistema Único de Saúde   |

## SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>10</b> |
| 1.1      | DROGAS E CULTURA: BREVE HISTÓRIA.....                                     | 10        |
| 1.2      | O PROIBICIONISMO.....   | 11        |
| 1.3      | BRASIL – DÉCADAS DE 80 E 90.....  | 15        |
| 1.4      | O SUS E AS POLÍTICAS DE DROGAS.....                                       | 17        |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS.....</b>   | <b>19</b> |
| 2.1      | OBJETIVO GERAL.....   | 19        |
| 2.2      | OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....  | 19        |
| <b>3</b> | <b>METODOLOGIA.....</b>   | <b>20</b> |
| 3.1      | O CAMPO.....  | 20        |
| 3.2      | PESQUISA QUALITATIVA.....   | 20        |
| 3.3      | TÉCNICA DE COLETA DE DADOS: GRUPO FOCAL.....                              | 21        |
| 3.4      | SUJEITOS DA PESQUISA.....   | 22        |
| 3.5      | ANÁLISE DOS DADOS.....  | 23        |
| 3.6      | ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....  | 23        |
| <b>4</b> | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>  | <b>24</b> |
| 4.1      | "O ÁLCOOL FOI O PIVÔ DA DROGA".....                                       | 24        |
| 4.2      | "QUANDO VOCÊ TA ASSIM NUM GRUPO, [...] VOCÊ FAZ O QUE VOCÊ<br>QUER".....  | 26        |
| 4.3      | "É UM GOZO, EU CONSIDERO UM GOZO NO CÉREBRO".....                         | 28        |
| 4.4      | "O NEGÓCIO TAVA RUIM PRO MEU LADO".....                                   | 30        |
| 4.5      | "O CARA TEM QUE VIGIAR O RESTO DA VIDA".....                              | 32        |
| 4.6      | "A GENTE É DISCRIMINADO SÓ DE SABER QUE É USUÁRIO,<br>SIÔ".....           | 34        |
| 4.7      | "TEM QUE TER UMA ATIVIDADE, SE ENTRETER, PRA ESQUECER DO<br>PASSADO"..... | 35        |
| <b>5</b> | <b>CONCLUSÃO.....</b>   | <b>37</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>41</b> |
|          | <b>ANEXOS.....</b>  | <b>46</b> |

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 DROGAS E CULTURA: BREVE HISTÓRIA

Substâncias psicoativas são aquelas que, quando ingeridas, modificam ao menos uma das funções do sistema nervoso central, produzindo efeitos psíquicos e comportamentais, e causando, de modo geral, uma sensação temporária de prazer ou excitação (DALGALARRONDO, 2008). O consumo sistemático de tais substâncias é comprovadamente milenar (LABATE et al., 2008), estando presente na história da humanidade de diferentes formas e em diferentes contextos culturais (SANTOS et al., 2010).

Durante muito tempo, o consumo de substâncias psicoativas foi visto como o meio de se estabelecer contato com as divindades e com os mortos, como se fosse um elo entre a realidade e uma dimensão superior. No entanto, outros fins foram surgindo a partir desse consumo ao longo da história e, de modo geral, além do uso ritualístico, também passa a ser possível verificar os usos recreativo e terapêutico (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

Ainda na Grécia Antiga, Paracelso introduziu o uso das drogas na medicina, postulando que doenças deveriam ser tratadas com o emprego de substâncias químicas extraídas da natureza, sendo o cânhamo e o ópio utilizados por gregos e egípcios com fins terapêuticos. As mesmas substâncias também eram utilizadas em diferentes civilizações – como os assírios, os chineses, os romanos e os persas, por exemplo – em momentos de comemoração ou de escape, na qual os indivíduos tentavam superar a fome e o cansaço (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

Na Idade Média foi mantido o uso terapêutico de substâncias através do cultivo de determinadas plantas com propriedades curativas nos mosteiros. Surgiu também a associação de determinadas substâncias à prática de exorcismos e de práticas demoníacas ou bruxarias, que seriam realizados em rituais pagãos coletivos (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007). Além disso, o vinho, que na Grécia era utilizado nos bacanais como um culto ao deus Baco, ganhou, com o cristianismo, outro significado ritualístico, passando a simbolizar o sangue de Cristo, especialmente para o catolicismo (LABATE et al., 2008).

O consumo de drogas foi aumentando no decorrer dos séculos, tanto entre a elite econômica e intelectual, quanto entre os trabalhadores, que faziam o uso de tais substâncias, principalmente do álcool, para conseguirem suportar as condições trabalhistas da época. No século XIX, foi sintetizada a cocaína, que teve seu uso difundido por Freud para o tratamento de transtornos ansiosos e depressivos, sobretudo entre as pessoas mais abastadas e cultas. Já no século XX, deu-se início a comercialização das anfetaminas e, posteriormente, houve a descoberta do ácido lisérgico (LSD), seguido pelo aumento da produção de drogas sintéticas, cada vez mais disponíveis a um menor custo. Com isso, ocorreu um rápido alargamento da faixa etária dos usuários associado a uma popularização do consumo de substâncias psicoativas, que deixaram de ser associadas à elite e passaram a compor o cenário das ruas (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

Pensar em uma sociedade livre das drogas tem fortes implicações políticas, uma vez que tal pensamento abre para a possibilidade de definir que culturas, hábitos e grupos sociais serão alvo desse empreendimento, pois a relação entre os humanos e as substâncias definidas como drogas se perpetua universalmente através dos anos em diferentes culturas (NERY FILHO et al., 2012).

## 1.2 O PROIBICIONISMO

Apesar de ser um hábito presente em diferentes momentos históricos e em diferentes culturas, a transformação do uso de drogas em crime e/ou doença é produto de um momento histórico e de uma cultura específicos: a sociedade europeia do século XVIII. Com as grandes concentrações populacionais nos principais centros urbanos da Europa, surgiram diversas novas tecnologias e saberes sobre modos de governar tais populações, no sentido de urbanização, controle de taxas de natalidade e mortalidade e de prevenção de doenças (SOUZA, 2014).

A partir daí houve o surgimento da medicina social, que passou a identificar o consumo excessivo de álcool e de outras substâncias como ponto de interdição médica, tanto na esfera individual quanto na coletiva. A construção de um saber médico sobre o tema se inseriu, então, num amplo processo social, político e econômico da época, que, posteriormente serviu de matriz para diversos países do mundo (SOUZA, 2014).

Foi nesse contexto que a medicina se tornou um campo de saber-poder coextensivo a todo o campo social, penetrando nas diversas esferas da vida: família, trabalho, escola, cidades (SOUZA, 2014). No limite, trata-se do que Foucault (2008) denominou de biopoder: um poder sobre a vida, um poder que faz viver, um poder que normaliza na medida em que promove a saúde, a vida, o bem estar.

O caminho histórico e político que vai da patologização do usuário de drogas à sua criminalização deve ser percorrido entre o eixo Europa – Estados Unidos da América (EUA) entre os séculos XIX e XX, em torno da consolidação da política de guerra às drogas e da alteração do eixo de dominação geopolítica, intensificado no pós segunda guerra mundial (SOUZA, 2014).

Há cerca de um século, nenhuma droga era criminalizada, sendo ela de uso medicamentoso ou não. No entanto, atualmente é possível observar uma uniformidade nas políticas oficiais de diversos países em torno das drogas. Tal política se baseia na distinção entre drogas e fármacos e na repressão a todas as formas de uso não médico de substâncias psicoativas, com exceção do álcool e do tabaco (LABATE et al., 2008).

O movimento de criminalização do uso de drogas teve início com a ascensão dos Estados Unidos como potência econômica, diplomática e militar no início do século XX. Um importante marco para a emergência da política proibicionista que vivenciamos até os dias atuais ocorreu em 1902, com o fim da Guerra das Filipinas: os Estados Unidos conquistaram o país, tendo essa vitória bélica sido também uma vitória discursiva sobre as drogas (SOUZA, 2014).

As primeiras iniciativas antidrogas de interesse internacional foram lideradas por Charles Brent após sua chegada nas Filipinas, local em que havia uso habitual de ópio pela população. Charles Brent, bispo e advogado, foi um dos principais articuladores da Comissão Internacional do Ópio, tendo lançado as bases de um novo discurso mundial sobre os perigos das drogas. É possível observar em seu discurso oficial a articulação entre moral religiosa e racismo, associando a teoria da degenerescência ao uso de substâncias psicoativas, ao afirmar que o hábito cultural do uso de drogas por "raças inferiores", como negros e hispânicos, por exemplo, era uma ameaça à integridade da espécie humana. Isso sustentou a base moral para que os Estados Unidos dessem início à campanha de guerra contra o uso do ópio (SOUZA, 2014).

Além disso, o ópio era, na época, o principal produto comercializado pelos ingleses, sendo a China o principal país consumidor. A política de criminalização do ópio pode ser vista como uma estratégia para enfraquecer o domínio econômico que a Inglaterra exercia sobre o Oriente e para fortalecer a base de influência estadunidense. Os interesses econômicos, políticos e morais foram se agenciando e promoveram o fortalecimento da geopolítica norte-americana, que incentivou a intensificação do poder Estatal inicialmente sobre o ópio, mas que se estendeu às demais drogas, fortalecendo, então, uma rede de repressão ao consumo de substâncias então consideradas como ilícitas (SOUZA, 2014).

A primeira lei proibicionista contemporânea foi o *Volstead Act*, em 1919, conhecida como Lei Seca – uma emenda à Constituição estadunidense que tornava ilegal todo o circuito de produção, comercialização e consumo de álcool, tendo como objetivo abolir a droga e todos os hábitos a ela relacionados (RODRIGUES, 2012).

