



Viajantes em busca de saídas: o grupo de movimento  
como uma possível rota terapêutica para usuários de  
álcool e de outras drogas

Scheila Silva Rasch

Dissertação de Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva (Políticas de  
Saúde)

Universidade Federal do Espírito Santo

Vitória, julho de 2005

# Viajantes em busca de saídas: o grupo de movimento como uma possível rota terapêutica para usuários de álcool e de outras drogas

Scheila Silva Rasch

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Atenção à Saúde Coletiva - Políticas de Saúde.

Aprovada em 1º de julho de 2005 por:

---

Profª Drª Maria Lúcia Teixeira Garcia – Orientadora, UFES

---

Profª Drª Regina Duarte Benevides de Barros, UFF

---

Profª Drª Marluce Miguel de Siqueira, UFES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO

Vitória, julho de 2005



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA

---

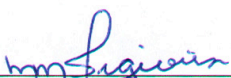
**PARECER ÚNICO DA COMISSÃO JULGADORA DE  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

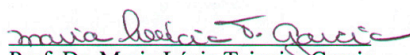
A mestranda Scheila Silva Rasch, apresentou dissertação intitulada: “Viajantes em Busca de Saídas: O Grupo de Movimento com uma Possível Rota Terapêutica para Usuários de Álcool e Outras Drogas” em sessão pública, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, do Departamento de Enfermagem do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo.

Considerando a apresentação oral dos resultados, a qualidade e relevância dos mesmos e a dissertação, a Comissão Examinadora da Dissertação decidiu, aprovar sem restrições, a dissertação e habilitar a Scheila Silva Rasch, a obter o Grau de MESTRE EM SAÚDE COLETIVA.

**Vitória-ES, 01 de julho de 2005.**

  
Prof. Dr. Regina Benevides de Barros

  
Prof. Dr. Marluce Miguel de Siqueira

  
Prof. Dr. Maria Lúcia Teixeira Garcia  
(Orientador)

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

R223v Rasch, Scheila Silva, 1966 -  
Viajantes em busca de saídas: o grupo de movimento como uma  
possível rota terapêutica para usuários de álcool e de outras drogas /  
Scheila Silva Rasch. – 2005.  
299 f. : il.

Orientadora: Maria Lúcia Teixeira Garcia.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo,  
Centro Biomédico.

1. Drogas - Abuso. 2. Saúde Mental. 3. Saúde Pública. I. Garcia,  
Maria Lúcia Teixeira. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro  
Biomédico. III. Título.

CDU: 614

---

A meu pai, por ter me gerado, por ter me faltado e, pela sua ausência, ter me ensinado a seguir em frente e ir à luta.

Para minha mãe, que sempre me deu o suporte necessário e possível para que eu pudesse construir trilhas, pontes, projetos, existência...

Para meu irmão (*in memoriam*), pelos nossos encontros e desencontros, pelas coisas que deixamos de compartilhar e pela imensa saudade que eu sinto dele.

Para Humberto, meu companheiro, por ter me colocado na lente de sua vida, ter me focado de afeto, de suporte e de crédito na minha pessoa, na minha capacidade de construção, por acreditar que o mundo pode ser melhor, e por me amar. Por ter filtrado muitas luzes de sombras na minha vida, introduzindo novas luzes, novas cores e filtros e por me transportar em todo o seu cotidiano.

## AGRADECIMENTOS

Uma dissertação se faz a muitas mãos, olhares, cheiros, corpos e muitas intensidades: teóricas, enquadradas, metodológicas, certeiras. E daquelas que atravessam e compõem toda essa orquestração, seguindo em melodias ora aceleradas, ora tediosas, ora enfadonhas, ora “Meu Deus, para que tudo isso?”.

Pessoas... que compuseram todas essas intensidades, compondo trilhas comigo. Uma dissertação não se faz só do momento presente, mas também do tempo passado e do tempo vindouro, tempo futuro, brilho de horizontes, luas, sóis, caminhos, trilhas, doutorados, *pós-doc*, novos sonhos, novos projetos, novas intensidades.

Nesse sentido, não posso deixar de citar aqueles que compuseram e compõem todos esses tempos comigo, como Beth Barros, peça fundamental na minha trajetória profissional e pessoal, marca singular no meu processo de construção e, por que não, (des)construção profissional.

Ítalo Campos, por ter me convocado para trabalhar na Equipe de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), da Prefeitura de Vitória (PMV), no ano de 1989, quando eu era recém-formada em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e funcionária administrativa da SEMUS, no tempo em que o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) era um sonho a tornar-se realidade.

Henrique Torres Netto, meu antigo analista, pelos momentos fundamentais e preciosos que passei em seu divã reconstruindo e elaborando momentos significativos da minha história de vida, ajudando-me a compor, também, os horizontes do meu percurso profissional.

Orieta Sílvia Dalmonechi, minha professora na UFES e minha atual psicoterapeuta, pelos momentos de *grounding* (chão), coluna e eixo extremamente fundamentais e necessários para a minha composição como profissional e como pessoa.

Dr. Anselmo Tose, secretário de Saúde da SEMUS, no ano de 1995, por me possibilitar, na SEMUS, a composição de frentes de trabalhos grupais. Elizabeth Endlich, subsecretária de Saúde da SEMUS, e o Dr. Luciano Rezende, secretário de Saúde da SEMUS, no ano de 2003, por autorizar a liberação das minhas atividades no CPTT para estar disponível para o Mestrado.

Professora Dr<sup>a</sup> Denise Silveira de Castro, pela sua alegria e trocas no percurso do Mestrado e na disciplina de Metodologia da Pesquisa Científica em Saúde Coletiva e pela oportunidade do exercício de docência na disciplina Perspectivas Futuras da Saúde, no Departamento de Enfermagem da UFES.

Professora Dr<sup>a</sup> Maria Helena Amorim, pelo agradável desvio de rota no meu objeto de estudo por ocasião da disciplina Metodologia da Pesquisa Científica em Saúde Coletiva, ajudando-me a encontrar o meu objeto de estudo e nele apostar, e também pelas contribuições no exame de qualificação.

Professora Dr<sup>a</sup> Marluce Miguel de Siqueira, pela oportunidade de ter sido sua aluna na disciplina Abuso e Dependência de Drogas, pela parceria de trabalho iniciada no processo do Mestrado e pelas preciosas contribuições por ocasião do exame de qualificação.

Quero também dizer obrigada:

Ao Departamento de Serviço Social da UFES, pela oportunidade de ministrar a disciplina Tópicos Especiais em Política Social (Campo Saúde), no semestre letivo 2004/1, e aos meus alunos na referida disciplina, pelo acolhimento e trocas realizadas.

À Usina de Imagem (USI), pela cessão das fotografias de Humberto Capai utilizadas no corpo deste trabalho; aos da USI: Tom Boechat, Elane Ebinger, Pablo Oliveira e

Rachel Freitas Salomão pela disponibilidade e, principalmente, pelo suporte carinhoso, solidário e cuidadoso dispensados a mim, quando solicitei ajuda para algumas tarefas fundamentais para a finalização deste trabalho.

À Maria Goreth dos Santos, pelo carinho de sempre e pela disponibilidade em me ajudar, sempre que necessário, principalmente, nas minhas limitações informáticas.

À Alina da Silva Bonella pelo trabalho de revisão de texto.

Aos colegas do CPTT e, em particular, às psicólogas Cíntia, Luciana, Luciene, Patrícia e Simone, por terem assumido os meus atendimentos psicoterápicos individuais por ocasião da saída para cursar o Mestrado. E a Anselmo, Dalva, Cristina, Giovani, Jocélia, Marinete, Mônica, Bruno, Penha, Raimunda, Robson e Rosana do Amor Divino, pelo ajuda no trabalho de campo, na localização dos documentos institucionais.

À Inêz Maria Antunes Paes Torres, pelas trocas, pelo que aprendi trabalhando conjuntamente e pelo incentivo a esta produção.

À Rossana dos Reis, aluna da graduação do Curso de Serviço Social da UFES e bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo primoroso trabalho realizado de coleta de dados nos prontuários dos participantes do grupo de movimento e pela transcrição das fitas das entrevistas.

Aos meus colegas do Curso de Formação em Análise Bioenergética, Alcionir, Carlos, Catharina, Edith, Geralda, Inêz, Maria Ângela e Mayra, pelos momentos de suporte e escuta durante o Mestrado. Konrad Oelmann, Len Carlino, Liane Zink, *trainners* dessa formação, por terem me ajudado a romper com várias idealizações.

Às minhas amigas Deenda, Luciana e Marcinha, pelos nossos sonhos, pelas nossas trocas, pela nossa caminhada conjunta, pelas *janelas* construídas em salas que contém apenas paredes, pelas nossas rebeldias cotidianas e por apostarem em mim.

À minha amiga e mana baiana Regina Lúcia de Campos Vieira e a meu amigo e irmão de vida Cláudio Gomes Capetini, por sempre compartilharam momentos significativos da minha vida.

À Maria Bernadeth Conceição (Beth) por cuidar da minha casa, por zelar por mim, ajudando-me a ter mais tempo disponível para esta produção.

Aos usuários do CPTT e, em particular, aos participantes do grupo de movimento do período de 1995 a 2003. Sem vocês, este trabalho não seria possível.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Teixeira Garcia, pelo encontro que realizamos nesses anos de trabalho. Parceira, aliada e disponível para trilhar comigo esse caminho. Mais do que parceira, foi de fundamental suporte, não só acadêmico, mas também afetivo em momentos de transição pelos quais passei no percurso do Mestrado. Além disso, ensinou-me a navegar pelo acadêmico de uma forma simples, ajudando-me a fazer escolhas com tranquilidade.

Ao meu companheiro, Humberto, pelos inúmeros espaços de lazer de que se privou para estar comigo nesse percurso, desde o processo seletivo do Mestrado, pelas diversas ocasiões que compartilhou comigo essa experiência e pela tranquilidade e suporte que me agenciou para que eu pudesse estar inteira nesta produção. E infinitamente pela sua paciência por ter me agüentado nos momentos em que eu só falava do Mestrado.

**Navegar é preciso. Viver não é preciso.**

**Pompeu**

## RESUMO

Objetiva refletir sobre a aplicabilidade do grupo de movimento para os usuários de álcool e de outras drogas, como estratégia terapêutica. A política de atenção ao uso álcool e de outras drogas do Ministério da Saúde incita a pensar estratégias de intervenções diferenciadas para esses usuários, visando ao seu acolhimento, numa lógica não somente centrada na abstinência, mas em práticas que tenham como referencial a redução de danos. Tem como contexto de estudo o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos, Secretaria de Saúde, da Prefeitura Municipal de Vitória, primeiro Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Estado do Espírito Santo, e os eixos de atuação de trabalho. Remonta à trajetória histórica da construção do grupo de movimento no período de 1995 a 2003, tendo como sujeitos do estudo os participantes do grupo de movimento realizado no período de novembro de 2002 a maio de 2003. Utiliza pesquisa documental, tendo como fontes os relatórios de gestão da instituição em questão, prontuários dos sujeitos, registros e planejamentos das sessões do grupo de movimento realizados por ocasião da realização da atividade. Utiliza entrevista semi-estruturada para buscar a interpretação que os sujeitos participantes da experiência deram ao processo realizado. Traz a interpretação dos sujeitos entrevistados sobre essa experiência, ressaltando a repetição dos efeitos produzidos pelo trabalho, por exemplo, sensações de vitalização e de relaxamento que podem instaurar novas vivências, capazes de ajudá-los num reposicionamento de suas histórias e padrões de consumo das substâncias psicoativas. Aponta a viabilidade do grupo de movimento como recurso terapêutico possível para esses usuários, resguardando a singularidade dessa clientela, por exemplo, a oferta de grupos abertos e não fechados considerando a dificuldade de adesão e continuidade do tratamento por parte desses usuários.

**Palavras-chave:** Droga. Política pública sobre álcool e outras drogas. Grupo de movimento. Saúde coletiva.

## ABSTRACT

It considers the applicability of movement groups as a therapeutic strategy for alcohol and drug users. The policy of the Brazilian Ministry of Health on the use of alcohol and other drugs encourages differentiated strategies of intervention for such users, aiming their sheltering, considering not only abstinence, but also practices of harm reduction as reference. It takes as context of its study the Center of Prevention and Treatment of Toxic Maniacs, Secretary of Health, City of Vitória – the first Center of Psychosocial Attention Alcohol and Drugs in the State of Espírito Santo – and its main lines of work. It traces the history of the movement group from 1995 to 2003, having as study subjects the participants of the movement group sessions that took place from November 2002 to May 2003. It uses documentary research, having as source the management reports of the mentioned institution, patients' reports, documents and planning reports of the movement group sessions. It works with semi-structured interviews in order to search for the interpretation given by the participant subjects in the process. It brings the interpretation of the interviewed subjects on such experience, highlighting the repetition of effects produced by the work, such as sensations of vitalization and relaxation which may establish new practices capable of helping patients to reposition their history and their utilization patterns of psychoactive substances. It points out the viability of movement groups as a possible therapeutic resource for such users, safeguarding the uniqueness of this clientele through actions such as the offer of open groups, considering the difficulty of these users for joining a group as well as continuing their treatment.

**Key-words:** Drugs. Public policies on the use of alcohol and other drugs. Movement group. Collective health.

## **LISTA DE FOTOGRAFIAS**

Fotografia 1 – Vista aérea de Vitória

Fotografia 2 – Maquete do CPTT

Fotografia 3 – Trabalho de campo do PRD/CPTT, no Morro do Romão

Fotografia 4 – Capacitação dos ACSs da Região de Maruípe

Fotografia 5 – Publicações do CPTT

Fotografia 6 – Produções dos usuários do CPTT nas oficinas de cerâmica, pintura com massa de modelar, pintura em tecido e pintura

Fotografia 7 – Apresentação teatral na Praça Costa Pereira

Fotografia 8 – Grupo de movimento – ano 2002

Fotografia 9 – Grupo de movimento – ano 2002/2003

## LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos  
ABDETRAN – Associação Brasileira de Departamentos de Trânsito  
ACARD – Associação Capixaba de Redução de Danos  
ACODESS – Association de Coopération pour le Développement des Services de Santé  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AD – Atenção Diária  
ÁGORA – Centro de Estudos Neo-Reichianos  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
AP – Amigos do Programa  
APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo  
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais  
ARD – Agente Redutor de Danos  
BUP – Boletim Único de Produtividade  
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CBM – Centro Biomédico  
CBT – Certified Bioenergetic Therapist ou Certificado de Terapeuta Bioenergético  
CDV – Companhia de Desenvolvimento de Vitória  
CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas  
CEI – Centro de Educação Infantil  
CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas  
CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – 10  
CMT – Centro Mineiro de Toxicomanias  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CORSAM – Coordenação de Saúde Mental  
CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos  
CPTT – Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos  
CR DST/AIDS – Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS  
CS – Conselho de Saúde  
CTB – Código de Trânsito Brasileiro  
DATASUS – Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde  
DENATRAN – Departamento Nacional de Trânsito  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
EPG – Escola de Primeiro Grau  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor  
FDA – Food and Drug Administration  
GM – Grupo de Movimento  
HD – Hospital-dia  
HIV – Human Immunodeficiency Virus ou Vírus da Imunodeficiência Humana  
HPM – Hospital da Polícia Militar  
HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes  
IABSP – Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo  
IIBA - International Institute for Bionergetic Analysis  
IBPB – Instituto Brasileiro de Psicologia Biodinâmica  
IML – Instituto Médico Legal  
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social  
IWR – Instituto Wilhelm Reich  
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MNMMSR – Movimento Nacional de Meninos e Meninas em Situação de Rua  
MS – Ministério da Saúde  
MSC – Mestrado em Saúde Coletiva  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental  
NA – Narcóticos Anônimos  
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial  
NEPAD – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Álcool e Drogas

NOB – Norma Operacional Básica  
OG – Organização Governamental  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONG – Organização Não-Governamental  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PA – Pronto-Atendimento  
PAA – Programa de Atendimento ao Alcoolista  
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde  
PCB – Partido Comunista Brasileiro  
PC do B – Partido Comunista do Brasil  
PMV – Prefeitura Municipal de Vitória  
PPGASC – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva  
PRD – Programa de Redução de Danos  
PRESTA – Programa de Recuperação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista  
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira  
PSE – Programa de Saúde Escolar  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PT – Partido dos Trabalhadores  
PTI – Projeto Terapêutico Individual  
PUC – Pontifícia Universidade Católica  
PV – Partido Verde  
RAUDV – Rede de Atenção ao Uso de Drogas em Vitória  
RD – Redução de Danos  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SEDU – Secretaria Estadual de Educação  
SEMAS – Secretaria Municipal de Ação Social  
SEMCT – Secretaria Municipal de Cultura e Turismo  
SEME – Secretária Municipal de Educação  
SEMUS – Secretária Municipal de Saúde  
SESA – Secretaria Estadual de Saúde  
SILOS – Sistemas Locais de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UD – Usuário de Droga  
UDI – Usuário de Droga Injetável

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UNB – Universidade de Brasília

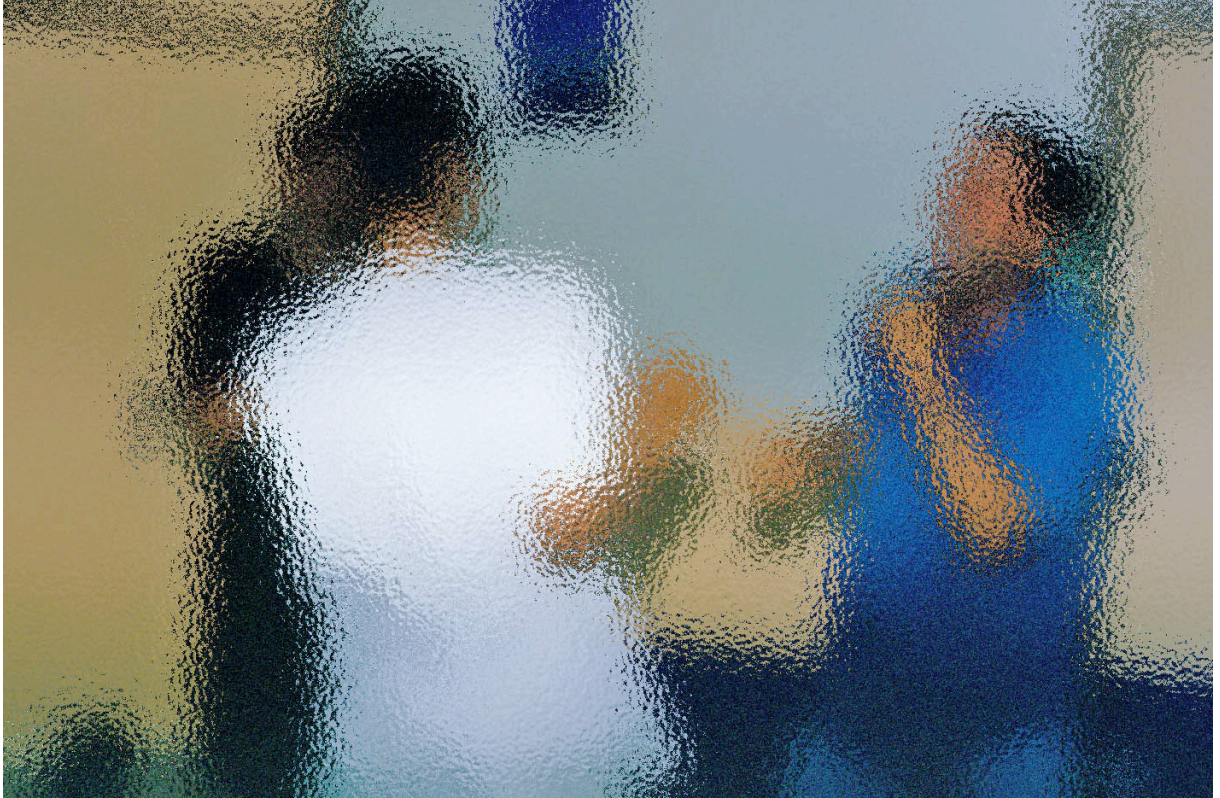
US – Unidade de Saúde

WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO: CARTOGRAFANDO OS BASTIDORES DO NAVIO .....</b>	<b>20</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>38</b>
<b>1 POLÍTICA DE ATENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS E O GRUPO DE MOVIMENTO: TECENDO O FIO DE ARIADNE .....</b>	<b>45</b>
1.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS NO MUNDO E NO BRASIL .....	45
1.2 A MUDANÇA NA ATENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS NO BRASIL: DA RECLUSÃO À LÓGICA DA REDUÇÃO DE DANOS .....	56
1.3 A ATENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA .....	68
1.3.1 O município de Vitória e a saúde .....	68
1.3.2 Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos: entre pontes e redes .....	74
1.4 A EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE MOVIMENTO NO CPTT: CONSTRUINDO ROTAS NO LABIRINTO COM OS FIOS DE ARIADNE .....	96
1.4.1 O que é um grupo de movimento?.. .....	96
1.4.2 Construindo a onda-fluxo .....	103
<b>2 PERCURSO METODOLÓGICO: NAVEGANDO NO LABIRINTO DA ATENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS .....</b>	<b>115</b>
2.1 DEFININDO AS ROTAS E OS NAVEGANTES .....	115
2.1.1 Cuidados éticos .....	117
2.1.2 Primeira aproximação: primeiro porto .....	118
2.1.3 A pesquisa documental: um mundo de dados ou paradoxalmente um mundo de ausência de dados-mapas .....	120
2.1.4 As entrevistas semi-estruturadas .....	122
2.1.5 A Análise dos dados .....	126
<b>3 RESULTADOS: OS TESOUROS ENCONTRADOS.....</b>	<b>129</b>
3.1 OS NAVEGANTES: QUEM SÃO ELES? .....	129
3.2 OS NAVEGANTES E O PROCESSO DE TRATAMENTO NO CPTT .....	138
3.3 O PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO NO GM .....	148
3.4 O PROCESSO DAS ENTREVISTAS: ENTRE HISTÓRIAS E INTENSIDADES .....	149
3.4.1 No balanço de VENTO .....	149
3.4.2 As histórias do mundo da LUA .....	152
3.4.3 Na fugacidade de RELÂMPAGO .....	157
3.4.4 Nas correntezas de RIO .....	164
3.4.5 No fluxo de ÁGUA .....	170
3.4.6 Olhando para o INFINITO .....	175
3.4.7 Vislumbrando o HORIZONTE .....	178
3.4.8 Nas profundezas de OCEANO .....	184
3.4.9 Na intensidade de FURACÃO .....	186
3.4.10 Na luz de ESPECTRO .....	190

3.4.11 No arado de TERRA .....	194
3.4.12 No azul de CÉU .....	199
3.4.13 No calor de SOL .....	207
3.4.14 Na queima de FOGO.....	213
3.4.15 No barulho de TROVÃO .....	216
3.4.16 No neutro de RAI0 .....	221
3.4.17 Em busca do brilho da ESTRELA .....	226
3.4.18 Nas ondas de MAR .....	236
4 DISCUSSÃO: REFLEXÕES SOBRE OS TESOUROS ENCONTRADOS.....	242
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ÂNCORAS PROVISÓRIAS .....	251
6 REFERÊNCIAS .....	262
APÊNDICES .....	281
APÊNDICE A – CARTAZ-CONVITE PARA O GM 2002 .....	282
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	283
APÊNDICE C – FICHA DO PARTICIPANTE.....	286
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA .....	287
ANEXOS .....	288
ANEXO A – BOLETIM ÚNICO DE PRODUTIVIDADE .....	289
ANEXO B – APAC .....	290
ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA .....	291
ANEXO D – PESQUISA DE ACOMPANHAMENTO E DE AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA TERAPÊUTICA NO CPTT.....	294



“[...] a gente pulava, cantava, gritava...

Ah! Os gritos também.”

**Rio**

## **APRESENTAÇÃO: CARTOGRAFANDO<sup>1</sup> OS BASTIDORES DO NAVIO**

Minha<sup>2</sup> trajetória profissional começou com a graduação na área de Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), iniciada em 1984 e concluída no ano de 1989, ao mesmo tempo em que cursava uma graduação na área de História (bacharelado e licenciatura), pela mesma Universidade, no período de 1988 a 1993, graduação essa procurada por entender a importância dos processos históricos na formação e constituição de nossa existência.

Apesar das duas graduações, centrei-me nas atividades da área de Psicologia, que me colocou em contato com diversidades que eu jamais havia pensando antes do percurso universitário, instigando-me a refletir o tempo inteiro, durante o processo de formação acadêmica, sobre o que “seria ser” psicólogo extramuros à Universidade. Ao mesmo tempo em que cursava as disciplinas, fazia estágios curriculares e lançava-me em projetos de extensão universitária e monitoria. E a pergunta sempre me acompanhava, a ponto de paralisar-me após o ano de conclusão do curso, deixando, então, o diploma universitário “esquecido” por quase dois anos, precisando de um tempo para organizar tantas diversidades.

No entanto, a titulação de psicóloga permitiu-me ocupar o cargo de Coordenadora da Unidade de Saúde do Forte São João, da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), no período de setembro de 1991 a abril de 1992, uma vez que já era funcionária efetiva da municipalidade, num cargo administrativo. Anteriormente, isso me permitiu fazer um estágio no Programa de Medicina Geral e Comunitária do Centro Biomédico (CBM) da UFES, em 1990. De alguma forma, os caminhos pelos quais trilharia, profissionalmente, já estavam sendo delineados.

No ano de 1991, a PMV realizou Concurso Público e Seleção por Acesso também para o cargo de Psicólogo I, nas áreas de Educação e de Saúde. Movida pela

---

<sup>1</sup> Cartografia aqui está sendo entendida diferentemente de mapa, significando um desenho que vai acompanhando os movimentos de transformação de uma dada realidade-paisagem, acompanhando os movimentos invisíveis e imprevisíveis, sendo dessa forma fugazes e provisórios (ROLNIK, 1990).

<sup>2</sup> A apresentação está redigida em primeira pessoa do singular, devido ao fato de explicitar a minha trajetória de vida e o percurso dos bastidores do meu trabalho de pesquisa.

possibilidade de apropriar-me, efetivamente, do diploma universitário, inscrevi-me no concurso para a área de Educação e, confesso, foi naquele instante, ao ver a bibliografia do concurso dessa área, que reconheci que algo me afetava e decidi ser psicóloga. Fui aprovada no concurso e, em abril de 1992, iniciei minhas atividades na Secretaria Municipal de Educação (SEME), contando com a supervisão de um profissional do Departamento de Psicologia,<sup>3</sup> da UFES, custeada pelo próprio grupo de psicólogos e assistentes sociais que assumiram as atividades na mesma ocasião, na intenção de avaliar, continuamente, as ações desenvolvidas naquele contexto.

O momento era pulsante! Era o último ano da Administração Frente Vitória<sup>4</sup>, que havia instituído novas formas de se fazer educação, ancorada nos pilares ensino público, gratuito e de qualidade. Vivi intensamente aquele período, num misto de uma administração que se findava, em contrapartida ao meu processo de chegada, de muitas descobertas e trabalhos a serem feitos, o que me fazia lembrar a música

[...] Todos os dias é um vai e vem. A vida se repete na estação. Tem gente que chega. Pra ficar. Tem gente que vai. Pra nunca mais. Tem gente que vem. E quer voltar. Tem gente que veio. Só olhar. Tem gente a sorri. E a chorar. E assim, chegar. E partir. São só dois lados da mesma viagem. O trem que chega. É o mesmo trem da partida. A hora do encontro. É também despedida [...]. (NASCIMENTO; BRANT, 1997).

Atravessada pelo clima da chegada, encontro e despedida, incluí-me e fui sendo incluída nas equipes de trabalho já existentes e fui trabalhando no sentido de ir confeccionando, com aqueles que ali já estavam, formas de trabalho da Psicologia no contexto público educacional, realizando trabalhos de assessoramento aos educadores dos Centros de Educação Infantil (CEIs) e Escolas de Primeiro Grau (EPGs), auxiliando em planejamentos de professores, conselhos de classe, planejamentos integrados, trabalhos de capacitação, grupos de estudo, dentre outros. No Departamento de Pré-Escola, desenvolvi com outra psicóloga<sup>5</sup> o **Subprojeto Brincar! Por quê? Para quê?**, dirigido aos educadores dos CEIs, com o objetivo de vivenciar, ludicamente, a evolução do brincar no processo da construção da

---

<sup>3</sup> Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Elizabeth Barros de Barros.

<sup>4</sup> A Administração Frente Vitória era composta pelo Partido dos Trabalhadores (PT), Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), Partido Comunista Brasileiro (PCB), Partido Verde (PV) e Partido Comunista do Brasil (PC do B).

<sup>5</sup> Luciana Maria Borges.

subjetividade,<sup>6</sup> uma vez que o brincar constitui-se num instrumento de construção do sujeito em todos os seus aspectos (cognitivo, emocional, sexual) e, ainda, faz parte do patrimônio cultural de um povo, já que as brincadeiras ultrapassam gerações e são modificadas de acordo com o contexto socioeconômico que se apresenta numa determinada época (BORGES; RASCH, 1994).

Ano 1995... Duas mudanças significativas acontecerem em minha vida. Fui transferida para a SEMUS, retornando à Secretaria agora, efetivamente, no cargo de Psicólogo I, sendo lotada no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT), ao mesmo tempo em que, na esfera do trabalho autônomo, iniciei minhas atividades no consultório, após um longo percurso de investimento em minha própria psicoterapia, supervisão e formação.

A perspectiva clínica me angustiava e intimidava, mas, ao mesmo tempo, seduzia-me, concretizando também um espaço de formação profissional, iniciada em 1994, denominada Psicoterapia Corporal, pelo Agora (Centro de Estudos Neo-Reichianos de São Paulo), turma Vitória, concluindo-a em dezembro de 1996, sendo o pensamento reichiano um dos bons encontros que fiz em minha vida, pois me levou a perceber que o corpo não é somente um aparato biológico, mas, sim, um corpo que é político-sexual-histórico-social-cultural.

Avançando um pouco mais no processo de formação, realizei, no período de 2000 a 2005, uma formação em Análise Bioenergética, obtendo o “Certified Bioenergetic Therapist” ou Certificado de Terapeuta Bioenergético (CBT), pelo Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo (IABSP), turma Vitória/ES, instituto esse filiado ao International Institute for Bioenergetic Analysis (IIBA).

---

<sup>6</sup> Subjetividade aqui está sendo utilizada no sentido que salienta Monteiro (2000, p. 125), ou seja, “[...] não equivale à noção de indivíduo ou individualidade, mas a um certo modo de funcionamento (não estrutural), a uma certa forma. É preciso pensar modos de subjetivação no sentido intensivo-processual. Os processos de constituição das subjetividades tanto constroem certos objetos de interesse quanto conformam modos de existir. Em cada momento da História, prevalecem certos modos de subjetividade. O modo dominante é o que faz prevalecerem certas relações de poder-saber que produzem objetos-sujeitos, necessidades e desejos”.

Trabalhando como psicóloga no CPTT, há quase dez anos, venho tentando contribuir para a construção de estratégias de trabalho para esse campo que, inicialmente, parece assustador e angustiante, pois trabalhar com a atenção ao uso de álcool e de outras drogas parece muitas vezes paralisar aqueles que a essa ação se dedicam. Nesse percurso, venho aprendendo o que nenhum livro me ensinou: que é estar disponível, também, para aprender com aquilo que fazemos todos os dias.

Acoplado esse caminho ao meu processo de investimento no campo da formação na prática corporal reichiana e neo-reichiana,<sup>7</sup> que me gera instrumentos para pensar intervenções no campo da atenção ao uso de álcool e de outras drogas, no espaço do tratamento, da prevenção ou da formação profissional, inquietei-me diante de questões trazidas por essa prática e, nesse sentido, fui buscar um espaço em que pudesse ser acolhida em minha necessidade de expandir reflexões sobre isso e

---

<sup>7</sup> Reichiano refere-se à produção sistematizada por Wilhelm Reich que nasceu em Viena, em 1897, e tornou-se médico em 1922, concentrando, inicialmente, suas atividades na área de Psiquiatria, compreendendo a sua produção científica três períodos: o período psicanalítico (1919-1927), o período marxista (1927-1938) e o período orgonômico (1935-1957) (DADOUN, 1991). Polêmico, conturbado, estudioso, conectando campos de conhecimento, nômade e, muitas vezes, acusado de louco, Reich foi excluído da Sociedade Psicanalítica Internacional, do Partido Comunista Alemão e, quando se encontrava erradicado nos Estados Unidos da América, respondeu a processos no Food and Drug Administration (FDA), tanto em relação às suas pesquisas referentes à energia, quanto pela comercialização dos acumuladores de orgônio. Em 1954, não comparecendo ao julgamento, foi condenado a suspender as suas atividades médicas e seus livros foram proibidos. Em 1957, foi preso, morrendo logo depois na prisão com suposição de ataque cardíaco. Embora todas as divergências provocadas pela sua obra, é inegável a sua produção científica, tendo inclusive escritos que só serão abertos em 2007, a pedido do próprio Reich, em testamento, solicitando que só fossem abertos após cinquenta anos de sua morte (VOLPI, 2000). No Brasil, as idéias reichianas chegam por volta dos anos 60/70, tendo como ícone José Ângelo Gaiarsa, ganhando a amplitude de espaços de estudo, como o núcleo de terapia Corporal na Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo, o Curso de Análise do Caráter de André Gaiarsa e o curso de Fábio Landa (FAVRE, 1993). Esse último inicia, em 1977, um curso de Reich na PUC, abordando o Reich político, gerando um grupo que irá trabalhar com a terapia social reichiana, abordando meninos de rua, presidiários, organizando também grupos de estudo, de trabalho e terapêuticos. Outros espaços, como o Instituto Sedes Sapientiae, Jornadas do Sedes, Ciclos Reich, Âgora, dentre outros, foram criados (FAVRE, 1993). O IABSP (IABSP, 2003), o Instituto Brasileiro de Psicologia Biodinâmica (IBPB) (IBPB, 2003) e o Libertas (LIBERTAS, 2003) são também alguns espaços de difusão das idéias vinculadas ao pensamento reichiano. No Estado do Espírito Santo, o Instituto Wilhelm Reich (IWR) (INSTITUTO WILHEM REICH, 2004), bem como o IABSP (IABSP, 2004), núcleo Vitória, compõem esse cenário. Alguns pós-reichianos são: Ola Raknes (Noruega), Walter Hoppe (Israel), Elsworth Baker (Estados Unidos), Federico Navarro (Itália), José Henrique Volpi (Brasil), dentre outros (CENTRO REICHIANO, 2003). A difusão do pensamento reichiano contempla estudiosos de sua obra, dando continuidade às suas proposições, estando representados pelos pós-reichianos, que se referem àqueles que vieram depois de Reich e deram continuidade à sua produção sem desconsiderar a lei do desbloqueio das couraças que indica que o trabalho psicocorporal deve ser feito no sentido cefalocaudal, enquanto neo-reichianos referem-se àqueles que vieram após Reich e modificaram a proposta do trabalho psicocorporal, desconsiderando a lei do desbloqueio da couraça no sentido cefalocaudal e que criaram suas próprias escolas e teorias (CENTRO REICHIANO, 2003).

contribuir para a ampliação de reflexões nessa área. E, assim, no outono de 2003, cheguei ao Mestrado.

Esta dissertação representa, então, um novo campo existencial na minha vida, compondo-se de elementos significativos e, principalmente, a concretização de um espaço que há algum tempo buscava: espaço de reflexões, de estudo, de conectar com outras redes e histórias. Conflui também com momentos de significativas mudanças em minha vida, no plano pessoal, além do primeiro carro, primeiro desfile numa escola de samba...

O Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva (MSC) significou um ambiente que buscava para dar espaço e vazão àquilo que teci, no passo a passo do aprendizado do meu percurso profissional construído no dialético processo de teorizar, fazer e experimentar, no contexto de minhas manhãs, noites maldormidas e inquietações. E aquilo que aprendi nos livros ganhou mais amplitude, ampliando-se no espaço do Mestrado com os novos livros, as novas orientações, novas elaborações e novas parcerias, favorecendo a construção de novos territórios existenciais que permitiram reflexões e contribuições para a geração e ampliação do conhecimento acerca do objeto de estudo a que me propus me debruçar, ou seja, o grupo de movimento (GM) como uma possibilidade de estratégia terapêutica para usuários de álcool e de outras drogas.

A possibilidade de pensar sobre um recurso terapêutico para esses usuários dá-se em frente à constatação preconizada pela atual política de atenção ao uso de álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde (MS), no Brasil, que aponta a necessidade de se produzir intervenções diferenciadas para essa clientela, objetivando modificar a realidade até então colocada, incitando-nos a pensar estratégias de intervenção ao uso de álcool e de drogas que nos solicitam a quebra de paradigmas arraigados em nossos preconceitos, possibilitando que a vida prolifere com toda a dignidade para que possa ser vivida em todos os seus sentidos (BRASIL, 2003), com todos os limites e quebra de mentalidades diante daquilo que o humano busca sempre para aumentar o seu prazer.

Assim, o Mestrado possibilitou-me uma rede de encontros e de ampliação de horizontes do cotidiano que, muitas vezes, fica tragado pela aceleração e cumprimento de atividades diárias, não permitindo espaço para a teorização e a produção sistematizada de aspectos relevantes que observamos e que podem transformar-se em saídas para perguntas que muitas vezes nos inquietam, gerando alternativas eficazes e que podem instrumentalizar as práticas de trabalho.

Foi uma profusão de encontros com pessoas, redes, disciplinas, produção de conhecimento por vezes de uma forma tão acelerada e intensa, fazendo o conhecimento descer goela e garganta abaixo, muitas vezes, sem o tempo necessário para a devida elaboração, fazendo-me pensar: que produção é essa de conhecimento que, muitas vezes, impera pela quantidade de linhas que lemos, sem a devida apreciação e elaboração? Num momento aceleração, no outro, paralisação e, nos seguintes, produção.

O Mestrado pareceu-me uma tessitura de loucuras... Momentos de muita informação, que, muitas vezes, me deixaram acelerada e algumas vezes paralisada e sem movimento. Ouvia sempre dizerem que Mestrado é assim mesmo: noites sem dormir, não tempo para fazer outras coisas, checagem de relacionamentos. Ouvia isso e, silenciosamente, questiona-me: por que produzir conhecimento tem que ser da ordem da dor e do desprazer? Por que produzir conhecimento não pode ser da ordem do prazer? Além disso, produzir formação profissional deve efetivamente ser algo da ordem da aceleração?

É preciso haver espaço para digestão da informação lida, pois, se lemos muito e quase o dia inteiro, perdemos a capacidade de pensar por conta própria, até porque, quando mais lemos menos rastro deixa no espírito o que se lê. É como se fosse um quadro-negro no qual muitas coisas foram escritas umas sobre as outras, não havendo tempo para a ruminação. E é somente com a ruminação que nos apropriamos do que lemos, da mesma forma como a comida não nos nutre pelo comer, mas pela digestão (SCHOPENHAUER, 1994). Assim, o que acaba acontecendo com a refeição acadêmica nada mais é do que terminar em vômito ou diarreia, pois aquilo que se ingere sem ruminação, ou seja, o engolido é esquecido (ALVES, 2005).

Conforme salienta Barros (1997), o processo de formação de um profissional requer um diálogo entre os saberes e práticas sociais que vão produzindo e instituindo sujeitos de ação e objetos de trabalho num aprendizado constante, para além de uma mera modelagem, implicando cotidianamente a destruição de uma determinada concepção de mundo, de formas-verdades que objetivam práticas domesticadoras, impedindo e limitando que os processos de singularização aconteçam, massificando a produção de diferença. Formar um profissional requer a possibilidade de rupturas com certas formas e modos de pensar-agir preponderantes no capitalismo.

Então, produzir formação profissional, produzir rupturas com modos, formas homogeneizadoras de se pensar e produzir conhecimento requer tempo e, efetivamente, parece não poder acontecer no espaço da aceleração.

Atenta a isso, decidi cuidar-me para não cair nessa rede, procurando me revitalizar nas trocas que fazia no curso, no processo da minha orientação, no processo da minha psicoterapia, no samba de sexta-feira, procurando achar o eixo e a coluna no processo de trabalho e, principalmente, experienciar a ruminação das informações vividas. Essas estratégias, algumas vezes, deram certo; outras não, porque me vi imersa e mergulhada na produção que fazia, passando horas na frente do computador, sendo invadida oniricamente por essa produção, confeccionando a minha rede de idéias e reflexões, muitas vezes também sem ter o tempo para fazer a ruminação.

Nessa caminhada, foi imprescindível a presença da minha orientadora. Parceira, aliada, foi a minha bússola nesse mar de uma produção científica, auxiliando-me desde a escolha do meu objeto de estudo (permitindo-me fazer essa escolha), navegando comigo pelas confecções de textos, artigos, apresentações de trabalho, sempre me potencializando respeitosamente, embarcando comigo na minha viagem. Sua tranqüilidade e sapiência, muitas vezes, me centraram diante da imensidão do fluxo de conteúdos, escolhas metodológicas e trilhas a seguir.

Descobri muitas coisas no percurso desta dissertação. Percebi o quanto gosto de emprestar meus pensamentos às linhas e às letras. E, conforme o professor Moisés

Goldbaum falava para minha turma na aula inaugural do Mestrado, em 2003, “Mestrado é uma atividade reflexiva sobre um objeto o qual iremos trabalhar e, caso não haja disponibilidade e dedicação, o resultado não será interessante. É preciso tempo para fazer isso”.<sup>8</sup>

Senti cada palavra como verdadeira no processo de trabalho, quando descobri o quanto é preciso ter que ter tempo para debruçar sobre uma questão de estudo, que às vezes fica na idealização.

Entretanto, contrapondo-se a isso, muitas outras linhas me atravessaram nesse processo e, principalmente, aquelas que compõem a desenfreada sobrevivência, necessitando dar continuidade ao meu trabalho na esfera do espaço autônomo (do qual tive que abrir mão de horários para dar conta das atividades do Mestrado), percebendo também a redução do meu salário na PMV, por estar licenciada.

Com freqüência me senti numa cisão, como uma colega da minha turma do Mestrado dizia: “A cada hora, eu tenho que trocar o botão de comando para me sentir no lugar em que estou”.

Outro colega, que não era da minha turma falava: “Fazer Mestrado é perder dinheiro”. E eu dizia: para mim é investimento, não só pessoal, como muitos pensam e até falam, mas também para o meu espaço de trabalho com a titulação a ser conquistada.

O Mestrado concretizou a abertura de novos horizontes: artigos publicados,<sup>9</sup> congressos,<sup>10</sup> encontros, disciplinas feitas, uma aula dada na disciplina Perspectivas

---

<sup>8</sup> Anotações pessoais da palestra proferida pelo referido docente, representante, naquela ocasião, da Saúde Coletiva na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no I Fórum de Saúde Coletiva, na manhã do dia 25 de maio de 2003, na UFES, por ocasião da aula inaugural do Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva.

<sup>9</sup> *Recursos humanos no SUS: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos*, de autoria de Denise Rosindo Bourguignon, Geruza Rios Peçanha Tavares,

Futuras da Saúde, no Departamento de Enfermagem da UFES, coordenada pela professora Dr<sup>a</sup> Denise Silveira de Castro, e uma disciplina optativa Tópicos Especiais em Política Social (Campo Saúde), no semestre 2004/1, com carga horária de sessenta horas, ministrada no Departamento de Serviço Social da UFES, sugestão e articulação de minha orientadora, para fazer o exercício da docência, concretizando-se numa turma de 48 alunos da graduação.

Isso possibilitou-me um espaço de reflexão e troca com esses alunos do percurso que estava fazendo em minha dissertação, discutindo a Saúde Mental no Brasil e a Política de Atenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas do MS.

A experiência de docência me fez adentrar no campo da formação acadêmica e em todos os meandros que requer essa atividade: pedidos, limites, conteúdos, exigências, além da concretização de um sonho infantil: quando ainda pequena, exercitava a atividade de professora com as minhas bonecas e cachorrinhos num quadro que ganhei de presente.

Foi espaço também em que pude compor bancas examinadoras de trabalhos de conclusão de cursos de especialização<sup>11</sup> e graduação,<sup>12</sup> aprendendo a ocupar um lugar de olhar a produção do outro de uma forma respeitosa e potencializadora.

---

Liliane Graça Santana, Marta Zorzal e Silva, Rita de Cássia Duarte Lima e Scheila Silva Rasch (BOURGUIGNON, et al. 2003); *O corpo e a droga: o grupo de movimento como estratégia de redução de danos para usuários de drogas* (RASCH; GARCIA, 2004a); *O grupo de movimento como estratégia de redução de danos para usuários de drogas* (RASCH; GARCIA, 2004c); *A implantação da política de redução de danos no município de Vitória/ES: remontando cenas e cenários* (RASCH; GARCIA, 2004e).

<sup>10</sup> I Convenção Brasil Latino-América, IV Congresso Brasileiro, IX Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais, em Foz do Iguaçu, 2004, com apresentação do painel *O corpo e a droga: o grupo de movimento como estratégia de redução de danos para usuários de drogas* (RASCH; GARCIA, 2004b). VI Jornada Interna do Instituto Wilhelm Reich, 2004, com a apresentação oral do trabalho *Na sensação e na percepção do outro: a vivência do grupo de movimento entre usuários de drogas* (RASCH; GARCIA, 2004d). IX Encontro Nacional de Pesquisadores do Serviço Social, em Porto Alegre, 2004, com a apresentação oral do trabalho *A implantação da política de redução de danos no município de Vitória/ES: remontando cenas e cenários* (RASCH; GARCIA, 2004f); V Congresso Brasileiro e X Congresso Paranaense de Psicoterapias Corporais, Curitiba, 2005, realizando a comunicação oral do trabalho *O grupo de movimento sob a ótica do usuário de drogas: fragmentos de uma experiência* (RASCH; GARCIA, 2005).

<sup>11</sup> *Grupo de movimento: estratégia de intervenção para idosos* (SOUZA, 2004), sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Teixeira Garcia.

O Mestrado também foi um rompimento com várias idealizações... do que seja produção científica, de quais profissionais estão se formando nas academias, das coisas que já deveríamos saber e ainda não sabemos e de que práticas estamos fazendo nos nossos cotidianos. Foi também processo de crises de bursite e de tendinite no meu braço direito, que me rendeu muitos antiinflamatórios e muitas sessões de fisioterapia e que imperou, muitas vezes me dizendo o ritmo que eu deveria ir, contrariamente aquele solicitado pelos prazos e cronômetros acadêmicos e, principalmente, o meu processo de elaboração que fervilhava.

A vivência do trabalho de campo propiciou um reencontro com o meu cotidiano do qual fiquei geograficamente afastada por algum tempo. Mergulhei nessa cotidianidade, descolada dessa geografia, mas permitindo a construção de novos territórios existenciais sobre a história do CPTT, cenário do meu estudo que, na verdade, já estavam presentes, mas que se configuram com mais clareza e veemência em mim.

Um desses aspectos são as solidões cotidianas dos profissionais do CPTT, mediante o isolamento ou as queixas presentificadas, por exemplo, pelo excesso de trabalho. Ou, então, num almoço, após uma reunião de equipe, quando não se consegue fazer a reunião dos pratos no refeitório, ou, quando se consegue, cada um fica numa ilha. Que trabalho coletivo estamos produzindo? Fica a indagação.

No contato com os sujeitos da pesquisa, por ocasião das entrevistas, ouvi falas, percebi sentidos, emocionei-me com histórias, toquei-me por elas, lágrimas me vieram aos olhos. Em algumas entrevistas, fui atravessada pelo humano, pelas solidões, pelas tristezas, pelas reconstruções, pelas alegrias. Fui descobrindo um novo mundo e lugar, longe das burocracias cotidianas que me colocam em contato com obrigações de preencher boletins de produtividade, de aprisionar histórias em trinta, quarenta minutos de escuta.

---

<sup>12</sup> *Aquele que serve o café ou aquele que vai à conferência. Quem é e o que é líder e liderança em Alcoólicos Anônimos?* (SIMOURA; LEAL; CARVALHO, 2004) e *Bebidas Alcoólicas no bairro Vila Rubim: um estudo sobre a concentração espacial de bebidas alcoólicas* (BASÍLIO, 2004), ambas sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Teixeira Garcia.

Ganhei novos sentidos nesse processo. Vi o quanto, muitas vezes, nós, técnicos, e aí também me incluo, somos tão moralistas e não entendemos algumas recusas de nossos usuários em querer participar de uma atividade ou outra. Ultrapassagem de limite? Não está cumprindo as regras e as normas? Talvez nada disso! Talvez aquele usuário esteja tão só, e triste, naquele dia, que não queira fazer nada. Apenas queira que alguém o acolha. Nas entrevistas, fui compreendendo muitos outros mundos e histórias, relatadas num tempo pós, talvez para mim, e também para o outro. Quero tentar não esquecer essas coisas, quero não me aprisionar pelo cotidiano veloz, que nos atropela e nos faz perder, muitas vezes, belas histórias. Não quero passar mais em branco.

Não posso deixar de compartilhar episódios significativos do processo das tentativas de localização dos sujeitos para as entrevistas e que merecem ser comentados, com a finalidade de demonstrar os bastidores do cotidiano da atenção do uso de álcool e de outras drogas e a sua complexidade.

Quase desespero de não localizar os sujeitos, angústia do pesquisador: e agora? Nesse processo, sou atravessada por uma notícia que chega à recepção do CPTT, recebida por uma das funcionárias desse setor e comunicada a um dos técnicos do serviço que a transmite a um outro profissional que repassa para mim: “Você está procurando o sujeito X, olha essa notícia: ele foi encontrado morto pela polícia. Tinha um cartão do CPTT no bolso. Parece que foi assassinado!”.

A notícia me choca e paralisa-me. Rapidamente, um filme me passa pela cabeça, lembrando-me do percurso desse sujeito no CPTT e de sua participação na atividade de GM. Ele era uma das pessoas muito significativas que, no processo do trabalho, tinha a tarefa – que ele próprio se elegeu sem ninguém pedir, de convocar os colegas em tratamento, no CPTT, para participar da atividade de GM.

Meio anestesiada com a notícia, vou até a sala onde está a aluna bolsista de iniciação científica, que me auxiliou no trabalho de coleta de dados e transcrição de entrevistas, conto o episódio e ela me acalma dizendo: “Esse é o perfil dessa clientela”. Ouvi, parei, mas não me conformei. Procurei saber depois, de fato, o que tinha acontecido. Estava obscura a história. Ninguém sabia me informar,

efetivamente, nada do que aconteceu. O corpo dele parecia ainda estar no Instituto Médico Legal (IML).

Comentava-se à possibilidade também de uma *overdose*. Os técnicos do CPTT relataram-me que ele não estava mais no processo de tratamento intensivo no espaço da Atenção Diária (AD), mas que ainda continuava no processo de tratamento não intensivo no CPTT. Fico sabendo depois que o seu corpo foi para o laboratório de Anatomia de uma universidade. Pensei: até na morte esse sujeito ficou “sem lugar”.

Nos telefonemas dados para localização dos sujeitos, ao ligar para a casa de um deles para tentar agendar a entrevista, falava com um dos familiares, a irmã, que me passava a sensação de “estar de saco cheio de ouvir falar do irmão”. Explico quem sou, falo da entrevista e peço para transmitir o recado. A impressão que fica é que o recado não chegará. Outras vezes, ao tentar localizar esse mesmo sujeito, via telefone, nossos tempos não entravam em ressonância: ora já havia saído de casa, ora estava dormindo. A impressão que ficava é que eu nunca iria encontrá-lo, aspecto que realmente se concretizou.

Insistindo no agendamento para as entrevistas, faço contato telefônico com a casa de outro sujeito e consigo falar com um familiar. No início do telefonema, afirmou-me que não era a casa da pessoa que eu estava procurando. Percebi que havia algo estranho, porque tinha telefonado para aquele mesmo número na semana anterior e deixado o recado com a data da entrevista, com o irmão do sujeito que estava tentando localizar. Identifiquei-me como profissional do CPTT, informei sobre o motivo do contato, falei da pesquisa e isso foi o processo de abertura para ouvir vários acontecimentos.

O sujeito que procurava não estava. Aliás, o familiar que atendeu disse-me que não sabia onde se encontrava e começou a me narrar os seguintes fatos. Relatou que o referido sujeito o furtou: “Pegou a minha televisão de 20 polegadas que eu ainda estou pagando, para comprar maconha”. Comentou outros furtos da parte desse sujeito dentro de casa para o consumo de drogas. Parecia não querer ver nem a sombra dele. Havia muita raiva e decepção no relato que ia ouvindo.

Referenciei o CPTT, caso quisesse conversar sobre essas histórias no Grupo para Familiares e, quem sabe, poderia haver a possibilidade também do sujeito que procurava retornar ao tratamento no CPTT. À medida que me disponibilizava a escutá-lo (e esse telefonema foi em pleno feriado), fui percebendo que a expressão de irritação e raiva do outro lado da linha ia se apaziguando. Perguntei se gostaria de anotar o telefone do CPTT e, enquanto providenciava o papel e caneta, sua filha entra na linha e conversa carinhosamente comigo.

Quando o familiar volta a falar, transmito o telefone do CPTT e ele me diz: “Viu quem falou com você? É a minha filha... É a razão do meu viver, ela fica três dias comigo e três dias com a mãe, porque eu trabalho. Hoje é feriado e ela está comigo. Outro dia ela não estava aqui e me deu uma vontade imensa de chorar”. Perguntei-lhe como era a sua filha. “Morena clara, cabelos cacheados, bundudinha” e riu.

Introduzi novamente o tema do motivo do meu telefonema: o sujeito. Perguntei-lhe se havia uma possibilidade de contato, um telefone ou endereço, uma vez que havia comentado que esse sujeito de vez em quando ficava na casa da mãe. Perguntei-lhe se tinha o endereço de lá. Disse que não, mas que os outros filhos dessa mãe sabiam chegar lá. Expliquei-lhe que, se tivesse o endereço, poderia mandar um telegrama. Resolvi não insistir por achar que não seria delicado, uma vez que o clima por lá já estava tenso. Agradei e referenciei mais uma vez o CPTT, caso ele quisesse procurar ajuda.

Noutro telefonema, para outro sujeito, telefono para o número constante no prontuário. Identifico-me e pergunto por ele. A senhora que atende diz: “Ele não mora aqui...”. Minha intuição dizia: insista mais um pouco. Reafirmo quem sou, o que pretendo, falo da pesquisa e a senhora responde: “Ele mora aqui, mas some.... Bebe o dia inteiro”. Continuo a conversa e descubro que a senhora é a mãe do sujeito. Deixo o recado de uma data e horário de entrevista com ela, que me diz: “Se ele aparecer, aviso”.

Após enviar um telegrama para outro sujeito, que não comparece à entrevista, descubro, ao conversar na AD, com os usuários do serviço, que um desses usuários em tratamento na AD é vizinho do sujeito que estou tentando localizar. Pergunto-lhe,

então, se poderia ser o portador de um bilhete-convite para o referido sujeito, e ele se prontifica a entregar. Faço o bilhete à mão mesmo, com a data de uma entrevista, e peço que o entregue. Esse portador do bilhete me diz: “Ele está bebendo muito. Está precisando voltar aqui”. O bilhete foi entregue, mas esse sujeito não compareceu. Utilizei a última tentativa para localização dos sujeitos, encaminhando um aerograma para nova entrevista.

Após três tentativas, esse sujeito chega para a entrevista de posse do bilhete que eu havia encaminhado e com o aerograma. Chega com a expectativa de ter sido “chamado de volta ao CPTT” e me pergunta: “Vou ficar aqui hoje?”. Emociona-se durante a entrevista e chora. Seus olhos estão muito vermelhos, percebe-se o hálito etílico, mas parece ainda estar entendendo as coisas.

Durante essa entrevista, percebi que não havia como discernir o que era o espaço da entrevista e o que era espaço de uma consulta de (re)acolhimento ao serviço. Ou melhor, parecia que essa entrevista, quase consulta, estava produzindo uma possibilidade de retorno ao tratamento. Ao final da entrevista, pergunto para ele o que quer fazer. Reafirma que quer ficar aqui no CPTT, naquele mesmo dia. Explico-lhe que estou licenciada para o Mestrado, que não posso oficialmente fazer o encaminhamento, mas que iria verificar o que poderia fazer.

Peço-lhe que aguarde na recepção do CPTT para ver o que poderia ser encaminhado. Desço da sala onde estava, encontro um colega de trabalho do CPTT e digo da importância do aerograma (de ser chamado), relato brevemente a situação e pergunto o que pode ser encaminhado.

O encaminhamento dado a essa colega para o sujeito foi agendar o seu reacolhimento para terça-feira seguinte (esse episódio estava acontecendo numa sexta-feira) com o médico clínico, uma vez que não tinha nenhum profissional do CPTT disponível para esse reacolhimento naquele momento (todos estavam ocupados) e o profissional de plantão da AD tinha sido deslocado para a reunião de Saúde Mental, naquela mesma manhã. Dessa forma, eu mesma faço um cartão-consulta para o paciente, agendando o horário e cometo um lapso, marcando a

consulta para a segunda-feira seguinte, questão que é sinalizada pelo médico clínico que passa na recepção naquele momento e percebe o “equivoco” da data.

O fato foi registrado em prontuário pelo colega de serviço, a meu pedido, e me perguntava se aquele sujeito voltaria na terça-feira, o que acontece e fiquei feliz por encontrá-lo na recepção do CPTT no dia marcado. Converso com ele e vejo que já fez a sua consulta e que já havia recebido encaminhamentos para retornar ao grupo de recolhimento e AD.

Noutro contato telefônico, consigo falar diretamente com um dos sujeitos. A entrevista é agendada, ele não pode comparecer e justifica a ausência deixando um recado para mim na recepção do CPTT, telefonema o qual retorno e ele me informa que está aguardando um comunicado para trabalho, por isso não poderia vir, e que depois marcava. Decido, então, encaminhar um aerograma e ele também não comparece. Faço novo telefonema, falo com ele mesmo, tentando marcar novo horário, ao que me responde: “Depois eu marco”.

Expliquei-lhe que eu tinha prazos para essa tarefa e, caso ele não pudesse comparecer, não haveria nenhum problema, ele não precisava se obrigar: “Então, não quero, não vou”. Perguntei-lhe se havia recebido o aerograma e disse-me que sim. Antes de se recusar a vir, esse sujeito me perguntou mais uma vez do que se tratava a entrevista, questão que foi prontamente respondida por mim. Agradei o contato e fiquei refletindo: por que a recusa em vir? Reflexões apenas. Certeza, nenhuma.

Mais um telefonema para outro sujeito. Consigo falar com a irmã, que confunde o nome do irmão como pai (pois são homônimos) e diz: “Já faleceu”. Somente quando repito do outro lado da linha o nome completo do possível sujeito da pesquisa e “já faleceu” numa interrogativa, e identifico-me como sendo do CPTT, expondo o propósito do contato, ela responde: “Ah! Meu irmão... Eu estava falando do meu pai que já faleceu. Meu irmão deve estar bêbado...”. Explico novamente o motivo do telefonema, deixo um recado com a data da entrevista a ser transmitido por ela, uma vez que ele não reside naquela casa.

Tentando localizar alguns sujeitos para a entrevista, mediante o contato telefônico, muitas vezes falei com familiares os quais foram extremamente receptivos. Percebia-se que havia uma expectativa dos familiares com esse contato, de uma retomada do tratamento por parte dos sujeitos, o que pode ser expresso em algumas falas assim: “O interesse é meu”, quando peço para passar o recado da data da entrevista.

Essa expectativa comparece também no processo de uma das entrevistas, quando essa conversa parece favorecer a retomada do tratamento de um dos sujeitos, pois se encontrava em processo de recaída e já tinha um diagnóstico de hepatite C. Ele me pede para conversar com a Assistente Social do CPTT para retomar o seu tratamento e me pergunta também se seria apropriado fazer esse retorno. Sugeri que verificasse como poderia retomar o seu processo de tratamento, montando um projeto terapêutico que estivesse em consonância com o que precisava no momento, pois, de acordo com o seu relato, necessitava “Ficar mais à tarde porque é o período mais difícil e vulnerável para o uso de droga”.

Um cena bonita do campo. Um espaço de solidariedade e de cuidado: um dos usuários do serviço, trabalhando atualmente com produtos capilares, fazendo uma hidratação no cabelo de uma outra usuária do serviço, aplicando o creme de massagem e, depois, lavando o cabelo no tanque utilizado na sala da Oficina de Cerâmica. Ele diz: “Ela não tem condições financeiras de fazer no salão. Então, estou fazendo”.

Vou descobrindo que, em pesquisa, o tempo necessariamente não é do pesquisador, mas, propriamente, no processo de localização dos sujeitos, que o “tempo é dos sujeitos”. Pesquisar nos coloca diante de situações inusitadas e imprevisíveis da vida, sendo essa a magia desse processo de produção, convocando-nos como sujeitos ativos e criativos. O trabalho de campo é uma caixa de surpresas, espaço da vida e dos acontecimentos. Como nos diz Minayo (1994), a pesquisa é também espaço da criatividade, persistência e perseverança do pesquisador. Pesquisa é criação-invenção.

Fui ficando fascinada também com o processo de elaboração dos resultados deste trabalho. Cada dado coletado e colocado em análise permitia-me olhar para a minha

realidade de trabalho com mais lentes e prismas, verificando que a quantidade de informações geradas alavancava diversas possibilidades operacionais e diferenciadas para esse cotidiano. Observei, confirmei e verifiquei o quanto é fundamental a pesquisa no nosso campo de trabalho, para nos auxiliar a pensar em estratégias de enfrentamento para buscar novos devires<sup>13</sup> para as nossas ações.

Não espere da minha dissertação sujeitos certinhos, mas prepare-se para o encontro de outras possibilidades de vida e de existência. Prepare-se para o encontro com sujeitos que, com certeza, estão em busca de intensidades, só que, por vez, destruidoras ou, como nos diz Escobar, sujeitos que trazem à tona aspectos que a sociedade não quer ver.<sup>14</sup> Espaços como o CPTT e intervenções como o GM podem ser um oásis para a possibilidade de novos encontros com outras intensidades e, por que não, de outras formas também de existir?

Boa viagem...

---

<sup>13</sup> Devir é uma noção utilizada por Deleuze referindo-se a movimentos que não se prendem ao passado ou ao futuro, significando mudança, orientações, direções, entradas e saídas, opondo-se a noção de adaptação a enquadres e modelos (BARROS, 1999).

<sup>14</sup> Anotações pessoais da conferência proferida por Carlos Henrique de Escobar, na mesa-redonda Conceitos de Dependência, no dia 6 de julho de 2000, por ocasião do 3º Seminário Internacional Sobre as Toxicomanias, no período de 5 a 8 de julho de 2000, no Rio de Janeiro.



“[...] A gente brincava, olhava um para o outro, olhava por química...

Era divertido demais [...].”

**Horizonte**

## INTRODUÇÃO

No CPTT, ao iniciar os meus serviços, deparei-me com uma mudança significativa quanto ao contexto e temática de trabalho. Nunca havia pensado em trabalhar com a temática droga. Estava diante de algo desafiante! O que significava trabalhar com pessoas que, por uma razão ou por outra, adentravam no universo mágico de circuitos químicos para estarem na vida? Significava, a princípio, a possibilidade de entender aquilo que “foge” do registro da regra, do reconhecido, do aceito.

Num primeiro momento do trabalho, estive mais em contato com o eixo tratamento. Realizei atividades grupais no espaço de tratamento intensivo, denominado, na ocasião, de Hospital-dia (HD),<sup>15</sup> prática que, na verdade, estava sendo experimentada nesse estabelecimento que comumente se encontrava pautado em dinâmicas de atendimento sob o prisma de intervenções individuais, exceto pelo movimento das oficinas terapêuticas que aconteciam nesse espaço.

Além disso, contribuí na organização de eventos de divulgação do serviço para os munícipes de Vitória, pois chegava ao CPTT num momento delicado do seu percurso institucional (após quase dois anos e meio de existência), no qual estava sendo questionada por diversos setores a sua eficácia e necessidade (VITÓRIA, 1994).

Pouco a pouco fui realizando outras atividades por demanda do serviço, por exemplo, o acolhimento, que significava o momento de recebimento do usuário ou do familiar no serviço, para os encaminhamentos que se fizessem necessários (no próprio estabelecimento ou para outros locais). A partir disso, fui ampliando minhas atividades de trabalho exercendo o atendimento psicoterápico individual e, também, a realização de um grupo psicoterápico para adolescentes, do qual tenho boas lembranças.

---

<sup>15</sup> Designação dada ao lugar de tratamento intensivo destinado aos usuários, com indicação para freqüentá-lo, ofertando como atividades de tratamento oficinas terapêuticas de produção, ancoradas, em sua maioria, no repertório da arte, além de consultas individuais (VITÓRIA, 1989). Atualmente a nomeação para esse espaço é AD.

Com o passar do tempo e dos investimentos do serviço e dos profissionais, o CPTT, como um todo, foi crescendo e novas frentes de trabalho foram se expandindo, bem como a equipe de trabalho e, principalmente, saindo do lugar da desvalorização que outrora era visto.

Sendo assim, no final do ano de 1999, fui adentrando em uma nova frente de trabalho, denominada formação, envolvendo-me em capacitações modulares de serviço, realizadas pela Rede de Atenção ao Uso de Drogas em Vitória (RAUDV), acerca da temática droga, para os agentes comunitários de saúde (ACSs), do município, conectados à Estratégia Saúde da Família (ESF) (VITÓRIA, 1999a), emergindo daí, por solicitação desses ACSs, o projeto **Injetando vida nas veias**: uma proposta de capacitação para agentes comunitários de saúde – RAUDV e ESF (BORGES; RASCH, 1999).

No decorrer desse processo de trabalho, emaranhados de questões foram se colocando no meu cotidiano, como exclusão social dos usuários de drogas (UDs), reinserção social desses usuários, sobre os benefícios de uma produção exacerbada de uso de drogas na contemporaneidade, sobre formação de recursos humanos nessa área, bem como sobre prevenção ao uso de drogas, que decerto não se restringe à esfera do campo da saúde, mas nos convoca a pensar, por exemplo, se prevenir ou promover saúde não seria resgatar a capacidade crítico-criativa dos sujeitos.

Por outro lado, promover saúde não seria transformar as condições de vida e de trabalho? Prevenir não seria desencadear circuitos de ampliação não-químicos, concorrentes (ROTELLI, 1992)? Quais poderiam ser esses circuitos? Ou ainda, empreender tudo o que for possível para impedir ou, pelo menos, reduzir a forma abusiva do consumo (BUCHER, 1998)?

Segundo Rotelli (1992), deveríamos produzir intervenções que sejam dispositivos mais sedutores do que a droga, com a capacidade de estabelecer circuitos concorrentes a esse uso, como espaços e lugares nos quais se produzisse uma discussão pedagógica fortemente centrada nos sujeitos, criando assim empreendimentos sociais.

Atravessada por essas questões, fui me inquietando também com reflexões acerca da articulação droga-corpo, diante da observação do distanciamento desses usuários da percepção de um corpo que sente, que sofre e que chora suas mazelas e que está, quase sempre, intermediado pela substância psicoativa, verificando-se um empobrecimento do saber de si, quando tenta falar de suas redes na vida.

Pensava: que corpos o uso de droga produz? Quais as relações entre droga-corpo? Corpos pauperizados? Corpos sem contato? Corpos consumidos pelo capital? Corpos alienados? Como produzir rupturas no diálogo entre corpo-droga? É possível produzir fissuras nessa conexão? Qual o lugar que a droga ocupa na economia corporal dos usuários? Como ampliar o espaço da “química no corpo” pela “química do corpo” (sensações, percepções e expressões), sem a mediação intensificada de substâncias psicoativas? Como reduzir o dano nessa relação?

Impulsionada por essas questões e conectando essas indagações ao espaço de minha formação profissional na área corporal, fui organizando um movimento como trabalhadora do campo da saúde, que estive em alguns momentos em consonância com as necessidades do desenvolvimento do serviço, a saber, a atividade GM para os usuários do CPTT, como um dispositivo de intervenção terapêutica, no período de 1995 até 2003,<sup>16</sup> iniciando-a timidamente até sistematizá-la e concretizá-la como uma alternativa de intervenção para esses usuários no contexto de trabalho do CPTT.

Essa atividade, como recurso terapêutico a esses usuários, trouxe um conjunto de indicadores de seu impacto, como as expressões usadas por um dos participantes ao vivenciar os exercícios corporais de respiração e de *grounding*,<sup>17</sup> deparando-se com intensas sensações vibratórias em seu próprio corpo, sem a mediação de uma substância psicoativa, quando ressalta: “É a mesma sensação quando fumo um

---

<sup>16</sup> As etapas de construção dessa experiência estão apresentadas e publicadas nos Anais dos seguintes eventos: Seminário Internacional Sobre as Toxicomanias (RASCH, 2000c, 2000d); I Mostra Nacional de Psicologia (RASCH, 2000e, 2000f); I Congresso Brasileiro de Psicologia: ciência e profissão (RASCH, 2002b, 2002c); Jornada Interna do Instituto Wilhelm Reich (RASCH, 1999a; 2000g; RASCH; GARCIA, 2004d); I Convenção Brasil Latino-América, IV Congresso Brasileiro, IX Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais (RASCH; GARCIA, 2004a, 2004b); V Congresso Brasileiro e X Congresso Paranaense de Psicoterapias Corporais (RASCH; GARCIA, 2005). Encontra-se também publicada na Revista Psicologia Corporal (RASCH; GARCIA, 2004c).

<sup>17</sup> Postura de trabalho corporal, dentro da perspectiva da Análise Bioenergética, inventada por Alexander Lowen (LOWEN, 1982; LOWEN; LOWEN, 1985).

baseado. Percebi que não preciso do baseado para ter essa sensação” (RASCH, 1999c, p. 4).

As referências vão também sendo construídas como opções de integração e vitalização, a partir dos trabalhos corporais, quando outro integrante ressalta: “Estou sentindo uma leveza articulada em meu corpo. Antes, eu só sentia a cabeça. Após este trabalho, eu comecei a sentir uma sensação de desobstrução em meu corpo [...]. Esse trabalho cura” (RASCH, 2002a, p. 12).

Esses fragmentos impulsionaram e instigaram a necessidade de reflexões mais aprofundadas sobre essa intervenção para essa clientela, elegendo-a como objeto do meu estudo no MSC, do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva (PPGASC), da UFES, buscando reflexões sobre o processo de participação dos UD's no GM.

A relevância desse estudo refere-se à ampliação da investigação da relação corpo-droga, à averiguação dos benefícios dessa intervenção para UD's, além de ser mais um recurso na oferta de tratamento dessa clientela, instaurando a possibilidade de buscar metodologias diferenciadas para se estudar e intervir na problemática do uso de álcool e de outras drogas. Além disso, desconhecem-se análises relativas à aplicabilidade dessa intervenção para UD's, o que já demonstra a relevância de uma pesquisa nessa área (RASCH, 2004; RASCH; GARCIA, 2004a; RASCH; GARCIA, 2004c).

Demonstra, também, um aspecto que já estava sinalizado pela Resolução nº 06 de 06 de março de 1988, que implanta o uso das técnicas alternativas nos serviços médico-psicológico-assistenciais e áreas afins, considerando que as técnicas alternativas em saúde mental são vistas como recursos terapêuticos que podem auxiliar a prática clínica, preventiva e em psicoterapia (BRASIL, 1988).

Além disso, mostra-se em consonância com a atual política de saúde da SEMUS que vem operando sob a ótica de um paradigma voltado para a saúde coletiva, deslocando o olhar de um modelo assistencialista, saindo da exclusividade de terapêuticas individuais para uma diretriz que preconiza a prevenção da doença, a

promoção de saúde, a qualidade de vida e do ambiente, avançando em direção a ações coletivas (VITÓRIA, 1999a).

Considerando que uma das prioridades expressas na política de saúde mental, da atenção aos munícipes de Vitória, refere-se ao alcoolismo e às toxicomanias (VITÓRIA, 1999b) e considerando a lógica atual do CPTT como um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) (BRASIL, 2002d) e da RAUDV, que preconiza a diversidade na atenção a esses usuários (TORRES, 2002a, 2002b), acredito que a investigação em torno dessa intervenção corporal para UD's é assunto pertinente, uma vez que essa intervenção preconiza que, ao se interferir no corpo, podem-se também produzir mudanças no social, além de ser uma intervenção perfeitamente caracterizada como prática coletiva. Portanto, pode ser utilizada no presente ou futuramente no CPTT, no âmbito de ações de prevenção e promoção de saúde.

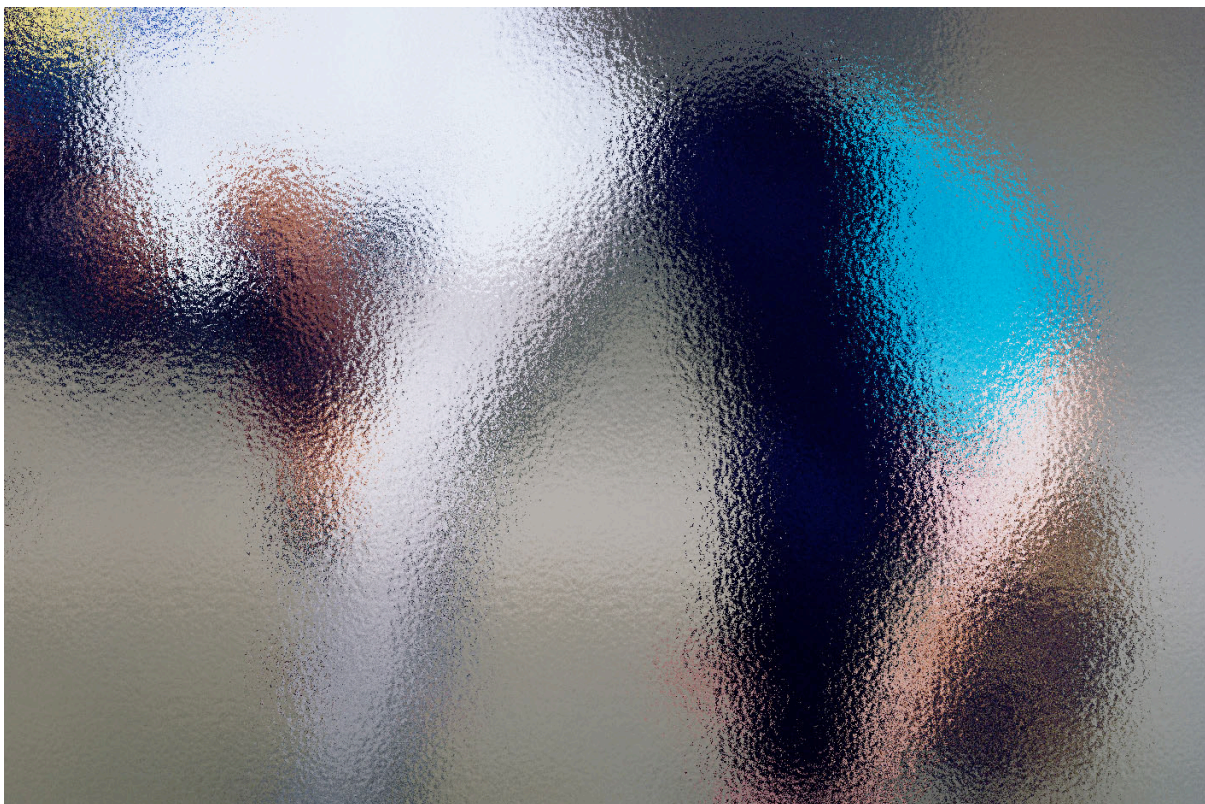
Acredita-se que todas essas orientações levam à direção de uma preocupação com a pluralidade de oferta de ações e do acolhimento ao UD, de forma solidária e cidadã, com vistas à promoção de saúde e da qualidade de vida, com a compreensão de que produzir e inventar saúde é responsabilidade política e social.

Considerando esses aspectos, tenho por objetivo colocar em análise o processo de participação dos UD's no GM, refletindo sobre essa estratégia como uma via terapêutica, na intenção da criação de mais um repertório de trabalho com esses usuários, conforme preconiza a política de atenção ao uso álcool e de outras drogas, do MS, que me incita a pensar estratégias de intervenção diferenciadas para esses usuários, visando ao seu acolhimento, numa lógica não somente centrada na abstinência, mas em práticas que tenham como referencial a lógica da redução de danos (BRASIL, 2003).

O que se irá encontrar nas próximas linhas é a reunião de vários encontros. Num primeiro momento, tenho o desafio de conectar as categorias teóricas deste trabalho, quais sejam, a política de atenção ao uso de álcool e de outras drogas no Brasil e o grupo de movimento, apresentando também o cenário deste estudo, seguido do processo histórico de construção do GM no CPTT. Assim, revelarei as rotas

metodológicas que naveguei para confecção deste estudo, com posterior apresentação dos tesouros encontrados nessas rotas, ou seja, os resultados a que consegui chegar, com as reflexões seguidas das considerações finais.

As reflexões produzidas pelo objeto de estudo proposto e os resultados a que cheguei indicaram que é possível a aplicabilidade do GM, principalmente se estiver atenta à singularidade dessa clientela, ofertando grupos abertos e não fechados, bem como à não predeterminação do número de encontros para essa clientela “a priori”, podendo, assim, ter mais um repertório terapêutico para o enfrentamento dessa problemática.



“[...] fui pela primeira vez e saí levinho, soltinho, achei maravilhoso! E continuei fazendo [...] entrar em contato com os sentimentos, aprender a respirar melhor... Ajuda demais.”

**Céu**

# **1 POLÍTICA DE ATENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS E O GRUPO DE MOVIMENTO: TECENDO O FIO DE ARIADNE<sup>18</sup>**

Dispomo-nos aqui a articular as categorias teóricas deste trabalho – a saber – a política de atenção ao uso de álcool e de outras drogas e o GM, como recurso terapêutico viável para essa atenção.

Para tanto, conceituaremos droga, discutindo os aspectos epidemiológicos dessa problemática no mundo e no Brasil. Contextualizaremos o processo de construção histórica das intervenções no âmbito da saúde pública para essa problemática, chegando ao cenário deste estudo, ou seja, o CPTT, tentando observar como se materializa, no município de Vitória, essa atenção, chegando à construção do processo histórico do GM no CPTT. Assim, pretendemos tecer fios de categorias que, a princípio, não estão tão colocados, com o desafio de produzir, mediante esses encontros, saídas do labirinto.

## **1. 1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS NO MUNDO E NO BRASIL**

Consideraremos por droga ou substância psicoativa os elementos que atuam sobre o cérebro, interferindo em seu funcionamento, podendo alterar o humor, a percepção, o comportamento e os estados de consciência do usuário (SEIDL, 2000), constatando a existência de um sistema de reforço ou de gratificação cerebral que pode explicar a razão pela qual os indivíduos abusam repetitivamente de uma determinada substância, desencadeando uma sistemática compulsiva, buscando a produção dos efeitos prazerosos por diversas vezes (STAHL, 1998).

---

<sup>18</sup> Ariadne, na mitologia grega, era apaixonada por Teseu de Atenas. Para salvá-lo do Minotauro, ela entrega uma bola de linha para guiá-lo no labirinto em busca da saída, quando Teseu vai enfrentá-lo (BURN, 1992). A metáfora “tecendo o fio de Ariadne” representa o momento do trançar as categorias teóricas trabalhadas (política de atenção ao UD e GM), com a tênue indicação de uma das possíveis saídas para o labirinto que é a atenção ao uso de drogas, vislumbrando o GM como estratégia terapêutica para esses usuários.

Observamos que essas substâncias referem-se a um universo de circuitos químicos para modificar realidades (ROTELLI, 1992) e que estiveram sempre presentes no processo civilizatório da humanidade no contexto religioso, místico, social, econômico, medicinal, cultura, psicológico, climatológico, militar e o da busca de prazer (TOTUGUI, 1988).

Entretanto, observamos que há uma passagem de um uso mediado por situações ritualísticas, de magia e de deuses, para uma forma não ritualizada, padronizando-se em consumos intensos e vorazes.

Segundo Birman (1997), a produção do uso intensificado de drogas inscreve-se no intervalo e no abismo insondável existente entre duas modalidades da cultura, pois, se, nos países produtores de drogas, essas substâncias encontram-se inscritas em rituais religiosos e conectadas a códigos culturais, não existindo, então, nesse contexto o uso abusivo das substâncias psicoativas, em contrapartida, nos países consumidores das drogas, ocorre a inscrição numa outra modalidade de registro, não havendo uma conexão com os processos simbólicos arraigados à cultura que codifiquem e regulem a ingestão de drogas.

Pode-se exportar as drogas, mas não os códigos culturais reguladores da magia presente na química destas mercadorias. Transforma-se com isso o valor de uso de magia, pela mudança de campo semântico (BIRMAN, 1997, p. 12).

Havendo uma troca de campos semânticos de uso da droga, observaremos padrões de consumo diferenciados da substância e cada vez mais uma confecção intensificada de novos produtos de consumo.

De consumos em contato com a natureza, passa-se a consumos regulados por regras e padrões decorrentes do processo de organização das civilizações, e isso vai trazendo o caráter de legalidade ou ilegalidade dos consumos, ora centrando, ora discriminando aquele que dela faz uso (SEIDL, 2000).

De produtos utilizados a partir do contato com o natural, têm-se hoje drogas produzidas e de intensidades cada vez mais poderosas, instigando o humano na

procura de prazer e de sensações mais diferentes do que as costumeiras. Decorre daí também intensidades, padrões de consumo, as diferentes significações para as substâncias e o momento histórico da procura e do uso dessas drogas (SEIDL, 2000). Totugui (1988) nos chama a atenção para o fato de que a droga, como qualquer outro elemento, acompanha a evolução das culturas, afirmando que, em consequência de mudanças de estilo de vida, traz cada vez mais menos espaços para o uso ritualizado dessas substâncias, produzindo o uso individualizado, solitário, com ausências de expressões culturais, facilitando um ambiente para um uso abusivo e desintegrador da droga.

Para exemplificar, podemos dizer que o caráter contestatório da utilização da droga, presenciada nos anos 60 por uma juventude idealista e rebelde, inspirada nos princípios marxistas ou no pacifismo do sim ao amor e não à guerra e que pretendia uma ruptura entre o ético e o legal, como o movimento *hippie*, fazia um uso das substâncias psicotrópicas em sinal de rebeldia ao sistemas (PROCÓPIO, 1999).

Sendo os tempos contemporâneos o mundo da hipervelocidade (CHARLES; LIPOVETSKY; VILELA, 2004), tem-se com isso uma velocidade imperativa que produz sujeitos cada vez mais sem sentido e sem contato, pois

Quando vivemos atravessados pela 'ditadura da velocidade' talvez a melhor arma seja a desaceleração. O que seria diferente de uma imobilidade. Da mesma forma que o poder massificante é individuante, a transitoriedade das informações pode produzir letargia e a aceleração da velocidade pode produzir inércia. As sociedades contemporâneas são marcadas por um processo contínuo de aceleração onde as matérias de expressão tornam-se rapidamente obsoletas. Parece que o mundo transforma-se numa seqüência aleatória e infinita. Neste sentido, a pluralidade configura-se em intensidade e não em densidade. As muitas coisas que somos, que gostamos, que fazemos, às vezes não chegam nem mesmo a assumir uma forma ou somente assumem formas padronizadas. O cotidiano transforma-se em uma coleção de tarefas sem cor, sem sabor e sem cheiro. Passageiros aflitos da próxima novidade, deslizamos incessantemente por tudo, repletos de informações e de um sentimento de vazio (MACHADO, 1999a, p. 215).

Vazios que podem nos remeter à busca por intensidades que levam a viagens de loucura e de prazer, mas também de pânico e de depressão. Assim, na contemporaneidade, as drogas perderam por completo o caráter contestatório, com uso desideologizado, em que, para a juventude, ter drogas é sinônimo de poder, pois

rende amizades, novos relacionamentos e até mesmo *status*, quando, por exemplo, a cocaína, o *ecstasy* e a heroína dão às festas dos filhos de elites o toque do caviar e do champanhe, enquanto substâncias com maior nível de impurezas, como o *crack*, são usadas em bailes *funks* freqüentados pelos jovens da periferia urbana e por jovens de camadas sociais de média e baixa renda. Assistimos também à associação dessas substâncias veiculadas aos movimentos musicais, como a *Techno Music*, as festas *raves* (PROCÓPIO, 1999).

Sem negar as agilidades e benefícios do tempo contemporâneo, verificamos que há produção de tecnologias cada vez mais sofisticadas, da informatização das relações, da virtualidade, bem como a utilização de substâncias psicoativas, atreladas a esse movimento.

Como uma dessas invenções, cita-se o uso do *ice* (gelo em inglês), sendo um tipo de anfetamina produzida em laboratório, que é vendida em forma de pedras cristalinas, podendo ser encontrada também num formato de um comprimido infantil, branca como uma aspirina. É uma droga dos anos 80 que, como o *crack*, pode ser inalada ou colocada dentro de uma bebida, com intenso poder psicoativo sendo consumida por jovens na Europa, principalmente por *internautas*, ganhando por isso o apelido de “droga dos *internautas*” (NAPPO, 2005; PAUTA ANTIDROGAS, 2005).