No entanto, o efeito da Lei Seca não foi a supressão do álcool e dos hábitos a ele associados, mas sim a criação de um mercado ilícito disposto a oferecer o produto a seus clientes – que permaneceram inalterados com relação ao gosto pela substância, porém passaram a ser vistos como criminosos. Foi produzido um novo campo de ilegalidades, com novos sujeitos implicados, porém o álcool não deixou de ser consumido (LABATE et al., 2008).

Como represália, o governo dos Estados Unidos passou a construir um forte aparato repressivo, que culminou com a criação, em 1920, de uma agência federal específica com o objetivo de combater as drogas proibidas ou controladas. À medida que as máfias dedicadas ao tráfico de psicoativos ilícitos aumentavam, desenvolvia-se uma estrutura repressiva cada vez mais potente, envolvendo milhares de agentes e generosas verbas estatais (LABATE et al., 2008).

A proibição do álcool foi revogada em 1933, mas deixou ao menos dois importantes legados: o fortalecimento de grupos ilegais que se dedicavam ao tráfico, e o modelo proibicionista, que foi estendido a partir de então a outros psicoativos, que passaram a ser proibidos ou restritos a uso médico (RODRIGUES, 2012). As estruturas de combate às drogas permaneceram se dedicando à erradicação das drogas, fossem elas novas ou há muito utilizadas, reduzindo todas a um denominador comum: a proibição (LABATE et al., 2008).

Após a Segunda Grande Guerra, o conseqüente fortalecimento dos EUA enquanto potência mundial possibilitou maior influência da política proibicionista sobre a geopolítica internacional. A padronização e universalização do regime de controle de drogas ocorreu em 1961, com a assinatura da Convenção Única sobre Drogas da Organização das Nações Unidas (ONU). Consistiu em um documento que estabelecia listas de substâncias psicoativas, organizadas a partir do critério de uso médico: as drogas que foram consideradas como tendo alguma aplicação médica tiveram seu uso legal assegurado, mesmo que fossem potencialmente geradoras de dependência; já as demais, foram proibidas. No entanto, além do critério médico, outro fator importante no que diz respeito à aversão ao uso de algumas drogas foi o vínculo anteriormente estabelecido entre algumas delas e determinados grupos de imigrantes e/ou minorias étnicas, como, por exemplo, a maconha, identificada com hispânicos, e a cocaína com negros (RODRIGUES, 2012).

A padronização e universalização do regime de controle de drogas ocorreu em 1961, com a assinatura da Convenção Única sobre Drogas da Organização das Nações Unidas (ONU). Consistiu em um documento que estabelecia listas de substâncias psicoativas, organizadas a partir do critério de uso médico: as drogas que foram consideradas como tendo alguma aplicação médica tiveram seu uso legal assegurado, mesmo que fossem potencialmente geradoras de dependência; já as demais, foram proibidas. No entanto, além do critério médico, outro fator importante no que diz respeito à aversão ao uso de algumas drogas foi o vínculo anteriormente estabelecido entre algumas delas e determinados grupos de imigrantes e/ou minorias étnicas, como, por exemplo, a maconha, identificada com hispânicos, e a cocaína com negros (RODRIGUES, 2012).

Foi então consolidada a lógica proibicionista, pautada em argumentos médico-sanitaristas, com o objetivo de eliminar o uso de quaisquer substâncias que fugissem do controle estatal ou médico. Para que isso ocorresse, a Convenção Única incentivou a criminalização tanto dos traficantes quanto dos usuários e promoveu a expansão de medidas internacionais para combater o fluxo das drogas ilícitas. Percebe-se desde então uma sobreposição entre o campo médico e jurídico em torno das drogas tornadas ilícitas (RODRIGUES, 2012).

Em 1972, o então presidente estadunidense Richard Nixon foi a público para anunciar que as drogas eram o maior inimigo do país, dando início à chamada "Guerra às Drogas", que consistiria em combater traficantes e consumidores não só em solo norte-americano, mas

também no exterior (RODRIGUES, 2012). Além das implicações nos campos da moral, da saúde e de segurança pública, já associados ao tráfico e ao uso de psicoativos ilegais, surgiu, então, um quarto plano: o da segurança nacional (LABATE et al., 2008).

O discurso de Nixon foi baseado na divisão do mundo em dois blocos: o dos países produtores e o dos países consumidores de drogas. De acordo com tal lógica, sem sustentação, os países que mais consumiam psicoativos, não os produziam, e os que mais os produziam, não os consumiam. Isso colocava os EUA na posição de vítimas de grupos ilegais provenientes de outros países, e externalizava as fontes do problema (LABATE et al., 2008).

Com isso, o governo obteve o apoio da sociedade estadunidense para realizar ações em nome da defesa do Estado e da sociedade, tanto no plano interno, como o endurecimento das penas para traficantes e usuários, quanto no plano internacional, com intervenções militares em países estrangeiros. Os EUA começaram a investir, então, em treinamento e formação de grupos militares especiais, ampliando e fortalecendo a economia bélica, e fomentando práticas totalitárias em diferentes pontos do planeta. Desse modo, o narcotráfico deixou de ser encarado apenas como um problema de segurança nacional estadunidense para ser, também, classificado como uma questão de segurança nacional de cada país que contasse com tráfico ilícito em seu território (RODRIGUES, 2012).

### 1.3 BRASIL – DÉCADAS DE 80 E 90

No Brasil, a implementação da política antidrogas foi intensificada a partir de 1980, quando a partir do Decreto nº 85.110 se instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, cuja instância administrativa e executiva pertencia ao Ministério da Justiça. Sua função era integrar as atividades de prevenção, fiscalização, repressão ao tráfico e ao uso de substâncias que potencialmente causariam algum tipo de dependência, e também as atividades de recuperação dos dependentes.

A prioridade do combate às drogas recaiu sobre a segurança nacional, mas não se desvinculou da esfera da saúde – eram duas instâncias com funções distintas que não se separavam. Isso acabou comprometendo a ética do tratamento clínico imposto ao usuário, uma vez que o mesmo, ao passar a ser visto como "doente" era criminalizado, tendo como

única opção de tratamento o consumo zero de psicoativos, com a obrigação de cessar o uso de maneira imediata (TEDESCO; SOUZA, 2009).

A presença da obrigação da abstinência a todos os usuários de substâncias psicoativas ilícitas exclui a participação ativa do usuário em seu próprio tratamento. Isso fere a ética da clínica, em que o contrato e a direção da cura precisam ser pactuados com o usuário ao longo de todo o tratamento. Como o usuário não é ouvido, a relação que o mesmo possui com a droga é ignorada, não havendo como intervir nos fatores que o levam ao uso inadequado ou abusivo da substância (TEDESCO; SOUZA, 2009).

A principal estratégia de tratamento limitou-se, então, à criação de uma força psíquica e/ou moral capaz de fazer com que o usuário fosse capaz de resistir ao "mau hábito", funcionando como um treinamento para o fortalecimento de atitudes de esquiva ao apelo recorrente da substância. Exclui-se a experiência da droga e, conseqüentemente, a subjetividade do usuário (TEDESCO; SOUZA, 2009).

Com a imposição política de que a sociedade ideal era uma sociedade livre das drogas, o foco do tratamento passou a ser o combate à droga, sendo esta encarada como uma substância perigosa e capaz de provocar inúmeros dilemas sociais. A partir disso, inferiu-se que os cidadãos moralmente bem constituídos não teriam problema em resistir completamente ao seu uso. O usuário passou, então, a ser visto como um cidadão inferior, que além de não ter a capacidade de luta contra o apelo da droga, ainda prejudicava o bom funcionamento social, pois estava incentivando a perpetuação do grande problema da sociedade: as drogas (TEDESCO; SOUZA, 2009).

Os usuários passaram a ser estigmatizados, sendo vítimas de preconceito e até mesmo de hostilidades em ambientes familiares, de trabalho e, inclusive nos serviços de saúde. Isso causou grandes dificuldades, como o baixo índice de busca espontânea e de adesão ao tratamento, que, quando ocorriam, o processo já estava demasiado avançado e cronificado, reduzindo muito as possibilidades de sucesso do atendimento (TEDESCO; SOUZA, 2009). A criminalização das drogas imprimiu um paradigma ao campo da saúde subordinando-o a lógica da segurança: o paradigma da abstinência (BRASIL, 2003)

## 1.4 O SUS E AS POLÍTICAS DE DROGAS

Antes de 2003, a Política Nacional de Saúde Mental não ofertava aos usuários de drogas um tratamento estruturado no âmbito do SUS e orientado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica de desospitalização, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. As diversas abordagens preventivas e terapêuticas até então aplicadas pelos serviços de saúde mostraram-se consideravelmente ineficazes, sendo, por vezes, reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência. Isso apontou para a necessidade da reversão dos modelos assistenciais, para que estes passassem a contemplar as reais necessidades da população (BRASIL, 2003).

Em 2003, foi criada, então, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que tem com uma de suas principais propostas o reconhecimento do usuário, de suas características e necessidades, para poder implantar programas efetivos de prevenção, tratamento e promoção de saúde dos usuários (BRASIL, 2003; NERY FILHO et al., 2012). Tal política é um marco, uma vez que busca-se romper com a lógica jurídica à qual o campo da saúde estava subordinado através da lógica da abstinência.

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, p.10).