Capturando sujeitos com uma divisão de trabalho em várias categorias e de acordo com suas funções, como soldado, vapor, avião, olheiro, fogueteiro, endolador, gerente da boca, gerente do branco, gerente do preto, contador (FREITAS, 2002), o narcotráfico é uma ampla fonte de renda (para alguns), ganhando a droga uma outra forma de uso. Segundo Birman (1997), o mercado da droga refere-se talvez à segunda economia mundial, tendo-se à frente somente o mercado da energia e das telecomunicações.

O consumo de drogas, por exemplo, por crianças e adolescentes em situação de rua relaciona-se com o seu modo de vida e com as suas estratégias de sobrevivência diante da dura realidade das atrocidades do que seja viver na rua. Assim, a droga assume a função de minimizadora das situações suscitadas por essa condição como o abandono, apaziguando o sofrimento, afastando a sensação de angústia, reduzindo

a tristeza, a fome, o frio, a dor, dando, momentaneamente, a intensa sensação de euforia e, conseqüentemente, produzindo uma sensação ilusória e transitória de proteção em relação à condição perversa na qual se encontra (NERY; TORRES, 2002).

A produção de novas drogas refere-se à instauração de novos modos de existência, e com isso estamos sendo espectadores e consumidores de modos contemporâneos de existência atrelados também a novas substâncias psicoativas. Observa-se, com isso, que começa a haver invenções para o uso dessas substâncias articuladas aos momentos históricos.

Os problemas começam quando se limita a vida a apenas esses tipos de relações e não se consegue estar, o tempo todo, criando outros mundos e inventando outras formas de existência, remetendo-nos à busca de intensidades que levam a viagens de loucura, de prazer, de vazio, de pânico e de depressão. Qual a repercussão social de um mundo cada vez mais intensificado e acelerado por substâncias psicoativas? Que sujeitos estão sendo produzidos nessa intensificação?

Compreendendo diferentes nuances de significação da vida (COSTA; GONÇALVES, 1988), o que se evidencia é que esta categoria – droga – traz várias implicações sociais que se articulam em várias dimensões da existência humana, afetando-a e transformando-a. Na atualidade, o seu uso indevido é uma questão de ordem internacional e, conseqüentemente, objeto de atenção das nações em todo o mundo, pois seus efeitos reproduzem-se na sociedade, nos planos político, econômico, cultural e humano, confluindo em gastos com tratamento, aumento dos acidentes de trânsito, inferências no trabalho, trazendo repercussões para a produtividade e também aumento nos índices de violência (CARLINI et al., 2002).

Cerca de 400 milhões de pessoas vivas hoje sofrem de perturbações mentais ou neurológicas ou de problemas psicológicos, dentre esses se destacando aqueles relacionados com o uso abusivo de álcool e de outras drogas, sofrendo, muitas vezes, silenciosamente, com a falta de cuidados, com estigmas, vergonha e exclusão (ORGANIZAÇÃO..., 2005a).

Os dados globais do uso de drogas mostraram que, no mundo, tem-se 1,5 bilhão de usuários de tabaco, 2 bilhões de usuários de álcool e 200 milhões de usuários de drogas ilegais. O uso de drogas ilegais, em 2001, no mundo, atingiu 185 milhões, sendo 147,4 milhões de usuários de maconha, 33,4 milhões de usuários de anfetaminas, 7 milhões de *ecstasy*, 13,4 milhões usuários de cocaína e 12,9 milhões de usuários de opiáceos (9,2 heroína) (MONTEIRO, 2005).

Na América Latina, por exemplo, a prevalência do abuso de álcool varia de 9,7% na Costa Rica a 35,6% no Paraguai, enquanto no Chile a taxa de mortalidade relacionada com doenças hepáticas provocadas pelo álcool é de 20,8% por 100.000 pessoas. Na América Latina e no Caribe, há uma alta incidência de dependência alcoólica. Não há como “culpar” apenas os usuários de álcool pela ingestão excessiva dessa substância, causadora de morte, doenças e danos físicos evitáveis. Tanto o tratamento da dependência alcoólica quanto da síndrome de abstinência devem ser efetivados num ambiente comunitário, mas é preciso suscitar medidas orientadoras não apenas para o tratamento dos dependentes alcoólicos, mas sim produzir medidas de controle do álcool (ORGANIZAÇÃO..., 2005b).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% das populações urbanas na face da Terra fazem uso de substâncias psicoativas abusivamente independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. A maior prevalência global refere-se ao uso indevido de álcool e tabaco, considerando-se qualquer faixa etária, o que acarreta graves conseqüências para a saúde pública mundial. Além disso, mundialmente, está-se cada vez mais diante de um uso precoce e pesado de substâncias psicoativas (ORGANIZAÇÃO..., 2001).

Em se tratando da realidade brasileira, o primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas, em 2001, indicou o seguinte panorama em relação à prevalência e ao uso na vida das substâncias psicoativas mais utilizadas (tanto lícitas, quanto ilícitas): álcool (68,7%); tabaco (41,15%); maconha (6,9%); solventes (5,8%); orexígenos (4,3%); benzodiazepínicos (3,3%); cocaína (2,3%); xaropes (codeína 2,0%) e estimulantes (1,5%) (CARLINI et al., 2002).

Os dados indicaram que as drogas de maior prevalência, no Brasil, no que tange à dependência, foram o álcool (11,2%); o tabaco (9,0%); os benzodiazepínicos (1,1%); a maconha (1,0%); os solventes (0,8%); e os estimulantes (0,4%) (CARLINI et al., 2002). Isso demonstra que, apesar do furor midiático quanto às questões engendradas entre drogas e violência, e de todos os desafios suscitados por esse binômio, que a problemática central refere-se às drogas consideradas lícitas.

Dessa forma, o fumo e o álcool são as substâncias de maior uso no mundo, sendo também aquelas que trazem maiores repercussões para a saúde pública (OMS, 2001) e que acarretam, direta ou indiretamente, uma série de agravos à saúde dos adolescentes e jovens (bem como dos adultos), destacando-se os acidentes de trânsito, as agressões, depressões clínicas e distúrbios de conduta, comportamento de risco no âmbito sexual e a transmissão do “Human Immunodeficiency Vírus” ou Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pelo usuário de droga injetável (UDI) e de outros problemas relacionados com a saúde decorrentes dos componentes da substância ingerida e das vias de administração (BRASIL, 2003).

Em se tratando do álcool, observamos que a carga global de doenças decorrentes do seu uso foi responsável por cerca de 1,5% de mortes no mundo e 2,5% sobre o total de anos vividos ajustados pela incapacidade. Essa carga inclui transtornos físicos, como cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica, lesões decorrentes de acidentes tanto industriais e quanto automobilísticos. Além disso, transtornos mentais, como os hipercinéticos, distúrbios de atenção e de hiperatividade, distúrbios de conduta e transtornos emocionais da infância podem constituir fatores de risco para ocorrência futura de co-morbidades diversas, especialmente, o uso de álcool e de outras drogas (MURRAY; LOPEZ, 1996).

Os acidentes de trânsito estão relacionados com altos índices de alcoolemia no sangue, embora o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), mediante a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, tenha entrado em vigor em 22 de janeiro de 1998 e estabelecido a penalidade para o motorista que apresentar mais do que 0,6 grama de álcool por litro de sangue (DEPARTAMENTO..., 2005). Contudo, um estudo da Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito (ABDETRAN), em quatro capitais brasileiras (Brasília, Curitiba, Recife e Salvador), verificou que, das 865

vítimas de acidentes de trânsito, 27,2% apresentavam alcoolemia superior a 0,6g/l (ASSOCIAÇÃO..., 1997).

Considerando que as bebidas alcoólicas são substâncias psicoativas utilizadas há muitos séculos, com largo uso também nas sociedades contemporâneas (BERTOLOTE, 1997), verifica-se que o teor informativo das campanhas tentando introduzir o “saber beber com responsabilidade”, bem como as conseqüências do uso impróprio de álcool ainda tocam muito pouco as pessoas, são insuficientes e não contemplam a população de maior risco, como os adolescentes e os jovens (BRASIL, 2003), bem como os adultos.

Talvez essa dificuldade possa ser explicada, conforme nos sinaliza Mansur (1984), pelo fato de essa substância estar muito disponível, bem como a facilidade de seu processo de produção, que, por sua vez, possibilita uma maior oferta e um menor custo, trazendo o caráter de acessibilidade a uma grande parcela da população.

Constituindo-se o alcoolismo o maior problema para a saúde pública e considerando-se que 20% dos usuários da rede primária de atenção à saúde apresentam padrão de alto risco de uso de álcool, com sintomas clínicos generalizados, o seu diagnóstico e tratamento precoce interferem fundamentalmente no prognóstico dessa situação. Entretanto, constata-se o despreparo e a desinformação tanto dos usuários, quanto de familiares ou dos profissionais de saúde (BRASIL, 2003).

Essa constatação é de fundamental importância, principalmente se estivermos atentos ao fato de que o período médio, entre o primeiro problema decorrente do uso do álcool ou de qualquer outra droga e a primeira intervenção profissional, ocorre entre cinco a dez anos, para o caso do álcool, e um pouco menos para as outras drogas (WORLD..., 1987).

A correlação entre violência e uso de álcool e de outras drogas é um fenômeno sempre presente, quando se aborda essa questão. Todavia, Minayo e Deslandes (1998) apontam que não podemos pensar numa relação direta e unicausal entre essas categorias, apesar de todas as evidências empíricas trazidas por essa temática, uma vez que não está devidamente explicado se é a presença de álcool ou

drogas nos eventos violentos que permite estabelecer que tais sujeitos tenham sido afetados em seus comportamentos por tais substâncias psicoativas. Ou seja, não é possível afirmar se esses sujeitos em estado de abstinência não teriam cometido os mesmos atos violentos.

Considerando que a violência tem mais chances de ser exercida em determinados segmentos, locais e situações específicas e sob determinadas condições e que os diversos efeitos produzidos pelos tipos de substância psicoativa sugerem também a contribuição de fatores socioculturais e de personalidade, para se encontrar o nexo causal entre determinadas substâncias e violência, seria necessário saber se os comportamentos e atitudes violentos ocorreriam ou não no interior desses segmentos sem a presença do álcool ou de outras drogas. O que as evidências empíricas sugerem é que drogas ilícitas e álcool acarretam um significativo papel nos contextos nos quais são utilizados, entretanto essa importância depende dos fatores individuais, sociais e culturais (MINAYO; DESLANDES, 1998).

Em se tratando da infância e da adolescência, fica evidenciado que essas etapas da vida estão cada vez mais capturadas pelo consumo de substâncias psicoativas e, principalmente, de uma forma precoce e intensa, quer seja no âmbito das crianças e adolescente em situações de rua, quer seja em crianças e adolescentes que não estão vivenciando essa situação.

Estudos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), mediante quatro levantamentos com estudantes de 1º e 2º graus de escolas públicas brasileiras, no período compreendido entre 1987 a 1997, evidenciaram, com exceção do álcool e do tabaco, que os solventes eram as drogas mais consumidas, seguidos da maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e cocaína. Em 1997, dos 24,7% dos quinze e mil estudantes entrevistados já haviam experimentado algum tipo de substância psicoativa (GALDURÓZ et al., 1997).

Esses estudos também evidenciaram que os solventes foram as drogas que tiveram maior uso na vida nos quatro levantamentos realizados e que, excluindo-se o álcool e o tabaco, a maconha, os anticolinérgicos e a cocaína tiveram um crescimento de uso na vida estatisticamente significativo. Quanto ao uso freqüente, as cinco substâncias

mais consumidas foram os solventes, a maconha, os ansiolíticos, os anfetamínicos e a cocaína. A comparação dos quatro levantamentos demonstra que houve uma tendência de aumento do uso freqüente de maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e cocaína, considerando-se as dez capitais (GALDURÓZ et al., 1997).

No que tange às crianças e aos adolescentes em situação de rua, levantamentos realizados nos anos de 1987, 1989 e 1993 e 1997, em seis capitais brasileiras pesquisadas (São Paulo, Porto Alegre, Fortaleza, Recife, Rio de Janeiro e Brasília) constataram que o consumo de drogas é muito presente no cotidiano dessas crianças, sendo parte integrante do estilo de vida, evidenciando-se o consumo de drogas de uma forma muito freqüente nesse grupo (NOTO, 1997).

Nos quatro levantamentos, o que ficou evidenciado foram os solventes, como as drogas mais consumidas na maioria das capitais, exceto Fortaleza e Rio de Janeiro. A maconha foi a droga mais consumida em três capitais (Rio de Janeiro, Recife e São Paulo), enquanto o uso da cocaína e de seus derivados teve um significativo aumento em quase todas as capitais pesquisadas. Em se tratando do uso na vida de álcool e do tabaco, observa-se um número elevado de crianças e adolescentes que já tinham experimentado ambas as substâncias (NOTO, 1997).

Outro aspecto evidenciado pelo estudo foi a emergência avassaladora do *crack* mais evidente, inicialmente, em São Paulo (NOTO, 1997), outra realidade preocupante, sendo essa modalidade de droga uma nova forma de cocaína disponível em nosso meio, trazendo comprometimentos físicos associados, por exemplo, no trato respiratório, no aparelho cardiovascular, necrose muscular, problemas neurológicos e problemas psiquiátricos (FERRI et al., 1997). Ressalta-se que é uma droga mais prejudicial e potente do que a cocaína inalada e injetada, simples e barata, tornando-se acessível a crianças de camadas pobres da população (NASSIF FILHO et al., 1999).

Estudos relativos à prevalência de contaminação pelo HIV entre UDIs indicaram o aumento significativo de casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) por transmissão de drogas intravenosas (MESQUITA, 1992; MESQUITA; SEIBEL, 2000). Observou-se que 25% dos casos de AIDS estão, direta ou indiretamente,

relacionados com UDI e, de acordo com a pesquisa AJUDE Brasil II, no ano de 2001, 38,6% desses usuários concederam agulhas e seringas a outra pessoa, enquanto 35,9% compartilharam agulhas e seringas, acarretando a taxa de soroprevalência de HIV para 36,5% (BRASIL, 2003).

No caso do uso de drogas injetáveis, observa-se que o uso compartilhado de equipamento é predominante no caso da cocaína injetável, com 25% do total de casos AIDS notificados. Além disso, têm-se as hepatites virais e o uso de anabolizantes e silicone injetável. No Brasil, a estimativa é de que há 800.000 UDIs, dentre eles jovens entre dezoito e trinta anos, com início de consumo aos dezesseis anos, sendo sujeitos de baixa escolaridade, com 1º grau incompleto. Tais usuários têm como prática a utilização em média de injeção de 10 a 25 vezes por sessão de uso. O quadro é de 36,5% de contaminação por HIV, enquanto 56,4% são contaminados por hepatite C, trazendo o panorama de 85 % UDIs, que, por sua vez, fazem uso da droga em grupo. Dentre eles, 23% procuraram tratamento e 80% desses já foram detidos pela polícia pelo menos uma vez na vida (BRASIL, 2003).

Estudos demonstraram que o uso de drogas e início da vida sexual é, em média, aos treze anos, coincidindo com o início precoce do uso de bebidas alcoólicas, enquanto o estudo do MS e do Movimento Nacional de Meninos e Meninas em Situação de Rua (MNMMSR), em junho de 2002, referindo-se a meninos e meninas de rua e ao consumo de drogas, verificou que, dentre 632 crianças e adolescentes, na faixa etária entre dez e vinte e três anos, 23,2% já haviam usado alguma droga, enquanto 0,8 % já tinha compartilhado seringa ou agulhas (BRASIL, 2003).

Como as políticas públicas no campo da saúde vêm interferindo nessa complexa problemática? O que norteia tais políticas? Falar de tais políticas, no caso brasileiro, é resgatar a amplitude histórica dos movimentos de transformação no campo da saúde e que confluíram, certamente, para a mudança na atenção ao uso de álcool e de outras drogas no Brasil.

## 1.2 A MUDANÇA NA ATENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS NO BRASIL: DA RECLUSÃO À LÓGICA DA REDUÇÃO DE DANOS

O movimento sanitário foi um movimento social que preconizou reformulações nos processos e práticas de saúde no Brasil, tendo como bases conceituais o discurso médico-social, que modificou o paradigma de saúde como a história natural da doença, instaurando a compreensão de que o processo saúde-doença é também determinado pelas instituições político-econômico-sociais que se materializam no País. Dessa forma, institui a saúde como coletiva, no espaço da saúde pública, referenciando como coletivo o que emerge e relaciona-se com os contextos ou instituições de poder, saber que são históricos e que se reproduzem nas práticas discursivas em qualquer campo de conhecimento (SCOREL, 1998).

Esse movimento causou mudanças significativas na produção de saúde no País, confeccionando as bases conceituais da reforma sanitária, sendo essa a decorrência do processo de luta iniciado na década de setenta, tendo como parâmetro básico uma saúde pública, gratuita, de qualidade e acessível à população brasileira (CARVALHO, 1997).

Tais bandeiras de luta foram legitimadas pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080/1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios e diretrizes a saúde como direito, a universalidade, a integralidade das ações, a intersetorialidade, a humanização, a resolutividade, a participação popular e a equidade (BRASIL, 1990a), e pela LOS, nº 8.142/1990, que resgata a participação popular, por meio dos Conselhos de Saúde (CS), produzindo a confecção conjunta dos destinos da saúde pública no País, bem como as conferências e os fóruns de saúde para discutir, avaliar e traçar as metas para o setor saúde (BRASIL, 1990b).

Um dos aspectos relevantes da reforma sanitária é a descentralização e desconcentração dos recursos financeiros federais, sendo a municipalidade o lugar eleito para a atenção à saúde, com vistas a garantir os preceitos e diretrizes do SUS, na promoção, na prevenção, na assistência e na reabilitação da saúde, numa maior

proximidade e vinculação entre usuários e profissionais de saúde, garantindo a co-responsabilidade nos processos de saúde, solidariedade e autonomia (CARVALHO, 1997).

No campo da saúde mental, reforma psiquiátrica é a denominação dada para o reordenamento da atenção em saúde mental no contexto do SUS, tendo como diretrizes principais a restauração dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a transformação do modelo assistencial confinado, recluso, caro e iatrogênico até então predominante (BRASIL, 2001a).

Como princípios norteadores para a reforma psiquiátrica brasileira, têm-se os postulados da Psiquiatria Democrática italiana, cujo Franco Basaglia é um dos inspiradores, e os apontamentos da Declaração de Caracas, fruto da Conferência Regional para Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Continente (ALVES, 2001).

Realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 1990, essa conferência foi o marco fundamental e determinante para o Continente Sul-Americano rever as ações em frente ao sofrimento psíquico, condenando o papel segregador dos espaços de reclusão, de confinamento e hospitalocêntricos para os transtornos mentais, convocando os Governos e atores do campo da saúde mental a promover a mudanças na assistência à saúde mental (ALVES, 2001).

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM)<sup>19</sup> foi fundamental para a mudança de paradigma na assistência e as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM)<sup>20</sup> foram os fóruns de debate legitimados para as transformações e para a consolidação das novas práticas nesse campo, pois o objetivo de uma conferência é estabelecer no campo democrático novos paradigmas para uma área determinada de uma dada formação social, e aqui o desafio era rechaçar um modelo assistencial predominantemente baseado no modelo médico psiquiátrico, considerado caro,

---

<sup>19</sup> O MSTM foi formado no final da década de 70, por trabalhadores em saúde mental, protagonizando as aspirações e as ações pela reforma da assistência psiquiátrica nacional (AMARANTE, 1996).

<sup>20</sup> As CNSMs são três e foram realizadas nos anos de 1987, 1992 e 2001 (BRASIL, 2001a).

ineficaz, iatrogênico e violador dos direitos humanos fundamentais, buscando novas estratégias para a assistência (BRASIL, 2001b).

Em 1991, o MS, na lógica da reestruturação da assistência psiquiátrica, mediante a Coordenação de Saúde Mental (CORSAM), operacionaliza duas diretrizes básicas para a reestruturação em saúde mental, que foram a substituição progressiva do modelo assistencial psiquiátrico por uma rede de atenção integral de saúde mental e a revisão do aparato jurídico legal, visando à garantia dos direitos civis e de cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais (SILVA; ALVES; SCHECHTMAN, 1995).

As regulamentações propostas com a Portaria 189/91<sup>21</sup> (BRASIL, 2002e), a Portaria 224/92<sup>22</sup> (BRASIL, 2002e) e a Portaria 407/92<sup>23</sup> (BRASIL, 2002e) produziram o incremento de práticas nas políticas públicas municipais para a transformação do modelo assistencial, bem como a participação dos usuários e familiares nos processos, mediante o incremento de espaços substitutivos à internação psiquiátrica, como os CAPSs, serviços residenciais terapêuticos, centros de Convivência, inclusão da saúde mental na atenção básica, projetos de inserção no Trabalho e Cooperativas, atenção domiciliar e ações comunitárias e territoriais, dentre outras (BRASIL, 2001a).

No contexto da reforma psiquiátrica, verificou-se que a assistência às pessoas com problemas relacionados com o consumo de álcool e de outras drogas realizava-se nos hospitais psiquiátricos, entidades filantrópicas e abordagens terapêuticas com base em atividades religiosas e em laborterapia, indicando a precariedade da oferta

---

<sup>21</sup> Alterou o financiamento das ações e serviços de saúde mental, aprovando os procedimentos Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)/Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), oficinas terapêuticas e atendimento grupal, serviços mais contemporâneos no âmbito da saúde mental, incorporando conhecimentos e valores éticos, em substituição à lógica hospitalocêntrica de até então (BRASIL, 2002e).

<sup>22</sup> Regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, tanto a incorporação de novos procedimentos à tabela do SUS, quanto a regulamentação e o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, até então, lugares de exclusão, silêncio e martírio. Estabeleceu normas, proibiu práticas que eram habituais e definiu como co-responsáveis, tendo como sinalizador a LOS, pela fiscalização do cumprimento dos seus conteúdos em níveis estadual e municipal do sistema, que são, inclusive, estimulados a complementá-la. Essa portaria teve a singularidade de ter sido aprovada pelo conjunto dos coordenadores e assessores de saúde mental dos Estados, para que, entendida como “regra mínima”, pudesse ser cumprida em todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2002e).

<sup>23</sup> Criou o código de procedimento transitório para hospitais psiquiátricos que ainda não cumpriam integralmente a Portaria SNAS/MS 224/92, definindo as exigências mínimas e os mecanismos para habilitação nesse procedimento (BRASIL, 2002e).

de serviços públicos disponíveis para essa clientela, contatando-se, no ano de 1993, que as internações decorrentes por psicose alcoólica e a dependência química do álcool e de outras drogas eram a segunda e quarta causa, respectivamente, das internações psiquiátricas, e psicose alcoólica significou, em 1992, a nona causa de todas as internações da rede hospitalar do SUS (SILVA; ALVES; SCHECHTMAN, 1995).

Os dados colhidos pelo Sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), do Sistema Síntese do Departamento de Informação e Informática (DATASUS) do MS, em 1993, indicaram também que o número de pacientes internados com quadro de dependência química atingiu o percentual de 35,14% do total de internações por transtornos mentais, significando 149.752 internações, em 1993, e os gastos com internação por dependência química, nos hospitais psiquiátricos, representaram cerca de 85 milhões de dólares em 1993 (SILVA; ALVES; SCHECHTMAN, 1995).

Outro dado significativo foi a verificação de que, em diferentes capitais brasileiras, a existência de uma demanda potencial por cuidado psiquiátrico para a população acima de quinze anos era decorrente do abuso e dependência do álcool (ALMEIDA et al., 1992).

Os custos relativos às internações decorrentes do consumo de álcool,<sup>24</sup> no ano de 2001, segundo dados do DATASUS, apontaram 84.467 internações para tratamento em função de problemas relacionados com álcool, número quatro vezes maior do que as internações ocorridas pelo uso de outras drogas. Considerando 27,3 dias de permanência por internação nesse período citado, teve-se um custo anual para o SUS de mais de 60 milhões de reais no ano de 2001. Ressaltamos que essas evidências não estão considerando os gastos com os tratamentos ambulatoriais e nem com as internações ou outras formas de tratamento de comorbidades provocadas indiretamente pelo consumo do álcool (BRASIL, 2003).

---

<sup>24</sup> Observando essa realidade de internações no Estado do Espírito Santo, verificamos que, no período compreendido entre janeiro a novembro de 2004, tivemos 9.008 internações psiquiátricas, sendo que, dessas, 1.738 internações (19,3%) referiram-se aos transtornos mentais decorrentes do uso do álcool (ESPÍRITO SANTO, 2005), dentre outras internações relativas a outros tipos de drogas.

Outro aspecto a ser apontado, de acordo com o DATASUS, dentro do período compreendido entre 1998 e 2001, refere-se ao maior percentual de gastos decorrentes do uso indevido de álcool (87,9%), em contrapartida com os gastos originários no consumo de outras drogas (BRASIL, 2003).

Esse panorama norteou, desde 1991, as estratégias de trabalho do MS que direcionou a prática terapêutica com ações de prevenção, assistência e tratamento na área de drogas, organizando diferentes estratégias para mudar esse quadro, como a capacitação de recursos humanos e a confecção de serviços extra-hospitalares em parceria com recursos comunitários, realizando medidas normativas para a atenção dessa clientela (SILVA; ALVES; SCHECHTMAN, 1995).

As principais ações estratégicas foram a produção de material instrucional,<sup>25</sup> a assessoria ao Parlamento e a legisladores na revisão da legislação sobre drogas e a mudança do modelo assistencial da atenção aos dependentes químicos no Hospital Geral e nas estruturas integradas à rede de serviços de saúde (SILVA; ALVES; SCHECHTMAN, 1995).

A organização e a estruturação das redes como a forma mais eficiente de garantir o acesso à assistência à saúde e, dentre essas, a rede de atenção ao uso de drogas, passa a ser um ponto fundamental para a garantia do acesso e da assistência para essa problemática (BRASIL, 2002a, 2002b).

Considerando a magnitude epidemiológica do uso indevido de álcool e de outras drogas observadas nas últimas décadas que tomou proporções de um grave problema relacionado com a saúde pública no Brasil, o MS vem definindo, ao longo desse tempo, as estratégias de enfrentamento para essa questão, visando ao fortalecimento dessa rede, baseada na atenção comunitária, com vistas à reabilitação e reinserção social (BRASIL, 2001a).

---

<sup>25</sup> Como exemplos dessas iniciativas, podem ser citados a produção dos materiais instrucionais Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo (BRASIL, 1991) e Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas (BRASIL, 1994), ambos destinados a profissionais da saúde e educação, com a intenção de propiciar o adequado subsídio aos profissionais atuantes na área e principalmente tentando fazer uma normalização de condutas em relação às situações específicas da prática cotidiana (BRASIL, 1991, 1994).

Com isso, organizou, nos dias 22 e 23 de agosto de 2001, pela Assessoria Técnica da Secretaria de Assistência à Saúde, um seminário técnico, em Brasília (BRASIL, 2001a). Esse evento, denominado **Seminário de Atendimento dos Usuários de Álcool e de Outras Drogas na Rede SUS**, estava inserido na etapa preparatória da III CNSM, tendo como eixo da discussão os mesmos subitens propostos pela conferência em questão, ou seja, modelo de assistência, recursos humanos, financiamento e controle social (BRASIL, 2002c).

Legitimando o movimento de reestruturação para a atenção aos usuários de álcool e de outras drogas, o MS publicou portarias no ano de 2002, instituindo serviços do tipo CAPS ad,<sup>26</sup> (BRASIL, 2002b), representando atualmente no Brasil o quantitativo de 74 CAPS ad distribuídos pelas diversas Regiões do País: Norte (6), Nordeste (15), Centro-oeste (6), Sudeste (33), Sul (14) (BRASIL, 2005).

Outras portarias também foram instituídas referentes ao Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas; o Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos da Rede SUS para os serviços (especialização, atualização e informação técnica relativas à área de álcool e outras drogas) e a criação de Normas para o funcionamento e cadastramento de CAPS ad (BRASIL, 2002b). Tendo-se profissionais de saúde com uma visão negativa do paciente, acarretando um acolhimento não caloroso e também com conhecimentos defasados sobre essa temática, a formação profissional passa a ser uma estratégia fundamental para abordar essa questão pelas instituições formadoras (BRASIL, 2003).

Em se tratando dos profissionais de saúde, observa-se que o ensino da dependência química na graduação encontra-se defasado em relação à demanda, por exemplo, da rede primária de saúde. Entretanto, um curso de formação para esses profissionais

---

<sup>26</sup> A portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescentou novos parâmetros àqueles que se encontravam definidos pela Portaria nº. 224/92, em relação à área ambulatorial. Nesse sentido, ampliou a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, uma vez que estabeleceu, considerando critérios populacionais, portes diferenciados desses serviços, inclusive direcionando novos serviços específicos para a área de álcool e de outras drogas, bem como infância e adolescência. Além disso, criou mecanismo de financiamento próprio para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS (BRASIL, 2004a).

pode ser uma extraordinária ferramenta para sua reeducação, considerando-se que isso não é um processo de efeito imediato, mas que pode suscitar mudanças significativas em longo prazo (SILVA, 2005).

Todo esse percurso faz materializar-se a atual política de atenção do MS, denominando-se Política Integral de Atenção aos Usuários de Álcool e de Outras drogas (BRASIL, 2003), com o texto fundamentado também na III Conferência de Saúde Mental, de dezembro de 2001, com o tema “Cuidar, sim; excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social (BRASIL, 2002f), que traz em seu texto princípios e diretrizes para o cuidado e atenção de usuários de álcool e de outras drogas que destacamos a seguir:

Art. 13 – Na construção da política de saúde mental é fundamental garantir que o Ministério da Saúde defina políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que deverão ser baseadas no respeito aos direitos humanos, nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. É fundamental, também, garantir que o SUS se responsabilize pelo atendimento dos usuários de álcool e drogas e, ao mesmo tempo, não reduzir esta questão a uma problemática exclusiva da saúde. Com esta perspectiva, é necessária a criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas integrada à rede do SUS que evite a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas à sua internação (BRASIL, 2002f, p. 60).

Em consonância com os princípios norteadores do SUS, da Lei nº 10.216,<sup>27</sup> da CNS e dos indicadores dos preceitos da III CNSM, a atual política de atenção ao uso de álcool e outras drogas do MS, no Brasil, preconiza que a atenção nesse campo deve pautar-se em ações de prevenção, de tratamento e de educação que devem se constituir na interface desse Ministério com outros e também da sociedade organizada. Essa política acata o desafio de que o consumo dessas substâncias é problema para a saúde pública, tendo como estratégia de intervenção a política de redução de danos (RD), o estabelecimento dos CAPS ad e as redes assistenciais (BRASIL, 2003).

---

<sup>27</sup> Lei de 6 de abril de 2001 que redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil, regulamentando o cuidado especial com a clientela internada por longos anos, prevendo, inclusive, a possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária. Essa Lei teve como base o projeto original do deputado Paulo Delgado e versão final modificada do substitutivo do senador Sebastião Rocha. Inclui proposições contidas em substitutivos anteriores favoráveis ao projeto original, como dos senadores Beni Veras e Lúcio Alcântara, ou contrários a esse projeto, como do senador Lucídio Portella (BRASIL, 2004a).

Preconizando a importância de uma política de promoção, prevenção, tratamento e educação para o uso de álcool e de outras drogas com interfaces entre os Programas do MS, com outros Ministérios, Organização Governamental (OG), Organização Não-Governamental (ONG) e setores da sociedade civil organizada, a ênfase dessa política pauta-se na reabilitação e na reinserção social dos usuários, com uma oferta de cuidados fundamentada nos dispositivos extra-hospitalares, utilizando-se o conceito de território, a rede e a lógica ampliada da redução de danos (BRASIL, 2003).

Ao se ter como lógica uma política de redução de danos, que ultrapassa o foco de uma abstinência somente, amplia-se, então, o espectro de possibilidades dessa atenção, partindo-se do princípio de que não existe tratamento específico para todos (NATIONAL..., 2001). Deve-se assim incorporar uma diversidade de ofertas para essa clientela, corroborando com a seguinte afirmativa: “Nenhuma forma de atendimento pode ter a pretensão de ser útil a todos, principalmente numa condição tão complexa como é a da dependência” (MANSUR, 1984, p 47).

Dessa forma, não podemos pensar num tratamento-pacote para essa clientela, havendo, então, necessidade de os serviços adequarem às características de seu trabalho à demanda, e não o usuário adequar-se à demanda do serviço, com seu tratamento-pacote. Ao se ampliarem as intervenções, temos, por exemplo, os modelos de terapia cognitivo comportamental (KNAPP et al., 1994), nos grupos de mútua ajuda (como alcoólicos anônimos) (GAMBARINI, 1997), a acupuntura (SMITH, KHAN, 1988; BULLOCK; CULLITON; OLANDER, 1989); a shiatsuterapia,<sup>28</sup> articulados com outros recursos na comunidade, como a rica experiência de Salvador, mediante os consultórios de rua (OLIVEIRA, 2002).

---

<sup>28</sup> Buscamos a referência dessa experiência mais não a encontramos publicada. Obtivemos cópia do projeto com a professora Dr<sup>a</sup> Marluce Miguel de Siqueira (PPGASC/UFES), que deu parecer nesse projeto. Esse projeto de pesquisa, intitulado *Estudo comparativo da aplicação de terapia corporal como coadjuvante no tratamento de pacientes alcoólatras em fase de abstinência*, é uma continuação de outro trabalho realizado na Fiocruz em 1999, financiado com recursos do FAT, que treinou os shiatsuterapeutas recrutados em comunidades carentes, com a colaboração do pesquisador Belmiro Freitas de Salles Filho, professora Jane Maria de Moraes Maia, do epidemiologista Genésio Vicentin, do infectologista e clínico Antônio Sergio de Almeida Fonseca e do psiquiatra Marcelo Chagas, tendo como coordenador Frits Suttmoller.

Ao se ter como premissa uma rede de serviços possíveis e singulares para o cuidado desses usuários, ampliam-se as possibilidades de trocas e, principalmente, abre-se espectro de cuidados para os usuários (TORRES, 2002a). Assim, podemos produzir uma rede como aquela quando os pescadores vão ao mar, entrelaçando fios, linhas e mãos à procura de outros sentidos para essa questão tão difícil, complexa, mas possível de ser enfrentada, principalmente se nos permitirmos conviver com as singularidades.

Diferença produz emaranhados, trocas. Mas se se suportar a diferença, produz-se a instigação, a aventura pelo novo e o suporte. E isso vai apontando o que já se sabe desde lá, do homem das cavernas: que, às vezes, é preciso juntar os corpos para apaziguar o frio, ou para fazer alguns enfrentamentos. Ou seja, estar próximo, perto, solidário, sem ser dependente, sem precisar funcionar na respiração do outro. Solidariedade é potência, é não desistir diante dos entraves. É poder vislumbrar outras formas de se estar no mundo sem necessariamente estar tão capturado pelos circuitos químicos.

Considerando que o uso de álcool e de outras de drogas em sua intensificação é uma realidade contemporânea, é preciso uma compreensão e ação ampliada, vislumbrando a necessidade de diferentes saberes e aportes teórico-técnicos, objetivando a compreensão desse fenômeno de uma forma integrada, buscando-se a diversificação de ofertas terapêuticas tanto preventivas, quanto reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde (BRASIL, 2003).

Ao se favorecer uma perspectiva ampliada de atuação para esses usuários, está-se rompendo com uma lógica preconizada no País, quando esse cuidado ficou contemplado somente pela ótica médica. Com isso, favorece-se a compreensão da complexidade desse cuidado e atenção, não sendo território de apenas um saber, mas sim um tema que tem implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas (BRASIL, 2003).

Ao se adotar uma perspectiva ampliada para essa atenção, aponta-se a necessidade de não se fazer uma relação unicausal dessa problemática com a criminalidade ou com a adoção de modelos de exclusão para o cuidado desses usuários. Além disso,

a necessidade de práticas alternativas para essa atenção rompe com o paradigma somente da abstinência como única saída possível para esse cuidado (BRASIL, 2003).

Ao se ter como foco a abstinência, esbarra-se numa questão delicada, pois muitos usuários, necessariamente, não querem a abstinência e, ao se centrar nisso, eles tendem a abandonar os serviços. Isso significa não serem acolhidos nas suas diferenças, gerando um índice baixo de adesão ao tratamento. Por outro lado, isso acaba também ocasionando práticas preventivas e de promoção que não favorecem a inserção social e familiar do usuário. Além disso, o aparecimento de novas substâncias de uso e novas formas de consumo que adotam características próprias e requerem modalidades de prevenção adaptadas aos consumidores e aos contextos onde são consumidas (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, o desafio é produzir novas estratégias de intervenção, tendo-se como lógica a redução de danos, com o desafio de aliar o âmbito clínico de intervenção com o campo da saúde coletiva, que comumente são vistos como áreas separadas e oponentes, buscando-se garantir a construção de novos olhares, novos dispositivos de intervenção, com estratégias que favoreçam o contato, o vínculo com esse usuário e seus familiares para que possam desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades (BRASIL, 2003).

Não tendo a abstinência como uma saída e com o objetivo é resgatar o sentido da clínica e da saúde coletiva com práticas de saúde que engendrem o compromisso ético com a defesa da vida, a lógica da redução de danos, como estratégia operadora de interações múltiplas, se sobressai, havendo o reconhecimento da singularidade de cada usuário traçando com ele estratégias voltadas não para a abstinência, mas aumentando o grau de liberdade e de co-responsabilidade daquele que está se tratando, implicando o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida do usuário (BRASIL, 2003).

Assim, o princípio fundamental dessa lógica refere-se ao respeito à liberdade de escolha, pois muitos usuários não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e mesmo esses precisam ter o risco de infecção pelo HIV e hepatite minimizados. Dentre as diversas ações desenvolvidas por essa estratégia, tem-se, por exemplo, a troca e distribuição de seringas para UDIs, atividades educativas e de aconselhamento aos usuários (BRASIL, 2001c).

A redução de danos, na verdade, é um movimento de cunho internacional que emerge como resposta à crise instaurada pela AIDS na década de 80, suscitando em muitos países a necessidade da invenção de estratégias mais práticas e adaptativas para evitação/redução da transmissão do vírus HIV entre UDIs (MARLATT, 1999).

O marco inicial do movimento de redução de danos foi a I Conferência Internacional, realizada em Liverpool, em 1990, porém a necessidade pelo reconhecimento científico de suas práticas e saberes efetiva-se com a III Conferência Internacional, em 1992 (REGHELIN, 2002).

No cenário internacional, países como Alemanha, Espanha, Itália, Áustria, Grécia, França e Inglaterra já implementaram medidas redutoras de danos, ressaltando-se que, na Inglaterra, em registros que datam de 1926, as primeiras intervenções no âmbito da saúde coletiva, como estratégia de redução de danos, são apontadas no Relatório Rolleston quando cita a recomendação de médicos preeminentes, indicando a prescrição de opiáceos, por profissionais de saúde, para que o UD tivesse uma vida mais estável e útil à sociedade e não necessariamente a abstinência completa (REGHELIN, 2002).

A lógica de redução de danos materializa-se, por exemplo, nos Programas de Redução de Danos (PRDs), mediante um conjunto de medidas e ações de saúde pública para prevenção das conseqüências danosas à saúde, decorrentes do uso de drogas, visando à minimização dos efeitos adversos, sem necessariamente interferir na oferta e no consumo, buscando-se a instauração de outras práticas discursivas em torno da droga (BRASIL, 2001c).

No Brasil, as primeiras experiências de PRD aconteceram nas cidades de Santos (São Paulo) e Salvador (Bahia), no ano de 1995. O País hoje já acumula mais de três dezenas de PRDs (BRASIL, 2001c).

Marcadamente conhecida pelas intervenções no campo da redução da contaminação do HIV/AIDS, a lógica da redução de danos não se aplica somente a esse campo. Deve ser utilizada como formas de uma intervenção mais antecipada nos casos de consumo de álcool, uma vez que o consenso mundial demonstra que as intervenções devem voltar-se para a minimização dos altos gastos com os danos gerados com o consumo de droga lícita em qualquer padrão de uso. A assistência a essa clientela deve ser dada em todos os níveis de atenção, sobremaneira em espaços de atenção, por exemplo, os CAPS ad (BRASIL, 2003).

Outros estudos reafirmam a lógica da redução de danos para problemas relacionados com o álcool (LARIMER et al., 1999), bem como para o uso de cigarros e nicotina (BAER; MURCH, 1999).

A redução de danos é, portanto, uma abordagem clínico-política com ação no território, com intervenção na construção de redes de suporte social, visando à criação de novos movimentos possíveis na cidade, e também avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares (BRASIL, 2003).

O local da ação, portanto, deve acontecer por onde circulam os usuários, bem como equipamentos de saúde flexíveis abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, de educação, de trabalho, de promoção social, no qual os equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação sejam contínuos e se dêem de forma associada (BRASIL, 2003).

Assim, o compromisso da saúde é “[...] fazer proliferar a vida, e fazê-la digna de ser vivida [...]” (BRASIL, 2003, p. 11), tendo o MS a responsabilidade de criar e manter os equipamentos; qualificar os seus profissionais; formular políticas de saúde em articulação com outras áreas afins; executar e avaliar tais políticas, assumindo o que lhe cabe no enfrentamento do que faz adoecer e morrer; ter compromisso com SUS,

fortalecendo o seu caráter de rede, incitando outras redes à conexão, acesso e participação (BRASIL, 2003).

Dessa forma, as práticas obrigatoriamente a serem contempladas pela política de atenção integral aos usuários de álcool e de outras drogas, numa perspectiva ampliada de saúde pública, estão assim sinalizadas: a) proporcionar tratamento na atenção primária; b) garantir o acesso a medicamentos; c) garantir atenção na comunidade; d) fornecer educação em saúde; e) envolver comunidade, famílias, usuários; f) formar recursos humanos; g) criar vínculo com outros setores; h) monitorar a saúde mental na comunidade; i) dar mais apoio à pesquisa; j) estabelecer programas específicos (BRASIL, 2003).

Diante de todo esse cenário, como vem atuando o CPTT, primeiro CAPS<sup>29</sup> ad do Estado do Espírito Santo?

## 1.3 A ATENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

### 1.3.1 O município de Vitória e a saúde

O município de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, outrora foi conhecido como Ilha do Mel. Cidade sol, de singelas e intensas delícias, de luz dourada e única, tem cheiro de mar, de moquecas, sons de tambores de congo, estando delineada geograficamente por regiões planas, mangues, praias e morros.

É uma das cidades mais antigas do Brasil, tendo sido fundada no dia 8 de setembro de 1551 (DERENZI, 1995), portanto próxima a completar 454 anos.

---

<sup>29</sup> Sabe-se que, no Estado do Espírito Santo, os municípios da Serra e Vila Velha estão em fase de implementação de seus CAPS ad, sendo que o de Vila Velha já se encontra em funcionamento e o da Serra está para ser inaugurado.

[...] Já não é mais a capital sem pressa e com todo o tempo do mundo [...] Vitória cresceu muito, para os lados e para cima. A cidade alta deixou de ser o seu mais alto ponto habitado. No centro, os edifícios não respeitam nem as ladeiras nem as velhas escadarias. O vento circula com dificuldade por entre os paredões de concreto – mas circula. Tapou-se a vista do Penedo, à entrada da baía, que antes enchia os olhos de todos os habitantes, sem distinção. Mas o Penedo continua firme (NEVES; NEVES; PACHECO, 1991, p. 44).

Hoje, Vitória abrange uma área territorial de 104km<sup>2</sup> (VITÓRIA, 2001g) entre ilha e continente (Fotografia 1), e possui uma população de 291.889 habitantes (BRASIL, 2000b). Está organizada em sete administrações regionais, estabelecidas pela PMV, que compreende que essa forma de organização constituirá canais de acesso direto para as reivindicações e atendimentos mais rápidos das necessidades de cada região, descentralizando obras e serviços de manutenção da cidade (VITÓRIA, 2001e).

Dessa forma, as regionais estão assim representadas: Bento Ferreira/Jucutuquara (16 bairros, com aproximadamente 29 mil habitantes); Camburi/Goiabeiras (13 bairros, com aproximadamente 66 mil habitantes); Praia do Canto (11 bairros, com aproximadamente 34 mil moradores); Santo Antônio (15 bairros e cerca de 38 mil habitantes); Centro (10 bairros e cerca de 18 mil habitantes); Maruípe (14 bairros e cerca de 37 mil habitantes); e São Pedro (11 bairros e 26 mil habitantes, aproximadamente).

Ao todo, Vitória possui noventa bairros (VITÓRIA, 2001e).



**Fotografia 1 - Vista aérea de Vitória**

Fonte: CAPAI, 1999

Vitória faz parte de uma Região Metropolitana, denominada Grande Vitória, que reúne os cinco municípios<sup>30</sup> de Cariacica, Guarapari, Viana, Vila Velha e Serra. A Grande Vitória, com uma população aproximadamente de 1.300.000 habitantes, é pólo urbano-estadual que centraliza algumas atividades de grande escala, por exemplo, o ensino universitário e serviços especializados típicos de metrópole. Na interação com esses municípios, Vitória concentra a maior parte das atividades econômicas, da arrecadação tributária, da produção e da difusão cultural e de prestação de serviços, principalmente os serviços médicos e hospitalares especializados, fazendo com que ocorra uma "pressão" da população do entorno de Vitória sobre os serviços públicos da cidade (VITÓRIA, 2001f).

No campo social, muitas desigualdades são percebidas na Região Metropolitana, no que se refere às condições de vida da população. Conforme demonstra o Projeto Vitória do Futuro, o município de Cariacica apresenta a maior concentração de pobreza da região e em Vitória também se encontram desigualdades sociais, uma

---

<sup>30</sup> Atualmente, integrou à Região Metropolitana o município de Fundão (VITÓRIA, 2005b).

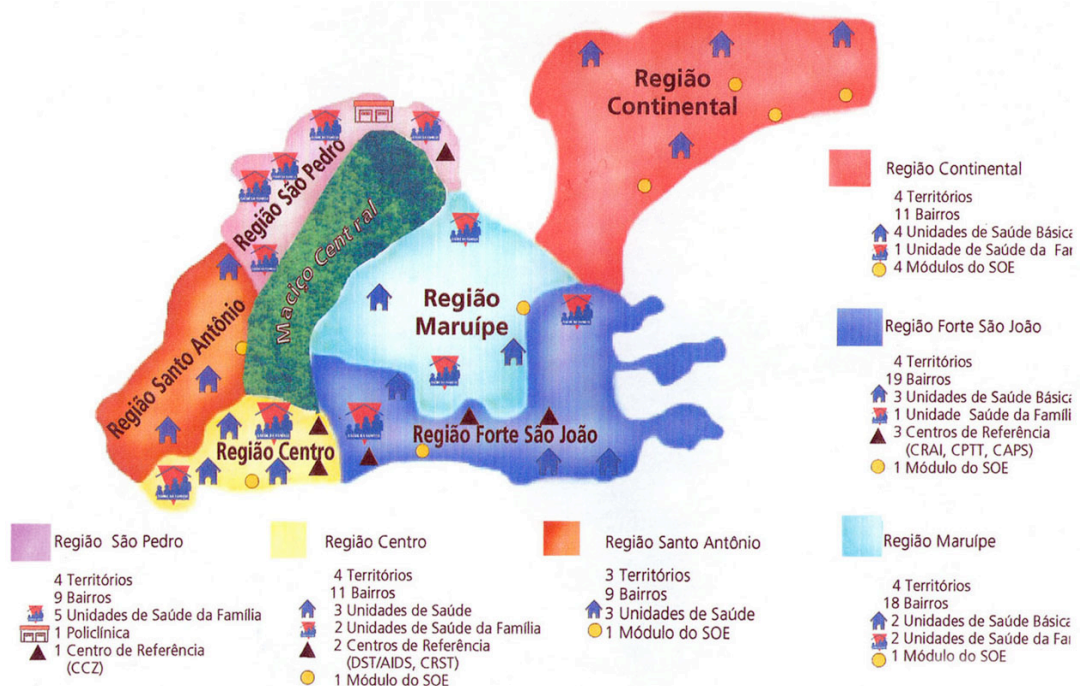
vez que cerca de 17% da população sobrevive com menos de um salário mínimo, enquanto de 25% dos moradores residem em habitações precárias, em morros ou regiões de manguezal, ocupação resultante da migração intensa e desordenada, de famílias do interior do Estado, nas décadas de 60 e 70, quando o eixo da economia capixaba passou de uma economia essencialmente agrícola, para uma economia industrial, estimulando a vinda dessas famílias à Capital (VITÓRIA, 2001f).

O Governo do município de Vitória tem planejando estratégias e ações, algumas já implementadas, envolvendo todas as Secretarias Municipais e administrações regionais, como o Projeto Terra, que tem por finalidade produzir uma melhoria da qualidade de vida dos moradores dos morros de Vitória, garantindo urbanização (abastecimento de água, sistema de esgoto, iluminação pública, melhoria habitacional, pavimentação de ruas, drenagem, contenção de encostas, dentre outros), regularização fundiária (fixação de regras de uso e ocupação do solo) e desenvolvimento comunitário (incentivo à formação de cooperativas, atendimento a idosos, crianças, adolescentes e famílias carentes e capacitação profissional) (VITÓRIA, 2001f).

Caminhando na consolidação do novo modelo de atenção à saúde preconizado pela política nacional, que traz a reformulação do conceito de saúde não apenas como ausência de doença, buscando-se uma direção para o cuidado das pessoas que interviesse sobre as causas dos problemas apresentados, promovendo saúde e elevando o homem da condição de usuário a sujeito ativo, no processo de consolidação da cidadania (BRASIL, 1990a), desde 1994, o município de Vitória vem desenvolvendo vários processos, a saber: a divisão do município em regiões de saúde (Santo Antônio, Maruípe, Forte São João, São Pedro, Continental e Centro); a elaboração de diagnósticos situacionais de saúde, nas regiões, mediante a utilização da metodologia da estimativa rápida para definir e explicar os principais problemas referentes à saúde a serem enfrentados; a delimitação dos territórios de atuação das Unidade de Saúde (USs), levando-se em conta as áreas de sua abrangência; a implantação dos conselhos locais de saúde; o processo de apropriação dos territórios pela US; e a implantação da estratégia de Saúde da Família (VITÓRIA, 2001d).

Vitória encontra-se habilitada na gestão plena da atenção básica, desde janeiro de 1998, de acordo com a Norma de Operação Básica (NOB) (NOB/96), contando, hoje, com 24 US, três prontos-atendimentos, uma policlínica, cinco centros de referência<sup>31</sup>, oito módulos de serviço de orientação do exercício e um laboratório municipal, distribuídos nas seis regiões de saúde, compostas por 22 territórios (Mapa 1).

Desenvolve, ainda, ações nas áreas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Zoonoses e, no que concerne ao nível de prevenção e assistência, realiza ações programáticas definidas pela epidemiologia, baseadas no enfoque de risco, organizadas em programas que vão atender às diferentes clientela (crianças, adolescentes, mulheres, idosos, hipertensos, estudantes e trabalhadores) (VITÓRIA, 1999a).



**Mapa 1 - Regiões de saúde e rede de serviços da SEMUS**

Fonte: VITÓRIA, [200-]

<sup>31</sup> Atualmente, existem oito Centros de Referências: Centro de Controle de Zoonoses, CPTT, Centro de Promoção e Recuperação Física, Centro de Referência de Atenção ao Idoso, Centro de Referência de Atenção Psicossocial, Centro de Referência de Atendimento a Desnutridos, Centro de Referência em Doença Sexualmente Transmissível (DST)/AIDS e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (VITÓRIA, [200-]).

A municipalização dos serviços, ou seja, a transferência do gerenciamento dos serviços de saúde para os Governos municipais e a responsabilidade sobre o gerenciamento dos serviços de saúde (BRASIL, 1990a) vêm sendo a lógica orientadora desse processo e, à medida que a municipalização dos serviços vai-se efetivando, os níveis de atenção à saúde (secundário e terciário) também vão sendo assumidos e/ou organizados, desencadeando a Gestão Plena do Sistema Municipal, o que garantirá a integralidade da assistência (VITÓRIA, 1999a).

A implantação da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1998, 2000a) iniciou-se, em Vitória, no final do ano de 1997 e, em fevereiro de 1998, as primeiras quatro equipes começaram suas atividades, priorizando-se as áreas cujos bairros demonstraram indicadores de saúde desfavoráveis e um relevante índice de pobreza em relação a outros espaços do município<sup>32</sup> (VITÓRIA, 1999a). Assim, como em todo o Brasil, o PSF, no município de Vitória, começou com equipes de Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) que, aos poucos, estão se transformando em equipes de PSF.

Com a implementação do PSF no município, surgem alguns desafios que precisam ser superados, como a adesão da população a essa nova perspectiva, a formação de recursos humanos em saúde, a adequação da estrutura física e funcional das USs, a seleção, a contratação e a capacitação dos recursos humanos, a definição da política de remuneração e o incentivo dos recursos humanos (VITÓRIA, 1999a).

Essa nova lógica de produzir saúde requer uma descentralização de poderes e saberes que foram e vão sendo constituídos, historicamente, mediante os discursos e práticas dos "especialismos",<sup>33</sup> congregando, agora, diferentes saberes enunciados, tanto pelos profissionais, como pela população, colocando-se principalmente em cena

---

<sup>32</sup> O documento *Saúde da família: estratégia para o novo milênio* (1999a) não esclarece o que são e quais são os indicadores de saúde desfavoráveis e o índice de pobreza.

<sup>33</sup> Refere-se a territórios de saber-poder construídos pelas práticas educacionais, que acabam constituindo saberes como propriedades produzindo estratégias que homogeneízam práticas excluindo a possibilidade da diferença, multiplicidade, e principalmente a possibilidade de uma formação que se configure em múltiplas formas de ação, produzindo tanto saberes e práticas sociais instituindo sujeitos em aprendizados permanentes e prontos e acabados, amorfos, despotencializados, silenciosos e serializados (BARROS, 1997).

a questão da formação profissional, ou seja, que formação se deseja e de que forma ela vem se efetivando para esses profissionais de saúde.

A política de saúde mental do município de Vitória vem operando suas ações dentro dessa lógica de reorganização dos serviços de saúde no município, bem como sob a perspectiva do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, articulando-se com as diretrizes da OMS, da OPAS e do MS, focando, então, a sua atenção à saúde mental da infância e da adolescência, bem como a atenção ao uso e abuso de álcool e de outras drogas (VITÓRIA, 1999b), uma vez que os diagnósticos situacionais de saúde realizados evidenciaram, em todas as regiões de saúde do município, problemas relacionados com o uso do álcool e de outras drogas (VITÓRIA, 1995b, 1995c, 1995d, 1996a, 1996b, 1996c, 1996d).

### **1.3.2 Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos: entre pontes e redes**

Dentro do âmbito da saúde municipal, o CPTT é um serviço de referência no campo da atenção ao uso de drogas, tanto lícitas, quanto ilícitas, peculiaridade que, por si só, já congrega vários desafios (Fotografia 2). Emergiu, no município, no ano de 1992, como uma resposta em nível municipal, para abarcar a referida problemática, uma vez que, até então, não existia, nesse nível, um serviço adequado para a população, já que no Estado do Espírito Santo, não havia um serviço público específico, com estrutura física própria e que fosse referência, pois alguns programas em nível da Universidade e estadual ainda não tinham conseguido a abrangência, cobertura e determinação necessárias (VITÓRIA, 1989).



**Fotografia 2 – Maquete do CPTT**

Fonte: CAPAI, 1998

A emergência histórica do CPTT ocorre, então, no momento em que as mudanças no processo de reorganização dos serviços de saúde estavam sendo geradas, sendo um dos momentos preciosos dessa construção o espaço intitulado *Drogas em Debate: o que você sabe sobre este mundo?*,<sup>34</sup> seminário que congregou, no ano de 1990, várias instituições<sup>35</sup> pertinentes a essa temática, momento no qual foi apresentado à sociedade o projeto desse centro (CAMPOS, 1990).

Esse projeto toma como responsabilidade o trabalho no campo da prevenção, do tratamento, da formação de profissionais e da pesquisa, tendo como premissa teórico-conceitual, em seu projeto inicial, a consideração de que o indivíduo deveria ser visto numa relação com o seu contexto sociocultural, devendo a atenção estender-se ao núcleo familiar e social, sendo a droga inserida na história pessoal de cada sujeito, cumprindo uma função determinada, fazendo, então, o sujeito a droga,

<sup>34</sup> Esse debate pode ser encontrado no livro produzido após esse evento, intitulado *Drogas em Debate: o que você sabe sobre este mundo?* (CAMPOS, 1990), segundo livro em papel reciclado da Companhia de Desenvolvimento de Vitória (CDV).

<sup>35</sup> As instituições convidadas para o evento foram Núcleo de Estudos e Pesquisa Sobre Álcool e Drogas (NEPAD) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (CORDATO), Brasília, Distrito Federal, Centro Mineiro de Toxicomanias (CMT), Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília (UNB), Casa de Saúde Anchieta de Santos, em São Paulo (CAMPOS, 1990).

pautando-se numa relação alienada. Dessa forma, a ênfase do serviço está no sujeito e não na droga em si (VITÓRIA, 1989).

Nesse projeto inicial, a constituição de sua equipe de trabalho previa, de imediato, um coordenador geral, um coordenador clínico para o espaço do HD, um enfermeiro, um advogado, dois psicólogos, dois psiquiatras, dois assistentes sociais, dois terapeutas ocupacionais, um professor de Educação Física, quatro auxiliares de serviços gerais, uma secretária. Em médio prazo, mais dois psicólogos, mais dois psiquiatras, mais dois assistentes sociais e um atendente. Previa também estágios supervisionados nas áreas de Psicologia, Medicina, Serviço Social, Belas Artes, Educação Física, Direito, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Sociologia (VITÓRIA, 1989).

Embora se propondo a diferentes níveis de atenção, apesar de inauguração em dezembro de 1992, inicia suas atividades no ano de 1993, caracterizando-se como um NAPS, solidificando suas ações no espaço ambulatorial, em virtude da necessidade de recursos humanos para implementar as ações do HD, que passou efetivamente a funcionar no ano de 1994 (VITÓRIA, 1994). Encontram-se registradas também nesse primeiro ano de existência atividades de cunho preventivo, articulações com a mídia e ações desenvolvidas com a comunidade (VITÓRIA, 1993).

A premissa teórico-conceitual proposta no projeto inicial do Centro, bem como as conduções do processo de gestão do trabalho começaram a gerar mal-estar institucional, providenciando um (re)pensar dos procedimentos de trabalho, contando com a participação de uma equipe para esse fim, externa ao CPTT, visando a fazer análise desse processo. Essa intervenção institucional apontou os nós críticos nos procedimentos de trabalho (VITÓRIA, 1994).

Seguindo a lógica e o movimento de reversão do modelo de assistência à saúde, preconizado pelo MS, traduzido pelos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e, mais especificamente, pela ESF, coube ao CPTT reorganizar o seu funcionamento, com vistas à garantia de suas competências específicas, e também consolidar a sua integração como um dos elementos importantes nessa mudança que ora vem-se redesenhando e reconfigurando-se, na intenção de se promover saúde, não apenas como ausência de doença, mas saúde articulada com outros aspectos ligados, direta

ou indiretamente, a essa questão (lazer, cultura, movimentos comunitários, dentre outros) fazendo uma aliança com a vida, em seu caráter expansivo, produzindo efeitos diversos nos diferentes níveis de atuação do CPTT (TORRES, 2002a).

Mudanças significativas foram acontecendo no processo de gestão<sup>36</sup> do trabalho do CPTT, constituindo o emaranhado de sua história, tecendo novas redes e olhares para esse lugar, tanto no interior de seu processo de trabalho, bem como nas conexões que foram sendo estabelecidas com outros setores.

Um passo importante e fundamental nesse processo foi a constituição, no ano de 1997, de um Convênio de Cooperação Técnica Brasil-União Européia), pelo MS, Coordenação de Saúde Mental (CORSAM) e a Association de Coopération pour le Développement des Services de Santé (ACODESS) (TORRES, 2002a). Essa consultoria foi prestada, de 1997 a 2001, sendo Salvador (Bahia) outra cidade contemplada pelo convênio. Essa parceria auxiliou na concretização, no ano de 1998, da RAUDV, na qual o CPTT veio a ocupar o lugar de coordenador, bem como produziu e suscitou muitas reflexões concernentes ao PRD (TORRES, 2002a).

O estabelecimento e concretude dessa rede, na verdade, só veio sedimentar um processo que já estava sendo tecido em pequenos movimentos anteriores organizados pelo CPTT. No próprio projeto fundador do Centro já se encontrava registrada, num de seus objetivos específicos, a articulação com outras instituições e organização da sociedade civil para a atuação conjunta na referida área (VITÓRIA, 1989).

Outro movimento no ano de 1997 já sinalizava a preparação de um Projeto de Multiplicadores das Normas e Procedimentos na Abordagem do Alcoolismo e do Abuso de Drogas (VITÓRIA, 1997a), com princípios e diretrizes do MS (BRASIL, 1991, 1994). A operacionalização desse projeto já demonstrava a importância da constituição de um trabalho multiplicador

---

<sup>36</sup> Gestão aqui e no decorrer deste trabalho estará sendo entendida como nos aponta Merhy (2002), ou seja, como o lugar dos encontros entre a política, as práticas e os atores sociais. Lugar do encontro da política, da racionalidade técnica. Campo complexo no qual estão implicados usuários e os trabalhadores de saúde.

[...] objetivando assim a construção de uma rede de diferentes atores sociais e setores, visando tratar a questão das toxicomanias numa ação globalizante que permita a Promoção da Saúde, a Promoção da Qualidade de Vida, considerando ser esta também a forma mais eficaz de um trabalho de prevenção nesta questão (VITÓRIA, 1997a, p. 6).

Essa iniciativa produziu duas capacitações em parceria, como o Programa de Saúde Escolar (PSE), dirigido aos educadores e profissionais de saúde do município de Vitória, bem como o desenvolvimento de duas capacitações na UFES, mediante a Pró-Reitoria de Extensão, viabilizado pelo convênio com o Departamento de Medicina Social do CBM. Nesse projeto, a meta estabelecida era a formação de multiplicadores como educadores, profissionais de saúde, agentes sociais e líderes comunitários. A meta alcançada foi a formação de multiplicadores na área da educação, saúde e ação social, que envolveu profissionais da Secretaria de Ação Social (SEMAS), da PMV e de municipalidades do interior do Estado, Conselho Tutelar, membros dos Grupos de Mútua Ajuda, estudantes e servidores da UFES (VITÓRIA, 1997a).

Além disso, apontou a importância de, no ano de 1998, garantir a continuidade dessas ações, ampliando a carga horária, promovendo a inovação de dinâmicas de trabalho e materiais didáticos, bem como o maior envolvimento da equipe do CPTT e de outros serviços da rede, além de visualizar a necessidade de uma supervisão pela equipe do CPTT aos projetos elaborados ao final da formação, com vistas ao acompanhamento e a garantia da integração de diferentes setores e atores, construindo uma rede de multiplicadores, sendo o Projeto de Multiplicadores “[...] a forma de estabelecer com a rede um sistema de referência/contra-referência e também a forma de estruturação da atenção primária, ou seja, a prevenção no CPTT” (VITÓRIA, 1997a, p. 2).

A rede, então, na sua conformação atual, tem por finalidade a oferta de serviços diferenciados e articulados que viabilizem a acessibilidade dos usuários aos seus diversos pontos, possibilitando a sua acolhida, congregando parceiros governamentais da esfera municipal, estadual e federal, organizações não-governamentais, grupos de mútua ajuda e entidades de cunho religioso (TORRES, 2002b). Em outubro de 2001, organizou o I Fórum Municipal de Atenção ao Uso de

Drogas, com a temática Políticas de Ação em Prevenção, Tratamento, Pesquisa e Reinserção Social, alavancando as diretrizes municipais para essa atenção (VITÓRIA, 2001a).

Num outro momento significativo de sua gestão do processo de trabalho, em 2002, o CPTT é recadastado como CAPS ad (BRASIL, 2002d), o que movimenta, em seu interior, novas mudanças operacionais e novas indagações. Com essa nova atribuição, passa a ter a responsabilidade de ser o regulador da porta de entrada para a atenção ao uso de álcool e drogas no município, bem como organizar o processo de formação de profissionais nos territórios de saúde, para o acolhimento dos usuários (BRASIL, 2002d).

Tais mudanças vão operando e constituindo novas frentes de trabalho e do lugar eminentemente da assistência (tratamento), tão conhecido e mais circulável, suas atribuições ampliam-se de fato, instalando-se e ocupando os lugares a que se propôs no contexto de sua criação.

No campo da prevenção, já realizou a Oficina de *Sahaja Yoga*, ministrada por um médico do serviço, com a característica de ofertá-la não só aos UD's, mas, também, à comunidade de forma geral (FURIERI, 1996). Outras iniciativas referem-se, por exemplo, à participação no projeto de abordagem dos motoristas, tendo-se em vista a associação álcool e direção, bem como a abordagem informativa com ações de prevenção via formação de multiplicadores no programa Risco Social (VITÓRIA, 2005a).

O PRD já é uma realidade no nosso município (TORRES, 2002b; CARPANEDO 2003; VITÓRIA, 2003). O seu estabelecimento decorreu após intensas provocações e discussões tanto no interior da própria equipe do CPTT, como em seu exterior, aspecto próprio dos PRDs onde são instalados, uma vez que suscitam em nós um repensar de nossos preconceitos e mentalidades em frente ao estabelecimento de novas formas de lidar com o uso de drogas.

O Estado do Espírito Santo tem a Lei Estadual nº 6.769, publicada em 25 de setembro de 2001 (ESPÍRITO SANTO, 2001), que autoriza a instalação, em parceria

com o MS, das estratégias do PRD, legitimando esse campo de atuação em nível estadual. O município de Vitória já tem o seu PRD instalado oficialmente desde 2001, pela Lei Municipal nº 4.949/2001, publicada em dezembro do mesmo ano<sup>37</sup> (CARPANEDO, 2003).

Disparando inúmeros acontecimentos que estavam por vir, desde a adequação da equipe desse Centro a esse novo devir, bem como as dificuldades inerentes a todo trabalho que se inicia, o PRD inicialmente nos desterritorializa,<sup>38</sup> em nossas lógicas cotidianas e costumeiras, que nos engendram e nos colocam diante de certezas que, muitas vezes, não estamos disponíveis a transpor. Aqui, particularmente, uma nova (e delicada) forma de olhar o consumo/uso de substâncias psicoativas mediante a lógica da não interferência inicialmente naquilo que o usuário traz de certeza para si, mas, sim, na lógica da produção de um novo olhar-forma de cuidado.

Em termos epidemiológicos, a concretização do PRD não pode se calar diante da constatação de que a transmissão do vírus HIV, relacionada com o uso de drogas injetáveis, até agosto de 2001, registrava, em dados coletados pelo Centro de Referência em DST/AIDS (CR DST/AIDS) do município, a incidência de 14,5%, entre os UDIs e seus parceiros, dentre as pessoas que procuraram as USs do município, somando-se aos dados da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), que computava a incidência, no primeiro trimestre de 2002, de 16,2% de contaminação por essa via (VITÓRIA, 2002a).

Algo precisava ser efetivamente realizado para transformar essa realidade e para evitar a continuidade das contaminações. Diante desse panorama, “[...] o CPTT volta-se para essa abordagem, visando a ampliar sua capacidade de resposta e

---

<sup>37</sup> Concomitantemente à esfera governamental, outros movimentos relativos à RD foram agenciados no Estado do Espírito Santo. A primeira organização não-governamental, denominada Associação Capixaba de Redução de Danos (ACARD), emerge “[...] com a missão de desenvolver ações de redução de danos para a realização de mudanças sociais, de saúde e cidadania, frente ao uso abusivo de substâncias psicoativas” (ASSOCIAÇÃO..., 2001, p. 6). Estabelecendo-se em outubro de 2001, essa organização “[...] surgiu da iniciativa de assistentes sociais, psicólogos, médicos, estudantes e voluntários que se preocupavam com o avanço da epidemia de HIV/AIDS e hepatites virais em nosso estado” (ASSOCIAÇÃO..., 2001, p. 6). Outra instância, o Instituto da Cidadania, foi constituída em junho de 2003, como uma organização da sociedade civil de interesse público, tendo como foco ações em atenção à saúde e RD, e como eixos de trabalho a prevenção, a formação, a pesquisa, o tratamento e ações de comunicação (INSTITUTO DA CIDADANIA, 2003).

<sup>38</sup> Desterritorialização é um processo de desconstrução e desmanche de territórios constituídos que podem ocasionar a construção de novos territórios (MACHADO, 1999a).

proporcionar atendimento receptivo adequado e eficácia no tratamento” (VITÓRIA, 2002a, p. 5). Em seu projeto Unidade Móvel: facilitando o acesso, o CPTT, pretendendo atender a 150 UDIs nas áreas de Morro do Romão, Morro de Santa Marta, Rua da Lama, Sindicato dos Estivadores e outro campo a ser demarcado,<sup>39</sup> preconiza que o objetivo de suas ações é “[...] o controle da transmissão do HIV e outras doenças entre os UDIs proporcionando apoio às ações em desenvolvimento pelos redutores de danos” (VITÓRIA, 2002a, p. 6).

Somando-se a todo o processo histórico já instaurado, o elemento sedimentador do PRD, no município de Vitória, materializa-se mediante o treinamento<sup>40</sup> para a sensibilização e capacitação de técnicos, sob a ótica da RD, para a área de saúde e de serviço social, UDIs e ex-UDIs, vinculados ao CPTT, com duração de uma semana, com carga horária distribuída entre teoria, vivências e trabalho de campo (SIQUEIRA et al., 2001).

Essa capacitação inaugurou três campos iniciais de trabalho: Romão, Rua da Lama e Santa Marta (SIQUEIRA et al., 2001), tendo como indicador o olhar dos usuários e ex-usuários de drogas presentes no processo, que foram consultados sobre qual deveria ser o melhor lugar para se instaurar o trabalho de campo (VITÓRIA, 2002a). Privilegiou-se, assim, naquele momento, a experiência desses usuários.

Em quase três anos de existência, o PRD/CPTT constituiu novos campos de trabalho, como Três Marias, Mangue Seco, Andorinhas, Forte, Morro do Quadro, Itararé e Praia do Suá (sensibilização da US), mantendo-se Romão e Santa Marta, enquanto o campo Rua da Lama não se conservou, estando temporariamente paralisado em decorrência da escassez de recursos humanos para operacionalizá-lo (VITÓRIA, 2003).

---

<sup>39</sup> O projeto consultado (VITÓRIA, 2002a) não explicita o motivo da inclusão do Sindicato dos Estivadores e nem faz alusão a qual seria esse outro campo a ser demarcado.

<sup>40</sup> Ressalta-se que, anteriormente a esse treinamento, outras iniciativas, em termos de formação de recursos humanos em RD, já haviam sido iniciadas, como parcerias entre CR DST/AIDS e CPTT, visita técnica de membro do CETAD/UFBA, que ministrou palestra no CPTT sobre a experiência de Salvador em redução de danos (RD). Além disso, dois técnicos do CPTT realizaram estágio no CETAD, bem como outros técnicos do CPTT participaram de congressos e similares sobre a temática RD.

No tocante à constituição inicial da equipe do PRD, no segundo semestre de 2001, contava-se com treze agentes redutores de danos (ARDs) entre técnicos, UD em tratamento no CPTT, ex-usuários do CPTT, trabalhando esses últimos na condição de voluntariedade (VITÓRIA, 2003). Em dezembro de 2002, ao completar um ano de atividades, a equipe constitutiva do PRD, contando com um psicólogo contratado, na função de coordenador, torna-se reduzida, pois enfrenta dificuldades na contratação de ARDs, passando para sete ARDs atuando ainda na condição de voluntariedade. Em 2003, a equipe fica mais reduzida, permanecendo o psicólogo coordenador e somente quatro ARDs como voluntários (VITÓRIA, 2003).

Ressalta-se que a interface com a Universidade aconteceu mediante a presença de estagiários de Psicologia e Serviço Social no programa. Nesse momento, as ações incluíam a preocupação com a formação de recursos humanos com uma nova perspectiva da questão.

Apesar de todas as dificuldades para a constituição de uma equipe permanente, a estruturação do trabalho vem acontecendo mediante a organização das seguintes estratégias: um campo de pesquisa para criação de um banco de dados; o trabalho de campo,<sup>41</sup> que conta com supervisão à equipe e amigos do programa (AP), reuniões de equipe e análise de relatórios; tratamento aos UD acometidos de HIV/AIDS, hepatite, mediante atendimentos clínicos e psicoterápicos; plantão; trabalho de prevenção com os profissionais do sexo; oficinas de RD, contando com grupos de produção de texto, produção de material educativo, produção do *kit*<sup>42</sup> e a realização de treinamentos, capacitando profissionais de saúde, educação, ação social, militares e outros profissionais que lidam direta ou indiretamente com UD, atingindo, no ano de 2001/2002, a média de 120 profissionais capacitados (VITÓRIA, 2003).

Já tendo conquistado uma unidade móvel (carro) para facilitar o acesso aos usuários e conseguindo, no período de janeiro de 2002 a outubro de 2003, a disponibilização

---

<sup>41</sup> Trabalho de campo refere-se aos espaços abertos na comunidade, nos quais se realizam atividades, como a troca de seringas, atividades educativas, acolhimento, dentre outras (BRASIL, 2001c).

<sup>42</sup> *Kit* de redução de danos é um estojo composto por seringas e agulhas sobressalentes, copos para diluição, água destilada, lenços para anti-sepsia, preservativos e folder com orientações sobre redução de danos (BRASIL, 2001c).

de 3.573 seringas, a troca de 1.426 seringas e a distribuição de 24.904 preservativos masculinos (VITÓRIA, 2003), essa experiência demonstra que um PRD, num centro de tratamento, propicia reflexões do que seja tratamento, quando possibilita ultrapassar concepções higienistas e assépticas e produzir, no usuário, um reposicionamento de suas histórias de vida (CARPANEDO, 2003).

Como todo processo inovador, o PRD vem sofrendo alguns embates e reflexos. Existem resistências internas nas USs com proximidade aos campos de trabalho estabelecidos, quando avaliam algumas etapas de desenvolvimento das sensibilizações, das capacitações vivenciadas e sobre o funcionamento do programa e quando conceituam como ruim<sup>43</sup> tais estratégias (VITÓRIA, 2003).

Outros focos de resistência estão expressos notadamente pelas ações originárias do Legislativo Municipal e Estadual que, por meio de suas bancadas evangélicas, vêm realizando tentativas de interromper esse trabalho.<sup>44</sup> Estratégias de impedimento como essas nos levam a questionar qual é a ética de funcionamento que essas instâncias dirigem aos humanos e à vida, quando insistem em aprisionar o sofrimento daqueles que vivenciam a problemática do uso de drogas, em padrões morais (bem/mal), querendo incitar aprisionamentos em roteiros morais que, inclusive, levam à produção de doenças, desrespeitando à ética com o público.

Sedimentar um processo de construção histórica é desafiante e inquietador. O movimento de RD no Estado do Espírito Santo congrega o jogo de forças entre a pressão emanada da sociedade civil, até a legitimação pelas instâncias governamentais dessa estratégia, quando ganham o corpo da lei, apesar de já estarem sinalizadas pela política de atenção integral ao uso de drogas no País.

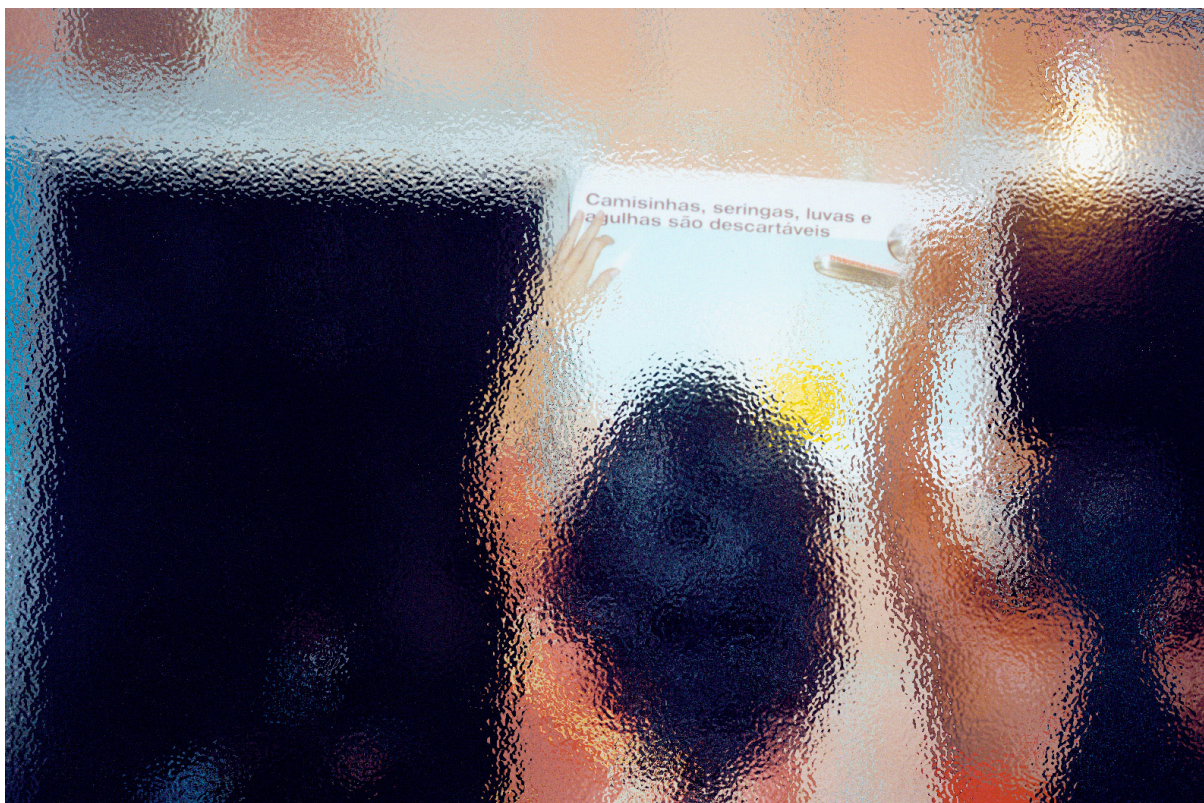
---

<sup>43</sup> O documento consultado (VITÓRIA, 2003) estabelece que foi realizada uma avaliação qualitativa do trabalho de campo, analisando-se as ações de sensibilização, de capacitação e de funcionamento do programa na área. Os itens avaliados foram: ações na rede de UDIs, UDIs, nos AP e nas USs. Os conceitos utilizados foram bom, médio e ruim. Entretanto, o documento não sinaliza as categorias profissionais que participaram dessa avaliação.

<sup>44</sup> Como exemplo, citamos a Proposição nº 239/2003, de autoria do deputado estadual Reginaldo Almeida do Partido Liberal, que revoga o art. 1º da Lei Estadual nº 6.769/2003 que autoriza a distribuição de seringas descartáveis aos usuários de drogas (ESPIRITO SANTO, 2005). Contramovimentos a esse foram instaurados mediante a realização de uma Audiência Pública para esclarecimentos quanto às estratégias de redução de danos, sendo uma delas ocorrida em 8 de outubro de 2003, na Assembléia Legislativa do Estado do Espírito Santo, na Comissão de Saúde.

O trabalho do PRD no município de Vitória é uma realidade legitimada, sendo a convocação agora a de sustentá-lo e concretizá-lo nos aspectos da constituição de uma equipe permanente de trabalho, que necessita de ampliação e da efetivação da contratação de ARD, saindo do lugar do uso voluntário para o da legitimação desse profissional.

O trabalho caminha, entretanto, repleto de desafios, não só no que concerne à mudança de posição ao se adotar possibilidades estratégicas diferenciadas dos paradigmas orientadores no trato da atenção ao uso de drogas, que nos indicam a direção somente da abstinência como a única saída para essa questão, mas, principalmente, devendo considerar o aspecto fundamental da formação de recursos humanos na temática em questão, analisando o que significa, efetivamente, interferir nos processos de formação profissional (Fotografia 3).



**Fotografia 3 – Trabalho de campo do PRD/CPTT, no Morro do Romão**

Fonte: VITÓRIA, 2001b

No eixo formação de recursos humanos, as estratégias adotadas concentram-se, atualmente, nas capacitações em serviço para professores, pedagogos, educadores sociais e profissionais de saúde, dentre outros, em parceria com outros setores municipais, estaduais e federais. Outras capacitações vêm sendo delineadas e efetivadas, dirigidas, especificamente, aos profissionais das USs para favorecer o acolhimento de UD e seus familiares, em seus territórios de saúde. Esse eixo realiza também a supervisão técnica dos profissionais da Rede Municipal. Em parceria com outros setores da PMV, realiza o Projeto Risco Social (VITÓRIA, 1999c).

Um trabalho nesse campo, destinado aos ACSs, em 2000, foi realizado sob a responsabilidade do CPTT, mediante o projeto **Injetando vida nas veias** (BORGES; RASCH, 1999), conectado à ESF e RAUDV. Esse projeto tinha como objetivo problematizar a produção de subjetividades "toxicômanas" no cenário contemporâneo, falando e vivenciando sentimentos relativos a essa questão, buscando construir novas formas de abordagem diante do uso/abuso de droga nos territórios de saúde.

Aconteceu de janeiro a dezembro/2000, por meio de grupos de supervisão, mensalmente, com duração de duas horas, no auditório do CPTT, participando os ACSs das regiões de São Pedro e parte da Região Maruípe,<sup>45</sup> tendo-se ao todo 70 ACSs, no início, passando ao final desse mesmo ano para 89 ACSs, acréscimo esse resultante de novas contratações (BORGES; RASCH, 2002a).

Mudanças de conceitos, tanto de droga, quanto de UDs foram se processando no decorrer do trabalho, modificando-se de um viés moralista<sup>46</sup> e dual (bem/mal) para outros olhares em relação a essas questões, produzindo novos movimentos para o enfrentamento dessas situações, principalmente a compreensão de que a

---

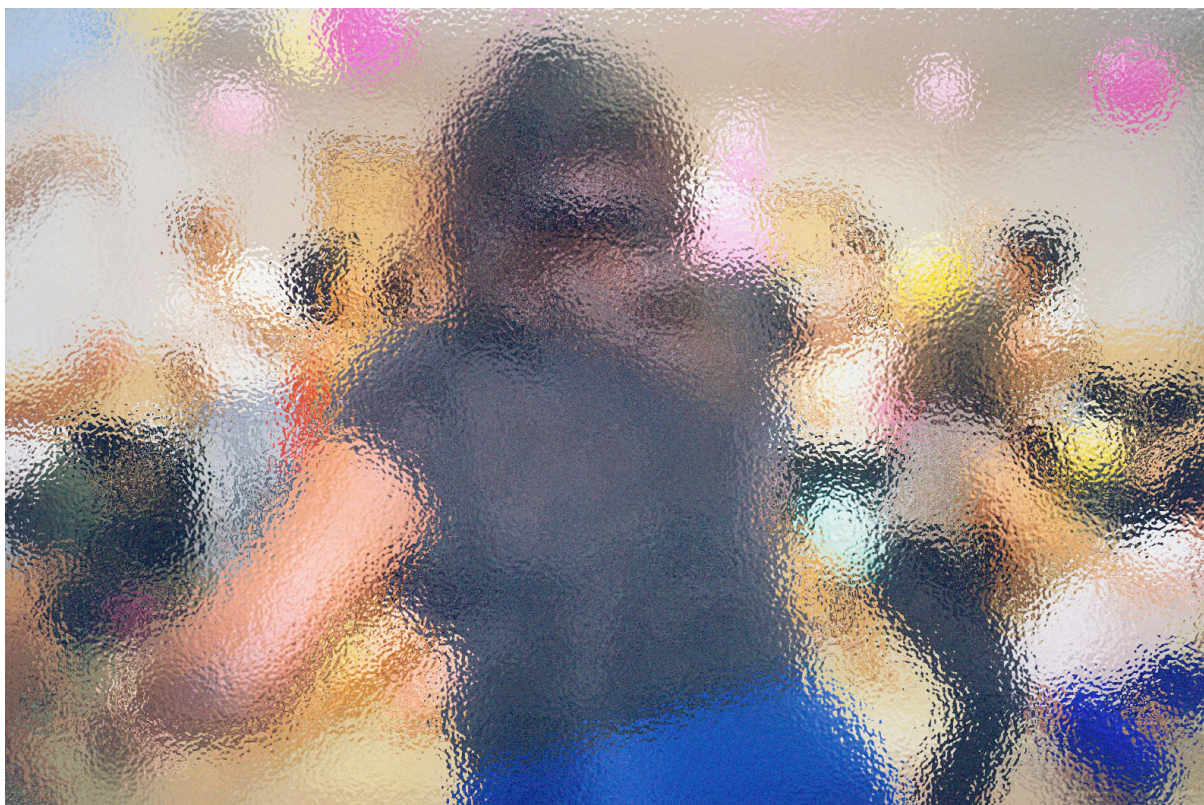
<sup>45</sup> Para a Região São Pedro, foram trabalhados quatro grupos: Resistência, São Pedro V, Santo André e Ilha das Caieiras. E, para Região Maruípe, foram formados três grupos: Bairro da Penha e Andorinhas, Bonfim e Itararé (BORGES; RASCH, 2002a).