Essa ruptura se fez a partir da proposição de um novo paradigma: a redução de danos (RD). A iniciativa de troca de seringas teve início na Holanda, na década de 80, originada por uma associação de usuários de drogas, que tinha como objetivo conciliar o uso de drogas com estratégias de cuidado em saúde, para a prevenção da contaminação por hepatites virais entre os usuários de drogas injetáveis. Com o advento da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), a troca de seringas foi inserida num novo circuito institucional, gerando a consolidação do conceito da redução de danos (SOUZA, 2013).

Com a inclusão pela Organização Mundial de Saúde (OMS) das estratégias de redução de danos no combate à epidemia do HIV/AIDS, houve financiamento por parte do Banco Mundial para que a mesma fosse adotada em diversos países, possibilitando que questões como direitos dos usuários passassem a ser pautadas. As questões trazidas pela RD a respeito das experiências de pessoas que desejavam usar drogas, passou então a se tornar tema de debate político em torno de busca de garantia de direitos humanos (SOUZA, 2013).

No Brasil, a redução de danos foi adotada inicialmente enquanto estratégia da Política Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/AIDS, passando a fazer parte da Política de Saúde Mental voltada para usuários de álcool e outras drogas posteriormente, sendo regulamentada em 2005, através da Portaria GM nº 1.028/05. Ela se efetiva através de redes de suporte social no território, rompendo com as práticas repressivas de abstinência e articulando diversos dispositivos de saúde, passando a contemplar usuários que não desejam parar de usar drogas mas que aceitam outras formas de cuidado (NERY FILHO et al., 2012).

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003, p.10).

No intuito de garantir o acesso de todos a uma assistência integral e equitativa à saúde, a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas criou o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas – CAPSad (BRASIL, 2003). O CAPSad se insere na rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como serviço especializado que atende pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SANTOS, 2010).

Os CAPSad desempenham um importante papel de ordenar a rede de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas em seu território de atuação, estimulando a articulação entre os dispositivos comunitários sociais e de saúde para permitir a atenção integral e inclusão social dos usuários (VIEIRA, et al., 2010). Seu objetivo é oferecer atendimento à essa população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo

acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas, por isso é importante que essas práticas de cuidado sejam avaliadas, propondo a otimização dos investimentos financeiros públicos na construção de um sistema complexo, evitando, assim, a substituição de um modelo centralizador por outro (SANTOS, 2010).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL:**

Compreender o modelo de cuidado em saúde em um CAPSad de São Luís-MA de acordo com a percepção dos usuários, visando entender a realidade dos sujeitos abordados.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- I Estudar as experiências com o uso de drogas dos usuários de um CAPSad de São Luís-MA.
- II Analisar a concepção dos usuários de um CAPSad de São Luís-MA acerca de substâncias psicoativas.
- III Avaliar a importância do serviço na mudança do padrão de consumo de drogas dos usuários de um CAPSad de São Luís-MA após tratamento no serviço.
- IV Analisar a percepção dos usuários de um CAPSad de São Luís-MA sobre o tratamento prestado pelo serviço.
- V Oferecer elementos que contribuam para o aperfeiçoamento da Política de Saúde Mental no município de São Luís-MA.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 O CAMPO:

São Luís é capital do estado do Maranhão, com 1.014.837 habitantes, segundo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, e possuía uma estimativa populacional para o ano de 2016 de 1.082.935 habitantes. O território da cidade abrange uma área de 834.785 km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). Com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,768 no ano de 2010, São Luís ocupava a 249<sup>a</sup> posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM (PNUD, 2013).

A rede de Saúde Mental do município de São Luís conta com 02 serviços de ambulatório para adultos, 02 serviços de ambulatórios para crianças e adolescentes, 03 serviços de Residenciais Terapêuticos, 05 Centros de Atenção Psicossocial – sendo 01 CAPS II municipal, 01 CAPS III estadual, 01 CAPSad estadual, 01 CAPSad municipal e 01 CAPS infantil –, 01 hospital psiquiátrico e 02 clínicas conveniadas<sup>1</sup>.

#### 3.2 PESQUISA QUALITATIVA:

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, com abordagem exploratória, buscando conhecer e analisar a opinião dos entrevistados. A pesquisa qualitativa aborda aspectos que não podem ser quantificados, focando na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo et al. (2002), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A abordagem qualitativa objetiva aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda, interpretando-os segundo a perspectiva dos próprios sujeitos que participam da situação, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito. Minayo (2008) destaca que na pesquisa qualitativa, o importante é a objetivação, pois durante a investigação científica é preciso reconhecer a

---

<sup>1</sup> [www.saoluis.ma.gov.br/subportal\\_subpagina.asp?site=1252](http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1252). Acessado em 07 de setembro de 2017.

complexidade do objeto de estudo, rever criticamente as teorias sobre o tema, estabelecer conceitos e teorias relevantes, usar técnicas de coleta de dados adequadas e, por fim, analisar todo o material de forma específica e contextualizada. Para a autora, a objetivação contribui para afastar a presença excessiva de juízos de valor na pesquisa: são os métodos e técnicas adequados que permitem a produção de conhecimento aceitável e reconhecido.

### 3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS: GRUPO FOCAL

A técnica de grupos focais tem sido amplamente utilizada em investigações nas áreas educacionais, de saúde e das ciências sociais, com a finalidade de acompanhar e avaliar experiências, programas e serviços, a partir do ponto de vista dos grupos neles envolvidos (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996; WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004). Parte de encontros grupais entre pessoas que compartilham traços comuns, caracterizam-se pelo interesse nos conhecimentos, opiniões, representações, atitudes e valores dos participantes sobre uma questão específica. Em geral, tais informações são mais facilmente captadas durante um processo de interação em que comentários de uns podem fazer emergir a opinião de outros. Para isso os participantes devem ter alguma vivência com o tema a ser discutido, de tal modo que a participação de todos possa trazer elementos ancorados em suas experiências cotidianas (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996; WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004; GATTI, 2005). Assim, é possível atingir um número maior de pessoas ao mesmo tempo e obter, com alguma facilidade, dados com certo nível de profundidade em um período curto de tempo (WESTPHAL, 1992).

Para a coleta de dados desse trabalho foi realizado um grupo focal (GF) com usuários do CAPSad II Estadual de São Luís-MA, buscando aproximar-se à experiência dos participantes com foco em temas organizados previamente em um roteiro de grupo focal (ANEXO 1). O grupo foi realizado pelo Professor Doutor Tadeu de Paula Souza, responsável por coordenar e moderar o grupo; e pela observadora e anotadora Sara Aparecida Silva que responsabilizou-se por anotar os acontecimentos, as falas dos participantes, as conversas paralelas e os comentários complementares.

O ambiente para a realização da atividade foi escolhido pela equipe do CAPSad, uma vez que eles estabeleceram a comunicação entre os pesquisadores e os usuários. Eles

orientaram a utilização de uma das salas do serviço, durante o período de expediente, para comodidade dos usuários. A sala dispunha de algumas cadeiras, que não foram suficientes para todo o grupo, tendo algumas pessoas se assentado no chão ou em almofadas. Os participantes, o moderador e a anotadora formaram um semicírculo, escolhendo seus lugares de forma aleatória, havendo a visualização de todos entre si.

O moderador se apresentou, agradecendo a participação dos usuários e o auxílio que estavam dando para a execução da pesquisa. Fez também a apresentação da anotadora, esclarecendo aos sujeitos a função que esta teria no Grupo Focal. Realizou, então, uma breve apresentação dos tópicos de discussão e a orientação sobre a dinâmica do trabalho. Em seguida, os participantes se apresentaram, dizendo informações sobre eles que consideravam relevantes. Após a apresentação de cada participante o moderador fez a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO 2) aos participantes, com posterior início às perguntas do roteiro do grupo focal.

Recorreu-se à gravação como recurso auxiliar para o registro dos resultados, sendo colocados três gravadores no interior do semicírculo, em diferentes pontos, para a captação da voz, facilitando a transcrição posterior. Os participantes da pesquisa foram comunicados e avisados que o grupo seria gravado, não fazendo nenhuma objeção ao fato. Os gravadores foram ligados no início do GF, durante a leitura do Termo de Consentimento, e desligados após a finalização das questões proposta pelo roteiro. A reunião do grupo focal teve duração de 60 minutos.

A participação do grupo foi homogênea, havendo interação entre o sujeitos e fala espontânea de todos os participantes. Eles agradeceram aos pesquisadores pela oportunidade de contribuir com a pesquisa, afirmando que outros momentos semelhantes deveriam ser repetidos.

### 3.4 SUJEITOS DA PESQUISA

O GF foi realizado no mês de agosto de 2017. Participaram do estudo 09 usuários, todos do sexo masculino, com idades entre 30 e 60 anos. Para a definição dos usuários participantes dos grupos focais foi feita uma seleção mediante indicação da equipe de saúde

de acordo com os seguintes critérios de inclusão, que buscaram preservar a integridade dos sujeitos avaliados: i) ser um usuário que tinha mais de três meses de tratamento na instituição; ii) estar em estado de abstinência no momento de coleta de dados; iii) ser maior de dezoito anos; iv) autorizar a pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Para manter o anonimato dos sujeitos, optou-se por identificá-los utilizando números.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

O grupo focal foi áudio-gravado e transcrito integralmente conforme técnicas habituais e consagradas, sendo os resultados analisados com o auxílio da Análise de Conteúdo (MINAYO, 2008). Após a organização dos dados, houve uma leitura exaustiva do material, com posterior elaboração de categorias, que surgiram a partir das temáticas norteadoras do roteiro do grupo focal: consumo de substâncias psicoativas, tratamento no CAPSad e preconceito.