<sup>46</sup> Moral, aqui, não deve ser confundida com a ética. A moral refere-se a códigos, valores, leis, regras de ação vigentes, na sociedade em que vivemos, funcionando como referência para nossas ações, generalizando as condutas humanas, limitando e reduzindo a vida a princípios dualistas e disciplinares: certo/errado, bem/mal etc. A ética refere-se a posturas existenciais e/ou concepções de mundo que irão contrapor aos ideais ou leis de conduta, avaliando, analisando e instituindo novas maneiras de sentir e pensar, acolhendo a vida em sua contínua processualidade e transformação (MACHADO, 1999b).

intensificação do fenômeno droga é transversal, complexa e nos convoca, a cada instante, à criação e invenção de atitudes discursivas e de intervenção (BORGES; RASCH, 2002a).

Esse projeto alcançou resultados consideráveis, não só no município, mediante a significativa participação dos ACSs e dos desdobramentos citados, construindo formas de abordagens em seus territórios de trabalho, como também mediante a sua explanação na categoria Tema Livre, no III Seminário Internacional Sobre as Toxicomanias, em julho de 2000, no Rio de Janeiro, quando obteve **menção honrosa**, pela forma de execução do trabalho e por estar capacitando ACS, na temática droga (Fotografia 4).

Conforme preconiza a Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002d), que convoca a responsabilidade do CAPS ad para ser o regulador da porta de entrada no município para a atenção ao uso de álcool e de outras drogas, bem como a responsabilização para formação de recursos humanos para esse cuidado é fundamental que se materialize a descentralização dos serviços do CPTT, fazendo com que o usuário possa ser acolhido na Rede Básica de Saúde, para que o CPTT de fato ocupe o seu lugar de referência no município, não sucateando um serviço de “complexidade”, quando seus técnicos passam quase a maior parte de sua carga horária destinados ao trabalho de acolhimento e de acompanhamento dos usuários, enquanto deveriam estar envolvidos com outras esferas do trabalho, o trabalho no campo dessa formação e supervisão à Rede Básica de Saúde no município, bem como a pesquisa, e o pensar de estratégias de prevenção.



**Fotografia 4 – Capacitação dos ACSs da Região Maruípe**

Fonte: RASCH, 2000a

No nível da pesquisa, ainda se pode considerar o CPTT incipiente, mas algumas iniciativas vão sendo esboçadas, embora trabalhos de pesquisa que possam engendrar estratégias de intervenção, revigorando as ações de trabalho, não estejam sendo efetivados como uma prática contínua do trabalho, expressando-se muitas vezes por iniciativas individualizadas dos seus profissionais, apesar de esse eixo estar preconizado no projeto inicial do centro.

Alguns investimentos vão acontecendo nessa direção, como a publicação livro *Drogas em debate: o que você sabe sobre este mundo?* (CAMPOS, 1990), que representou o momento inaugural desse centro, bem como de materiais informativos (NERY FILHO; TORRES, 2002) sendo essa uma publicação conjunta com o CETAD/UFBA, fruto do Convênio de Cooperação Técnica Brasil-União Européia (Fotografia 5).

As reflexões vêm se direcionando sobre as avaliações do processo de trabalho em diferentes instâncias:

- a) **terapêuticas ofertadas:** PINHEIRO, et al., 1997; VITÓRIA, 1997b; SANTOS; NASCIMENTO, 1999; RASCH, 1995, 1999a, 1999b, 1999c, 2000b, 2000c, 2000d, 2000e, 2000f, 2000g, 2002a, 2002b, 2002c, 2003a, 2004; RASCH; GARCIA, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d, 2005; MONTSERRAT, 2001; FONTES; MARANGONI, 2003; BORGES, 2004; DIVINO, 2004; BRAGA, 2004a, 2004b; PINHEIRO, 2004; FURIERI, 2005;
- b) **prevenção:** MERHI, 1995; SERRAT, 2003;
- c) **redução de danos:** CARPANEDO, 2003; RASCH; GARCIA, 2004e, 2004f;
- d) **formação de recursos humanos:** BORGES; RASCH, 1999, 2000a, 2000b, 2000c, 2000d, 2000e, 2002a, 2002b, 2002c, 2003; RASCH, 2000b, 2001a;
- e) **rede de atenção a usuários de álcool e de outras drogas:** TORRES, 2002a, 2002b.



Fotografia 5 – Publicações do CPTT

Fonte: CAMPOS, 1990; NERY FILHO; TORRES, 2002

O eixo tratamento materializa-se mediante procedimentos de intervenção tanto individual com consultas na área de Psiquiatria, Psicologia, Clínica Médica, Enfermagem e Serviço Social, bem como pela estrutura da AD, estrutura essa que difere o serviço em seu nível de atenção (VITÓRIA, 2002b). Assistência farmacêutica é também prestada com medicamentos dispensados para os usuários do CPTT e do CAPS Ilha de Santa Maria, (VITÓRIA, 1996d).

A AD representa o espaço no qual acontecem as oficinas terapêuticas (Fotografia 6). Essas oficinas são ministradas por artistas locais, com parceria desenvolvida com a Secretaria de Cultura e Turismo (SEMCT) da PMV (VITÓRIA, 1997a) e por profissionais do quadro do CPTT.

Assim, temos oficinas de pintura, pintura em massa de modelar, cerâmica, macramé, teatro, música, bem como oficina de informática, corpo, geração de renda, sendo também a aquisição mais recente desse espaço, em termos de recursos humanos, um profissional da área de Terapia Ocupacional (VITÓRIA, 2005a), aspecto já sinalizado no projeto inicial do CPTT.

O espaço da AD significa o local para repensar a vinculação com a substância psicoativa, buscando-se novos sentidos para a vida, tendo-se como regra básica para esse espaço não estar em uso de droga ou estar portando a droga (VITÓRIA, 1989), além da indicação terapêutica para freqüentá-lo de acordo com o quadro clínico apresentado.

Os pacientes da Atenção Diária atravessam o dia em oficinas que primam por serem lugares de expressão, inserção e convívio, com atividades de literatura, teatro, pinturas, música, macramé, sucata e cerâmica, onde olhar a imagem plástica produzida traz algo novo de satisfação. Transformar a matéria, um pedaço de argila em peça de cerâmica, ou latas em holofotes, traz a marca de cada um, faz surgir animais, máscaras, cordas, colares, tramas e paisagens, provoca cada um em suas 'produções' e possibilita o registro das subjetividades. Constroem caminhos novos a partir de seus restos e do repensar das idas ao 'fundo do poço' (TORRES, 2002b p. 35).



**Fotografia 6 – Produções dos usuários do CPTT nas oficinas de cerâmica, pintura com massa de modelar, pintura em tecido e pintura**

Fonte: RASCH, 1997

Outras produções também podem ser visualizadas a seguir, quando se convoca o compositor e ator de cada um (Fotografia 7)

Foi numa segunda-feira  
Estava descendo a ladeira  
Do morro sem vacilar  
Terça te encontrei perdida na rua  
Avoada de cara pra lua  
Senta pua me fez lembrar  
Quarta eu me sentia sozinho  
Perdido nesse caminho  
Foi tão bom te encontrar  
Quinta olhei pro horizonte  
Achando que tinha encontrado  
O sol que é chave do amor sem pecado  
Sexta achei o que move a paixão  
Saudade que invade o meu coração  
Sábado te encontrei  
Domingo te namorei  
Num samba onde o amor se fez lei  
Perambulando por ai eu vou  
Perambulando por ai eu vou (VITÓRIA, 2001c).



**Fotografia 7 – Apresentação teatral na Praça Costa Pereira**

Fonte: RASCH, 2001b

A AD é um espaço, então, de reinventar e reexistir. Propicia-se o acesso a outras possibilidades de sentido, de vivências, de sons, de cheiros, de manuseios, de tintas,

de barro, muitas vezes nunca experienciadas, produzindo diversos efeitos, que podem ser exemplificados pelo seguinte depoimento:

[...] por livre e espontânea vontade procurei esta Entidade, pois já não tinha mais como respirar, já não tinha mais caminho para trilhar [...]. No entanto, aceitei de corpo e alma o que a mim foi oferecido, o reaprendizado da vida e procurei seguir [...]. Com o passar do tempo reaprendi a respirar, encontrei meu caminho e o mais importante, reencontrei a minha fé e descobri que eu existia, que tenho vida e muito bonita, penso que não seria necessário citar nomes, cargos ou mesmo oficinas porque [...]. Estamos todos de mãos dadas num só objetivo: uns de auxiliar a cura e outros de se curar [...]. Hoje estou saindo do CPTT com muita tristeza, porque aqui reencontrei minha vida, mas por outro lado com alegria, aqui tenho certeza que atraquei num porto seguro para um reparo e, também, para que possa viver da forma que reaprendi [...]. Tenho certeza de que estou curado (VITÓRIA, 1999d, p. 28).

O processo de chegada dos usuários ao serviço dá-se mediante o acolhimento que pode ser agendado pessoalmente, por telefone pelo próprio usuário ou familiar desse, bem como recebido mediante o encaminhamento de instituições da área de saúde, justiça e afins (VITÓRIA, 1999c).

Em se tratando do acolhimento, a partir de 1998, mudanças operacionais foram organizadas no interior da instituição, no intuito da ampliação do acesso dos usuários ao serviço, passando o acolhimento da instância individual para o acolhimento grupal. “Criamos grupos de acolhimento e grupos de acompanhamento, organizando-os por faixa etária e tipo de droga utilizada sendo os grupos coordenados por profissionais da equipe interdisciplinar, assumindo cada profissional novos desafios” (VITÓRIA, 1999c, p. 18).

Dessa forma, o acolhimento está atualmente organizado

[...] por faixa etária e tipo de droga utilizada proporcionando aos usuários e familiares de acordo com os seguintes grupos: adolescentes, usuários de 18 a 25 anos, usuários acima de 25 anos, tabagistas, homens alcoolistas e mulheres alcoolistas (VITÓRIA, 2005a, p. 6).

Considerando que a área da atenção ao uso de drogas tem uma interface delicada com a Justiça, no que tange ao uso de substâncias ilegais, observa-se que nem sempre esses usuários identificam-se como tal nas unidades de saúde e demais

instituições. Dessa forma, o CPTT organizou um espaço de acolhimento para a demanda espontânea de UDs inseridos no aspecto da ilegalidade por se sentirem à vontade em buscar o espaço do CPTT (VITÓRIA, 2005a).

Estando ou não os usuários em tratamento no CPTT, atenção aos familiares de uma forma mais sistematizada foi organizada mediante grupos de acolhimento e de acompanhamento para eles, em espaço e tempo diferenciado dos usuários, com a finalidade de suporte aos familiares (VITÓRIA, 1999c), com vistas ao acompanhamento do processo dos usuários num lugar de troca dos sofrimentos, das alianças e das instigações e provocações quanto às cumplicidades que tal uso provoca no âmbito das famílias (VITÓRIA, 2005a).

O acolhimento, momento singular e fundamental do processo, pois indica ser recebido e respeitado, ser cuidado e ter a firmeza diante do desafio de encampar um processo de tratamento, tem por finalidade verificar se o sujeito está buscando a instituição de uma forma voluntária ou se mediante um encaminhamento. Além disso, objetiva operar da passagem das queixas iniciais do sujeito em relação a si próprio, à sua família e à sociedade, para a sua implicação no tratamento, visando ao reconhecimento da responsabilidade desse sujeito num projeto pessoal de tratamento em direção à sua autonomia, melhoria de sua qualidade de vida e de sua cidadania (VITÓRIA, 2005a).

Após o acolhimento, realizam-se grupos de acompanhamento para verificar o projeto terapêutico individual (PTI) do usuário na instituição, sendo o usuário atendido individualmente pelos profissionais da equipe interdisciplinar do CPTT e, de acordo com o perfil clínico desse usuário, são encaminhados para o espaço de semi-internação da AD, nos casos em que se exigem tratamento intensivo (VITÓRIA, 2005a). O caminho percorrido pelo usuário na instituição pode ser visualizado na figura abaixo (Figura 1):

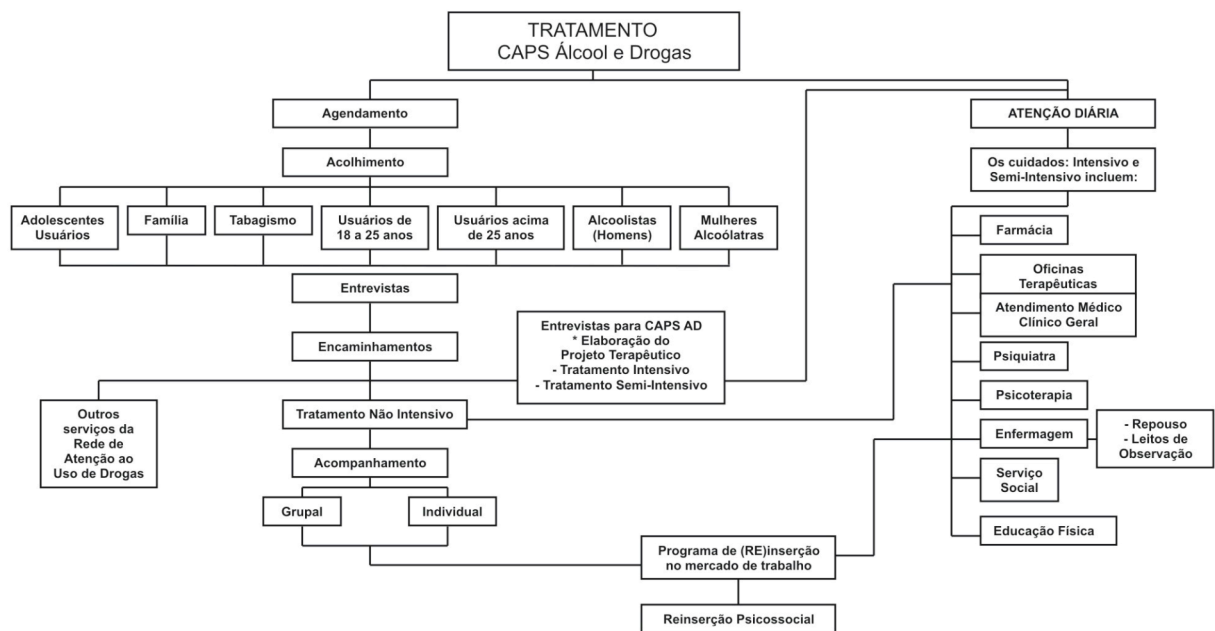


Figura 1 – Fluxograma do tratamento no CPTT

Fonte: VITÓRIA, 2005a

Os projetos terapêuticos, a partir do quadro clínico e da possibilidade do usuário, podem ser elaborados conforme a necessidade de cada usuário, congregando consultas individuais, grupos de acompanhamento e as oficinas terapêuticas de produção, enquadrando-se numa destas modalidades: **intensiva**, que significa o atendimento destinado aos pacientes, que, de acordo com o seu quadro clínico atual, precisam de um acompanhamento diário; **semi-intensiva** destinando-se aos pacientes que precisam de um acompanhamento freqüente, mas que não necessitam estar diariamente no CAPS ad; e **não intensiva** para os pacientes que, de acordo com o seu quadro clínico podem ter uma freqüência menor à instituição (BRASIL, 2002d).

Os encaminhamentos atuais referem-se tanto à demanda referenciada que abrange encaminhamentos das USs, dos Pronto-Atendimentos (PA), de hospitais, da área de ação social, de escolas, da área de segurança, bem como da Justiça, do Conselho Tutelar, de ONGs, da PMV, de empresas. Quanto à demanda espontânea, tem-se sujeitos que procuram por iniciativa própria ou por indicação familiar (VITÓRIA, 2005a). Afirma-se aqui que o atendimento, principalmente referente à demanda

espontânea, ocasiona um congestionamento dos técnicos do serviço, que acabam destinando a maior parte de sua carga horária para essa atenção, em detrimento das outras responsabilidades de atuação.

O perfil do usuário que chega à esfera do tratamento atualmente refere-se a alcoolistas perfazendo 30,1% do total do atendimento, seguido do usuário de múltiplas drogas com faixa etária acima de 25 anos, muitos desses vinculados ao trabalho, sendo bancários, taxistas, dentre outros. Nos encaminhamentos da Justiça, têm-se uma maior incidência na faixa etária de 18 a 25 anos, bem como adolescentes, com idades variando entre 12 a 17 anos. Nos encaminhamentos tanto da área da Saúde, quando da Justiça, observa-se um aumento significativo de usuários de múltiplas drogas e uma elevação do uso de *crack* (VITÓRIA, 2005a).

No que tange ao quadro de recursos humanos do CPTT (Quadro 1), observa-se que mudanças precisam ser operacionalizadas nesse campo. A qualidade do serviço está comprometida com o elevado número de contratos, salientando-se que a interrupção de vínculo de trabalho dos vários profissionais do CPTT fazem com que os usuários em tratamento respondam com percentual próximo de 40% de recaída. A realidade atual é de extrema fragilidade, pois, dos 34 dos profissionais existentes na ativa (efetivos, contratados, comissionados,<sup>47</sup> municipalizados<sup>48</sup> e licenciados efetivos), 61,75% são contratados e somente 35,3% são efetivos ativos (VITÓRIA, 2005a). Ou seja, não há serviço que se sustente dessa forma, uma vez que gera instabilidade e não continuidade de processos de trabalho, bem como a vinculação para o trabalho diário, tanto de equipe com equipe, quanto de equipe com usuários.

---

<sup>47</sup> Comissionado refere-se àquele funcionário que exerce cargo de confiança numa determinada administração podendo ser do quadro efetivo funcional ou não.

<sup>48</sup> Municipalizado refere-se, nesse caso específico, a um servidor com vínculo estadual, mas prestando serviços no CPTT, ou seja, em nível municipal.

<b>Profissionais</b>	<b>Efetivos</b>	<b>Contratados</b>	<b>Municipalizados</b>	<b>Comissionados</b>	<b>Licenciados Efetivos</b>	<b>Total</b>
Médico Clínico	1	1				2
Psiquiatra	1			1		2
Psicólogo	1	4			1	6
Assistente Social	1					1
Enfermeiro	1				1	2
Pedagogo						0
Farmacêutico	1					1
Oficineiros		6				6
Profº Educação Física		1				1
Auxiliar Administrativo		1	1			2
Técnico de Enfermagem	1					1
Auxiliar de Enfermagem	2	6				8
Auxiliar de Serviços Gerais	2	2				4
Terapeuta Ocupacional	1					1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>37</b>

**Quadro 1 – Relação de profissionais em exercício no CPTT em janeiro de 2005**

Fonte: VITÓRIA, 2005a

No emaranhado de todas essas pontes, redes e encontros, como se deu, então, a construção da estratégia de GM como dispositivo terapêutico de intervenção junto aos usuários do CPTT?

## 1.4 A EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE MOVIMENTO NO CPTT: CONSTRUINDO ROTAS NO LABIRINTO COM OS FIOS DE ARIADNE

### 1.4.1 O que é um grupo de movimento?

O GM<sup>49</sup> é uma atividade de trabalho da prática neo-reichiana ancorada nos pressupostos do pensamento reichiano, que tem como premissa fundamental a

<sup>49</sup> Diferente dos GMs, temos os *Exercise class*, denominação para o grupo de classe de exercícios somente com a perspectiva da Análise Bioenergética de Alexander Lowen. Aqui nos deteremos no

compreensão de que corpo e mente são uma unidade funcional e indissolúvel (REICH, 1986; 1989). Essa atividade, conforme salienta Sofiati (1993, p. 96) “Segue uma determinada concepção de trabalho com o corpo, que é própria do campo dos reichianos. Conceitos como couraça muscular, os 7 anéis, a direção da energia no corpo e a curva orgástica,<sup>50</sup> são as referências teóricas deste trabalho”.

Entendendo a vida como fluxo, a idéia básica, no GM, é mediante o corpo vivificar, desconstruir, movimentar, pulsar, desimpedir, vitalizar (SOFIATI, 1993). No GM uma das propostas básicas é favorecer um processo de autoconhecimento do corpo, sendo, de acordo com Sofiati (1993, p. 96), “[...] um trabalho de consciência e de expressão de si (pelo corpo) totalmente voltado para a desalienção e mudança, e nesse sentido, pode ser considerado um espaço produtor de subjetividades, pois cada corpo é um”.

De acordo com Sofiati (1993, p. 95), o GM é “[...] um dispositivo ágil e potente dentro de uma intervenção na sociedade e suas instituições podendo assumir diferentes posições e formas, objetivando diferentes fins”.

Podendo ser utilizado como uma prática em si mesma ou como complemento dos processos de terapia (FAVRE, 2001), os GMs têm a peculiaridade de serem coordenados por psicoterapeutas corporais (GAMA; REGO, 1994), que vivenciam e vivenciaram em seus processos de formação e prática de trabalho esse recurso.

Além dessas utilizações, Sofiati (1993, p. 98) demonstra que o GM “[...] pode vir a ter diferentes usos e inserir-se em diversas posições”. Esses múltiplos usos trazidos por essa autora nos atém à sua experiência como supervisora corporal em Saúde Mental no município de São Paulo, dando supervisão para a equipe de saúde mental desse município. Dessa experiência veio a percepção do uso desse dispositivo, como diagnosticador institucional, para vivificar os corpos dos trabalhadores em saúde mental, como espaço para tratamento dos trabalhadores de saúde mental, para

---

GM, uma vez que, quando iniciamos a construção do GM no CPTT, no ano de 1995, não se tinha a clareza dessa diferenciação teórica. Assim, apesar da formação em Análise Bioenergética, decidimos manter o termo GM, uma vez que não realizamos, nesse período de realização dos grupos, exclusivamente, *exercise class*.

<sup>50</sup> Para entender esses conceitos, ver Reich (1986;1989).

ajudar a esses trabalhadores a sair da impotência e queixa, para criação de um clima de confiança e contenção na equipe para que os conflitos pudessem ser explicitados, como sensibilização para o grupo operativo (SOFIATI, 1993).

Favre (2001, p. 74) registra que “O GM é uma conversa extremamente concreta sobre como as pessoas parecem o que realmente estão sendo e sentindo, como o mostram, embora muitas vezes não o saibam”. Enfim, de acordo com Favre (2001, p. 74) “GM [...] são *coreografias existências* vivas, que podem ser reabertas e complexificadas de modo mais funcional a cada encontro”.

O GM, segundo Sofiati (1993, p. 96), “[...] é o instrumento reichiano de trabalho em grupo por excelência, pois não só trabalha com o fluxo de energia no corpo, mas a nível das relações humanas também”. Dessa forma, significa um recurso **técnico**, uma vez que se apropria de dispositivos de diversas escolas de trabalho com o corpo; **ideológico**, pois traz o recurso grupal como uma força-potência, apoiando-se no tripé central das idéias reichianas: de que o sistema autoritário reduz a liberdade e o direito ao prazer dos homens com os seus mecanismos repressivos, sendo essa repressão também corporal (couraça muscular) e de que as modificações corporais produzem efeitos em nível da personalidade e do conceito de auto-regulação do corpo; **plástico**, pois se refere a uma bricolagem de dispositivos técnicos, pautando-se na curva orgástica (SOFIATI, 1993).

Historicamente, podemos considerar que Alexander Lowen foi um dos precursores dessa proposta de trabalho, quando, já na década de 70, propunha a prática regular de exercícios bioenergéticos (*bioenergetic exercise class*) como preparação e fonte complementar para o trabalho da psicoterapia (GAMA; REGO, 1994).

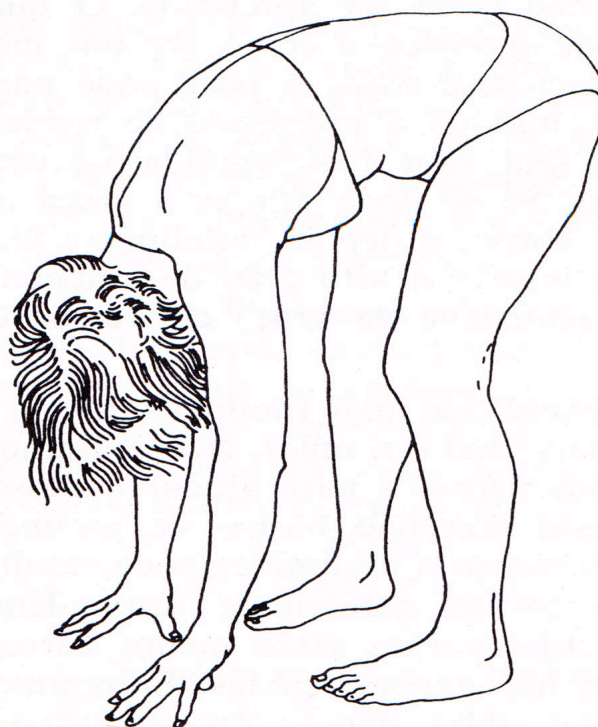
De acordo com Lowen e Lowen (1985), ao se interferir no corpo, a finalidade é produzir a liberação dos seus bloqueios, visando ao resgate da pulsação, uma vez que tensões musculares crônicas perturbam a saúde emocional pela baixa de energia no corpo, limitando a auto-expressão.

Os movimentos corporais visam ao aprofundamento da respiração e à ampliação da auto-expressão, com a intenção de aumentar a qualidade da vibração do corpo sendo

a vibração o elemento-chave da vitalidade. Assim, mediante os exercícios, propicia-se a pessoa atingir essa qualidade vibratória e de pulsação do corpo (LOWEN; LOWEN, 1985).

Conforme indicam Lowen e Lowen (1985), os exercícios corporais visam a trazer o aumento do estado vibratório e do *grounding* (Figura 2), sendo essa uma postura básica dos procedimentos de trabalho da Análise Bioenergética, na qual a pessoa fica de pé, em contato com as pernas e tem por finalidade produzir enraizamento, vibração e conectar a parte superior do corpo (mais ligada aos aspectos intelectuais), com a parte inferior (relacionada com as funções mais primitivas de nossa existência, como a defecação, a sexualidade).

Na bioenergética, *grounding* significa fazer a pessoa entrar em contato com o chão. Estar em contato com o chão é o oposto a ter uma 'obsessão', a estar no ar. À semelhança, porém, de uma grande parte da bioenergética, este termo também tem um sentido literal, qual seja, o de estabelecer um contato adequado com o chão, no local onde se pisa [...]. Bioenergeticamente falando, *grounding* serve para o sistema energético do organismo da mesma forma que para um circuito elétrico de alta tensão e é constituído de uma válvula de segurança para a descarga de excessos de excitação. Num sistema elétrico, o acúmulo súbito de carga pode queimar uma parte da instalação ou provocar um incêndio. Na personalidade humana, o acúmulo de energia também poderá ser perigoso caso a pessoa não tenha contato com o chão [...] quanto mais a pessoa sente seu contato com o chão mais consegue pôr-se em seu lugar, mais carga consegue suportar e mais sentimentos consegue manipular. Isto faz do processo de *grounding* um objetivo primário da bioenergética, na medida em que implica que a maior atenção do trabalho deve dirigir-se para baixo, ou seja, fazer com que a pessoa *adentre* pernas e pés (LOWEN, p. 169).



Vibrando inclinado para frente

**Figura 2 – Grounding**

Fonte: LOWEN; LOWEN, 1985

Ainda na década de 70, Gerda Boyesen produziu o corpo teórico da Psicoterapia Biodinâmica e desenvolveu trabalhos com grupos para além do contexto da Psicoterapia. No Brasil, José Gaiarsa é um dos ícones do trabalho com grupos, quando criou o denominado grupo sem palavras no qual as pessoas se encontravam e se comunicavam sem o auxílio de palavras, mediante gestos, toques e outras formas de comunicação não-verbal (GAMA; REGO, 1994).

A denominação GM, no Brasil, tem como uma de suas precursoras Regina Favre, quando integrou os elementos das abordagens de Lowen, Gerda Boyesen e José Gaiarsa, incorporando elementos do psicodrama, expressão corporal, além de outras influências, construindo uma proposta diferente dessas citadas, subsidiando a base para os GMs em São Paulo (GAMA; REGO, 1994).

Já na década de 80, outros psicoterapeutas reichianos, como Sandra Sofiati e Marcelo Carvalho, ampliaram a perspectiva desse trabalho de GM, gerando estilos e possibilidades diversas de operacionalização desse trabalho e, a partir de 1990, houve a sistematização de um projeto de oito sessões por parte de Ercília Gama,

começando a formação e supervisão para coordenadores de GM. O que se tem hoje é o fato de que essa proposta de trabalho ultrapassa o lugar tão conhecido dos consultórios e é ofertado em instituições de trabalho, incluindo-se a rede pública do município de São Paulo (GAMA; REGO, 1994).

Essa ampliação nos traz a oferta desse dispositivo como recurso terapêutico para a terceira idade (CAÑIZARES, 2003; SOUZA, 2002, 2004; SOUZA, 2005); para UDIs (SILVA; NASCIMENTO; ANDRADE, 2002); para psicóticos (FAVRE, 2001); para pacientes psiquiátricos (BIOTTO, 2004); para crianças (CORRADINI, 2000); para adolescentes internados na Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM), do Estado de São Paulo (NOGUEIRA, 2005); no campo da saúde pública (SOFIATI, 1993); para os cuidados de saúde (GRUPO DE MOVIMENTO, 2003a); para desbloqueio de tensões, ampliação da respiração e liberação emocional, visando a um contato do participante consigo próprio (GRUPO DE MOVIMENTO, 2003b); para um processo de conscientização, sensibilização e percepção do corpo e dos sentidos, além do resgate da capacidade expressiva do participante (GRUPO DE MOVIMENTO, 2003c), para UDIs (RASCH, 1999a, 2000c, 2000d, 2000e, 2000f, 2000g, 2002b, 2002c; 2004; RASCH; GARCIA, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d, 2005), entre outros.

O objetivo do GM é possibilitar àquele que participa desse trabalho um contato singular com expressões, fluxos, movimentos e respiração, com vistas à percepção de modos de organização corporal, de forma a trazer à tona o que se encontra aprisionado pelas tensões, objetivando-se uma relação mais estreita de contato com o corpo, uma amplificação das sensações corporais, uma conscientização das tensões e bloqueios musculares do corpo, trabalhando-se em prol de movimentos e de respiração que venham liberá-los, visando ao fluxo mais livre de energia no corpo, trazendo mais pulsação da vida e de prazer (GAMA; REGO, 1994).

Em termos da operacionalização do GM, o seu número de participantes é variável (comum entre 8 a 12 participantes), podendo ser aplicável a qualquer clientela, resguardando-se a peculiaridade de cada um (crianças, idosos, adolescentes, adultos, hipertensos, dentre outros), podendo ser organizado semanalmente, com

característica aberta ou fechada, com uma hora e meia a duas de duração por encontro, com tempo determinado ou não (GAMA; REGO, 1994).

Os recursos utilizados nos GMs são técnicas e exercícios da psicoterapia corporal, técnicas de teatro, exercícios de ioga e de expressão corporal, artes marciais, Educação Física, canto, dança, fisioterapia, eutonia, técnicas orientais e biodança, distinguindo-se também dos grupos de expressão corporal, de teatro e de outros, nos quais a preocupação recai na exploração criativo-artístico-estética das psicoterapias de grupo, pois não há elaboração verbal, interpretação, trabalho sobre a transferência, discussão da dinâmica de grupo e as resistências não são trabalhadas em um nível verbal, apenas corporal, ocupando a palavra um lugar secundário, no compartilhar da experiência vivida após os exercícios corporais (GAMA; REGO, 1994).

Observando que a relação entre droga-sujeito refere-se ao contexto em que tais circunstâncias ocorrem (OLIEVENSTEIN, 1998), podemos inferir que a relação corpo e uso intensificado de drogas são instâncias de produções do social, como um mecanismo cultural de repressão das intensidades humanas, que produz sujeitos capturados em seus processos de expressão e de conexões mais prazerosos na vida, emergindo situações de quebra de laços familiares, de labor, dentre outras.

Como pensar o GM como um recurso terapêutico para usuários de álcool e de outras drogas? Como inserir essa proposta de trabalho como recurso terapêutico num CAPS ad?

Como trabalhar na direção da produção de uma relação mais autônoma desses usuários com o seu próprio corpo e com a vida?

### 1.4.2 Construindo a onda-fluxo<sup>51</sup>

Buscando auxiliar os UD's no contato com os seus corpos, a partir da dimensão da percepção e das suas sensações, sem a intermediação de uma substância psicoativa, visando a ampliar o encontro desses usuários da química no corpo, pela “química do corpo”, no ano de 1995, introduziu-se o GM no espaço do HD.

Ofertado como atividade grupal terapêutica, o GM teve como critério para participação a voluntariedade, sendo realizados três grupos de caráter aberto, semanalmente, no mês de outubro de 1995, contando com quinze participantes ao longo desses encontros, sendo uma integrante do sexo feminino e os demais do masculino, com faixa etária variando entre 17 e 53 anos.

Trabalhamos com três sessões com a temática respiração nesses três encontros e, após esse período, nada consta sobre a realização de GMs pela profissional, mas há o evidente registro nos BUPs de outras atividades realizadas nos meses subsequentes, por exemplo, grupo de orientação aos pacientes do HD, grupo de início e de final de semana, entrevistas com familiares, grupo psicoterapêutico para adolescentes do HD, assembleias com os pacientes, acompanhamento de oficinas, dentre outros (VITÓRIA, 1995a).

Em 1999, uma nova proposta de GM foi organizada, mediante um projeto escrito entregue à instituição (RASCH, 1999b), pela coordenação do GM, tentando-se formalizar essa possibilidade de trabalho no CPTT, fazendo-se uma nova experimentação, decidindo oferecer a atividade aos usuários que estavam realizando concomitantemente a psicoterapia corporal individual sob o acompanhamento da coordenação do trabalho.

A proposta foi aceita e, dessa forma, construímos um grupo fechado, de quatro sujeitos, um do sexo feminino e os demais do masculino. A idade desse grupo variou entre 19 e 49 anos e o prazo inicial para execução dos encontros, que era

---

<sup>51</sup> O remontar histórico desse fluxo estará baseado nas anotações tanto dos planejamentos, quanto dos registros dos encontros feitos pela coordenadora do grupo (RASCH, 1995, 1999c, 2002a, 2003a).

inicialmente de seis meses, foi reduzido para três, por se avaliar, no processo de trabalho, que seria um tempo demasiado grande para esse tipo de clientela.

Os encontros foram realizados de abril a julho de 1999, semanalmente, com duração de uma hora e meia cada um, totalizando doze sessões, trabalhando-se com as seguintes sessões temáticas: apresentação, aquecimento e respiração; cabeça e pescoço; tronco e braços; pelve; pernas e pés e encerramento e avaliação do trabalho, decidindo-se, então, seguir, como intervenção corporal, a ordem segmentária da blindagem/couraça (segmento ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico), acompanhando, assim, o desenvolvimento psicosexual da libido, proposto por Reich, mediante exercícios corporais apropriados ao favorecimento do “desbloqueio emocional” de cada segmento (REICH, 1989).

Logo no primeiro dia do trabalho, um dos participantes, ao sentir e perceber sua vibração corporal, em um dos exercícios que estavam sendo propostos, foi dizendo, num misto de surpresa e medo: **“É a mesma sensação quando fumo um baseado. Percebi que não preciso do baseado para ter esta sensação”** (RASCH, 1999c, p. 4).

À medida que os encontros iam acontecendo, os participantes foram se dando conta das intensidades dos seus corpos. Foram sentindo e percebendo os bloqueios, as tensões, as partes do corpo: as cabeças cheias de pensamentos atribulados, as dores nas costas, as dores de cabeça, as respirações encurtadas, as pelves retraídas, as dificuldades de movimento nas articulações, as resistências de participação do grupo em um determinado dia, a percepção da garganta, do ar passando, de como os pensamentos, muitas vezes, impedem a entrega aos movimentos, a falta de flexibilidade e dureza dos pés.

Por outro lado, ao permitirem-se o movimento, foram-se entregando a sensações de leveza, harmonia, recomeço, aprendizados, equilíbrio, satisfação, de necessidade de mais ar, revitalização, inspiração, liberdade, felicidade, integração do corpo, conforme relatos dos próprios participantes.

No decorrer do processo, raramente conseguíamos estar com os quatro integrantes ao mesmo tempo, sendo difícil, para alguns, manter uma relação de continuidade com o trabalho proposto. Ocorreram desistências de três integrantes do grupo, seguindo-se uma certa “tendência” que se apresenta no trabalho com esse tipo de clientela.

Reafirmou-se, aqui, o desafio da vinculação do usuário ao tratamento ou em algumas atividades oferecidas em seu conjunto, questão que envolve ambos os lados: usuários e profissionais.

Esse processo foi finalizado por apenas um dos participantes, permitindo-se um contato consigo próprio e dele tirar proveito, ressignificando algumas questões, não só no espaço do grupo, mas também em seu processo psicoterápico individual, passando por momentos de vitalização e sensibilização corporais, imprimindo movimentos em seus projetos pessoais. Segue a própria elaboração que o referido participante fez no último encontro, o qual se realizou uma avaliação do processo do trabalho:

Na busca, à procura da melhor maneira de encarar, enfrentar, solucionar a minha própria história... O espaço me mostrou movimento interior/físico. Sentimentos relacionados ao corpo. Oportunidades de conhecer algo que buscava e não sabia bem o quê; aqui, descobri e direi que é interação: corpo – mente – vida... Passei a dar mais valor a mim mesmo, ao meu corpo e a entender o porquê de dores, angústias, ansiedades, enfim, poder continuar melhor a minha HISTÓRIA REAL (RASCH, 1999c, p. 36).

Esse processo pode também ser visualizado mediante os seus desenhos, realizados no encerramento do GM, retratando o momento de chegada ao GM e a forma de sua percepção/sensação de si ao final do trabalho (Figura 3):



**Figura 3 – O antes: “Foi passou...”. O depois: “Atual”**

Fonte: RASCH, 1999c

O saldo dessa experiência nos trouxe como indicativos que não era preciso modificar somente a forma de oferta dos GMs, mas principalmente a maneira da intervenção no corpo, consolidando-se em vivências de maior construção do *grounding* (LOWEN, 1982), ou seja, do chão. Concluimos, portanto, que a aposta para novas experimentações deveria se constituir em grupos abertos e não fechados e que seria necessário modificar, nos grupos posteriores, a intervenção corporal para o sentido inverso ao cefalocaudal.

Aqui, mais um intervalo de três anos até a próxima iniciativa. Mais uma vez mergulhamos em outras instâncias do trabalho no CPTT, como os atendimentos individuais, o trabalho no campo da formação (capacitações). Mas o devir-corpo continuava.

Em 2002, nova estratégia, nova insistência. Buscando aliados e parcerias no trabalho, e saindo das ilhas cotidianas do trabalho, coletivizamos a proposta do GM no CPTT tanto com os usuários quanto com os colegas de trabalho, o que propiciou o encaminhamento dos usuários, pelos profissionais do CPTT, para a atividade,

acontecendo inicialmente entrevistas para a verificação do interesse dos participantes, além de informar sobre a proposta do GM.

O próprio cartaz-convite (APÊNDICE A) para o GM, afixado no interior da instituição, por si só já era mobilizador para o trabalho, pois tinha alguns desenhos de pessoas fazendo movimentos com os seus corpos, o que produziu a seguinte fala num dos usuários do serviço, ao se deparar com o cartaz: “Isso é coisa de veado, bicha. Não vou para isso, não” (RASCH, 2002a, p. 8). Apesar do preconceito inicial, esse sujeito demonstrou interesse, comparecendo à entrevista inicial. Foi ao primeiro encontro do GM, mas não deu continuidade à atividade.

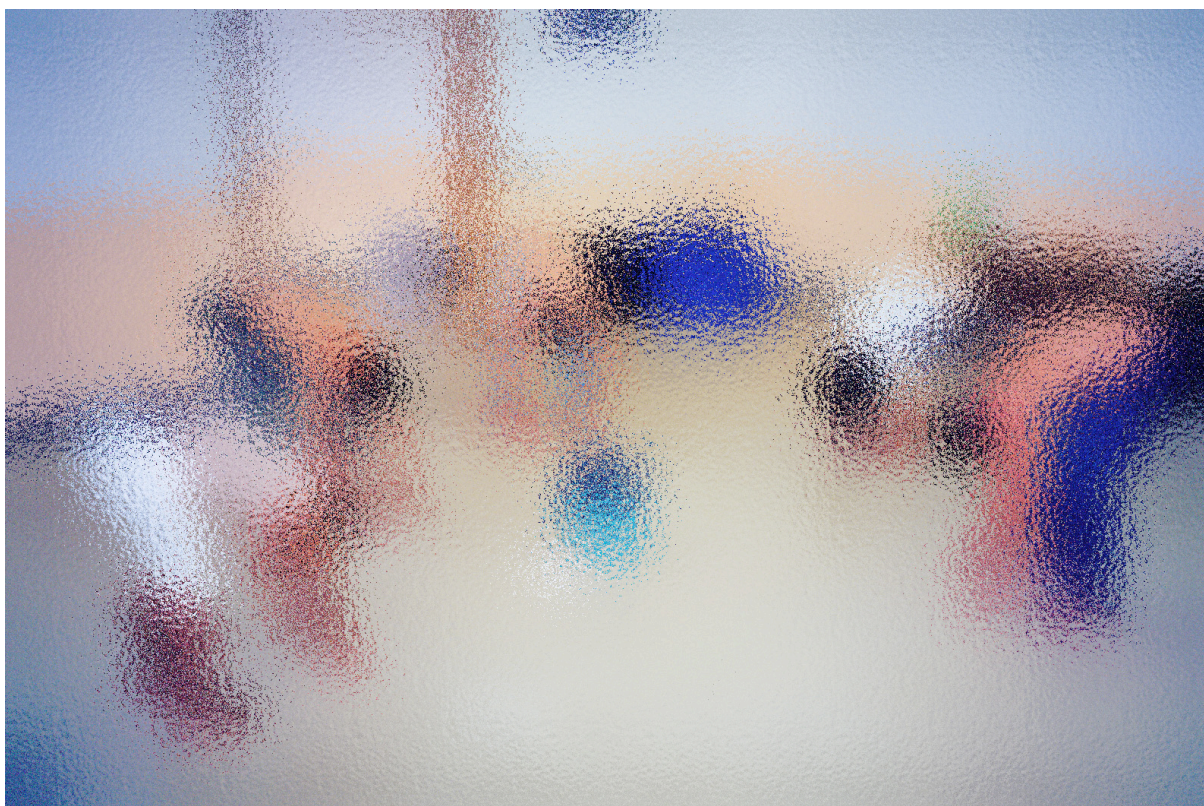
Dezesseis usuários foram entrevistados e cinco integrantes iniciaram o trabalho, que se caracterizou por ser um grupo aberto, semanal, constituindo-se por usuários com a faixa etária variando entre 20 e 46 anos.