Em seguida, foram selecionadas as falas que possuíam características comuns e agrupadas em blocos, havendo o cuidado de preservar a fala do usuário durante todo o processo. O título das categorias foram estabelecidos tomando-se por base as falas dos participantes dos GF. Passou-se então à interpretação das falas, através da comparação entre elas e entre os dados da literatura.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob processo nº 55101816.8.0000.5087. Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos acerca da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em seis categorias empíricas, sendo que quatro dessas categorias tratam do tema do início do uso: i) o álcool como primeira droga a ser experimentada – "O álcool foi o pivô da droga"; ii) o início enquanto uma decisão individual ou influência do grupo – "Quando você tá assim num grupo, [...] você faz o que você quer"; iii) o início como experiência prazerosa e os desdobramentos negativos – "É um gozo, eu considero um gozo no cérebro"; iv) início do tratamento no CAPSad – "O negócio tava ruim pro meu lado"; v) uma categoria sobre os sentidos de tratamento para os usuários – "O cara tem que vigiar o resto da vida"; vi) uma sobre a estigmatização do usuários – "A gente é discriminado só de saber que é usuário, *siô*"; vii) e por último uma categoria sobre o tratamento no CAPSad na perspectiva dos usuários – "Tem que ter uma atividade, se entreter, pra esquecer do passado".

### 4.1 "O ÁLCOOL FOI O PIVÔ DA DROGA"

Entre os usuários do CAPSad que participaram do GF, a maioria relatou que o início do uso de drogas ocorreu com o álcool, com idade que variou entre os 14 e os 17 anos. Tal dado corrobora os dados da literatura, que evidenciam que, do uso social ao problemático, o álcool é a droga mais consumida no mundo, sendo também a substância psicotrópica mais utilizada por adolescentes (SENAD, 2007).

Eu comecei a fumar maconha eu tinha 17 anos, fumei até os 23 anos, aí eu passei pro crack. Eu já bebia cerveja. Aí dos 23 até hoje, com 30, usando crack (Usuário 8).

Com a idade de 14 anos comecei o uso do álcool... Depois apertei um baseado... E aí com 35... Eu parei a maconha e fiquei só na cachaça (Usuário 5).

Eu comecei com álcool. Aos 14 anos eu comecei a, comecei a beber, a me drogar, né, de álcool. Aí depois do álcool comecei a dar umas pegada na maconha, mas não viciiei, graças a Deus (Usuário 9).

Esses dados também vão de acordo com outros autores, como Ribeiro e Laranjeiras (2012), que afirmam que o consumo de bebidas alcoólicas normalmente precede a experimentação de substâncias psicoativas ilícitas. Isso contribui para a ruptura do estigma do

senso comum, que considera a maconha como a principal porta de entrada para as demais drogas.

No Brasil, o uso de bebidas alcoólicas só é legalmente permitido para os maiores de 18 anos de idade. No entanto, o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira indica que quase 35% dos adolescentes menores de idade consomem bebidas alcoólicas ao menos uma vez no ano, e que cerca de 24% deles bebem, pelo menos, uma vez ao mês (SENAD, 2007), sendo a idade média do primeiro consumo do álcool, estimada pelo IV Levantamento de Uso de Drogas entre Estudantes Brasileiros, em torno dos 13 anos (CEBRID, 2010).

Wagner & Oliveira (2007) consideram a adolescência como um período de maior vulnerabilidade, devido à sentimentos de insegurança e desamparo frente às mudanças físicas e psicológicas próprias desta fase da vida. De acordo com os autores, os jovens, em busca de integração social e de autoafirmação, muitas vezes dão início ao uso de substâncias psicoativas, sendo o álcool, o tabaco e a maconha as substâncias mais comumente utilizadas.

Anos 80 foi a época que explodiu a droga no mundo, no Brasil, né? Aqui pra mim surgiu nos anos 80. Aos 16 anos eu conheci o álcool, já conhecia alucinógeno, ne, a erva, né? Aí eu conheci quase tudo. Só não conheci essa que o U4 aqui falou, coca não tínhamos a condição, né? [...] Mas o álcool foi o pivô da droga, né? Estimulava logo... (Usuário 1).

Eu comecei também com 15. É, eu fui pro matinho. Passei pra cerveja, aí foi indo até que chegou na cachaça pura, braba. Aí veio o cigarro. Novo também. 14, 15 anos... Eu já comecei novo (Usuário 7).

Os usuários que chegaram ao uso do crack, comumente passaram por estágios de abuso de outros tipos de drogas, como o álcool, tabaco, maconha e cocaína. Quanto mais prematuro o início do consumo de tais substâncias, maior é a probabilidade de se atingir graves padrões de dependência química (LARANJEIRAS, 2012), o que pode ser ilustrado pelas falas a seguir:

Eu comecei também com álcool [...] com uns... 17 também. Aí depois, com uns 18, 19 anos... Eu conheci um colega meu que começou a vender a cocaína... [...] Aí eu me *adjuntei* com ele, aí foi que eu comecei a cheirar. Aí depois da cocaína, acho que com uns 20 e poucos anos, 22 por aí, eu passei pro crack (Usuário 3).

[...] Tomei tanta cachaça que eu fui bater no hospital... Socorrão... Fui internado duas vezes, fiquei internado por causa de álcool. E hoje eu to com 38 anos e até agora ainda não consegui parar. Consegui parar, mas to aqui “internado” pra ver se

largo essa coisa de mão, entendeu? Pra ver se acostuma mesmo a não tomar mais nada, porque é um sofrimento... Querer beber, querer beber, querer beber... (Usuário 9).

#### 4.2 "QUANDO VOCÊ TA ASSIM NUM GRUPO, [...] VOCÊ FAZ O QUE VOCÊ QUER"

A maioria dos usuários associou momentos de uso de drogas à determinados grupos de amigos que consumiam drogas. Ressaltaram que não foram obrigados a fazer o consumo, mas que se sentiram influenciados tanto pelo grupo, quanto pela situação. Como demonstram as falas a seguir:

Da primeira vez que eu caí, eu caí por causa de quem? Dos amigos. Eles me levaram. Entendeu? Eles não me levaram a força, não colocaram faca no pescoço, lógico que não, mas eu fui influenciado por eles (Usuário 3).

O que acontece: quando você ta assim num grupo, você... ninguém te manda você fazer, você faz o que você quer (Usuário 2).

Fachini (2009) aponta que é no período durante a adolescência e no início da idade adulta que as relações sociais ganham maior importância, passando o grupo no qual o indivíduo se insere a exercer influência sobre o comportamento deste, inclusive no que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas. O autor indica que fazer parte de um grupo de usuários de álcool é um fator de vulnerabilidade para o uso da substância, independente do gênero.

Em diversos estudos, o uso de substâncias psicoativas é associado às variáveis relacionadas aos amigos: ter amigos que usam álcool ou drogas regularmente aumenta progressivamente a associação para o início e a progressão do uso de álcool, de tabaco e de drogas ilícitas (CARDOSO; MALBERGIER, 2014). Essa relação tem sido explicada por meio de algumas teorias comportamentais, dentre elas a Teoria da Aprendizagem Social, que afirma que os indivíduos aprendem a se comportar ao observar o comportamento de seus pares, principalmente pela sensação de valorização e de pertencimento ao grupo (BANDURA, 1977 apud CARDOSO; MALBERGIER, 2014).

De certo modo, o grupo expressa o território existencial, no qual o uso de drogas cumpre uma função de agenciar afetos, encontros e corpos. Percebe-se que a dúvida dos

usuários se expressa na polarização: eu *versus* grupo, na qual buscam um único responsável pela decisão de iniciar e/ou continuar o uso de drogas. Tende a desaparecer o conjunto de vetores que coproduzem o sujeito da experiência e o grupo enquanto coletividade social.

Os participantes do grupo, em sua maioria, preferiram se afastar das antigas amizades após início do tratamento, dando preferência às companhias que os ajudassem a se manter abstinentes, por medo de terem recaídas ao manterem contato com o grupo antigo. No entanto, também foi relatado uma situação oposta, em que as antigas amizades não aceitaram o indivíduo após ele mudar o padrão do consumo de drogas, passando a não mais o reconhecer como amigo, e sim como um estranho. Tal situação foi ilustrada pela fala: "Se você for pro tratamento, aí você é até discriminado pelos caras. 'Ah, olha aquele cara ali, mó babaca agora, só quer ser o tal' e não sei o quê" (Usuário 4).

A constituição de novas amizades se colocou enquanto uma questão muito importante para quem está em tratamento. O usuário 8 levantou o seguinte questionamento para o grupo: "E quem gosta de festa, como é que faz? [...] Se eu largar droga, largar essas coisas, tem que virar evangélico?". Os demais usuários acreditam que é possível, de modo geral, manter os mesmos hábitos de entretenimento sem fazer uso de nenhuma substância psicoativa, desde que seja com outras companhias. No entanto, acreditam que isso varia de acordo com cada indivíduo, não sendo possível para todos. O próprio usuário 8, que levantou a discussão, afirmou que ainda frequenta festas e que consegue se divertir sem fazer uso de drogas, lícitas ou ilícitas.

A maioria dos participantes do GF respondeu que é possível criar novos vínculos de amizade e que não tiveram dificuldades nesse aspecto, o que é explicitado na fala do Usuário 4: "É outro ciclo de amizade, é continuidade...". Outra situação que ilustra o ponto de vista do grupo é contemplada na fala:

Eu saio com dois primos meus. Os dois têm carro, aí fica mais fácil de eu chegar e não usar porque eles vão me deixar na minha porta, né, vão me deixar dentro de casa [...] Beber eles bebem, mas moderadamente. As vezes nem bebe. [...] Eles têm uma atenção especial por mim (Usuário 3).