Os encontros aconteceram de junho a outubro de 2002, realizando-se dez sessões, de uma hora e meia de duração cada uma, com os seguintes pontos: aquecimento, apresentação e respiração; respiração; respiração, pés e pernas; pelve; tronco e braços; cabeça e pescoço; ossos; articulação; Líquidos do corpo; músculos do corpo; integração do corpo e avaliação do trabalho (Fotografia 8).

As vivências foram produzindo intensidades e as referências foram também sendo construídas como opções de integração e vitalização, a partir dos trabalhos corporais, quando um integrante ressalta:

Estou sentindo uma leveza articulada em meu corpo. Antes, eu só sentia a cabeça. Após este trabalho, eu comecei a sentir uma sensação de desobstrução em meu corpo [...]. Esse trabalho cura... Descobri que posso contar com o corpo (RASCH, 2002a, p. 12).

Repetiu-se a experiência anterior, quando somente um dos participantes finalizou os encontros propostos. E aqui algumas indagações já se faziam presentes para a coordenação do trabalho: o que acontece que somente um sujeito consegue finalizar esse trabalho? A proposta está equivocada para essa clientela? O que está de fato acontecendo? É possível ofertar esse trabalho de uma outra forma?



**Fotografia 8 – Grupo de movimento - ano 2002**

Fonte: RASCH, 2002d

Precisava-se, então, modificar novamente a estratégia de oferta do GM. E aí nosso (desta pesquisadora) devir-corpo parece ter efetivamente entrado em ressonância com a instituição, pois, nesse mesmo ano de 2002 (que coincide com o recadastramento do CPTT como um CAPS ad), recebemos verbalmente uma solicitação de uma colega psicóloga, que estava mais conectada com os trabalhos da AD, da necessidade de ampliação de oferta de atividades aos pacientes da AD, em concomitância às demais oficinas terapêuticas desse espaço, uma vez que o espaço da AD se encontrava repleto de usuários e, em contrapartida, os espaços de realização das oficinas não comportavam a acomodação para esses usuários, necessitando-se ampliar a oferta de atividades no espaço da AD.

A atividade de GM foi então realizada no período de novembro de 2002 a maio de 2003, não havendo encontros no mês de fevereiro de 2003, porque a coordenadora

da atividade encontrava-se em período de férias. Foram realizados quinze encontros, de uma hora e meia de duração, às quintas-feiras, no Auditório do CPTT, com um grupo aberto, de caráter semanal e por tempo indeterminado (interrompido por ocasião do ingresso no MSC, do PPGASC, CBM, da UFES). O grupo foi misto e com faixa etária variando entre 19 a 62 anos.

Uma vez que o GM estava sendo ofertado como uma das atividades do processo de tratamento da AD, o acesso esteve aberto a todos os participantes que voluntariamente procurassem o espaço. Entretanto, dois sujeitos foram encaminhados, um pelo próprio coordenador do GM, uma vez que se encontrava no processo de tratamento não intensivo, e outro sujeito foi encaminhado por um dos profissionais do CPTT, sujeito esse que se encontrava como participante da atividade grupal, denominada Grupo de Mulheres, coordenada por esse profissional.

Apesar de estar ofertada como uma das atividades no interior do contexto da AD, a coordenadora do GM, antes do início da execução do grupo, procedeu a um processo de mobilização para a atividade, informando aos usuários do serviço que começaria a realizar a experiência, mediante falas explicativas do trabalho e cartazes afixados no interior do espaço da AD.

Após essa mobilização, no processo de trabalho em si, como estratégia de mobilização cotidiana da experiência, a coordenadora colocava-se na porta do Auditório do CPTT, no sentido de provocar um chamado dos usuários para o trabalho, tentando com esse dispositivo potencializar no sujeito o desejo de participação na atividade, contrariamente, a um insistente chamado um a um avisando sobre o início do trabalho, estratégia que muitas vezes deu certo.

Por indicativos das experiências realizadas anteriormente de GM na instituição em questão, a intervenção corporal obedeceu à ordem inversa ao sentido cefalocaudal (REICH, 1989), porque se percebeu que se precisava criar mais organização e chão para os usuários participantes.

Os temas das sessões foram divididos de forma a abordar, em cada encontro, um aspecto do corpo, chegando-se às seguintes sessões temáticas: integração grupal,

integração grupal e respiração, respiração, pés, pés e *grounding*, pernas, pernas, *grounding* e sons, pernas e *grounding*, integração grupal, pernas e *grounding*, pelve, costas, costas, braços e tronco, cabeça e pescoço e integração do corpo.

Apesar de os sujeitos já estarem engajados no processo de tratamento no CPTT, foram priorizados momentos de integração grupal, trabalhando-se com dinâmicas lúdicas e música, visando a criar uma vinculação entre os participantes para o compartilhar da experiência de GM, sendo o ponto central do primeiro encontro, quando utilizados trabalhos corporais com a finalidade de estabelecer contato, proximidade e confiança entre os participantes.

A utilização de músicas durante o transcorrer dos encontros foi um recurso aliado e proveitoso, tanto para a desinibição dos participantes do grupo, como para o contato com os ritmos do corpo, e também no momento final de todas as sessões, quando se priorizavam momentos de relaxamento, ao som de músicas suaves, fazendo alguns sujeitos entrarem num momento de profunda entrega, chegando a dormir.

Os trabalhos com a respiração, base do trabalho corporal, visaram a produzir a percepção de modos de respirar, introduzindo-se elementos intermediários, como bolas de soprar, língua de sogra,<sup>52</sup> favorecendo a entrada no trabalho de uma forma lúdica. Trabalhos de *grounding* foram priorizados, para garantir aos participantes uma maior forma de contato com suas pernas e pés, objetivando-se com isso a percepção da base de sustentação do corpo.

No trabalho com os pés, utilizamos bolinhas de tênis, favorecendo o contato com essa parte do corpo (Fotografia 9). O trabalho com os sons objetivou exercitar outras possibilidades da voz para além da palavra, como gritos, experienciando outras formas de expressão sonora, além das que utilizamos costumeiramente. Os trabalhos com a pelve visaram a um contato com a sexualidade e também com o prazer. O trabalho com as costas objetivou propiciar uma soltura numa região cotidianamente endurecida pelas tensões diárias e, como recursos, utilizamos

---

<sup>52</sup> Brinquedo infantil, de papel com um bico de plástico, que, quando colocado na boca para assoprar, tem a plasticidade de ir e voltar à medida que recebe o ar. Normalmente, é distribuído em festas de aniversário de crianças.

espaguete (que usamos como bóias para piscina ou aulas de hidroginástica) e bolas de tênis no sentido cefalocaudal. O trabalho com os braços visou ao contato com a possibilidade da construção de limites, os nãos, a busca, a expressão de sentimentos, como a raiva, utilizando-nos de exercícios expressivos. O trabalho com a cabeça e pescoço objetivou interferir nas tensões da nuca e do pescoço, buscando o alívio dessas tensões. O trabalho de integração do corpo buscou um repassar por todas as partes do corpo trabalhadas.



**Fotografia 9 – Grupo de movimento – ano 2002/2003**

Fonte: RASCH, 2003b

Nos registros realizados nos prontuários feitos pela coordenação do GM, verificam-se que essas participações, para além do número e para além da quantificação, produziram diferentes efeitos.

Destacamos a dificuldade por parte de alguns participantes de sustentação da atividade do início ao final, ocorrendo momentos de entrada e saída do grupo, ora

chegando, ora ausentando-se do encontro, ora retornando ao mesmo encontro, bem como participações pela metade por parte de alguns sujeitos, sem ficar para o compartilhar final. A chegada nos momentos finais do grupo, ficando até o seu encerramento foram situações ocorridas.

Sensações físicas, como soltura, bem-estar, cansaço, relaxamento que chegava ao sono, leveza, tranqüilidade, diminuição de dor nas costas e na coluna, aceleração do ritmo cardíaco nos momentos do trabalho corporal mais intenso, dores na coluna lombar, cabeça mais leve, dor e tensão na região do peito/costas, dores por todo o corpo, renovação, disposição ao final do trabalho, contato com o coração e os pulmões, parecendo ter percebido a importância do movimento e que movimentar-se é vida foram pontos destacados pelos participantes.

A percepção do funcionamento de ficar muito na cabeça, a integração entre “mente e corpo”, percepção de musculatura “enferrujada” foram pontos também citados pelos participantes. O trabalho produziu uma excitação e manipulação dos genitais por parte de um dos participantes.

“O trabalho foi show... Foi uma surpresa”, o trabalho “Está sendo dez” foram falas expressas por um dos usuários quando participou da atividade pela primeira vez. “Este grupo não pode acabar”, “Minhas câimbras acabaram depois deste trabalho”, “Era disso que eu estava precisando”, “Eu tive uma visão de Deus, sobrevoando por aqui” foram depoimentos expressos pelos participantes.

Participar da forma possível, a integração grupal, o pedido de aumento das sessões do GM para duas vezes por semana e o envolvimento dos participantes, ao chamarem os colegas para o grupo, foram aspectos relevantes do processo.

Movimentos de resistência quanto a algumas solicitações para o trabalho corporal também aconteceram, como a recusa de trabalhar sem os sapatos, bem como falas durante os trabalhos corporais, também questões que comumente ocorrem em trabalhos dessa ordem, devido ao caráter diferenciado de intervenção que privilegia a possibilidade mediante outras formas de expressão do corpo, como as sensações, que não necessariamente a expressão verbal.

Dificuldade de conectar-se ao próprio movimento foi algo também observado durante os trabalhos, bem como uma dispersão das atividades foram pontos presentes no processo.

Depoimentos da falta da atividade de GM em decorrência de sua interrupção em função do afastamento da coordenadora para o Mestrado também foram expressos pelos participantes.

Longe da intenção de “substituir a droga pelo corpo”, e longe de querer trocar uma compulsão por outra, o GM, no CPTT, como recurso terapêutico para esses usuários, trouxe um conjunto de indicadores de seu impacto que impulsionaram e instigaram a necessidade de reflexões mais aprofundadas sobre a intervenção para essa clientela. É assim que chegamos ao objetivo deste estudo, ou seja, analisar o processo de participação dos usuários do GM, como dispositivo terapêutico para usuários de álcool e de outras drogas.



“[...] o corpo precisa de movimento... Antes não tinha tempo pro corpo [...] eu sentia um desabafo, tipo ali os gritos [...]. Sentia mais o corpo... Porque antes não sentia direito porque a gente, com o efeito de álcool e droga, não se sente.”

**Terra**

## **2 PERCURSO METODOLÓGICO: NAVEGANDO NO LABIRINTO DA ATENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS**

### **2.1 DEFININDO AS ROTAS E OS NAVEGANTES**

Buscando a interpretação que os sujeitos participantes da atividade de GM deram ao processo (impressões, sentimentos e sensações), o caminho que norteou este processo de investigação ancorou-se nos preceitos de um olhar qualitativo sobre o fenômeno investigado (MINAYO, 1994; VICTÓRIA; KNAUTH; HASSEN, 2000), uma vez que não pretendemos fazer generalizações sobre esse processo de participação. Aqui, não estamos negando a possibilidade de um enfoque quantitativo sobre o fenômeno, que foi usado como recurso auxiliar na aproximação com a exploração do objeto mediante a análise do perfil dos usuários no CPTT que participaram do GM, porém o objeto de estudo proposto demonstrou ser de caráter qualitativo.

O trabalho caracterizou-se como um estudo de caráter exploratório (TOBAR; YALOUR, 2001), constituindo-se num campo de pesquisa relativamente recente e, principalmente, a articulação a que se propôs este estudo, ou seja, refletir sobre o GM como uma estratégia terapêutica aplicável aos UD's, ofertada no interior de um Caps ad, visando à construção de hipóteses para estudos posteriores na investigação dessa aplicabilidade.

O cenário deste estudo foi o CPTT, cuja autorização formal, por parte da SEMUS/PMV, para a realização da pesquisa de campo, tanto no que concerne ao acesso aos documentos institucionais, quanto para a realização das entrevistas, ocorreu mediante a solicitação de Protocolo nº 30147/2003, de 21 de novembro de 2003, tendo sido aprovada no mês de janeiro de 2004.

Os sujeitos que compuseram este trabalho foram os participantes do último GM, realizado de novembro de 2002 a maio de 2003. Esse GM constou de quinze encontros, tendo-se como fundamentação para eleger esse grupo a maior reverberação da atividade na instituição, bem como o maior número de participantes,

ou seja, 54 ao longo desses encontros, e também a proximidade temporal para a localização dos sujeitos, tendo-se como critério de inclusão dos sujeitos a voluntariedade para participação do estudo (APÊNDICE B).

O passo inicial para o estudo, no interior da instituição, foi buscar os documentos para a confecção dos dados que se configurariam em aspectos que trouxessem tanto o contexto no qual esses sujeitos se encontraram inseridos em seus tratamentos, como as rotinas de participação desses usuários num CAPS ad, mediante os seus projetos terapêuticos, tentando-se capturar e mergulhar no seu cotidiano.

Foram utilizados ainda os relatórios de gestão e projetos do CPTT para verificação do processo e de rotinas de trabalho, enquanto os prontuários dos usuários no serviço trouxeram a dinâmica de seus projetos terapêuticos.

O Boletim Único de Produtividade (BUP)<sup>53</sup> orientou a checagem da produção dos GMs realizados e a agenda da coordenadora do GMs auxiliou a localização de alguns números de prontuário não localizados nos BUPs e não presentes nos registros de campo do GM.

As Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APACs)<sup>54</sup> foram fontes de pesquisa de telefones e endereços, quando esses não constavam devidamente anotados em prontuários.

Os diários de campo das sessões do GM confeccionados pela coordenadora da atividade, durante o processo de realização desses grupos, foram utilizados para se buscar os planejamentos dos encontros e os depoimentos dos participantes (RASCH, 1995, 1999c, 2002a, 2003a). Um outro diário de campo foi adotado para registrar as

---

<sup>53</sup> BUP é um documento-padrão da SEMUS que quantifica o número de atendimentos realizados pelos profissionais diariamente. Constam nesse boletim dados relativos ao nome, à data de nascimento, à hipótese diagnóstica dos usuários atendidos e procedimento específico realizado pelo profissional (ANEXO A).

<sup>54</sup> APAC é um documento formal para a autorização e recebimento financeiro, referente ao projeto terapêutico a ser efetivado pelo usuário do serviço, a qual é renovada de três em três meses, contendo somente dados sociodemográficos, tipo de droga e padrão de consumo e o campo para a assinatura do profissional solicitante e outro campo para a autorização do procedimento pelo setor responsável (ANEXO B).

situações ocorridas no processo do trabalho de campo (entrevistas, bem como para relatar alguns acontecimentos do cotidiano do serviço).

Fotografias feitas no processo dos acontecimentos dos GMs, na intenção de registrar os movimentos do trabalho, foram utilizadas para exemplificar e ilustrar algumas intervenções realizadas, tendo-se o cuidado ético de preservação do anonimato dos sujeitos desta pesquisa, bem como a não revelação da fisionomia desses participantes.

### **2.1.1 Cuidados éticos**

A pesquisa em questão teve o seu projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Biomédico, da UFES (ANEXO C), observando o que preconiza a Resolução nº 196/96 (CONSELHO..., 1996). Os procedimentos éticos adotados consideraram as características dos sujeitos desta pesquisa, especificamente a sua relação com substâncias psicoativas consideradas ilegais, decidindo-se por um termo de consentimento verbal para participação na pesquisa (APÊNDICE B), que foi lido na primeira entrevista, momento em que se solicitou a autorização verbal, sendo todo o processo gravado com o consentimento do entrevistado.

O conteúdo foi registrado, constando a aquiescência de cada sujeito em participar da pesquisa, havendo a possibilidade expressa da desistência dessa participação em qualquer momento do processo, sem qualquer prejuízo para o sujeito, sendo os seus dados de identificação suprimidos.

Foram identificados no texto deste trabalho por elementos e fenômenos da natureza, escolhidos aleatoriamente, sem qualquer relação com a história dos sujeitos do trabalho, visando-se exclusivamente à preservação do anonimato.

### 2.1.2 Primeira aproximação: primeiro porto

Para verificação da viabilidade técnica desta pesquisa, realizamos uma primeira aproximação com o cenário do estudo, coletivizando o projeto de pesquisa com os profissionais do CPTT, na reunião de Equipe. Explicamos os procedimentos metodológicos e a forma da inserção da pesquisadora no contexto de trabalho do CPTT, evidenciando que a inclusão no momento da pesquisa seria diferenciada dos trabalhos de até então, tentando evitar mal-estar, caso fôssemos solicitada para alguma tarefa no serviço, uma vez que não poderíamos executá-la, principalmente por estar, oficialmente, licenciada das atividades de trabalho para o Mestrado.

Após essa apresentação, foi negociado com a Coordenação do CPTT e Equipe um espaço para desenvolvermos nosso trabalho, sendo destinada a sala do PRD. Registramos a acolhida afetuosa e colaboradora pelos parceiros de trabalho diante de todas as solicitações realizadas para a pesquisa.

Para a coleta dos dados em prontuários, elaboramos um primeiro esboço para o levantamento dos dados, denominado ficha do participante, com testagem realizada em quatro prontuários dos participantes do GM, realizado no ano de 1995, por ser esse um dos menores grupos. Esse esboço indicou que o formato não estava muito adequado às inúmeras informações advindas do prontuário, uma vez que já se tentava aprisionar os dados em categorias.

Outro esboço foi feito e ainda não apreendíamos a enormidade dos dados emergentes dos prontuários e confeccionamos, então, o último esboço, mais aberto e amplo, sem tentar enquadrar tudo *a priori*, porém sabendo o que queríamos buscar, chegando, então, a um formato possível de coleta dos dados nos prontuários (APÊNDICE C).

Um roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE D) foi elaborado e testado, demonstrando que era efetivo para sua aplicabilidade, com questões claras e sem nível de dificuldade para os entrevistados que as responderam com tranquilidade, não

trazendo margem de confusão em nenhuma das questões, não havendo necessidade de modificá-lo.

A testagem do roteiro foi realizada com quatro participantes do último GM (três sujeitos que faziam concomitantemente GM e psicoterapia individual com esta pesquisadora, enquanto um deles só realizou o GM), que se encontravam em processo de tratamento na AD, no momento dessa testagem, mediante convite verbal. As entrevistas dessa testagem tiveram de meia hora a uma hora de duração e foram gravadas após o consentimento dos sujeitos e, transcritas, na íntegra, considerando-se os princípios éticos da preservação do anonimato dos sujeitos, com a leitura do termo de consentimento para participação na pesquisa.

Essa testagem indicou a sobreposição<sup>55</sup> de informações sobre o processo de psicoterapia individual e participação no GM para os sujeitos que realizavam concomitantemente essas atividades, sob nosso acompanhamento, o que indicou a necessidade de exclusão desses sujeitos da pesquisa, ao todo nove, ficando-se assim com um grupo de quarenta e cinco sujeitos para o levantamento de dados nos prontuários.

Os dados que emergiram dessas entrevistas evidenciaram a lembrança, após um ano de finalização da experiência, com clareza, de alguns trabalhos corporais realizados, por exemplo, respiração, *grounding*, relaxamento, dinâmica com bolas de soprar, bem como as sensações que esses movimentos provocaram e os seus significados para o processo de tratamento de cada um.

---

<sup>55</sup> Essa evidência gerou o trabalho *O grupo de movimento sob a ótica do usuário de drogas: fragmentos de uma experiência* (RASCH, GARCIA, 2005), apresentado no X Congresso de Psicoterapia Corporal, em Curitiba, Paraná, no período de 26 a 28 de maio de 2005.

### **2.1.3 A pesquisa documental: um mundo de dados ou paradoxalmente um mundo de ausência de dados-mapas**

A coleta de dados<sup>56</sup> foi realizada nos quarenta e cinco prontuários dos usuários incluídos no estudo, com a finalidade de se levantar:

- a) **os dados de identificação e os dados socioeconômicos** (sexo, idade, estado civil, escolaridade, composição familiar, procedência por município, profissão, situação funcional e renda);
- b) **o histórico do consumo de drogas** (padrão de consumo, início e tempo de uso, tipo de substância, internações por consumo de droga);
- c) **a inserção no CPTT** (acesso, acolhimento, projeto terapêutico – atividades individuais e grupais – uso de medicação, participação familiar, encaminhamentos realizados pelo CPTT para outros serviços, tipos de intervenções realizadas fora do CPTT);
- d) **a participação no GM** (acesso, número de participações, registros realizados pela coordenadora do grupo – expressões ou falas – dos sujeitos no grupo).

Dessa coleta tivemos um espectro das repercussões clínicas pelo uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, como comprometimentos em nível físico, bem como nos aspectos familiares, sociais e de trabalho. Nesse trajeto de tratamento, observamos interrupções, bem como períodos de longa permanência na instituição.

Essa etapa foi desafiadora não só pela extensão de alguns prontuários em termos de páginas, o que demandou, às vezes, um mínimo de quatro horas para a leitura de um deles, mas, principalmente, pela ilegibilidade de alguns escritos, comprometendo o

---

<sup>56</sup> Nessa etapa e no processo de transcrição das fitas das entrevistas, contamos com o trabalho de Rossana dos Reis, aluna do Curso de Serviço Social/UFES e bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo Projeto Política de Atenção à Dependência Química no Espírito Santo, sob a orientação da professora Maria Lúcia Teixeira Garcia.

entendimento de alguns encaminhamentos dados ao caso. Outro aspecto referiu-se à incongruência de alguns registros que não sinalizavam as conduções realizadas em determinados momentos do acompanhamento do paciente. Ressaltamos que a instituição em questão não dispõe, em princípio, de um banco de dados amplo e sistematizado no qual possa ser feita uma coleta de dados, por exemplo, dados sociodemográficos, percurso do consumo do uso de droga, histórico de internações por uso de droga, dentre outros.

Entretanto, manuseando os prontuários, verificamos que existem instrumentos<sup>57</sup> com essa finalidade, porém não são metodicamente preenchidos pelos profissionais. Além desses instrumentos, no envelope dos prontuários, consta também o documento das APACs, para o CAPS ad, que já se encontram digitalizados num programa específico para esse fim.

O processo de ir e vir nessa leitura trouxe muita riqueza, sendo igualmente o momento de muitas descobertas, propiciando o contato com belíssimas conduções do trabalho realizadas pelos profissionais do CPTT, que tocam e emocionam pela sensibilidade e perspicácia da intervenção em alguns momentos do trabalho.

Citamos, por exemplo, a intervenção da Coordenadora Clínica do HD, quando observa um dos usuários da HD, em pleno espaço do tratamento, com uma camisa do Bloco Papo Furado (notoriamente reconhecido pelo uso de bebidas alcoólicas) e pontua que iria entregar uma outra camisa para ele vestir.

E ele retruca: “Mas como, se eu sou fundador do bloco?”. Ao que a Coordenadora Clínica responde: “É preciso mudar de bloco e vestir a camisa do CPTT”.

Essa intervenção, em princípio, parece ser desnecessária ou até mesmo classificada como “boba”, mas esses atos cotidianos na intervenção desses usuários podem fazer uma provocação para o lugar de uso de drogas indiscriminadamente.

---

<sup>57</sup> Deparamo-nos com cinco instrumentos de pesquisa e avaliação da eficácia terapêutica. Dentre esses, destacamos um deles (ANEXO D).

### **2.1.4 As entrevistas semi-estruturadas**

Como procedimento para a realização das entrevistas, estabelecemos como critério para localização dos sujeitos o máximo de três tentativas de contato, via telefone, telegrama, carta-convite e bilhete àqueles que não se encontravam mais em tratamento no CPTT. Convites verbais foram também utilizados para os que ainda se encontravam em tratamento no CPTT, no espaço da AD, e também para os sujeitos que já haviam migrado de projeto terapêutico intensivo para outras modalidades, como o projeto terapêutico semi-intensivo ou não intensivo, encontrando-os algumas vezes, casualmente, na recepção do serviço, quando estavam vindo para suas consultas.

Dos telefonemas realizados (41), muitas vezes nos deparamos com as seguintes questões: ninguém atendia ao telefonema, o telefone era do vizinho, não havia ninguém que residia na casa com aquele nome, o telefone não estava recebendo chamada, celular não reconhecido e número não existente. Dos telegramas encaminhados (2), um retornou com a mensagem “não existe o número indicado”. Dos aerogramas enviados (45), quarenta não retornaram e cinco retornaram (dois com endereço insuficiente e um com a mensagem “número não existe”). Das cartas encaminhadas (5), uma não retornou e quatro retornaram (duas com endereço insuficiente e duas pelo fato de não serem atendidas pela distribuição domiciliária). Do bilhete entregue (1), mediante um portador, usuário da AD, que era vizinho do sujeito que estávamos tentando localizar, houve a comunicação de que havia sido entregue. Dos convites verbais (10), todos foram aceitos.

No que concerne ao processo de localização de endereços e telefones nos documentos da instituição (prontuários e APACs), apontamos como dificuldade desse processo os seguintes aspectos:

- a) a letra era ilegível no campo de preenchimento dos endereços, nos prontuários dos sujeitos, ocasionando alguns equívocos nos endereços das correspondências encaminhadas;

- b) os telefones de contato estavam desatualizados ou anotados errados nos prontuários. Muitas vezes, não estavam anotados na primeira folha do prontuário, mas no corpo da sua evolução, misturando-se com o processo de anotações dos profissionais, o que dificultava o acesso ao número;
- c) o banco de dados das APACs é interessante e útil, mas ainda pouco funcional para uma tentativa de pesquisa, principalmente no tocante aos endereços e telefones dos usuários do serviço, pois estão incompletos ou desatualizados. Nesse sentido, os prontuários ainda são a melhor fonte de busca desses dados;
- d) os endereços muitas vezes eram insuficientes para o envio das correspondências, que retornavam ao remetente;
- e) os telefones de contato não pertenciam mais aos sujeitos ou não eram números existentes.

Quanto ao número de participações no GM, inicialmente estabelecemos como critério a participação em oito sessões de GM, considerando para esse corte a sinalização que Gama e Rego (1994) sugerem para a realização de GMs, tendo como indicação o número mínimo de oito sessões.

Esse critério indicou que, dos 45 sujeitos, oito tinham esse quantitativo de participações e, quando procedemos à localização deles, deparamo-nos com a seguinte realidade:

- a) o falecimento de um sujeito;
- b) a mudança de residência de outro para morar com familiares, em outro Estado brasileiro estando, inclusive, trabalhando;
- c) a não resposta de três sujeitos à convocação para entrevista;

- d) o comparecimento de três sujeitos para a realização da entrevista (ressaltando aqui que uma dessas entrevistas já havia sido realizada por ocasião da testagem do roteiro de entrevista semi-estruturada).

Essas imprevisibilidades nos levaram à constatação de que esse parâmetro, inicialmente estabelecido, não coadunou com a realidade encontrada e, como os dados coletados nas entrevistas dos três sujeitos que compareceram ainda não satisfaziam o trabalho pela insuficiência do material, houve necessidade de pensarmos em outra estratégia e decidimos localizar os outros 37 sujeitos, independentemente do número de participações no GM. Com esse novo procedimento estabelecido, foi providenciado contato com esses sujeitos.

Dezenove sujeitos não compareceram, um estava hospitalizado (inclusive por problemas de alcoolismo) no interior do Estado do Espírito Santo, segundo informações recebidas por familiares, por ocasião do contato para marcação da entrevista. Por esse motivo não foi convidado. Um sujeito recusou-se a participar do estudo, enquanto dezesseis compareceram. Um deles, no momento da entrevista, falou de assunto pertinente para ele, não tocando no tema da entrevista. Deparamo-nos, então, com um movimento de resistência ao processo, sendo esse sujeito também excluído do estudo.

Assim, tivemos dezoito sujeitos entrevistados (Quadro 2), sendo quatro do sexo feminino e catorze sujeitos do sexo masculino. Das quatro mulheres que compareceram, duas eram usuárias de álcool, uma usava múltiplas drogas (fumo, cocaína, *crack* e álcool) e outra era usuária de álcool e declarava-se abstinente de cocaína há oito anos. As mulheres estavam na faixa etária, no início do tratamento, entre 28 e 45 anos (28, 32, 37 e 45 anos). Duas eram solteiras, uma separada e outra desquitada e todas com a experiência da maternidade, estando somente uma delas ainda em tratamento no CPTT.

Dos catorze homens que compareceram, oito eram alcoolistas, quatro usuários de múltiplas drogas, um outro de álcool e cocaína e outro de álcool e maconha. A idade, no início do tratamento, variava entre 21 e 54 anos, sendo quatro sujeitos casados,

oito solteiros, um divorciado e um separado. Seis sujeitos ainda se encontravam em tratamento no CPTT, enquanto oito deles já não estavam mais em tratamento.

Sujeito	Número de Participações no GM	Em Tratamento no CPTT		Tipo de Substância	Estado Civil
		SIM	NÃO		
Vento	13	X		Álcool	Solteiro
Furacão	9	X	X	Álcool	Solteiro
Trovão	8		X	Álcool	Solteiro
Céu	6		X	Múltiplas Drogas	Solteiro
Terra	5		X	Múltiplas Drogas	Solteira
Rio	4		X	Álcool	Separado
Relâmpago	3		X	Álcool e Cocaína	Casado
Fogo	3		X	Álcool	Casado
Estrela	3		X	Álcool	Desquitada
Espectro	3	X		Álcool	Solteiro
Sol	2		X	Álcool e Maconha	Casado
Raio	2		X	Álcool	Solteiro
Mar	2		X	Múltiplas Drogas	Solteiro
Infinito	2	X		Álcool	Casado
Horizonte	2	X		Múltiplas Drogas	Divorciado
Oceano	2	X		Álcool	Solteiro
Água	2		X	Álcool e Cocaína	Casada
Lua	1	X		Álcool	Separada

**Quadro 2 – Sujeitos que compareceram à convocação para a entrevista**

As entrevistas foram agendadas e aconteceram nas dependências do CPTT, na sala do PRD, e tiveram, em média, a duração de trinta minutos a uma hora e meia. Os sujeitos foram entrevistados uma única vez, pois conseguimos os dados que buscávamos. Além disso, uma vez que foi delicado o processo de localização dos sujeitos, solicitar mais uma vinda ao serviço poderia tornar o trabalho inoperante, considerando também a dificuldade financeira de muitos para o deslocamento.

Durante o processo de entrevista, fornecemos passagens de ônibus a dois dos sujeitos, que manifestaram essa dificuldade financeira, enquanto os outros não solicitaram ajuda.

Em princípio, não pareceu haver um grau de complexidade demasiado entre as perguntas feitas aos entrevistados, que as responderam tranquilamente, sem se esquivarem de nenhuma. A entrevista buscou resgatar o processo de tratamento

como um todo e as impressões acerca da participação no GM, constituindo-se dos seguintes elementos norteadores para sua execução:

- a) a trajetória do sujeito no tratamento da problemática álcool e outras drogas e, especificamente, o processo de tratamento CPTT, considerando-se também a trajetória do processo de tratamento em outros serviços para o trato de USs;
- b) a experiência do sujeito no GM: como era antes, durante e depois do grupo, verificando a percepção que o sujeito teve acerca de sua inserção no GM;
- c) o processo de condução do sujeito no GM e os efeitos dessa participação em sua vida, na intenção de levantar dados sobre a percepção do sujeito no processo de participação no GM, observando-se as modificações dessa participação em sua vida;
- d) a percepção do seu corpo antes, durante e depois do GM, considerando-se a relação com o corpo o antes, o durante e após o GM;
- e) a relação dos efeitos do GM em seu corpo e em relação ao uso de drogas, levantando-se os efeitos e as modificações ocorridos após a intervenção, tanto em relação ao corpo, quanto ao uso de drogas;
- f) o GM dentro da dinâmica de trabalho de atividades ofertadas no CPTT, visando a buscar o sentido que o sujeito dá ao GM no contexto do tratamento no CPTT.

### **2.1.5 A análise dos dados**

Em se tratando dos dados coletados nos prontuários dos 45 sujeitos, realizamos uma análise quantitativa descritiva.

As entrevistas semi-estruturadas foram transcritas, sendo assim transformadas em texto. Somamos a esse texto os dados coletados nos prontuários dos sujeitos entrevistados. Esse texto foi transformado em histórias dos sujeitos, contadas e narradas por esta pesquisadora. Preservamos, nessa narrativa, os conceitos trazidos pelos entrevistados. As falas destacadas, no corpo deste texto, representam fragmentos dos discursos trazidos no momento da entrevista.

Nesse processo, foi utilizada a técnica da análise de discurso (ORLANDI, 2002), que busca a discursividade presente nesses textos, produzida por sentidos que são dados pelos sujeitos como membros de um processo social e histórico (ORLANDI, 2002). Com isso, buscamos as repetições, os não-ditos, em cada marca discursiva, tanto sobre o processo de tratamento percorrido pelo sujeito, quanto sobre o processo de sua participação no GM.

Essa análise, portanto, buscou evidenciar os sentidos e significados que os sujeitos participantes do processo da entrevista deram aos seguintes pontos norteadores no ato da entrevista: a trajetória no tratamento da problemática do álcool e de outras drogas e, especificamente, o processo de tratamento CPTT; a experiência do sujeito no GM; o processo de condução do sujeito no GM; a percepção do seu corpo antes, durante e depois do GM, considerando-se a relação com o corpo antes, durante e após o GM; a relação dos efeitos do GM em seu corpo e em relação ao uso de drogas; o GM dentro da dinâmica de trabalho de atividades ofertadas no CPTT.

Para apresentação dos resultados, consideraremos, primeiramente, os dados quantitativos, com respectiva análise, mostrando os elementos encontrados pela pesquisa documental, tendo como fonte os dados coletados nos prontuários dos 45 sujeitos, na intenção de construir o processo desses usuários no CPTT e no GM. Posteriormente, apresentaremos os dados relativos ao processo das entrevistas realizadas com os dezoito sujeitos que conseguimos localizar, procedendo à análise desse material à luz da técnica da análise de discurso (ORLANDI, 2002).



“[...] achei que essa atividade não me cansava, ela me tirava o cansaço, né? Da mente, do corpo, né? Eu ficava mais, mais alegre também [...]”.

**Água**

### **3 RESULTADOS: OS TESOUROS ENCONTRADOS**

Os dados serão apresentados em torno dois momentos diferentes. Num primeiro momento, apresentaremos os sujeitos, o processo de inserção no CPTT e o processo de participação no GM. Para tanto, consideraremos os 45 sujeitos dos quais coletamos dados nos prontuários. Utilizaremos, também, no item processo de participação no GM, os dados levantados no diário de campo por ocasião da realização dos encontros do GM. Exploramos aqui os dados de identificação (sexo, idade, estado civil, escolaridade, composição familiar, procedência por município, profissão, situação funcional); dados socioeconômicos (renda) e histórico do consumo de drogas (padrão de consumo, início e tempo de uso, tipo de substância, internações por consumo de droga).

O processo de inserção no CPTT explorou o acesso ao serviço, o tipo de acolhimento realizado, o projeto terapêutico desenvolvido (atividades individuais e grupais), o uso de medicação, a participação familiar, os encaminhamentos realizados pelo CPTT para outros serviços e os tipos de intervenções fora do CPTT. O processo de participação no GM explorou o acesso ao grupo, o número de participações, bem como expressões ou falas dos sujeitos no grupo.

Num segundo momento, considerando os dezoito sujeitos entrevistados, exploramos a trajetória no tratamento da problemática álcool e de outras drogas, a experiência no GM, o processo de condução no GM e os efeitos dessa participação em suas vidas, a percepção do seu corpo antes, durante e depois do GM, a relação dos efeitos do GM em seu corpo e em relação ao uso de drogas e o GM dentro da dinâmica de trabalho de atividades ofertadas no CPTT.

#### **3.1 OS NAVEGANTES: QUEM SÃO ELES?**

No que diz respeito ao sexo, contamos com a participação de 37 sujeitos do sexo masculino e oito sujeitos do sexo feminino, significando a proporção de 5:1, ou seja,

para cada cinco participantes do sexo masculino, tivemos uma participação do sexo feminino. Isso nos sugere o cotidiano dessa clínica, quando tomamos conhecimento de que sujeitos do sexo masculino são os que mais chegam às esferas de tratamento.

A faixa etária variou entre 17 a 54 anos e a idade média foi de 35 anos. Cabe aqui apontar os desafios de uma intervenção como o GM, com faixas etárias tão diferenciadas, num contexto que é permeado, ao mesmo tempo tanto por adolescentes quanto por sujeitos da faixa etária de 54 anos.

Cabe ressaltar, também, que o CPTT ainda não dispõe de intervenções tão diferenciadas para a sua clientela no processo de tratamento, quando as oficinas terapêuticas são oferecidas ao mesmo tempo para qualquer faixa etária, exceto pelo grupo de acolhimento e acompanhamento para adolescentes. Entretanto, as oficinas não fazem consideração quanto à idade dos participantes. Inclusive a própria oferta do GM não observou tais diferenças etárias. O que aconteceu é que, muitas vezes, durante o processo do GM, ficamos atenta a essa diferença etária.

Por ocasião da intervenção do GM, dos 45 sujeitos participantes, 25 sujeitos (55,56%) já se encontravam no CPTT, enquanto vinte sujeitos eram recém-chegados à instituição (44,44%). O tempo de permanência na instituição oscilou entre um mínimo de quatro meses, um tempo médio de aproximadamente 33 meses e um tempo máximo de 127 meses (10 anos).

Considerando a diferença temporal de permanência na instituição, esses sujeitos passaram por intervenções terapêuticas diferenciadas, em função de as atividades ofertadas terem se modificado ao longo do tempo. Por exemplo, sujeitos com o tempo máximo de permanência foram submetidos ao acolhimento individual, modalidade modificada no ano de 1998 para o acolhimento grupal, ao qual os sujeitos com menos tempo de permanência foram submetidos.

Observamos que a procedência para o tratamento no CPTT refere-se a sujeitos oriundos dos municípios que compõem a Grande Vitória, mostrando ser esse Centro uma referência na atenção ao uso de álcool e de drogas, uma vez que, nos outros

municípios, ainda não se contemplam serviços dessa natureza, estando alguns municípios, como Serra e Vila Velha, em fase de implantação dos seus CAPS ad. Assim sendo, sujeitos provenientes dos municípios de Cariacica, Guarapari, Ibirapu (sendo esse último município do interior do Estado do Espírito Santo), Serra, Viana, Vila Velha e Vitória compuseram os sujeitos que participaram do GM.

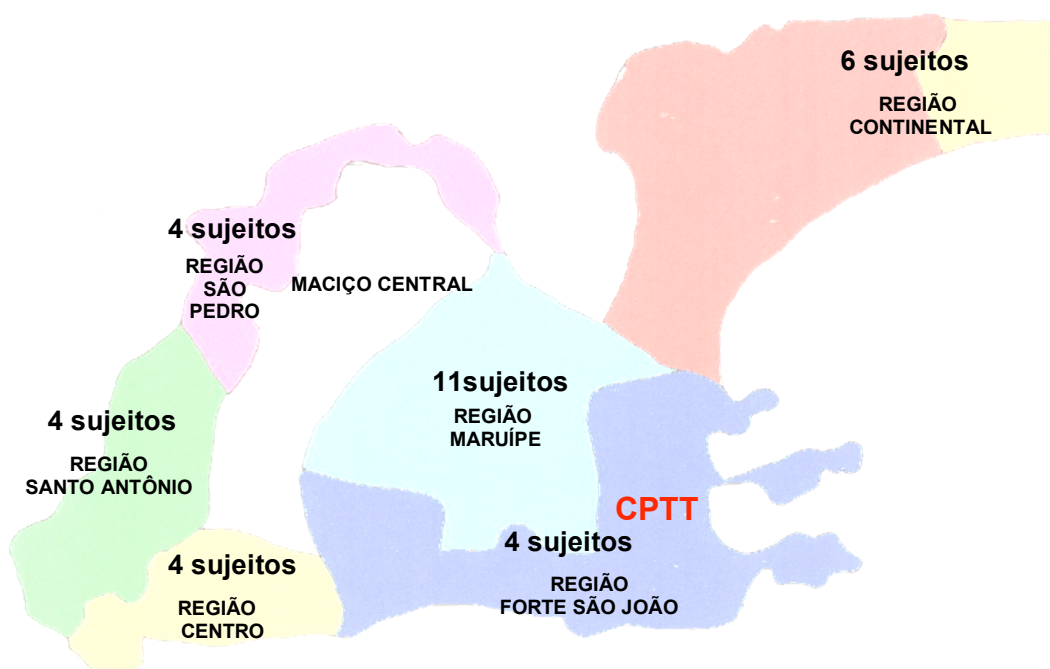
Constatamos que a maioria dos sujeitos procedia do município de Vitória com 33 participantes (73,33%), enquanto os outros municípios perfizeram o total de doze participantes (26,67%), mostrando que o CPTT está cumprindo a função de ser referência para o seu próprio município (Tabela 1).

**Tabela 1 – Procedência dos participantes do GM por município**

<b>Município</b>	<b>Nº de Sujeitos</b>	<b>%</b>
Vitória	33	73,33%
Serra	4	8,89%
Vila Velha	3	6,67%
Cariacica	2	4,45%
Viana	1	2,22%
Guarapari	1	2,22%
Ibirapu	1	2,22%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Em se tratando do município de Vitória, verificamos que a procedência dos sujeitos contemplou todas as regiões de saúde de Vitória, como a **região do Centro**, com sujeitos provenientes dos bairros Centro, Fonte Grande e Vila Rubim; a **região Continental**, com os bairros República, Goiabeiras, Jabour, Jardim da Penha, Jardim Camburi e Maria Ortiz; a **região Forte do São João**, com os bairros Forte São João, Ilha de Santa Maria, Romão e Praia do Suá; a **região Maruípe**, com os bairros da Penha, Jaburu, Gurigica, Maruípe, Tabuazeiro, Santa Marta e São Cristovão; a **região São Pedro**, com os bairros Resistência e São Pedro III; e a **região Santo Antônio**, com os bairros Alagoano, Inhanguetá e Santo Antônio.

Esse panorama confirma os dados do diagnóstico situacional de saúde, realizado pela SEMUS, que demonstrou que a problemática do alcoolismo e do uso de outras drogas mostrava-se presente em todas as regiões de saúde do município de Vitória (VITÓRIA, 1995b, 1995c, 1995d, 1996a, 1996b, 1996c, 1996d). A maior procedência por região de saúde dos sujeitos do GM refere-se à região de saúde de Maruípe, com a participação de onze sujeitos (24,44%), seguida da região Continental com seis sujeitos (13,33%), igualando-se às regiões do Centro, Santo Antônio, Forte São João e São Pedro com quatro sujeitos participantes em cada uma (8,89%) (Mapa 2).



**Mapa 2 - Procedência dos sujeitos do GM por regiões de saúde de Vitória**

Os dados apontam que a região de maior proximidade geográfica do CPTT (Região do Forte São João) foi a que teve uma menor procura do serviço, ou seja, quatro sujeitos, igualando-se às regiões de Centro, Santo Antônio e São Pedro, sendo essas duas últimas mais distantes geograficamente do serviço. Chama-nos a atenção o fato de a região Maruípe ter tido o maior número de sujeitos participantes (11), uma vez que, nessa região, se localizam serviços específicos para o trato da problemática do

álcool, por exemplo, o Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA) do Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes (HUCAM), Oficina de Gente, Grupo de Mútua Ajuda dos Alcoólicos Anônimos (AA).

Uma vez que há uma distância considerável a ser percorrida entre o CPTT e as outras regiões de saúde, considerando-se que houve a indicação de 51,11% de sujeitos desempregados neste estudo, além de que 22,22% dos sujeitos não tiveram a indicação de sua situação funcional, refletimos sobre a sustentabilidade financeira do tratamento (passagens para o deslocamento de ônibus, por exemplo).

Quanto aos sujeitos procedentes de outros municípios, observamos que eles não dispõem ainda de estruturas específicas vinculadas à gestão municipal para o acolhimento da problemática suscitada pelo uso abusivo ou dependente de substâncias psicoativas.

Do município de **Cariacica**, tivemos sujeitos provenientes dos bairros de Campo Grande (um sujeito) e de Jardim América (um sujeito). Do município da **Serra**, tivemos sujeitos provenientes dos bairros de São Marcos II (um sujeito), do Planalto Serrano (um sujeito), de Carapina (um sujeito) e de Nova Almeida (um sujeito). Do município de **Vila Velha**, tivemos sujeitos provenientes dos bairros de Jardim Marilândia (um sujeito), de Vila Nova (um sujeito) e de Soteco (um sujeito). Do município de **Viana**, tivemos sujeitos provenientes do bairro de Vila Betânia (um sujeito). Do município de **Guarapari**, o bairro não foi especificado (um sujeito) e do município de **Ibiraçu**, o bairro também não foi especificado (um sujeito).

Quanto ao estado civil dos participantes, tivemos 25 sujeitos solteiros, dez casados, três separados, um desquitado, três divorciados e um viúvo, enquanto dois sujeitos aparecem sem esse registro. Transições de estado civil apareceram registradas no prontuário de dois sujeitos, que passaram do estado de casado para separado.

O índice de sujeitos solteiros nos remete à questão da iniciativa de criação de um vínculo mais duradouro, como o casamento, para sujeitos que vivenciam a problemática do uso de álcool e de outras drogas, sabendo-se de antemão que estabelecer vinculações mais duradouras afetivamente não se refere apenas a um

desafio para os sujeitos com a referida problemática, mas para todos os que se dispõem a estabelecer tal vínculo. O que sugerimos é que a problemática vivenciada por esses usuários pode dificultar ainda mais tais vinculações e a sua manutenção, por todas as diversidades que uma relação abusiva e de dependência das substâncias psicoativas produzem.

No cenário familiar desses sujeitos, estão presentificadas histórias de alcoolismo e histórias relativas à violência, mostrando também que são sujeitos que, em sua maioria, não vivem sós. Para alguns deles, os pais já se encontram falecidos. Episódios de separação entre os pais ou de pais que abandonaram a família também estão presentes, bem como o fato de terem sido acolhidos por outros familiares (como tia) ou por pais adotivos. Esses sujeitos têm filhos, irmãos (vivos, falecidos, casados e adotivos), encontrando-se também o registro de netos, sobrinhos, cunhados e padrasto.

Apesar de a problemática vivenciada pelo uso de álcool e de drogas afligir e afetar o contexto familiar, observamos que a família é ainda uma vinculação significativa para esses sujeitos, uma vez que 35 deles mantinham a moradia com algum familiar (mãe, tio, irmão, padrasto, filhos, netos), demonstrando que a família ainda é lugar de suporte e de sustentação, enquanto quatro sujeitos residiam sozinhos e dois perderam o vínculo familiar, residindo no Abrigo da PMV. Para quatro sujeitos, não houve registro dessa informação.

No que tange à profissão, observamos uma diversidade de atividades laborais, quer sejam aquelas com baixa especialização e nível instrucional, como cozinheiro, pintor, ajudante de pedreiro, covoqueiro, braçal, pedreiro/soldador, guardador de carro, lavrador/manobreiro, servente, auxiliar de serviços gerais, arrumador, agente de segurança, balconista, quer sejam com uma maior especialização e nível instrucional, como eletricitista, metalúrgico, motorista, funcionário público municipal, professor(a), desenhista projetista, auxiliar de enfermagem, comerciante, comerciário, engenheiro agrônomo, auxiliar de produção/músico. Apareceram listadas também as condições de estudante, do lar, aposentado e trabalho autônomo. Cinco sujeitos não apresentavam registro da profissão.

Quanto à situação funcional, o desemprego foi uma realidade para 23 sujeitos. No mercado formal de trabalho, verificamos o registro de sete sujeitos em atividade e um afastado temporariamente por licença médica. Um deles já se encontrava aposentado. A não caracterização do tipo de vinculação de trabalho ficou ressaltada no caso de três sujeitos, enquanto para dez deles não constou o registro da situação funcional (Tabela 2). Mudanças da situação funcional de desemprego para a condição de trabalhando estão registradas no processo do tratamento, no caso de sete sujeitos, tanto no mercado formal, quanto no mercado informal.

**Tabela 2 - Situação funcional dos sujeitos do GM**

Situação	Nº de Sujeitos	%
Desempregado	23	51,11%
Sem registro	10	22,22%
Mercado formal de trabalho	7	15,56%
Sem explicitação da vinculação	3	6,67%
Licença médica	1	2,22%
Aposentado	1	2,22%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Observamos que a renda não foi um dado enfatizado no processo de registro dos prontuários, pois não encontramos essa informação no caso de 39 sujeitos. Entretanto, esse dado poderia sinalizar também as condições de os sujeitos sustentarem o seu tratamento ou, se não se encontram empregados ou em benefício, viabilizarem mediante a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 2004b) os seus direitos de acesso à saúde.

Foi encontrado o registro de recebimento de benefícios para três sujeitos: para dois deles, o benefício da Família Cidadã e, para um, o benefício do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), sem especificação no prontuário de que tipo de benefício. Para outro sujeito, havia o registro de uma renda de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais).

A situação de dependência financeira familiar foi verificada no caso de dois sujeitos: um dependente da mãe e outro dependente dos pais. Sabe-se que a sustentação de um tratamento não se faz somente pelo aspecto financeiro para o seu acesso, mas também pela necessidade da voluntariedade para o processo. Porém, considerando todas as dificuldades de adesão a qualquer tratamento, não se deve esquecer que a sustentação financeira pode ser uma aliada para as dificuldades que se operam no processo de tratamento.

Quanto ao consumo de drogas, observamos, segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID 10)<sup>58</sup> (ORGANIZAÇÃO..., 1993), que, dos 45 sujeitos, **trinta eram alcoolistas** (80,00%), enfatizando e reafirmando o que os dados nacionais (CARLINI et al., 2002) e a política de atenção ao uso de álcool e de outras drogas do MS (BRASIL, 2003) já demonstraram, ou seja, que o problema se concentra no cerne das drogas lícitas, como o álcool. Desses, 23 (51,11%) apresentavam o quadro de síndrome de dependência do álcool (F 10.2), quatro sujeitos (11,43 %) com o quadro clínico de uso nocivo para a saúde (F 10.1), dois sujeitos (4,44 %) com transtorno psicótico residual de instalação tardia (F 10.7) e, para um sujeito (2,22%), foi verificado o quadro clínico de transtorno psicótico (F 10.5).

**Para cinco sujeitos, observamos a combinação de álcool associada a outra substância psicoativa:** um sujeito em uso de álcool e maconha, e o álcool estava

---

<sup>58</sup> Nessa classificação os transtornos mentais e comportamentos devido ao uso de substância psicoativa compreendem o agrupamento F10 a F19, transtornos esses relacionados com o uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, diferindo-se pela gravidade variável e pela sintomatologia diversa, o terceiro caráter do código identifica a substância implicada; e o quarto caráter especifica o quadro clínico assim representados: a) .0 – intoxicação; b) .1 – efeitos nocivos à saúde; c) .2 – dependência; d) .3-9 – ou outros transtornos. Considerando que vários UD's utilizam mais de um tipo de substância psicoativa, o diagnóstico principal deverá ser classificado, quanto possível, em decorrência da substância tóxica ou da categoria de substâncias tóxicas, que é a maior responsável pelo quadro clínico ou que lhe determina as características essenciais. Assim, F 10 representa os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; F 11, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opiáceos; F 12 representa os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabinóides; F 13, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos e hipnóticos; F 14, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína; F 15, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outros estimulantes, inclusive cafeína; F 16, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos; F 17, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo; F 18, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis; e F 19, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (ORGANIZAÇÃO..., 1993).

determinando o quadro síndrome de dependência (F 10.2), enquanto não houve especificação do quadro clínico para a maconha. Para os outros quatro sujeitos, observamos a combinação álcool e cocaína. Para todos, esse quadro era de síndrome de abstinência do álcool (F 10.2), enquanto, para a cocaína, verificamos a não especificação do quadro clínico para um dos sujeitos; para os outros três, o quadro clínico estava assim determinado: um sujeito com o quadro de uso nocivo para saúde (F 14.1) e dois sujeitos com o quadro clínico de síndrome de dependência (F 14.2).

**Para três sujeitos, foram observadas outras associações de substâncias:** para um sujeito havia o uso de maconha e cocaína, ambos sem a especificação do quadro clínico. Para um sujeito, foi verificado o uso de sedativos e hipnóticos de uso nocivo para saúde (F 13.1). Para um sujeito, foi verificado o uso de fumo e *crack*, também sem a especificação do quadro clínico.

**Para sete sujeitos, foi observado o uso de múltiplas drogas.** Para dois, dentre eles, não foi mencionado o quadro clínico, para quatro o quadro clínico especificado foi o de síndrome de dependência (F 19.2), enquanto para um dos sujeitos o quadro clínico foi de transtorno psicótico residual ou de instalação tardia (F 19.7). Ressaltamos que o álcool esteve presente na combinação de substâncias utilizadas por cinco desses sujeitos.

Os dados nos indicaram que a idade mínima para o início do consumo ficou entre seis e dez anos de idade, enquanto a média foi de catorze anos e a idade máxima do início do consumo foi de 24 anos. Esses dados se aproximam dos dados brasileiros que apontam que as primeiras experimentações das substâncias psicoativas ocorrem em torno dos dez anos de idade (GALDURÓZ et al., 1997), enquanto os dados internacionais sinalizam que as primeiras experimentações ocorrem entre os doze/quinze anos (SCHUKIT, 1991).

Esses dados também nos colocam em contato com a etapa de vulnerabilidade para o início do consumo de substâncias psicoativas, uma vez que confluem com uma etapa significativa da existência humana, denominada adolescência, período de transição

de fluxos corporais, de procura de sustentação e de referências (ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

Além disso, observamos que, mundialmente, o uso de substâncias psicoativas está ocorrendo cada vez mais precocemente e de forma mais pesada (MURRAY; LOPEZ, 1996). Esse aspecto também é verificado pelos estudos brasileiros realizados com estudantes de 1º e 2º Graus de dez Capitais brasileiras, nas quais se detectou um crescimento do consumo de álcool entre jovens e, particularmente, para as crianças em situação de rua, o uso cada vez mais precoce e de forma pesada de substâncias psicoativas, bem como um aumento no uso de ansiolíticos, anfetaminas e cocaína (GALDURÓZ et al., 1997).

Quanto ao tempo de uso das substâncias psicoativas pelos sujeitos participantes do GM, variou entre um tempo mínimo de dois anos, o tempo médio de dezoito anos e um tempo máximo de 44 anos de consumo, sendo esse tempo máximo para um usuário de álcool.

### 3.2 OS NAVEGANTES E O PROCESSO DE TRATAMENTO NO CPTT

O acesso ao serviço do CPTT aconteceu de forma voluntária para quatro participantes, comprovando como é difícil o próprio UD chegar a um serviço de referência destinado a essa atenção por suas “próprias pernas”.

Em contrapartida, para dezoito sujeitos, não foi registrada a forma de acesso ao serviço, havendo, assim, necessidade de um melhor registro desse item para uma melhor visualização do tipo de encaminhamento realizado para a instituição. Observamos um total de 23 encaminhamentos vindos referenciados por:

- a) **profissionais de saúde** (16 encaminhamentos): Medicina do Trabalho da PMV, Serviço Social da PMV, Abordagem (sem registro no prontuário de qual), Psicólogo da US de Jardim América e Posto de

Saúde de Itacibá, ambos do município de Cariacica, Medicina do Trabalho da Secretaria Estadual de Educação (SEDU), funcionário do Hospital Dório Silva, Hospital São Lucas, médico do Hospital da Polícia Militar (HPM) e do CPTT, médica da US (sem explicitação no prontuário sobre qual unidade), enfermeira do Abrigo da PMV e US (sem referenciar a unidade no prontuário) e médico (sem explicitar a unidade no prontuário);

- b) **Justiça** (4 encaminhamentos): Poder Judiciário do Estado do Espírito Santo, Departamento Jurídico (sem especificação no prontuário), Justiça (sem indicação do órgão no prontuário);
- c) **familiares** (2 encaminhamentos);
- d) **não ficou compreensível** (1 encaminhamento).

Esses encaminhamentos demonstram a referência ocupada pelo CPTT como um serviço relativo à atenção ao uso de álcool e de outras drogas e, também, evidencia a sua referência como único CAPS ad do Estado do Espírito Santo, enquanto esse tipo de estrutura ainda não se encontra efetivada nos demais municípios do Estado.

O acolhimento do sujeito à instituição, momento fundamental e delicado do processo de tratamento, significando acolher aquele que por iniciativa própria ou por ter sido encaminhado ao serviço, decidindo por si só ou ainda de forma “compulsória” refletir sobre o tipo de vinculação que estabelece com a(s) substância(s) das quais faz uso, materializou-se mediante o acolhimento individual para oito sujeitos, de modo grupal para catorze e individualmente e grupalmente para dezenove sujeitos, verificando-se o não registro do tipo de acolhimento para quatro usuários.

Os dados parecem ter capturado o processo de transição ocorrido no trabalho introduzido pelo CPTT, quando priorizou, no ano de 1998, a mudança do tipo de acolhimento, que era eminentemente individual, para a forma grupal (e que hoje é

feito de forma prioritariamente grupal), tentando garantir maior acessibilidade dos usuários ao serviço (VITÓRIA, 2005a).

Esse dado aponta também a não fixação do procedimento de acolhimento somente num dos pólos (individual ou grupal), demonstrando a possibilidade de flexibilidade ao processo de acolhimento para essa atenção, pois, muitas vezes, nem todos os usuários se sentem confortáveis em compartilhar as suas histórias num processo grupal, garantindo-se, com a estratégia individual, que o sujeito possa ter acesso ao serviço. Por outro lado, o não registro da forma de acolhimento de quatro sujeitos demonstra que fica uma lacuna sobre esse dado num momento importante do processo de chegada do UD à instituição.

Para os oito sujeitos que chegaram mediante o acolhimento individual, observamos que o tempo de permanência na instituição variou de seis meses a três anos. Para os dezenove sujeitos que foram acolhidos tanto no procedimento individual quanto no grupal, o tempo de permanência na instituição variou entre quatro meses e dois anos. Para os catorze sujeitos que foram acolhidos somente pelo procedimento grupal, observamos que o tempo de permanência variou entre quatro meses e três anos.

A modalidade de tratamento, mediante os PTIs realizados pelos usuários em seu **caráter intensivo, estava referenciada para o tratamento de 32 sujeitos**: vinte e dois sujeitos alcoolistas; um usuário de álcool e maconha; dois usuários de álcool e cocaína; um usuário de maconha e cocaína; um usuário de fumo e *crack*; e cinco usuários de múltiplas drogas. Dessa modalidade, cinco sujeitos encontravam-se trabalhando, um em licença médica, quinze estavam desempregados e para nove sujeitos não encontramos o registro da sua situação funcional. O **caráter semi-intensivo estava referenciado para dez sujeitos**: sete usuários de álcool; um usuário de sedativos e hipnóticos; e dois usuários de múltiplas drogas. O **caráter não intensivo referiu-se ao tratamento de dois sujeitos**: um usuário de álcool e um usuário de múltiplas drogas. Para **um dos sujeitos, não constou o registro da modalidade** do projeto terapêutico (Tabela 3).

**Tabela 3 - Modalidades de projeto terapêutico dos sujeitos do GM**

<b>Modalidade</b>	<b>Nº de Sujeitos</b>	<b>%</b>
Intensivo	32	71,11%
Semi-intensivo	10	22,22%
Não intensivo	2	4,45%
Sem registro	1	2,22%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Considerando que a modalidade intensiva de tratamento refere-se à indicação para os sujeitos que se encontram clinicamente em estado debilitado, numa vinculação intensificada da substância e perdas de relações de trabalho, social e familiar, geradas pelo consumo das substâncias, observa-se que mais da metade dos participantes do GM (71,11%) estava nessa modalidade, necessitando de um trabalho diário.

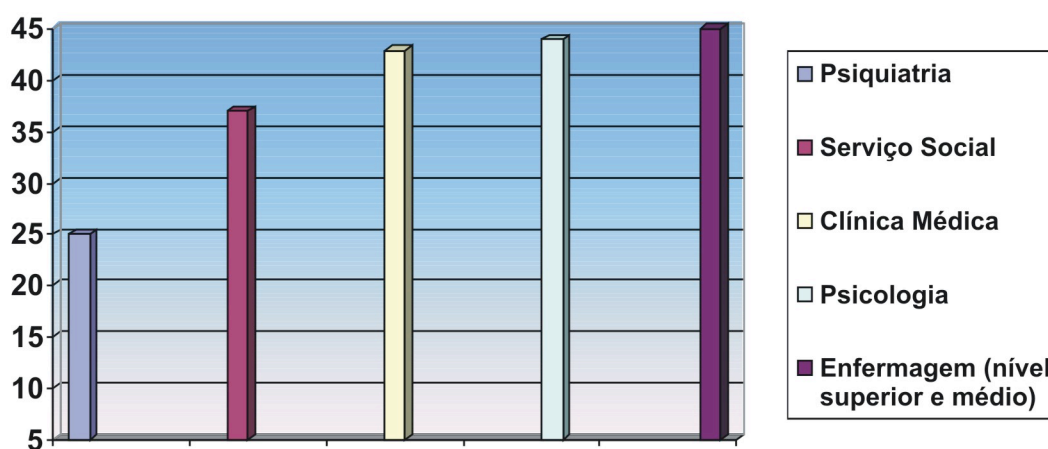
Com os projetos terapêuticos abarcando tanto atividades individuais, quanto grupais, observamos que o agrupamento Psiquiatria, Clínica Médica, Psicologia, Serviço Social e Enfermagem (35,56%) foi o formato mais comum no acompanhamento individual, contemplando dezesseis sujeitos (Tabela 4).

**Tabela 4 - Projeto terapêutico e atividades individuais**

<b>Atividade</b>	<b>Nº de Sujeitos</b>	<b>%</b>
Psiquiatria, Clínica Médica, Psicologia, Serviço Social e Enfermagem	16	35,56%
Clínica Médica, Psicologia, Serviço Social e Enfermagem	8	17,78%
Psiquiatria, Clínica Médica, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem	5	11,11%
Clínica Médica, Psicologia e Enfermagem	4	8,89%
Psiquiatria, Clínica Médica, Psicologia e Serviço Social	3	6,67%
Clínica Médica, Psicologia, Serviço Social e Enfermagem	2	4,45%
Clínica Médica, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem	1	2,22%
Clínica Médica, Psicologia e Serviço Social	1	2,22%
Clínica Médica, Serviço Social e Enfermagem	1	2,22%
Clínica Médica e Psicologia	1	2,22%
Psiquiatria, Clínica Médica, Psicologia e Enfermagem	1	2,22%
Psicologia e Enfermagem	1	2,22%
Psicologia	1	2,22%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Em se tratando das especificidades, podemos verificar que o acompanhamento da Enfermagem (nível superior e médio) prestou atenção para os 45 sujeitos. Os dados apontam que o acompanhamento de Psicologia esteve na base dos atendimentos para 44 sujeitos, demonstrando uma lógica de cuidado na esfera da escuta e reflexão dos processos emocionais dos sujeitos. Em contrapartida, uma questão se interpõe ao se deparar com esse dado, uma vez que sabemos as dificuldades de sustentação de um processo psicoterápico, trazendo a questão: será que todos esses sujeitos estão “prontos” para a sustentação de um espaço como esse? A ênfase nos atendimentos da Psicologia nos faz levantar a questão também da “psicologização” do atendimento ao UD.

Seguido a esse acompanhamento, temos a Clínica Médica com o trabalho para 43 sujeitos, o Serviço Social para 37 sujeitos, enquanto a Psiquiatria prestou atenção para 25 sujeitos (Gráfico 1).



**Gráfico 1 – Projeto terapêutico e acompanhamento individual**

Esses dados apontam o tamanho da equipe atual do CPTT, no que tange à esfera do cuidado individual: dois psiquiatras, um assistente social, seis psicólogos, dois médicos clínicos, um farmacêutico, dois enfermeiros e oito auxiliares de Enfermagem (VITÓRIA, 2005a). Ou seja, esses resultados poderiam sugerir que a maior capacidade dos atendimentos estaria ao encargo da Enfermagem e da Psicologia em função da quantidade “maior” de profissionais proporcionalmente visualizando.

Entretanto, a Clínica Médica com dois profissionais orientou o cuidado de 43 sujeitos (95,55%).

No tocante às atividades grupais, grupos de acompanhamento e oficinas terapêuticas (Gráfico 2), observamos uma diversidade de ofertas terapêuticas, verificando também atividades que se mantêm nos registros dos prontuários, atividades novas, algumas que desaparecem e outras sazonais. Evidenciamos uma não padronização dos nomes das atividades registradas em prontuário, parecendo ser a mesma denominação, mas com registros quase diferentes na nomenclatura, como Grupo de Mulheres, Grupo de Acompanhamento de Mulheres e Grupo de Acompanhamento para Mulheres Alcoolistas.

Ao destacar como foco a mulher, isso se difere quando se faz a classificação mulher alcoolista, colocando-a num enquadre, adjetivando-a numa categorização marcada e enredando-a à condição somente de usuária de uma determinada substância. Em contrapartida, ao se denominar Grupo de Mulheres, isso aponta uma outra direção do grupo, na qual a categoria gênero traça os seus destinos e reflexões. Ao se colocar Grupo de Acompanhamento, infere-se que alguém conduz esse processo. Tais reflexões podem ser ampliadas para as outras denominações grupais no CPTT, quando se nomeiam os Grupos como de Acompanhamento ou também quando eles são classificados, mesmo que seja para a operacionalização do trabalho, a partir da substância utilizada para o acolhimento ao serviço.

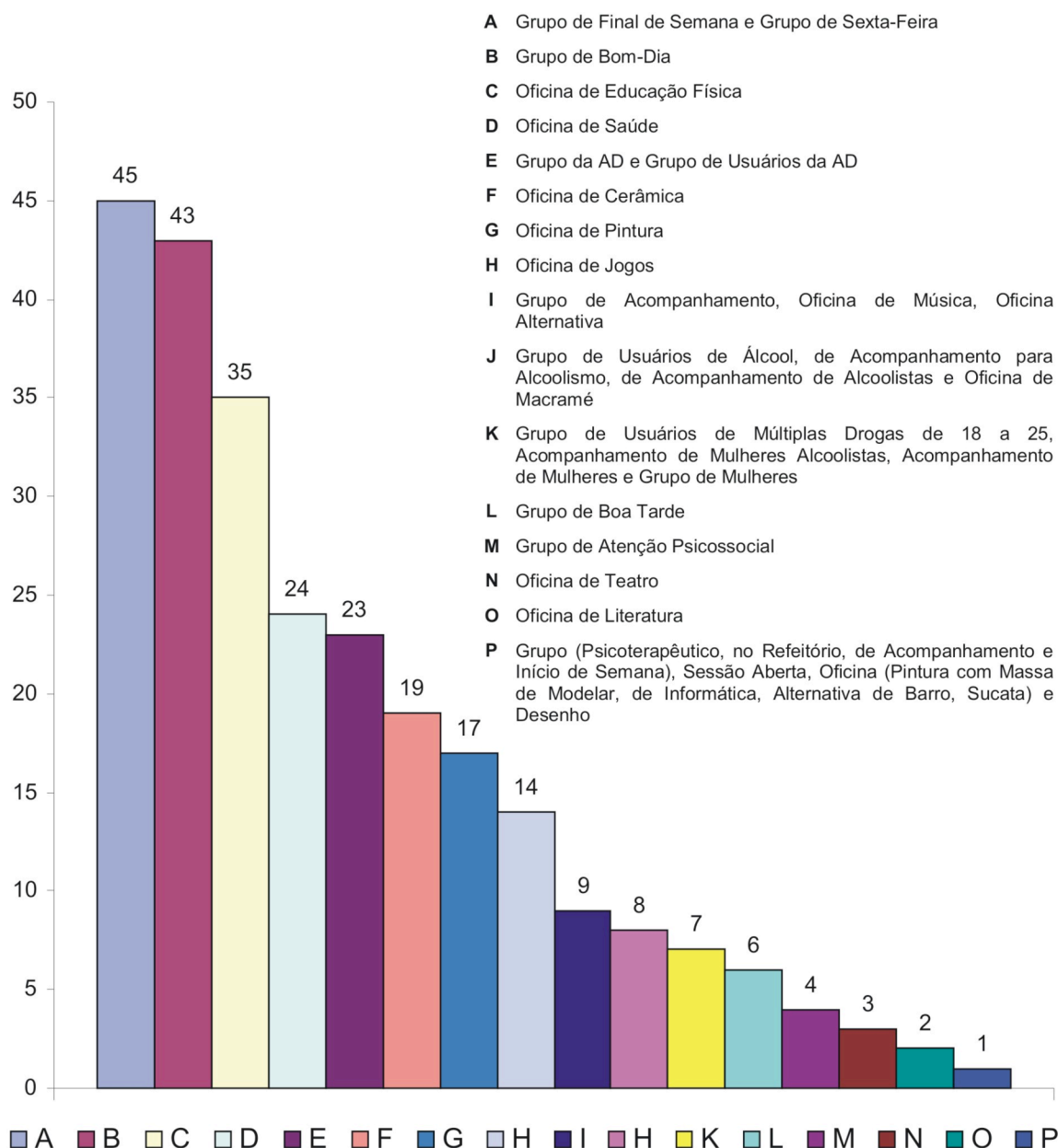
Outro exemplo é Grupo de Acompanhamento de Usuários de Álcool, Grupo de Acompanhamento de Alcoolistas e Grupo de Acompanhamento de Alcoolismo. Repetem-se também duas denominações para a mesma atividade: o Grupo de Usuários da AD.

Destacamos que a atividade denominada Grupo de Bom-Dia pareceu ter uma significativa participação dos usuários, contando com 43 sujeitos participantes, considerando-se aqui a exclusão dos sujeitos com projetos terapêuticos não intensivos, pois essa atividade destina-se somente àqueles com projetos terapêuticos intensivos e semi-intensivos, sendo a atividade que, além de acolher e ser o passaporte para a entrada cotidianamente dos usuários no serviço, tem a finalidade

também de verificar se algum usuário está em uso de alguma substância e, se for esse o caso, ele não poderá entrar no espaço da AD, ou outro tipo de acolhimento é feito nesse dia, pois o uso de substâncias psicoativas no espaço da AD significa a violação da regra fundamental desse local: “não estar portando ou em uso de droga”. A significativa participação também pode ser explicada, então, por esses aspectos.

Merece destaque também o Grupo de Final de Semana, realizado às sextas-feiras, que também teve uma expressiva participação dos sujeitos, contemplando 42 participantes, parecendo ser o espaço utilizado para a organização e preparação para um final de semana a ser enfrentado, cheio de convites e questões inusitadas que podem levar ao consumo da droga. Indicamos aqui também a sobreposição de nomes, comparecendo no prontuário a denominação Grupo de Sexta-Feira.

No que concerne às oficinas terapêuticas, observamos uma maior participação na Oficina de Educação Física que contemplou 35 sujeitos, seguida da Oficina de Saúde com 24 sujeitos, Cerâmica com 19, Pintura com 17 e Jogos com 14 sujeitos.



**Gráfico 2 – Projeto terapêutico e atividades grupais**

Quanto ao uso de medicação psicotrópica, foi observado ser um elemento coadjuvante significativo para o processo de tratamento para 28 sujeitos (62,22%). Dentre eles, vinte são somente alcoolistas, enquanto cinco sujeitos são usuários de múltiplas drogas, um faz uso de hipnóticos e sedativos, um usa tabaco e *crack* e outro é usuário de álcool e de cocaína. De outro lado, observamos a ausência desse registro para dezesseis sujeitos (35,56%). Em apenas um caso (2,22%), houve

justificativa para a não prescrição de medicação, uma vez que o registro no prontuário relata que esse sujeito estava se alcoolizando com frequência.

A participação familiar no processo de tratamento apareceu em 26 sujeitos (57,78%), tendo como participantes companheiro, filhos, irmãos, mãe, pai, cunhada, esposa, madrasta, ex-esposa. Em contrapartida, para dezoito sujeitos (40,00%), não existe o registro de participação familiar, enquanto para um deles (2,22%) foi encontrado o acompanhamento da assistente social do Abrigo/PMV. Ficou evidente aqui a inexistência de participação de familiares no processo de tratamento dos sujeitos que perderam a vinculação familiar.

Afirmamos mais uma vez que, apesar das dificuldades e transtornos causados pelo uso do álcool e de outras drogas e das modificações produzidas nas relações e nos vínculos familiares, a família quer o deslocamento da posição do UD, investindo no processo de tratamento. Ao se permitir o acesso ao tratamento também se possibilita uma mudança de sua posição em relação ao UD, numa postura de acolhimento ou dos limites que forem necessários construir numa relação com esse UD.

O registro de intervenções realizadas fora do CPTT foi constatado para quinze sujeitos (33,34%), observando-se que essas intervenções aconteceram em instituições de cunho governamental (esfera federal e estadual), grupos de mútua ajuda, abordagem religiosa, no Estado do Espírito Santo, bem como em outros Estados brasileiros. Essas instituições se destacam por terem as seguintes características:

- a) **internação prolongada** – HPM, Lar Ministério da Vida Total/Serra, Centro Integrado de Terapia em Novo Horizonte/Serra, Centro de Desintoxicação no Rio de Janeiro (RJ);
- b) **tratamento em nível ambulatorial e CAPS** - HUCAM (PAA e Serviço de Saúde Mental), CAPS (não havendo a especificação do Centro);
- c) **grupos de Mútua Ajuda** - AA e Narcóticos Anônimos (NA);

d) **serviço de urgência e emergência** - Hospital São Lucas.

Quantos aos encaminhamentos realizados pelo CPTT para outros serviços relativos ao uso de álcool e de outras drogas, verificamos que oito sujeitos foram referenciados para instituições, como Pronto-Socorro (sem especificação), Pronto-Socorro do Hospital São Lucas, CR DST/AIDS, da SEMUS/PMV, HPM, HUCAM, US para serviço de Psicologia, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) para avaliação neurológica e para a Clínica Santa Isabel em Cachoeiro de Itapemirim/ES. Constatamos o não registro do local num dos encaminhamentos, enquanto não foi caracterizado esse procedimento para 37 sujeitos.

O histórico de internações por consumo de álcool e de outras drogas foi uma realidade para catorze sujeitos. Para três deles, o local da internação não se encontra indicado, enquanto para os outros onze sujeitos os locais de internação foram: o Esquadrão Resgate, o Hospital Psiquiátrico em Cachoeiro de Itapemirim/ES, Hospital São Lucas, Pronto-Socorro do Hospital São, a Clínica Santa Isabel em Cachoeiro de Itapemirim/ES, a Clínica Santa Angélica, o HUCAM e busca de tratamento no Estado do Rio de Janeiro, em Campinas e em Marília, no Estado de São Paulo, bem como em Florianópolis, em Santa Catarina e Jacaraípe/ES, não constando a identificação do local para nenhum desses espaços.

Com isso, evidencia-se que a trajetória do processo de tratamento é marcada por diversas buscas, quer seja em serviços de internação prolongada, quer seja para o “alívio” imediato do mal-estar das síndromes de abstinência nos serviços de urgência e emergência. Observa-se que essa procura também ultrapassa os limites territoriais do Estado do Espírito Santo quando se busca tratamento em outros Estados brasileiros, bem como no próprio interior do Estado, em estruturas de internação de caráter público.

### 3.3 O PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO NO GM

O número de participações dos sujeitos nos encontros do GM variou entre o mínimo de uma e o máximo de treze participações, com média de 3,5 participações e mediana de 2.

Nas sessões temáticas, constatamos que a décima sessão (pelve) foi a que contou com dezoito participantes; a décima primeira sessão (costas) teve dezessete participantes; a primeira (integração grupal) e a nona sessão (integração grupal, pernas e *grounding*) contaram com dezesseis participantes; a décima segunda (costas) com quinze; a segunda sessão (integração grupal e respiração), a oitava sessão (pernas e *grounding*) e a décima quarta sessão (cabeça e pescoço) contaram igualmente com catorze participantes; a décima quinta sessão (integração do corpo), com treze; a quarta sessão (pés) com doze; a quinta sessão (pés e *grounding*) com dez; a terceira sessão (respiração) e a sétima sessão (pernas, *grounding* e sons) com nove participantes; a décima terceira sessão (braços) com seis participantes; e a sexta sessão (pernas) com quatro participantes.

Esse panorama demonstra a flutuação de participações dos UD's na atividade ofertada e afirma o desafio de intervenções terapêuticas pontuais, uma vez que não se tem a garantia da continuidade da permanência do sujeito na atividade. Isso, na verdade, é um dos desafios do trabalho na atenção ao uso de álcool e de outras drogas, uma vez que nos deparamos com a dificuldade de adesão dos usuários ao tratamento e, por conseguinte, a não assiduidade.

Outro aspecto a ser suscitado com essas flutuações de participação reafirma também o desafio do trabalho cotidiano que o usuário se coloca, bem como a sua implicação com o tratamento, quando estabelece um PTI ao entrar na instituição, e também o acompanhamento desse projeto pela equipe técnica. Essa flutuação de participação explica a repetição de algumas temáticas do trabalho em algumas sessões, como respiração, pés, *grounding* e pernas, considerados pontos fundamentais do trabalho corporal.

### 3.4 O PROCESSO DE ENTREVISTAS: ENTRE HISTÓRIAS E INTENSIDADES

Após **uma iniciativa** de contato para entrevista, encontramos **Vento, Lua, Relâmpago, Rio, Água, Infinito, Horizonte, Oceano, Furacão, Espectro e Terra**. Depois de **duas tentativas**, encontramos **Céu**. Após **três tentativas**, encontramos **Sol, Fogo, Trovão, Raio, Estrela e Mar**. E, assim, obtivemos **dezoito histórias**, dezoito universos distintos, significativos, singulares. Universos em busca de significados, em busca de outros caminhos e possibilidades.

#### 3.4.1 No balanço do VENTO

Balança para cá... balança para lá. E nesse balanço Vento conheceu o álcool, por volta dos dezesseis anos, dizem os registros. Mas quando perguntado a ele sobre o seu primeiro contato sobre isso, ele afirma que *“Desde os doze anos”*, vem se esgueirando na companhia desse líquido. Vento já caminha por esse mundo há 38 anos. Ainda não conseguiu uma companheira para conhecer com ele os caminhos do vento, mas já encontrou parcerias por esse caminho por duas vezes e conseguiu deixar a sua marca pela humanidade tendo dois filhos.

Vento já perdeu o sopro do seu pai, mas parece não querer ganhar o mundo, pois vive com a mãe, avó e tias. Ainda não conseguiu um emprego e continua dependente financeiramente de sua mãe. Mas Vento, apesar de sua leveza, *“já pegou pesado”* e assopra dizendo:

*“Trabalhei em pedreira, esticamento... de pedra, desde menino, desde os doze anos.”*

Vento chegou ao CPTT no ano 2000, após o seu balanço ter ficado confinado numa clínica de internação, por causa do uso do álcool, por mais de quarenta dias, assinalam os registros em seu prontuário. Em outros tempos, Vento, apesar de ter sido aconselhado a internar-se, certa vez, recusou-se. Talvez não quisesse mais

perder a amplitude do seu balanço, sopro e movimento. No entanto, quando questionado sobre a sua trajetória de tratamentos, diz Vento:

*“É a primeira vez. É, primeira, primeira experiência no CPTT.”*

Quando questionado sobre o tempo em que está no CPTT ele diz:

*“[...] Eu não me recordo, não... Eu creio que deve ter uns sete meses.”*

Nesse momento, Vento parece nos mostrar que a dimensão temporal para ele é diferenciada dos dados registrados em seu prontuário que apontam a presença dele no CPTT desde o ano 2000 (portanto há quatro anos).

Nesse tempo em que está no CPTT o seu projeto terapêutico é intensivo e a sua família participa do tratamento. Vento parece fazer uma avaliação desse processo de estar no espaço do CPTT, atribuindo um valor positivo, integrativo, parecendo também perceber um espaço para a reflexão da vinculação com a substância:

*“Está sendo bom: fisicamente, espiritualmente e hilariante [...]. O tratamento tem sido bom para mim. Eu tenho evitado drogas, né? O álcool, por exemplo, tem sido bom, tem sido ótimo.”*

O que ele faz no CPTT:

*“Desenho, caminhada pela manhã, exercícios, apoio sobre o solo... ginástica e alongamento... Bom, a princípio tenho vários exercícios que eu faço, né?”*

Fala ainda sobre o processo de acompanhamento de Psicologia desde a sua entrada ao serviço. Em seu prontuário consta também o acompanhamento do Psiquiatra e do Serviço Social.

Os técnicos do CPTT dizem, de acordo com o que está escrito no prontuário, que Vento já está até comprometido: tem transtorno residual pelo uso do álcool. Nossa! Que nome difícil para se falar de uma coisa tão leve como o Vento. Entretanto, essa

indicação registrada pode sugerir comprometimentos em sua memória devido ao uso do álcool.

**Vento foi a treze encontros do GM** e parece achar que a atividade não produziu muitos efeitos nele:

*“Não mudou muito, não, que eu sempre gostei de exercitar, desde novo.”*

Entretanto, parece trazer uma significação do grupo como um lugar de suporte com os exercícios que relembra:

*“Apoiar no outro, alongar, isso eu me recordo...”*

Sobre como o corpo dele ficava após o GM, diz Vento, como se fosse o próprio vento:

*“Leve, bastante leve. Solto [...] Achei relaxante: tanto fisicamente como espiritualmente [...] animador, só. A princípio, eu só me recordo disso, eu gostei. Adorei! Se precisar, eu continuo.”*

Vento parece trazer uma expectativa de quando freqüentava a atividade, comparando também o conceito de saúde como dois elementos diferenciados. Aqui parece nos apontar para uma integração que talvez lhe falte, ou que parece querer buscar, em função de sua história e processo com o uso de álcool.

*“Saúde mental e física... Corpo são e mente são [...].”*

Quanto aos GMs que tinham muitos participantes, diz Vento:

*“Quanto mais gente melhor, né? Calor humano! Nada mais interessa do que calor humano, né? Participar do grupo.”*

Quanto tempo tem que essa atividade aconteceu? Vento nos conta parecendo reafirmar a diferença de dimensão temporal entre si e os acontecimentos que o cercam:

*“A princípio, não me recordo, não.”*

E Vento continua soprando e embalando os seus ventos, pois ainda se encontra em tratamento no CPTT.

### **3.4.2 As histórias do mundo da LUA...**

Lua habita o mundo há 38 anos, está separada, já tem três filhos e tem quatro irmãos. Seus pais já não se encontram mais por aqui, porque já faleceram. Lua já ficou solitária, como aquela outra lua lá no céu, residindo sozinha. Outras vezes já procurou companhia e foi morar com as irmãs e também com as filhas. Conseguiu estudar até a segunda série do ensino fundamental e conheceu o álcool logo cedo, aos dezessete anos.