A constituição de novas amizades está diretamente ligada ao tipo de relação que se estabelece com as drogas, podendo ser de múltiplas ordens, de acordo com o que o usuário define para seu tratamento. O que se observa não é uma possibilidade dualista: antigos amigos

*versus* novos amigos, como defendem Dagnoni & Garcia (2014). As novas relações podem ser de descontinuidade, como num cenário em que o usuário faz a composição entre tratamento e conversão religiosa, constituindo um novo modo de vida, em que há ruptura com diversos espaços e amizades antigas. No entanto, em cenários como o tratamento sem a implicação de uma conversão religiosa ou o tratamento no qual há continuidade do uso moderado de drogas, amizades e ambientes frequentados anteriormente, podem ser mantidos.

#### 4.3 "É UM GOZO, EU CONSIDERO UM GOZO NO CÉREBRO"

De modo geral, na concepção dos participantes do GF, o uso de drogas apresenta duas faces: por um lado, ele proporciona uma certa compensação, que se manifesta através do prazer, e, por outro, pode levar à destruição da vida. Os usuários começam ressaltando a euforia inicial do primeiro contato com as drogas: todos concordam que o início está relacionado à curiosidade, à diversão e à euforia que surge após o uso.

Uma lombra legal, uma lombra legal... (Usuário 5).

Acho que cada um tem uma ideia, mas a ideia... É... É que entra tudo, no começo, do entretenimento, curiosidade, entretenimento, diversão, divertir, é divertir. Qual a pessoa que não quer? [...] É ligeiro. É um gozo, eu considero um gozo no cérebro. Aquela coisa sobe, gozo e volta, rapidamente (Usuário 1).

É, é isso aí, é diversão. Você tá num lugar, numa balada, aí todo mundo é assim, aí você tem facilidade, aí você se sente uma sensação de superioridade de todo mundo, aquela coisa de você ver a coisa de outra maneira, sabe? Uma sensação de... Bem estar no momento (Usuário 4).

No entanto, em seguida, surge o tópico de como é após o efeito inicial da substância, de como eles se sentem mal posteriormente e acabam usando todos os meios de que dispõem para continuar fazendo uso da substância, que passa a ser a prioridade.

E ela passa. Aí você fica [...] Aquela depressão... Os amigos não querem dar pra você e você fica lá pelos cantos ou volta pra casa e fica... E tenta até roubar em casa, talvez, pra voltar. Vender um objeto seu. Se você for com um anel de ouro, um relógio, uma calça boa, um tênis, você vende! Eu já vi fazer isso... Não cheguei a fazer, mas já vi fazer... Um cara fraco de cérebro ele quer continuar e não tem o dinheiro na mão pra poder conseguir (Usuário 1).

Um dos pontos trazidos pela fala do Usuário 1, que também foi citado na fala de outros usuários, foi a questão da venda de bens como uma solução encontrada para a compra de substâncias psicoativas. Estudo realizado com dependentes químicos por Cardoso et al. (2014) também chegou a resultados parecidos, estando o furto e o roubo entre as principais infrações que os usuários cometem para manter o uso das drogas.

A OMS (2002) caracteriza a dependência química como um estado mental e físico que resulta da interação entre o indivíduo e uma droga, no qual estão presentes o desejo exacerbado de consumir tal droga, com dificuldade de controlar o uso, associados ao desenvolvimento de tolerância e à diminuição ou abandono da participação em outras situações que anteriormente eram consideradas prazerosas. Além disso, o indivíduo mantém o uso persistente mesmo causando dano a si e à outros.

Esta definição foi descrita na fala de todos os participantes do GF. Eles relataram a dependência como um problema, uma situação de necessidade e ânsia pela droga, e de falta de autocontrole para evitar o uso, que acarretou diversas limitações à vida, ao trabalho e às relações sociais e familiares. A maioria relatou ter perdido o emprego e muitos contaram que foram abandonados pela família, como demonstrado nas falas a seguir:

É uma coisa assim, você não quer saber de nada, só quer saber daquele momento ali [...] quer mais e mais e mais e mais e mais [...] Se tiver 5 mil no bolso, aí vai todinho, com certeza (Usuário 3).

O cara quando usa droga, o cara não tem vontade de fazer mais nada. Porque ele troca o dia pela noite, ele torna um morcego humano. Aí no outro dia é só vontade de dormir e pronto, de noite que ele se desperta. É, é um morcego humano, um zumbi humano (Usuário 4).

Meus familiares se afastou de mim. Por causa da bebida (Usuário 7).

Quando eu usava o crack eu tava indo trabalhar, eu trabalhava de carteira assinada, aí eu vi que tava perdendo minhas coisas toda, perdi o emprego, pedi conta, aí eu comecei a pegar o dinheiro que eu recebia e comecei a gastar, usando ainda mais crack, vendia muita roupa minha pra usar mais droga (Usuário 8).

Os relatos do GF foram ao encontro de outro estudo realizado com usuários de um CAPSad de Santa Catarina por Zanatta, Garghetti & Lucca (2012), no qual a ânsia pela droga e a falta de autocontrole para evitar o uso foram relatados como um dos principais problemas da dependência, o que ocasionou perda do emprego, de bens materiais e afastamento da família. Esse ponto reforça a exclusão social a que os usuários de drogas estão submetidos: ao

se fazer a associação entre o uso de substâncias psicoativas à delinquência, atribui-se o estigma de criminoso a todos os usuários, o que impede a participação social dos mesmos, comprometendo o tratamento recebido.

#### 4.4 "O NEGÓCIO TAVA RUIM PRO MEU LADO"

Apenas um usuário do grupo relatou já ter passado por internação em enfermarias psiquiátricas anteriormente, os outros disseram que foram referenciados diretamente ao CAPSad por médicos, por familiares, por seus empregadores e pelo abrigo da Secretaria Municipal da Criança e Assistência Social (SEMCAS). Isso indica uma boa integração do serviço com a comunidade, uma vez que o CAPS é a principal estratégia de tratamento para a dependência química de acordo com a Política de Atenção Integral à Usuários de Álcool e outras Drogas.

Eu tava na situação de rua, aí eu fui pro abrigo e no abrigo disseram que eu só ia ficar, que só permanecia no abrigo se viesse pra cá. Aí eu vim pra cá, mas também com vontade de vir mesmo, com vontade de fazer o tratamento (Usuário 7).

Com a lei nº 10.216, de 6 abril de 2001, ficou estabelecido o fechamento progressivo dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a substituição gradativa destes por leitos em hospitais gerais. No ano seguinte, a portaria GM/336, de 19 de fevereiro de 2002, veio para regulamentar a criação dos CAPS, um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Tal dispositivo tem como um dos principais objetivos favorecer a reabilitação e a reinserção social dos pacientes portadores de transtornos mentais. Para que funcione de maneira ideal, é necessário que haja uma rede de assistência baseada em dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental (BRASIL, 2003).

De modo geral, todos os participantes do GF procuraram atendimento por vontade própria ou aceitaram a indicação do tratamento por perceberem que havia necessidade. Assim como em estudo realizado em Santa Catarina (ZANATTA; GARGHETTI; LUCCA, 2012), pôde-se perceber nos relatos que os usuários buscaram ajuda após começarem a apresentar perdas significativas, como bens materiais, trabalho e vínculo com a família. Os autores afirmam que quando o usuário procura ajuda no estágio em que começa a apresentar grandes

perdas, geralmente a dependência já está em processo avançado, o que torna a reabilitação mais lenta e difícil.

[...] Quando eu vi que já tava no fundo o poço, já devendo demais, eu mesmo que chamei minha mãe, minha mãe comunicou com a patroa dela, que eu trabalho junto com a minha mãe, trabalhava, num *buffet*. Aí ela comunicou, ela ligou, ela conhecia uma senhora, uma pessoa daqui e ligou pra minha mãe, aí eu mesmo pedi pra minha mãe pra ela me trazer pra cá. Eu foi por mim mesmo (Usuário 8).

Eu comecei a dar convulsão... Aí eu pedi ajuda pra minha irmã, minha irmã e minha cunhada me levaram pro hospital, pra UPA, aí chegou lá as médicas lá me deram logo uma regulagem e mandaram, disseram pra minha irmã pra ver uns dois dias livres e procurar uma ajuda, que era esse CAPS aqui. Aí eu disse pra ela me internar aqui que o negócio tava ruim pro meu lado, eu tava só pele e osso. Agora que melhorou um pouco (Usuário 9).

Perdi o emprego também. Trabalhava aqui no Nina [...] Aí tinha o meu próprio chefe também ficou sabendo, que eu comecei a faltar, aí conversou com o pessoal daqui e perguntou se eu queria. Aí eu disse que eu queria. Aí eu vim pra cá (Usuário 3).

Todos os participantes do grupo associaram o sucesso do tratamento à força de vontade do usuário em querer parar, concordando que a medicação ajuda, porém que só ela não é capaz de promover a mudança no estilo de vida. No entanto, todos os que se manifestaram concordaram que o tratamento é para o resto da vida, que o indivíduo nunca fica livre da dependência, sempre tem que estar vigilante com relação às drogas, pois a qualquer momento pode ter uma recaída e reiniciar o uso abusivo da substância. Tais sentimentos são ilustrados pela fala a seguir:

O tratamento aqui... Varia, né. Quer dizer, é mais por força de vontade de cada pessoa. Querer é... Se tratar, de querer sair mesmo da droga. Não é o remédio em si que vai fazer isso aqui [...] Tem gente que é pego fumando aqui... Então aqui o que resolve é a sua personalidade, é você não querer e dizer "não quero, não quero". Só se trata assim. O remédio ajuda... Inibindo um pouco, né, a ansiedade, talvez... (Usuário 1).

Zanatta, Garghetti & Lucca (2012) também chegaram a resultados parecidos, tendo os usuários atribuído a eles próprios o papel de principais personagens da mudança, citando repetidamente a força de vontade como principal subsídio para abandonar o vício das drogas, e comentando sobre a importância da medicação no processo de reabilitação, uma vez que a mesma diminui os efeitos adversos da abstinência e alivia a ansiedade.

#### 4.5 "O CARA TEM QUE VIGIAR O RESTO DA VIDA"

Esse foi o tópico que o grupo mais discordou e os usuários chegaram até a se contradizer com o decorrer da discussão. Inicialmente, a maioria afirmou que a única opção de tratamento seria parar completamente o uso das drogas, principalmente do crack. O álcool foi apontado por alguns como a substância de escolha para manter o uso de substâncias psicoativas, no entanto também foi apontado como um gatilho para o consumo de outras drogas:

O que eu separo é assim, a bebida é mais fácil se controlar [...] A bebida pode até controlar, mas o crack não [...] Um médico me falou o seguinte: se você ta passando uns 06 meses sem beber, cuidado! Muito cuidado pra não recair, porque aquele que bebe todo final de semana consegue controlar 02 cervejinhas, aí vai indo, mas se passar uns 03 meses, 04 meses e depois você entrar, a recaída é mais pesada. Porque você não quer parar. Você vai passar 10 dias, 12 dias, 15 dias (Usuário 1).

Nunca vai parar! Nunca vai parar. Não existe "pra parar", o cara nunca para. Não existe ex viciado, ex ladrão, ex... Não existe. O cara tem que vigiar o resto da vida. [...] Se botar um golinho, puxa outra... Puxa na hora. Dá um golinho de álcool e já pensa na outra droga. Você passa rapidamente. É ou não é? (Usuário 4).

To com 07 meses aqui, aí tava com 06 meses sem beber, aí tive recaída e bebi 12 dias direto (Usuário 6).

Passei 04 meses sem usar nada, aí depois... Recai também álcool, depois o crack (Usuário 3).

Com o decorrer do GF, surgiram falas que afirmaram que é possível alterar o padrão do consumo de drogas, seja diminuindo a quantidade ou alterando o tipo da droga consumida, sem abandonar abruptamente o uso, tendo alguns usuários que se pronunciaram a favor da abstinência admitido que ainda faziam uso de outras substâncias psicoativas, como o álcool:

Eu acho que eu parei, porque eu já nem cheirei mais, agora to só na cerveja [...] Ainda mais que aqui essas coisas são ruim pra cacete mesmo e também é caro pra porra. Aí eu preferi tomar a cerveja mesmo (Usuário 4).

Conheci um que parou totalmente [...] Tem um monte de gente aí que conseguiu moderar mais [...] De tudo. Moderou, mas parar não (Usuário 3).

Assim como em um estudo realizado por Vieira et al. (2010), em um CAPSad de Campina Grande-PB, a maioria dos usuários relatou que deixou de usar drogas, ou pelo menos reduziu bastante o consumo, e que estando no CAPSad estão afastados das drogas,

evitando assim o fácil acesso a elas. Os autores afirmam que o tratamento do dependente de substâncias psicoativas é bastante complexo, não havendo evidência de qual tratamento é mais efetivo nos casos, considerando apenas que tratar é melhor do que não tratar.

As falas dos usuários mostram que ainda há muita divergência e dúvidas em torno da redução de danos. Muitos dos usuários que afirmaram ser a favor da abstinência, relataram que estão se mantendo no tratamento fazendo uso moderado de álcool, o que vai de acordo com a estratégia da redução de danos. A polarização produzida no campo das drogas reconhece duas posições e possibilidades extremas: a condenação e o incentivo ao uso. Por isso, muitas vezes, a RD é vista como o polo oposto à abstinência, passando a representar o incentivo ao uso de drogas. No entanto, o que a RD vem propor é uma terceira alternativa, que possibilite o distanciamento do esquema jurídico do contra ou a favor, do lícito ou ilícito (SOUZA; CARVALHO, 2012).

A RD foi adotada em 2003 como a estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental. É uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, uma vez que inclui a diversidade de demandas e amplia as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas (PASSOS; SOUZA, 2011).

Enquanto a abstinência está articulada com uma proposta de busca da cura através da remissão do uso da droga, a proposta de reduzir danos possui como direção a autonomia do usuário, colocando-o na posição de ator corresponsável pela direção do tratamento. A abstinência tem como regra absoluta o proibicionismo, considerando que as drogas fazem mal à saúde e que por isso todos devem parar de usar drogas. Na RD a abstinência pode ser uma meta a ser alcançada, desde que seja uma meta pactuada entre o profissional de saúde e o usuário, e não uma regra imposta por uma instituição. As regras da RD, mesmo a abstinência, são inerentes à própria experiência e não se exercem de forma coercitiva (PASSOS; SOUZA, 2011; SOUZA; CARVALHO, 2012).

O estigma do usuário de drogas como uma figura perigosa ou doente nos permite compreender parte dos problemas da implementação da RD, uma vez que a mesma consiste em um método de cuidado em saúde que acolhe as pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos. Isso coloca em questão temas como a criminalização e a patologização do usuário de drogas, já que passam a entrar 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" (PASSOS; SOUZA, 2011).

#### 4.6 "A GENTE É DISCRIMINADO SÓ DE SABER QUE É USUÁRIO, SIÔ"

Todos os participantes do grupo concordaram que o preconceito por eles serem usuários de droga é muito forte. O principal assunto que surgiu foi a questão do mercado de trabalho, que fecha as portas por não confiar neles. Surgiram falas como:

A gente é discriminado só de saber que é usuário, siô (Usuário 6).

A partir do momento que você ta aqui dentro, se você for olhar um emprego lá fora, aí se você disser que você ta no CAPS [...] Quem vai confiar numa pessoa que já usou droga? Se alguém pode deixar você ali e de repente sumir alguma coisa... (Usuário 4).

E não é só coisa de maconha e de crack, não, o álcool também exclui as pessoas da sociedade (Usuário 9).

Pessoas que possuem algum tipo de sofrimento mental, entre elas, a dependência de substâncias, são alvos diretos de discriminação. Para Melo & Maciel (2016) isso ocorre pois o usuário de drogas é despersonalizado, passando a ser objetivado em função da droga, incorporando, assim, todas as cargas negativas atribuídas a ela. A criminalização do usuário de drogas cria uma estranha condição social de uma doença ilícita, uma doença que é criminalizada. A estigmatização do usuário se torna inevitável, uma vez que este passa a ser culpabilizado pelo tráfico de drogas. Isso é reforçado pela falta de conhecimento e pela transmissão de informações deturpadas pela mídia sobre o transtorno, fazendo com que os usuários sejam vistos como perigosos, violentos e incapazes de se recuperar, sendo os únicos responsáveis pela sua condição (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014). Assim, sofrem com a desconfiança, estereótipos negativos, preconceitos e discriminação.

As pessoas estigmatizadas passam a ter oportunidades sociais reduzidas, restrição das interações, autoestima diminuída e se tornam um grupo de maior risco para sofrer agressões, comparadas à pessoas sem o transtorno. A percepção do estigma pelo usuário ocorre à medida

que este se torna consciente das visões negativas que a sociedade têm sobre o uso de drogas. Uma consequência direta dessa percepção é que os usuários podem passar a concordar com essa visão negativa e a aplicar os estereótipos negativos a si próprios. As representações que os usuários de drogas possuem acerca deles mesmos reafirmam o estigma social atribuído, dando continuidade ao ciclo de exclusão social a que estão sujeitos (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014; MELO; MACIEL, 2016).

Durante o GF pudemos perceber que alguns usuários têm esse estigma internalizado, acreditando que são uma vergonha e uma decepção à família. No entanto, a maioria dos participantes foi contra essas afirmações, dizendo que merecem as mesmas oportunidades após receberem tratamento adequado, o que é exemplificado na fala do Usuário 9: "As pessoas dizem 'ah, porque ele é drogado não quer nada, não, esse aí não serve mais'. Isso aí é uma bobagem grande, é ilusão".

#### 4.7 "TEM QUE TER UMA ATIVIDADE, SE ENTRETER, PRA ESQUECER DO PASSADO"

Como aspectos positivos do CAPSad, os usuários relataram a questão da medicação, que é sempre ofertada e que realmente ajuda no controle dos sintomas, a presença de atividades físicas e a existência de cursos profissionalizantes:

Jogar bola... "Hoje é dia de bola"... Aqui tem, que tem o Nina bem aí [...] Oficina profissionalizante, curso... Aqui também eles arranjam, o melhor daqui é curso, né, que eles tão arranjando curso profissionalizante. Então tem que ficar correndo atrás disso aí (Usuário 1).

Outro ponto colocado foi a criação de vínculos com outros usuários do serviço – nesse ponto houve uma opinião divergente, no qual um dos usuários afirmou preferir não fazer amizade com os usuários do CAPS, pois acredita que por eles também serem dependentes químicos, seria mais fácil ter uma recaída com eles do que com amigos não dependentes. No entanto, os demais participantes do grupo não concordaram com o ponto de vista.