Dos 17 aos 32, lá se vão quinze anos. Chega Lua ao CPTT no ano de 1998, numa terça-feira do mês de novembro:

*“[...] quando eu entrei aqui, eu... andava fumando umas maconhazinhas, né? Mas parei, né? [...]. Se tivesse que escrever um livro sobre a sua história [...] escreveria, né? Sobre o álcool mais, porque... a maconha foi mais fácil pra mim. Isto. E tem às vezes umas recaidinhas aí, mas supero, né?[...].”*

Lua já passou por outros lugares de tratamento, parecendo indicar a trajetória comum no processo desses usuários ao procurar diferentes espaços de cuidados, quer seja na esfera da fugacidade de um pronto-atendimento, quer seja em uma internação, dentre outros. Com isso, salientamos a necessidade efetiva de uma rede de atenção e cuidados para esses usuários, com a singularidade de oferta de cuidados, visando à expansão de recursos, uma vez que, necessariamente, tais usuários não se identificam com uma proposta, mas sim com outra:

*“[...] fui pro Hospital das Clínicas, Hospital das Clínicas casa três, é... grupo do AA, né? Mas não me senti bem, porque não tava adiantando, porque ir lá só uma vez na*

*reunião não tava adiantando, era sair dali mesmo. Se me desse um passe eu gastava, voltava a pé pra casa e comprava a meiotá, comprava a meiotá, ia bebendo. Chegava em casa era a mesma coisa, tinha mais amigos, né? Chamar amigos de copo, né? Então também não tava adiantando, aí a família cidadã, que eu entrei num coisa lá, num plano lá durante dois anos, me encaminhou, uma psicóloga, se eu não engano, eu esqueci o nome dela, tem muito tempo, né? Me encaminhou pra cá [...].”*

Mas a lua para Lua parece ter virado também, pois parece ressaltar as transformações ocorridas com ela no processo de tratamento:

*“[...] antigamente me chamava de Dona Beba, é... quando morava em outro morro, me chamava de Dona Beba. Entrei aqui, entendeu? A partir daqui eu... tenho criado forças pra mim levantar e tentar sobreviver, né? Com que aprendi aqui, isso é importante, com a minha professora...., né? É... é a artesã que tem aqui que trabalha aqui há muitos anos. Aqui, pra mim, eu saio daqui, hoje eu saio daqui, eu sei que eu tenho que chegar em casa, tenho aquela cortina pra fazer, tem aquele tapete, tem encomendas, graças a Deus [...] entrei aqui, não sei, mais ou menos uns sete anos que tô aqui dentro e... aprendi essa profissão aí, que é macramé. Vivo disso, entendeu? Preciso disso, é a única coisa que faz minha mente, que faz ficar calma, né? E é tão bom, né?”*

Lua parece querer restaurar o tempo que perdeu. Parece achar que a sua filha não contou que tinha perdido a virgindade em função da sua vinculação com o álcool. O que Lua pretende é:

*“[...] agora ter capacidade pra entender minha família, né? Porque ela não quis dizer quem foi, que fez mal a ela, né? E... pra mim que vivia sempre alcoólatra, né? Depois de dois meses que... uma irmã minha chegou pra mim e falou que... eu tinha que ficar de olho nela, porque ela já não era mais nada, entendeu? [...].”*

Lua vai tentando conversar com a filha, parecendo procurar novos sentidos como mãe, como mulher, bem como vai indicando algumas quebras de certezas verdades, como castelos de areia que se vão com o vento, quando parece rever a idealização da virgindade como porta de entrada para um casamento, bem como do amor

romântico, ao mesmo tempo em que parece apontar também a naturalização atual de que agora é normal não ser mais virgem para se casar:

*“E aí... agora resolvi conversar com ela, cerquei ela no caminho, ela chorando, saiu correndo, gritando, achando que ia bater nela. Aí conversei com ela, dei uns presentes [...] procuro levar os preservativos [...] que eu tenho, que ganho aqui, que tem direito, né? De ganhar, dô a ela. Mas ela chegou pra mim e disse: ‘Mamãe eu tinha tomado vinho, e aí eu fui [...] pra um churrasco, chegou lá eu conheci um rapaz e, quando eu acordei, eu tava pelada na frente e só isso, eu nem quis tomar café, abri a porta, sem passagem, pedi carona e vim embora pra casa [...] E eu tô triste. Será que eu vou casar?’. Foi isso que ela me falou, né? Eu falei com ela: ‘Agora só resta você ter juízo, né? Procurar uma pessoa certa, que isso tem que acontecer quando uma pessoa sente uma pela outra sentimento forte. E que aconteceu com você, não aconteceu comigo, né? Eu vim perder minha virgindade com vinte e um anos. Me casei tudo direitinho, virgem, do jeito que eu quis. E era meu sonho pra você e pra sua irmã, né?’ [...] Isso é coisa do mundo que a gente precisa entender. Conversei com a minha psicóloga, com a enfermeira também, aí me deram bastante conselho, que eu não tava querendo nem olhar pra minha filha, entendeu? Sei lá, como se fosse fazer parte da minha vida, entendeu? Se fosse antigamente, tinha que casar, né? É... era bonito, né? Hoje, é normal, né? Eles se perdem, daqui a pouco a barriga cresce, você, quando vai ver, já é tarde demais e eu, graças a Deus, consegui parar um pouco e... refletir, né?”*

Nessa nova rede de linhas e nós, vai se sentindo cheia de afetos e até encontrou um novo amor, parecendo indicar a possibilidade, nesse trajeto de tratamento de encontros afetivos, que também era usuário de substâncias psicoativas:

*“[...] meu companheiro também era usuário, agora té se controlando, entende?”*

Parece também indicar a composição de novos campos existenciais na sua família, mostrando também a modificação do seu projeto terapêutico no tratamento, à medida que começa a tomar posse de novas atribuições em sua vida:

*“[...] pedi meio expediente aqui, porque preciso tá em casa, fazer as coisas em casa, né? Observar se meus filhos foram ou não foram pra escola. Então, eu fico meio expediente agora, né? Mas antigamente eu ficava o dia todo. Vamos indo.”*

Alguns movimentos do processo de tratamento são indicados por Lua, quando se permite um espaço de reflexão de suas questões, parecendo apontar a possibilidade de expressão permitida pelo espaço psicoterápico, bem como o aspecto da religiosidade como ponto fundamental no seu processo de recuperação:

*“[...] minha psicóloga é que sofre, né? Quando eu chego na sala dela, é um chorador danado, eu falo mesmo o que eu tenho que falar, xingo, falo tudo que tá acontecendo, né? É só isso, eu acho que... espero melhoras pra todo mundo, né? Que vençam, como muitos venceram, né? Outros que tiveram a recaída voltaram, tão sobrevivendo de novo. Eu acho que é um ótimo lugar. Eu espero que Deus, né? Primeiro lugar Deus, segundo a gente também, pela nossa força e vontade, mas tentando dizer sempre não, entendeu? Porque é difícil, é muito difícil, negócio não é fácil, não, não é fácil. É a primeira vez que eu tô falando aqui e não tô chorando, é sinal que eu já tô me recuperando.”*

Como muitas fases da lua lá de cima, Lua tem horas que minguia, quando lembra do emprego que perdeu por causa do álcool e isso já faz quase dez anos, e emprego, veja só, sem carteira assinada:

*“[...] era cinco litro, era cinco litro de pinga mesmo, por dia mesmo, eu não via nada, se o sol nascer, se o dia tava de noite, não tava, só queria embarcar mesmo, aonde tinha, eu tava chegando e... só Deus sabe [...].”*

Mas, como a lua, também se sente nova, cheia de esperança, mostrando a acessibilidade de uma droga de caráter lícito:

*“[...] o que eu pretendo é levantar a moral, moral mesmo [...] pessoa quando tem... usa esse tipo [...] de droga, que é uma droga barata, que é o álcool, qualquer lugar você encontra, qualquer esquina, um amigo te chama e você vai [...].”*

Mostra o espaço de tratamento como lugar de possíveis alianças, encontros para os enfrentamentos, indicando também a concepção que tem acerca da droga, parecendo mostrar um discurso de fatalidade diante da substância:

*“E ainda tô fraca, eu me sinto fraca ainda, entende? Eu tenho minha psicóloga, né? Tenho os amigos também, né? [...] Tentar falar o que eu tô falando pra minhas companheiras aí, né? De reunião que eu tenho aí, entendeu? Eu tento dizer não pra primeira dose, porque, se você tomar a primeira dose, não adianta, você continua, você se afunda, ainda mais se você tiver problemas, pensamentos assim que nem eu ‘tô desempregada’, já uns, se eu não me engano, uns dez anos, sem carteira assinada, porque quando usa esse tipo de droga, que é uma droga barata, que é o álcool, que se encontra em qualquer lugar, qualquer esquina, até um amigo te chama e aí você vai [...].”*

**Lua participou uma única vez do GM.** As sensações sentidas no processo de trabalho são suscitadas por ela:

*“[...] deixava nosso corpo relaxado. às vezes eu chegava aqui estressada, grossa, não era, era com todo mundo, não era só com os amigos, não, com a minha psicóloga, que eu amo ela [...].”*

Lua se refere a alguns movimentos trabalhados e faz valoração desses movimentos e do espaço do GM:

*“[...] fechar os olhos [...] gritar: uuuuuuuuu... [risos] eu achava o maior barato, entendeu? Aí, foi, os colegas falava: ‘Você chegou aqui tão estressada, brigando com raiva, né? Agora você tá rindo, tá brincando, tá conversando com todo mundo, poxa!’ Como é que é, era uma aula boa, né? Eu, às vezes eu podia vim, às vezes eu não podia vim, né? [...].”*

Quando questionada sobre como ficava depois da atividade, Lua relata:

*“Leve, muito leve! A mente, se eu tivesse pensando em... sair daqui com um amigo pra beber, né? Como me chamavam, convidam mesmo, eu já não saía, vinha direto*

*pra casa. Chegava em casa, se saía estressada, já conversava com a minha irmã, como se nada tivesse acontecido, né?”*

Quanto a alguma lembrança de exercício no GM, diz Lua:

*“[...] Ah, gosto mais da dança, da dança, [...] que [...] botava o rádio, depois fazia o tal do: fechava o olho, e ficava, respira fundo, né? Solta e... aquele, entendeu? Aquilo era bom, eu, eu me sentia muito bem, entendeu? Se voltasse eu gostaria de participar, né? Isso aí [...].”*

Em tratamento no CPTT até hoje, Lua vai seguindo:

*“E Deus me ajuda a sair desse buraquinho [risos], é um buraquinho agora, era um buracão, mas tá virando um buraquinho e vai acabar, entendeu? Que eu tenho muita força de vontade e eu escuto”.*

### **3.4.3 Na fugacidade de RELÂMPAGO**

Relâmpago parece nos mostrar a mobilização para a procura de um tratamento:

*“[...] É no, o primeiro dia que eu procurei este tratamento foi complicado. Tava... tava muito angustiado e... aí eu peguei o telefone, procurei, aliás, procurei no catálogo primeiro alguma coisa, achei um número, liguei. A partir deste número, me informaram outro número, aí eu, com muita dificuldade, mas precisando daquela hora, muita angústia, eu vim aqui, procurei esse tratamento, fui, fui bem atendido e... através que eu comecei, um pouco tímido e com medo. Eu tinha vergonha de manifestar [...].”*

E assim chegou ao CPTT, em 2003, com 29 anos de idade:

*“[...] Foi a partir do momento em que eu comecei a vim, a fazer esse tratamento, que eu descobri que não era uma coisa fácil, e até hoje eu sei que não é uma coisa fácil. Eu vejo em outras pessoas e... aí vejo em mim também, né? Porque é muito difícil, muito difícil a pessoa sair desse... pra entrar é muito fácil, pra sair é uma dificuldade tremenda. E eu, foi no dia-a-dia, né? Desse período, desse pouco tempo que eu comecei a descobrir que se eu não desse valor a mim, ninguém mais ia dar.”*

Sua inserção no CPTT é descrita a partir das diferentes atividades que desenvolvia, proporcionadas pelo fato de estar no espaço da AD:

*“Ah! Eu fiz diversas atividades [...] a gente trabalhava com barro, pra é... pra moldar algumas coisas; trabalhava com, é... aquele barbante que eu esqueci agora o nome, pra gente poder fazer também outras atividades. Eu ficava muito interado nas coisas, jogava futebol, gostava aqui, ia a parte que a gente distraía, atividade de corpo, mente [...].”*

Relâmpago parece demonstrar a significação que um espaço de tratamento pode adquirir na vida desses sujeitos, indicando um lugar de suporte, de expressão, de referência e de novos aprendizados:

*“[...] tive apoio de muita gente, de psicólogo [...] do pessoal daqui. Você... aqui é, como se diz, eu acho que é mais que uma família, porque, porque a gente se solta mais. Lá eu não conseguia falar com ninguém. Aqui eu me soltava e... falava de muitas coisas mesmo que eu nunca, tinha coisas que eu nem... quando eu era criança que eu não conseguia falar todas, pra outras pessoas lá fora [...] Aqui eu achei muita, muita gente que me apoiasse que... me desse bom-dia com um sorriso, que tava disposto a conversar que me ensinasse coisas novas...[...].”*

Demonstra também os desafios para aqueles que estão atravessando essa problemática, mostrando a concepção que um lugar de tratamento adquire:

*“[...] eu, quando entrava aqui, eu me sentia seguro demais [...].”*

Parece haver uma indicação do aspecto temporal como fundamental para as reflexões sobre as vinculações com as substâncias:

*“[...] Mas, se você não tiver um tratamento mais demorado, o que eu não tive, dificilmente você vai ficar 100% curado. Eu acho que até impossível, porque, infelizmente, tem que dizer que o tempo aqui é, é primordial!”*

Mesmo o tempo de Relâmpago tendo sido pouco, ele acredita ter aprendido muita coisa. Mas só o conhecimento não adianta. Parece trazer, então, a concepção de um jogo de forças entre a droga e o usuário:

*“[...] não, não adianta. [...] as drogas elas são muito mais fortes que qualquer coisa. Se você não, não tiver um... a sua cabeça bem feita mesmo, você não vai conseguir se livrar. Você tem que ter um tratamento muito mais demorado, pra você se fortalecer [...] Se você tiver, desviar um pouquinho a sua atenção, você cai [...] num desespero de novo e volta tudo... é muito complicado [...]. Tem que se ter um tratamento muito mais demorado pra você se fortalecer... Aí, sim, você vai conseguir vencer [...].”*

**Do GM Relâmpago participou de dois encontros.** Percebe-se o sentido dado por ele à atividade, parecendo confluir essa significação ao próprio propósito do GM, representando um espaço de aproximação com as sensações e percepções corporais:

*“[...] Ó, no Grupo de Movimento, eu, eu participei pouco, né? Mas... era, era muito interessante porque... você trabalha, você trabalha, é... ali o principal é que você trabalha você. O que, o que eu precisava mesmo? Precisava trabalhar eu, eu mesmo... a minha vida, conhecer um pouco a mim mesmo, sentir, entendeu? [,,] A primeira coisa que você tinha que fazer era você pensar: ‘Eu tô fazendo, mas eu tô fazendo por mim, não pelos zotro. Eu tô sentindo eu, eu tô sentindo meu corpo, eu tô sentindo minhas pernas, meus braços, minha mente’. Esse era, esse era o diferencial, que até então eu não sentia [...].E... já aqui, não, aqui você... é poderia relaxar, entendeu? Aí, sim, aí você sentir seu corpo, sua mente, até, até o coração, parecia que você tava pegando ele lá dentro. Muito interessante, é uma coisa*

*diferente que eu nunca tinha sentido, né? Nunca tinha feito. E... até, até hoje, eu não esqueço. Quando eu quero sentir, eu fecho meus olhos e... parece que eu tô pegando em todos meus, meu coração, no meu pulmão, tô sentindo eles tudo. Aquilo foi muito bom, me ensinou muitas coisas [...].”*

Quanto às lembranças de como o seu corpo estava antes e de como ficava depois da atividade de GM, Relâmpago parece trazer a indicação de uma passagem de uma sensação de contração para a de expansão, bem como de vitalização corporal:

*“Ah, meu corpo chegava muito... parece que chegava carregado. Muito carregado, mesmo. Assim a gente chegava, a gente parecia que tava cansado, aliás, o corpo da gente tava cansado. Eu não sei por qual motivo, porque... a gente chegava que, parece que tava tudo doendo e, não sei. A gente não sabe nem, eu não sei direito se era o corpo mesmo que doía, ou se era a mente que não tava acostumado a trabalhar, trabalhar com aquilo ali. Eu sei que [...] chegava fazia, fazia exercício, fazia, fazia tudo e, no final, o seu corpo parece que... ao invés de tá mais cansado devido os trabalho, ele estava muito mais aliviado [...] sua mente conseguia, você conseguia raciocinar mais. É, até hoje acho impressionante como é que pode, [...] eu achava que isso aqui era uma bobagem e tudo. Então até hoje eu fico pensando: como é que pode, você chegar cansado, porque... eu chegava cansado de mente e corpo. [...] tava bem melhor, você até alegre, coisa que eu era um pouco triste, eu ficava melhor. Meu sorriso era outro, era... [...] se pudesse eu ia fazer um estudo porque eu tenho vontade de saber como que pode uma coisa dessa. Você chegar mente e corpo cansado e sair muito mais aliviado [...] eu depois imaginava: ‘Poxa! Se eu cheguei cansado com uma ou duas horas, meu corpo ficou assim, se eu ficasse oito horas, então, eu ia ficar um, eu ia ser o cara mais feliz do mundo’.”*

Os efeitos do GM são apontados por Relâmpago trazendo uma percepção dos participantes do grupo, parecendo indicar o espaço como uma possibilidade de um lugar de descanso, de desaceleração, de entrega:

*“[...] tinha gente que relaxava tanto às vezes, que acabava, né? Cochilando, dormindo mas era muito bom, era, era... você, você vivia uma coisa que... e não fazia, não faz lá fora [...].”*

Ressalta o aspecto de integração dos usuários e o lado lúdico da atividade:

*“É juntar um grupo de pessoas e começar a contar, a falar sobre alguma coisa, falar sobre você, depois você dançar em grupo, parecendo que... vivendo a época de criança, né? Parecia, assim, um monte de criança fazendo uma, uma brincadeira. Aí, no final, você, você relaxava tanto que aquilo ali... não parecia nem uma atividade física, era, de certa forma, uma atividade física, mas não parecia, porque quando você saía, você saía muito mais relaxado. Era... essa, como eu falo, essas parte de atividade, era a parte que, eu gostava das outras, mas a parte que eu mais gostava era quando você ia pra lá, que você relaxava, sentia seu corpo mais, sentia você... É a parte melhor, parte que eu mais gostava.”*

Alguns exercícios bem como os recursos utilizados no processo de trabalho do GM parecem ser ressaltados por Relâmpago:

*“Eu lembro, sim, que a gente sentava e fazia um... um círculo e a gente começava a falar e... eu lembro da... tinha uma atividade de dança que, música que tinha [...] pedia que a gente ia dançando parece, assim, em várias, em várias direções, você ia dançando, a música ia tocando, você ia pra várias direções, depois voltava. Era uma coisa... eu sei que a gente ficava distraído, acabava ficando distraído, relaxado, né? Não era distraído. A palavra era relaxado [...].”*

Relâmpago parece se lembrar do movimento de *grounding*, parecendo nos indicar a compreensão de uma das propostas básicas desse movimento, qual seja, a integração do corpo, conforme Lowen e Lowen (1985) nos indicam quando nos exercitamos com esse movimento corporal. O que nos chama a atenção é o usuário em questão descrever com muita propriedade exatamente o benefício desse movimento, bem como o registro da satisfação técnica de observar que um movimento como esse pode ser tão propício também para esses usuários:

*“Lembro! Agora eu lembro, desse movimento, eu lembro que a gente botava, descia o... a cabeça da gente até, até próximo aos pés e balançava [...] quando você voltava parecia que a sua, aquelas coisas pesadas, a sua cabeça, a sua cabeça, em si, não*

*tava mais em cima do seu corpo. Parecia que ela estava, que ela tinha ficado lá aliviado. É... é muito interessante, como que vocês fazem umas coisas simples e que... bom, né? Torna muito, muito diferente [...]. Quando eu fazia aqueles movimento [...] eu queria ter, ter o contato do meu, tipo assim, o meu fio de cabelo com o dedo do pé. Ter os dois assim relacionados, mas não pelo toque físico, mas pelo, pelo assim, mesmo no imaginário, não que eu queria tocar o fio de cabelo no meu dedo, mas eu queria ter eles dois, assim, como parte do meu corpo mesmo. Sentir que eles são partes do meu corpo. Até então, eu não sentia, até então eu não, eu não, eu sabia que o meu cabelo ficava lá em cima, meu pé ficava cá em baixo, mas eles não tinha, eles não tinha nada, nada em comum. Achava que um era, uma era de um e o outro era de outro. Então, a partir que você faz um movimento desse, você começa a sentir, você parece ficar integrado, uma coisa, uma parte do seu corpo com outro. Aí você sente que eles dois são, aí você sente mesmo que eles são seu. Porque... antes, não, antes você sabia que tinha um cabelo e tem o dedo, mas ele...E como um tá em cima outro tá embaixo, ele não faz parte do corpo, né? E a partir do momento em que você começa a fazer o exercício você sente a integração do corpo todo.”*

O som. A possibilidade da expansão, do lúdico, da brincadeira. Espaços em nossos próprios corpos que comumente quase não fazemos no dia-a-dia. Vivenciar tais possibilidades, extraindo delas diferentes formas de obter prazer parece ser o que Relâmpago vivenciou:

*“Era isso que eu tava querendo lembrar [...] que mandava a gente gritar [...] ‘Solta voz, pode soltar, solta mesmo com vontade.’ [...] Era bom demais! Isso era maravilhoso! Parecia que você tava, tudo aquilo de pesado, de ruim que você tava, parecia que ia tudo embora. E era engraçado, porque a gente ficava [...] não só eu, mas a maioria fazia assim... e fazia naturalmente, a gente começava a fazer assim... fazia devagar, forçava, aí [...] falava: ‘Pode soltar a voz mesmo’. E aí a gente começava a liberar aquele negócio, assim, como se fosse natural. [...] Ia liberando era, era muito bom [...].”*

Relâmpago lembra o processo de finalização e interrupção do GM e parece indicar os efeitos produzidos nos participantes dessa interrupção, como o abandono, o ficar só,

talvez atualizando muitas solidões do próprio processo do uso de drogas quando os sujeitos ficam sós e distanciados de alguns movimentos da vida.

Por outro lado, parece nos trazer a reflexão de como iniciativas individuais, por parte dos técnicos, podem ser sustentadas pela instituição, assumindo ou não as propostas que são colocadas, na possibilidade de uma oferta grupal, colocando outra atividade para substituir aquela que ficou em suspenso:

*“[...] eu lembro da última quinta-feira que, que foi feita essa atividade e que [...] explicou que ia ter que, ia ter que fazer [...] mestrado e tal, e ia tá abandonando, ia tá, ia tá afastando a gente por um período [...]. Eu lembro mais disso e lembro... eu lembro mais disso porque a maioria ficou triste, né? O pessoal, até que uns indagaram com a tristeza, que gostavam muito dessa, dessa parte. Isso aí, eu... é incrível como é que pode eu lembrar dessa parte, e não lembrar das outras [...] eu acho que isso ficou mais marcado [...].”*

Parece haver a recomendação, por parte de Relâmpago, para uma atividade desse gênero indicando a aplicabilidade não somente para UDs, sobressaindo-se com isso a indicação já dita da aplicabilidade dessa estratégia para qualquer tipo de clientela, resguardadas as suas singularidades:

*“[...] acho que, se todo mundo tivesse acesso a isso, muita gente tivesse acesso até, não só quem tem problema com drogas, esse negócio, mas que fosse, as pessoas que têm estresse esse negócio, se tivesse um pouquinho dessa atividade seria muito, nossa! Seria muito bom [...].”*

Relâmpago precisou interromper o tratamento porque precisou trabalhar, tem filho para criar, mas pensa em continuar o tratamento. Dessa forma, parece indicar a necessidade da expansão dos horários de atendimento para esses usuários, proposta essa já prevista no projeto “CPTT Noite”, com atendimentos das 18h às 21h (VITÓRIA, 2005a), mas que ainda não se encontra em execução:

*“[...] eu até dei uma sugestão uma época e eles ficaram de implantar: o funcionamento no sábado e domingo, porque eu, o que eu vejo, eu e outras pessoas*

*que [...] são finais de semana a, a época mais crítica, pra quem é viciado em álcool e droga [...] eu ficava aqui de segunda a sexta eu ficava tranqüilo, quando dava a sexta pra eu ir embora, eu já ficava com medo [...]. Falaram que ia implantar e talvez ia ficar aberto nos finais de semana, era um projeto talvez. Talvez ia ser 24 horas [...].”*

### **3.4.4 Nas correntezas de RIO**

Com 41 anos de correntezas de existência, com dois filhos e sete irmãos, Rio ainda continua a percorrer as margens de sua vida solteiro. Para revigorar o fluxo do rio de sua vida, vem buscando tratamentos:

*“Primeiro em toda minha vida foi no HPM, fiquei quarenta e três dias internado lá, no PRESTA,<sup>59</sup> o nome do, da clínica lá. Fiquei 43 dias lá, um ótimo tratamento, certo? Muitas oficinas, a gente não tinha tempo nem de pensar certas coisas aqui fora. E o segundo foi no CPTT, quando um amigo meu tava fazendo tratamento aqui me convidou. Ele disse assim: ‘Vão lá?!’ Eu disse: ‘Vou’. E foi num dia de terça-feira eu cheguei até de cara bismado comigo, cheguei a jogar quase um litro de cachaça fora e falei: ‘Hoje eu não bebo mais [...]’.”*

Rio parece nos indicar como se dava o seu cotidiano antes de sua busca pelos tratamentos:

*“[...] porque tenho vários colegas que tá no mesmo caminho que eu, né? Inclusive passando por raras necessidades, dormindo pelo, pelos relenco, né? Nunca pensava em se alimentar só no álcool, só na bebida. Inclusive dia de manhã cedo, cinco horas da manhã, já era o café da manhã, era uma dose depois de uma dose, era um litro, dois litros e por aí em diante até às oito, nove horas da noite. É, foi indo, foi indo que foi onde que eu pedi socorro [...].”*

Seca e enche. Cai e recai. Essa é a correnteza de Rio até então. Ele vem tentando causar algumas represas, alguns diques de contenção nesses acontecimentos de sua

<sup>59</sup> Programa de Recuperação à Saúde do Toxicômano e do Alcoolista (PRESTA), do HPM.

vida marcada pelo uso da bebida, desde os seus quinze anos de idade. Nesse rio da vida de Rio há muitas pedras, mas ele vem tentando pulá-las, saltá-las, enfim, ultrapassá-las.

Mas agora parece ser o tempo de buscar a calma nesse leito de rio revolto. Assim, Rio parece nos indicar as suas novas expectativas, mostrando o aspecto da fé como uma possível fonte de força para o enfrentamento de sua questão, bem como a sua meta de estacionar, parar de fazer uso da bebida, mesmo que a meta institucional do CPTT, inicialmente, não vá na direção de uma abstinência, mas sim de poder vislumbrar novos sentidos para a vida:

*“[...] tô pretendendo agora, com fé em nosso superior, né? Que é Deus, e estacionar. Estacionar, né? Estacionar a minha bebida e... a gente nunca pode falar que a gente, que a gente vai parar de beber, porque não consegue mesmo, vou estacionar até pegar tentar esquecer de vez. Pra mim tentar se levantar outra vez, né? Subir mais, tentar subir mais um degrau, porque até agora eu consegui meio degrau. Tentar subir mais um degrau [...].”*

Dessa iniciativa, então, Rio chegou ao CPTT no ano de 2003 e ingressou no processo de tratamento, no qual iniciou um projeto terapêutico intensivo:

*“Aí vim aqui, marquei a consulta, aí conversei com os profissionais [...] e... peguei, me botaram na atenção diária [...].”*

Entre a sua chegada ao CPTT e o momento atual, Rio fala das recaídas, uma três. Vinha, voltava, vinha, voltava, sumia, caía na bebida e ficava bêbado de rir:

*“Cheguei, a última vez agora, cheguei a botar minhas coisas tudo fora, não tenho nada mais no meu barraco lá, a não ser uma cama, uma mesa e um armário. Televisão, geladeira, som, bujão, panela, foi tudo de água abaixo [...].”*

No leito de sua vida, Rio secou. Também pudera! Muitas perdas. É que Rio, apesar das florestas, dos animais, dos navegantes que flutuam pelo seu leito, ainda se sentia:

*“[...] sozinho dentro de casa, vivia. Às vezes eu acordava e ficava assim se sentindo sozinho eu preso dentro de casa, ninguém pra conversar [...].”*

Uma das saídas encontradas para a solidão parece ser indicada por Rio, mostrando a amplitude da problemática do uso de álcool e de outras drogas, como a questão da oferta dos produtos, principalmente, em se tratando de uma substância lícita:

*“[...] aí eu ia pra rua, saía cinco horas da manhã, quatro e meia, ia pra rua, aonde os botecos tavam aberto mesmo. Lá em [...] já tinha a fonte, né? Já tinha a fonte lá, porque eles abriam quatro e meia, cinco horas da manhã, nos era freguês predileto [...].”*

Teve uma vez que passou mal e foi ao Centro de Saúde de seu bairro. Tomou injeção. Aí o pessoal desse lugar ligou para saber como era o tratamento dele. E a única solução que ele encontrou foi ir para o abrigo:

*“Porque eu, na rua, fico mais na rua, ou na casa que eu morava [...] sou muito inseguro, única solução foi eu [...] pro abrigo que, ali eu vou ter ocupações no meu espaço lá.”*

Se Rio pudesse, ele:

*“[...] pediria que todas as pessoas [...] nunca imaginaria, ao tentar, né? Experimentar nenhum tipo de droga. Nem o álcool, nem... todos os tipos de substância né? E... seria bom se fizesse todos, né? [...].”*

A função do lugar de tratamento parece ser evidenciada, também, como a oportunidade de inventar outros sentidos para a sua existência, preenchidos até então somente pelo uso do álcool, demonstrando a possibilidade de ocupar novos espaços, destacando-se o Grupo de Sexta-Feira, visando à construção de suportes ao usuário na organização do seu final de semana:

*“E também tá ocupando assim esses espaços vazios, né? Ocupando esse espaço vazio pra mim não ficar botando coisas na minha cabeça e esquecer o que se*

*passou, esquecer o que se passou e viver agora no presente, né? [...] É, participei de várias [...] oficina de... cerâmica, o... macramé, [...] desenhos nas aulas de músicas, aí tinha, na sexta-feira, era o que eu mais gostava, era no final da tarde na reunião, que tinha lá no, no auditório que, certas horas não saía nada que preste, que prestava. Mas que eu gostava de ir, eu gostava, toda tarde na sexta-feira. Era com a professora... a psicóloga... eu, no momento, não sei o nome da, esqueci o nome da psicóloga, me deu um branco agora [...].”*

E, assim, Rio vai fluindo, indicando as outras participações que teve no CPTT, ressaltando o aspecto da condição do acesso desse usuário ao serviço, quando se desloca a pé até o CPTT, parecendo-nos trazer a reflexão dos mecanismos de suporte financeiro ao tratamento agenciada pelo serviço para a sustentabilidade do tratamento, bem como a questão da descentralização dos serviços nessa atenção para as regiões de saúde do município, garantindo o cuidado nessa atenção em proximidade ao seu território de saúde:

*“Aula de computação, mas só que o rapaz teve que se afastar [...] a Educação Física, né? A caminhada, eu nunca... nunca fui na caminhada, não, porque eu chegava pro professor e falava: ‘Ó professor, eu não vou na caminhada, não, porque, eu já venho, já ando uma hora e vinte pra cá, e uma hora e vinte pra lá, pra chegar aqui e pra chegar em casa’. Aí ele me dava um jogo e falava: ‘Toma [...] fica aí’. Aqueles quebra-cabeça, às vezes chamava um pra jogar comigo, formar palavras [...].”*

O aspecto do cuidado-ser olhado é trazido por Rio, parecendo nos mostrar que necessita de um auxílio para restaurar a sua força:

*“Acho que aqui ninguém tem nada de reclamar de mim [...] nunca cheguei alcoolizado aqui, nem aqui e nem em outras repartições, que acolhem nossos problemas. É, que nem todo mundo sempre pensava, sempre perguntava: ‘Você usa só álcool? Aonde! Você não mexe coma maconha?’ Eu não, só o álcool mesmo. Não vou dizer que eu, que eu nunca usei, que eu já experimentei, mas isso daí foi quando eu era criança, novo, tinha quinze, quatorze pra dezesseis anos. Foi uma vez só pra nunca mais. O meu problema foi só o álcool mesmo, né? Tô aqui procurando ajuda, procurando reforço, né? Porque isto vai depender, né? Principalmente de mim [...].”*

Do GM, ele, em princípio, não se lembra muito:

*“Movimento... ah me lembro, certas coisas, né? Porque um pouco saiu da minha memória, né? [...] É, no momento, tô lembrado, não. Porque... tantas, tantas bebidas, muitas coisas aconteceram comigo, né? Tomei muitas pancadas na rua, e aí perdi um pouco da consciência, certas coisas tá sumindo, assim, da minha mente, né?[...]”*

**As lembranças de Rio sobre a atividade de que participou por três vezes vão chegando:**

*“Mas, eu lembro que era uma boa aula, mas eu não consigo decifrar [...] devagarzinho, na ponta do pé, fazer flexões. É... depois uns vai pra lá, outros vem cá, olha dentro dos olhos do zotro, do outro. Ficar de frente um com outro, encarando mesmo, fazendo careta: ‘Faz careta pra ele, ele faz careta pra você. [...] Agora andando, na ponta do pé, andando com o calcanhar. E aí, anda direito, normal’. E nós andando em círculos [...] Algumas coisas tô alembando [...] Espera, aí. Das músicas, né? [...] As flexões, né? É... dobrar joelho, ficar em pé e dobrar o joelho [...]. É... no ritmo da música, a gente pulava, cantava, gritava... Ah! os gritos também! Ah... pra soltar a voz, dava cada um grito! Daqui a pouco tinha uns berrava, outros... era muito divertido, aí [...] tinha que soltar, aí tinha aquela: ‘Respira e solta e depois abaixa a cabeça e dá um grito, solta a voz: uooo!’. Era todo mundo. Aí era muito divertido a nossa aula [...]. Bom, era um pouco relaxante [...]”*

Rio parece mostrar que a vivência ocasionava comentários entre os participantes sobre os efeitos produzidos pelo trabalho, que por si só parecia ser um convite para a próxima sessão do GM:

*“Depois a gente, todo mundo fazia os comentários, né? [...] lá fora: ‘Sabe que eu tô conversando melhor, sabe que eu tô respirando bem?!’. Aí vinha os comentários e aquilo ali fez com que.. todos nós quando chegava, né? Já não precisava mais ficar sentado na porta esperando quando viesse um, dois, três. Aí aqueles que, aqueles que, né? Quando não chegava daquele jeito aqui no CPTT, né? [...] Quando terminava o café, já tava à espera da professora pra fazer a aula do grito, né? Que é a respiração, aí grito vai, pula, todo mundo pulando, todo mundo pulando ao redor, e*

*aí batendo o pé, andando e batendo o pé assim, pé perto, certo no chão. Aí todo mundo andando ao redor, pra lá e pra cá. Tanto faz os, as meninas, meninas em termos, né? Tem umas senhoras também, e senhores, os rapazes aqui do CPTT que tava aqui fazendo tratamento [...].”*

As repercussões do trabalho de GM são apontadas por Rio, tanto para ele quanto no interior da instituição, no que diz respeito à reverberação da expressão do som e a associação dessa expressão com a loucura:

*“É muito legal. É, aqui, porque não adiante a gente vinha para um centro de tratamento, ficar de cara pra cima [...] a sala tava cheia, quando eles viam o som e começava a gritaria e, anh! Daqui a pouco só via nego, só via pessoal da recepção: ‘Vocês tão, eles vão falar que aqui é o Adauto Botelho, vocês tão ficando doido, todo mundo gritando... [...].”*

O trabalho como um espaço lúdico e a lembrança dos movimentos, como o *grounding*, o relaxamento e a expansão produzida em seu corpo também são trazidos por Rio:

*“E aah! aí é... mas era muito divertido [...]. Eu, eu a primeira vez eu cheguei, fiquei acanhado, né? Eu hem? Cambado de doido! Aí, daí a pouco eu [...] sabe de uma coisa, eu vou entrar nessa coisa também. Aí daí a pouco era pra gritar era com nós mesmo, e nós gritava [...]: ‘Abaixa a cabeça vem subindo, respira fundo, mexe, solta, grita [...]. Aí respira, aspira, respira, aspira vão embora’. Aí foi muito bom. A gente se sentia depois é mais aliviado, né? A voz sobre... sobressaia melhor, é... respiração da gente ficava normal, né? A gente...”*

Quanto à oferta da atividade de GM no CPTT, diz Rio:

*“Bom, seria uma boa se tivesse esse espaço, né? Pra, pra é... dar continuidade, né? Porque nunca parou. Ter espaço pra, pra essas pessoas que tão aí, pra se movimentar, né? Se movimentar, porque... é um, é um serviço profissional, ao mesmo tempo é um divertimento, né? A gente se sente bem, a gente se sente mais aliviado*

*a respiração da gente parece que fica mais, mais leve, né? Mais tranqüilo... é isso aí [...].”*

E segue Rio pelo seu leito, mas já adianta algumas promessas:

*“Bom, afastado, né? Que, tipo assim, nó que temos pobrema tipo o meu, né? Porque cada um tem seu pobrema, né? Cada um tem a sua cruz [...] não é dizer que eu tô afastado. Tô assim me aproximando, né? Devagarzinho... talvez até com um espaço que, vago, que eu tiver lá no [...],mas, breve, breve, estarei de volta ao CPTT.”*

### **3.4.5 No fluxo de ÁGUA**

Água não conheceu a mãe e foi criada pela sua tia. Seu pai já é falecido. Ela tem sete irmãos, três filhas e marido. Sua experimentação de cocaína aconteceu aos quinze anos. E sabe-se lá quando iniciou o uso do álcool. Em algumas águas passadas, Água:

*“Ah! Eu... É porque eu tive problemas com drogas, né? Cigarro e bebida, então, quer dizer, depois que fiz tratamento aqui, pra mim já eu acho que melhorou bastante [...].”*

Seu passado foi muito ruim. Quase morreu. Quase teve uma overdose. Bebia demais, fumava demais:

*“Eu já tava já em ponto de amarrar uma corda, não sei, me enforcar, largar as meninas de lado, as minhas filhas, né? E tudo, eu tava com muita depressão mesmo, muita, muita mesmo. Entendeu? Já tive insuficiência renal por causa disso, tratamento e tudo, até hoje não descobri o que eu tenho, mas eu melhorei bastante também e tudo. E, poxa! Acho que eu vivi de novo, porque eu que eu tava [...] eu ia acabar comigo mesmo [...] não gosto nem de lembrar porque é triste né? É a coisa assim que mexe, né? Só que hoje eu tô ótima, tá [...]”*

Água parece nos mostrar os jogos de força presentes na relação de sobrevivência, bem como a relação de despotencialização quando um lugar produtivo não é determinado em seu cotidiano, trazendo as relações de força também estabelecidas nos processos de trabalho:

*“Eu tô muito agitada, assim, né? É, tem dia que eu tô agitada pra caramba. [...] Oh! Os problemas, porque agora tô desempregada, entendeu? É, eu vejo minhas filhas pedindo as coisas, não tenho como condições de dar, né? E tudo e eu vejo que as pessoas não dão valor ao serviço da gente, casa de família, só querem só, né? Humilhar a gente e tudo [...]”.*

A despotência em frente à esperança:

*“[...] também na minha casa, quando chove, molha tudo dentro. Também queria, assim, eu penso em [...] subir, eu penso em crescer, mas eu não consigo, porque eu não consigo serviço fixo, um serviço bom, né? Então, eu não com... não adianta eu querer crescer sendo que eu não consigo um serviço bom, pra poder eu comprar as minhas coisas, pra poder eu botar na minha casa, que eu queria dar o de bom para minhas filhas, né? [...]”.*

Com coragem e luta, Água vem insistindo. Ela tem a oitava série do ensino fundamental:

*“[...] voltei a viver, mas eu vejo, vejo dificuldade nessa parte, entendeu? E, sem serviço né? Quer dizer, facilita, não é facilita, não facilita nada, você parada, sem poder fazer alguma coisa pra agradar, né? A meus filhos principalmente. Eu queria hoje tá trabalhando, tá num serviço fixo. Já botei currículo não consegui nada, né? E, às vezes, fico nervosa também, porque penso muito no que eu quero fazer na minha casa e não consigo fazer, então, tudo isso me deixa um pouco magoada, né? [...]”.*

A indicação do CPTT como um lugar de referência para essa atenção se evidencia, quando chega nesse lugar, em 2002. Todavia, nos registros de seu prontuário, encontram-se algumas passagens pelo Hospital São Lucas e HUCAM:

*“Foi o meu primeiro tratamento. Meu primeiro tratamento foi esse aqui. Que eu tive com uma assistente social, ela me indicou aqui e eu vim aqui. Entendeu? Foi muito bom [...]”.*

Quando chegou ao CPTT, Água estava com 28 anos e hoje tem 31. Ela parece trazer uma valoração positiva para a experiência do tratamento:

*“Olhe, foi bom [...]. É, eu gostei das atividades, as oficinas, né? E de tudo que eu fiz, eu gostei, não tenho nada que reclamar, foi bom mesmo. É [...], eu tem que falar que foi bom, né? O tratamento eu gostei muito. É, os médicos também são bom, não é? As, as meninas, quer dizer, não tenho nada que reclamar nenhuma daqui também. São tudo legais, as pessoas também, que eu convivi também aqui também foi muitas pessoas, sempre me respeitou, a gente brincava e tudo, mas sempre com respeito [...]”.*

Água vai demonstrando o seu cotidiano no processo de tratamento no CPTT, parecendo indicar o que mais a afetava e as suas dificuldades nesse processo:

*“A atividade que eu participava era as oficinas, né? De mexer com o barro, não é isso? É. Ah! Com [...] também, né? Que eu esqueci o quê, né? A gente fazia. Ah! Todas as oficinas que eu tive, a gente caminhava, né? É jogava bola, basquete. Foi tudo foi bom, entendeu? Foi também, tem, era a informática também, né? Também gostei muito, quer dizer, todas as oficinas que teve aqui dentro foi muito bom. Gostei, algumas eu num, num, num eu num fazia que às vezes tava cansada, né? Muito estressada, mas eu, num é porque eu num gostava, porque eu tava cansada, mas às vezes eu fazia, assim [...]. Olha, pra falar a verdade, é só uma que eu não era muito chegada, era caminhar, porque eu sentia muito cansaço, tava muita falta de ar, porque tava muito magra, né? Então, eu tinha falta de ar, então eu não era chegada a caminhar, mas o resto tudo eu gostava [...]”.*

**Água foi a dois encontros do GM**, parecendo evidenciar a ludicidade do processo, bem como a percepção de algumas limitações de seu corpo, marcado pela tensão, que talvez possa estar enrijecendo a sua musculatura, diante de todo o seu processo histórico e de luta, podendo ganhar o espaço da expansão no voltar a ser criança,

contrapondo-se, mesmo que provisoriamente, ao seu cotidiano endurecido, não só pelo uso da droga, mas também pelas suas condições financeiras:

*“Eu gostei, né? Foi legal, às vezes, eu ia rir muito, né, por as brincadeiras que eles faziam na hora, né? De dos movimentos que a gente fazia, eles ficam brincando, rindo, foi legal. Eu gostei muito, foi legal pra caramba. Assim é as coisas, né? Que assim que [...] fazia, né? Tipo assim, eu sentia relaxada, o corpo, né? Só algumas posições que eu não gostava, eu num num agüentava fazer, porque eu sou muito dura, mas o que eu agüentava fazer foi bom, gostei, foi legal [...].”*

Água se lembra dos movimentos parecendo querer ganhar a fluidez da água:

*[...] a gente fazia, é tipo alongamento, né? Isto? É com o braço, às vezes, tinha que sentar, e eu não conseguia sentar, não conseguia ir até o chão, assim, até igual a você que vai até embaixo, eu não conseguia, aí eu ficava [...]. É, eu não conseguia, eu sou muito dura, então, às vezes, muitos conseguiam, eu não conseguia, eu ficava rindo daquilo, que eu não conseguia, alguns conseguiam, outros não conseguiam, riam também, era até legal, divertido, mas eu não conseguia, porque realmente que eu sou dura mesmo, né? Então, mas eu sentia melhora... Melhora. E [...] também é muito atenciosa com a gente, porque pra ter, tem que ter saco também, né? [...] pra agüentar também.”*

A melhora que Água observava em seu corpo parecia referir-se ao alívio da dor e à produção do relaxamento:

*“Olha, eu sentia melhor, né? Eu sentia bem, o meu corpo, ficava assim, tava doendo muito o corpo, eu sentia melhora no corpo, né? E tudo, é, não sei, parece que relaxava, sentia o corpo doído, entendeu? É... Era tipo, como fala? Um exercício, né? Eu sentia bem porque me, eu saía com o corpo mais leve, entendeu? Tava com