Além desses fatores, os usuários veem como mais importante a questão de ficarem afastados, o dia inteiro, do ambiente em que eles poderiam ter contato com a droga, como a

própria casa e as ruas, por exemplo. Eles consideram o CAPS como um ambiente que serve para isola-los da sociedade durante o período do dia:

Só de ta aqui o dia todo pra mim eu acho que já é uma parte positiva, entendeu? Tu já ta te livrando... Vai que em casa dá vontade e eu vou pra rua? Aí eu posso ta na rua: "ah, vou dar uma voltinha bem aqui", encontrar alguém e: "ê, vamo aqui..." [...] Que aí você ta la na sua casa, passa um cara do curso médio e bora tomar uma dose, aí o cara vai... (Usuário 3).

Eu gosto porque me tira da rua, *pô*, eu me conheço... (Usuário 4).

Todos os usuários concordaram que os principais aspectos negativos do CAPS são a falta de espaço físico e a questão das atividades desenvolvidas. Eles se queixam que as atividades ofertadas são pouco interessantes e que não os agradam, e que gostariam de ter mais atividades físicas. Com relação ao espaço físico, relatam que são muitos pacientes para um espaço pequeno, que não comporta todo mundo:

São 60 pessoas que vem todo dia, 60 pessoas! No mínimo 40 [...] Talvez o diretor do CAPS, os médicos, tenha boa intenção, mas não conseguiu transformar ainda isso aqui, num lugar amplo (Usuário 1).

Aquí, praticamente, tu vem pra cá, chega de manhã cedo, toma café, depois tem o almoço, o lanche, depois vai embora, o remédio, aí fica o dia todo aí deitado aí sem fazer nada [...] Tem oficina aqui, mas devia ter outras coisas aqui que a gente gosta, né? [...] O cara sai daqui pensando em uma coisa pra resolver, aí chega aqui e fazer uma coisa diferente, não só ficar ali parado ali. Você chega aqui e meio dia e tá todo mundo, 100 pessoas, parece até que teve um fuzilamento, ta todo mundo deitado ali. Isso estressa [...] O cabra não sai daqui cansado, sai daqui pensando outra coisa (Usuário 4).

As afirmações sobre as atividade foram semelhantes a estudos realizados em Santa Catarina (ZANATTA; GARGHETTI; LUCCA, 2012) e em Campina Grande-PB (VIEIRA et al., 2010), no qual os usuários se queixaram da falta de diversidade e da monotonia das atividades disponibilizadas nos serviços e solicitaram atividades de incentivo ao esporte e de atividades focadas na capacitação profissional, pelo fato de considerarem como necessário ao corpo e à mente estarem ocupados para manterem-se longe as drogas.

Um dos eixos principais no modelo de assistência proposto pela Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas é a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos usuários de forma integrada à sociedade (BRASIL, 2003). A reabilitação psicossocial consiste em um estratégia de cuidados para pessoas que apresentam vulnerabilidade social, e tem

como objetivo capacitar estas pessoas para que elas possam gerenciar suas vidas com maior autonomia e capacidade de escolha (PINHO, et al., 2009).

Pinho et al. (2009) afirmam que o conceito de reabilitação psicossocial mais evidenciado atualmente ainda está associado à lógica da normalidade social, tendo como uma de suas características principais o entretenimento do paciente. Entretenimento no sentido de manter o usuário ocupado com conversas, atividades recreativas e com medicamentos, que não possuem a capacidade de transformar a vida dos usuários. Como evidenciado nas falas a seguir:

Atividade de entretenimento que tem é dominó, o ludo, né... Essas coisinhas assim (Usuário 1).

Não, o remédio eles dão, tudo bem, que é o remédio que é dado pra esses negócios de ansiedade, essas coisas assim. É, tem que tomar, mas, se você tomar o remédio e não ter nada que fazer, tua mente vai ficar vazia e aí começa os pensamentos "pô, quando sair daqui, vamo tomar uma cervejinha ali depois?" (Usuário 4).

Isso vai contra os pressupostos da OMS (2001), que apontam a necessidade de práticas que promovam o empoderamento dos usuários, com prevenção e combate ao estigma e à discriminação, desenvolvimento das capacidades sociais dos usuários e criação de um sistema de suporte continuado. Para que as ações de reabilitação desenvolvidas no serviço não reforcem o caráter regulatório, o serviço deve estar compromissado com a transformação das condições de vida dos usuários.

#### 4 CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou a análise de algumas experiências de usuários de drogas que fazem atendimento em um CAPSad de referência do município de São Luís – desde o início do uso das substâncias até o momento do grupo focal. Permitiu obtenção de dados sobre a percepção do grupo no que diz respeito ao primeiro contato com as drogas, progressão do uso, influência do grupo no consumo, efeitos das substâncias, aspectos negativos do consumo, discriminação pela sociedade e tratamento no CAPSad.

De modo geral, pôde-se constatar que o início do uso de substâncias psicoativas entre os participantes do grupo ocorreu durante a adolescência, antes dos 18 anos e, em sua maioria,

com o uso de álcool. Os indivíduos que relataram uso de crack, referiram o uso da substância como tardio, após um período prévio de consumo de álcool e/ou maconha. Além disso, apontaram como um fator de vulnerabilidade para o uso de drogas o convívio com um grupo de amigos no qual o consumo de tais substâncias se faz presente. A maioria dos usuários preferiu se afastar desses grupos, passando a conviver com pessoas que não são usuárias ou que fazem uso moderado de tais substâncias. Alguns relataram que, após mudar o grupo de amigos, conseguiram manter as mesmas atividades que frequentavam antes do tratamento, como ir às festas por exemplo.

A dependência química foi relatada como um problema, em que o uso de drogas, após o efeito da euforia inicial, desencadeou a perda de empregos, de bens materiais e o afastamento de familiares. Os principais motivos que levaram os participantes do GF à procura do CAPSad foram a vontade de cessar o consumo abusivo de drogas e o desejo de recuperação. Os usuários acreditam que são eles os responsáveis pelo sucesso do tratamento, atribuindo à força de vontade a persistência na mudança dos padrões de consumo, uma vez que consideram que a qualquer momento podem ter uma recaída.

Outro dado observado através dos relatos foi o fato de alguns usuários manterem o uso moderado de algumas drogas, como o álcool. Apesar de ter sido levantado o fato de que o consumo de álcool leva ao desejo de consumo de outras substâncias, como o crack, muitos participantes do grupo referiram como estratégico fazer uso moderado da substância – inclusive como modo de evitar o retorno para o estágio anterior, de uso intensivo e mais prejudicial.

Os participantes do GF relataram que o preconceito contra dependentes químicos ainda é muito forte, o que prejudica os usuários na reinserção social. Nesse ponto percebe-se o efeito da estigmatização dos usuários enquanto um criminoso. Muitos se queixaram da dificuldade de conseguir emprego, mesmo após início do tratamento. No entanto, um aspecto positivo encontrado foi que os usuários não internalizaram essa discriminação e acreditam que a sociedade está errada ao discriminá-los, uma vez que eles têm muito a oferecer, sendo mais do que a relação que têm com a droga. Apesar desse ponto apresentar uma relação entre proibicionismo e tratamento, esse aspecto foi superficialmente abordado sendo um limite da pesquisa que precisa ser melhor abordado.

Os participantes do estudo consideram o CAPSad como importante na sua recuperação, uma vez que oferece medicação e afastamento das tentações diárias por maior parte do tempo. Consideram como aspectos positivos os cursos profissionalizantes ofertados pelo serviço e as atividades físicas desenvolvidas. Como ponto fraco, relatam a falta de espaço físico e de atividades diárias que sejam do interesse deles. As principais atividades citadas foram jogos de tabuleiro e eles têm preferência por atividades físicas, pois consideram que estas seriam capazes de distraí-los e de manter o corpo cansado, diminuindo a probabilidade de sentirem vontade de fazer uso de drogas. Percebe-se que o CAPSad é um importante ponto de referência para os usuários, criando uma rede de proteção e tratamento. Entretanto, as principais atividades se concentram no atendimento médico-psiquiátrico e há poucas ofertas qualificadas como oficinas terapêuticas e ações de reinserção social.

Através da realização de um Grupo Focal com os usuários, foi possível ter acesso às concepções dos mesmos acerca das drogas, conhecendo algumas das implicações que elas levaram à vida daqueles indivíduos. Além disso, o direcionamento do grupo levou à uma ampla fala dos participantes sobre como avaliavam os cuidados em saúde ofertados pelo CAPSad e sobre como o serviço influenciou na diminuição do padrão de consumo de drogas desde o início do tratamento.

O roteiro utilizado no grupo focal foi semi estruturado e adaptado ao longo do diálogo para se ajustar à dinâmica grupal. A técnica do moderador contribuiu para que os participantes se sentissem à vontade para se expressarem, conseguindo criar um ambiente onde os participantes puderam argumentar, conversar e trocar de ideias sobre suas experiências e percepções sobre o uso de drogas e sobre seu tratamento, o que permitiu que o estudo atingisse plenamente seus objetivos.

Considera-se que a pesquisa apresentada foi exploratória, pelo tamanho da amostra, estratégia de coleta de dados e por ter sido feita em um único local, o que dificulta a generalização dos dados. No entanto, os resultados sugerem questões relevantes que podem ser melhor avaliadas em estudos futuros com amostras maiores e em outros contextos de investigação.

Dada à importância do assunto, torna-se necessário o desenvolvimento de um trabalho contínuo de educação em saúde, no qual haja o acolhimento precoce e o empoderamento do usuário de drogas, para que o mesmo tenha acesso ao tratamento antes que atinja graves padrões de dependência química. Além disso, deve-se criar estratégias para o combate de

estigmas e estereótipos atribuídos aos usuários de drogas, para que tais indivíduos possam ser realmente vistos como integrantes da sociedade.

Só através da ampliação de conhecimentos sobre a temática drogas é possível romper as barreiras criadas pela política de preconceito e exclusão a que os usuários vêm sendo submetidos desde a criminalização do uso de substâncias psicoativas com fins não médicos. O Ministério da Saúde deu o primeiro passo em 2003, com a criação da Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, no entanto ainda há muito o que ser feito para a implementação efetiva do que é preconizado pela política no que diz respeito ao empoderamento do usuário, seja na elaboração de seu projeto terapêutico ou na reinserção do mesmo na sociedade. O primeiro passo é a informação, tanto dos profissionais de saúde, quanto da sociedade de modo geral, pois é dever de todos participar da construção de uma sociedade mais igualitária. Além disso é função do governo elaborar e implementar políticas de conscientização, para que o preconceito seja, aos poucos, substituído por empatia e aceitação do próximo em toda sua complexidade.

## REFERÊNCIAS

- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. Brasília: PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro, 2013, 96 p. Disponível em <<http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/IDH/Atlas%20dos%20Municipios/undp-br-idhm-brasileiro-atlas-2013-min.pdf?download>>. Acesso em 13 set 2017.
- BRASIL. Decreto nº 85.110, de 2 de Setembro de 1980. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 13 set 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2003.
- CARDOSO, Luciana Roberta Donola; MALBERGIER, André. A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 1, n. 31, p.65-74, jan./mar. 2014. Trimestral. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2014000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2014000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 set. 2017.
- CARDOSO, Maristela Person et al. A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde. **Aletheia**, Canoas, n. 45, p.72-86, dez. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942014000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 set. 2017.
- CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503p. Disponível: < <http://www.cebrid.epm.br>> Acesso em: 07 set. 2017.
- DAGNONI, Janine Marinho; GARCIA, Agnaldo. Dependência química, amizade e desenvolvimento humano. **Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia**, [s.l.], v. 1, n. 7, p.17-26, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v7n1/v7n1a03.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2017.
- DALGALARRONDO, Paulo (Org.). **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 438 p.
- FACHINI, Alexandre. **Influência de expectativas e do grupo de pares sobre o comportamento do uso de álcool entre estudantes da área da saúde: uma perspectiva das**

diferenças de gênero. 2009. 82 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <[http://pgsm.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2011/11/AlexandreFachini\\_Mestrado.pdf](http://pgsm.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2011/11/AlexandreFachini_Mestrado.pdf)>. Acesso em: 07 set. 2017.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008

NERY FILHO, Antonio et al. **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: Edufba: CETAD, 2012. 438 p. (Coleção drogas: clínica e cultura).

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005, 77p.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 – Características Gerais da População. Resultados da Amostra. IBGE, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=211130>>. Acesso em: 28 mai. 2017.

Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017.

LABATE, Beatriz Caiuby et al. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008. 440 p.

MELO, Juliana Rízia Félix; MACIEL, Silvana Carneiro. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 36, n. 1, p.76-87, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000882014>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n1/1982-3703-pcp-36-1-0076.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80 p. Disponível em: <<http://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, Lilian et al. Dos Grupos Focais aos Grupos Focais Narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO CAMPOS, Rosana et al (Org.). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 249-277.

NUNES, Laura Marina; JÓLLUSKIN, Gloria. O uso de drogas: breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**, Marília, n. 4, p.230-237, 2007. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/449/1/230-237FCHS04-15.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório Sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa; 2001. Disponível em <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)>. Acesso em: 19 set. 2017.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.154-162, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822011000100017>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000100017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000100017&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 4 jul. 2017.

PINHO, Paula Hayasi et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 43, n. 2, p.1261-1266, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000600020>. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/55ee/830b73197989063959c6cdf7daace9668df1.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico e militarização nas Américas: vício de guerra. **Contexto Internacional**, [s.l.], v. 34, n. 1, p.9-41, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-85292012000100001>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-85292012000100001&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-85292012000100001&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 4 jul. 2017.

RONALDO LARANJEIRA. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. 76 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_padroes\\_consumo\\_alcool.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf)>. Acesso em: 06 set. 2017.

RONZANI, Telmo Mota; NOTO, Ana Regina; SILVEIRA, Pollyanna Santos da. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: Editora Ufjf, 2014. Disponível em: <[http://www.editoraufjf.com.br/ftpeditora/site/reduzindo\\_o\\_estigma\\_entre\\_usuarios\\_de\\_drogas.pdf](http://www.editoraufjf.com.br/ftpeditora/site/reduzindo_o_estigma_entre_usuarios_de_drogas.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2017.

SANTOS, Loiva Maria de Boni (Org.). **Outras Palavras sobre o Cuidado de Pessoas que usam Drogas**. Porto Alegre: Ideograf, 2010. 192 p.

SOUZA, Tadeu de Paula. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 2013. 355 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013. Disponível em: <[http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/A\\_NORMA\\_DA\\_ABSTINÊNCIA\\_E\\_O\\_DISPÓSITIVO\\_“DROGAS”.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/A_NORMA_DA_ABSTINÊNCIA_E_O_DISPÓSITIVO_“DROGAS”.pdf)>. Acesso em: 08 jul. 2017.

SOUZA, Tadeu de Paula. O nascimento da biopolítica das drogas e a arte liberal de governar. **Fractal: Revista de Psicologia**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.979-997, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1246>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922014000300979&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922014000300979&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 jul. 2017.

SOUZA, Tadeu de Paula; CARVALHO, Sergio Resende. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e os confrontos com a internação compulsória. **Polis e Psique**, [s.l.], v. 3, n. 2, p.37-58, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40319/25628>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

TEDESCO, Silvia; SOUZA, Tadeu de Paula. Territórios da clínica: redução de danos e o novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: CARVALHO, Sérgio Resende; BARROS, Maria Elizabeth; FERIGATO, Sabrina (Org.). **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 141-156.

VIEIRA, Julliana Keith de Sá et al. Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS-ad, de Campina Grande, PB. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental álcool e Drogas (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p.274-295, ago. 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 8 set. 2017.

WAGNER, Marcia Fortes; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. **Psicologia Clínica**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.101-116, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-56652007000200008>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652007000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652007000200008)>. Acesso em: 12 set. 2017.

WESTPHAL, Márcia Faria. **Participação popular e políticas municipais de saúde**: Cotia e Vargem Grande paulista. 1992. 340 f. Tese (Doutorado) - Curso de Livre Docência, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

WESTPHAL, Marcia Faria; BOGUS, Claudia Maria; FARIA, Mara Mello. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá**, [s.l.], v. 120, n. 6, p.472-482, 1996.

WORTHEN, Blaine R.; SANDERS, James R.; FITZPATRICK, Jody L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004.

ZANATTA, Aline Bedin; GARGHETTI, Francine Cristine; LUCCA, Sérgio Roberto de. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas sob a percepção do usuário. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s.l.], v. 36, n. 1, p.225-237, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n1/a3011.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2017.

## ANEXO 1 – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

1. Me contem um pouco como se deu o início do uso de drogas? (qual idade começaram a fazer uso de substâncias psicoativas, em que contexto, como era?)
2. E quais substâncias passaram a fazer mais uso?
3. Como vocês perceberam que tinham um problema com o uso de drogas?
4. Como você chegou ao CAPS?
5. Vocês ainda fazem uso de alguma substância?
6. Como é feito o tratamento aqui no CAPS?
7. Como é ficar abstinente? Por quanto tempo vocês estão? E o máximo de tempo que já ficaram sem usar?
8. Tiveram recaídas? E durante o tratamento no CAPS?
9. Existem usuários que conseguem fazer um uso moderado de drogas durante o tratamento? Que diminuíram mas não pararam de usar totalmente? Ou que trocaram de uma droga mais pesada para outra mais leve?
10. Como essa questão, de parar de usar ou não para de usar drogas é visto pela equipe de saúde do CAPS?
11. Já sofreram preconceito pela dependência química e como percebem isso?
12. Têm algum histórico de conflito com a lei?

## ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, na pesquisa intitulada PESQUISA AVALIATIVA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SÃO LUÍS-MA: MODELOS DE ATENÇÃO E GESTÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DE CONSULTÓRIO NA RUA. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é dos pesquisadores responsáveis. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

**Título do Projeto:** Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial

**Instituição/Programa:** Universidade Federal do Maranhão/Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**Pesquisadores responsáveis:** Laura Lamas Martins Gonçalves, Tadeu de Paula Souza

**Telefones para contato:** (98) 991856077 /991205664

**Endereço da Pós-Graduação em Saúde Coletiva:** Rua Barão de Itapary, nº 155. Centro. São Luís-MA.

A pesquisa que você está convidado(a) a participar tem por objetivo analisar os principais aspectos da rede de CAPS e da ECR no município de São Luís. Para alcançar tal objetivo serão realizadas entrevistas individuais e grupos-focais. Será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente. A pesquisa será realizada com trabalhadores, gestores e usuários de Caps e trabalhadores, gestores e usuários de Equipe de Consultório na Rua. Em nenhum momento você será identificado(a). Você não terá gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa. Você poderá, em qualquer fase da pesquisa, desistir de participar. Como benefícios de sua participação, elencam-se a contribuição com conhecimentos acerca de práticas no campo da saúde mental e/ou da atenção básica.

**Eu, \_\_\_\_\_,**

**RG \_\_\_\_\_, concordo em participar do estudo. Fui devidamente informada e esclarecida sobre a pesquisa, sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que será mantido sigilo sobre minha identidade.**

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador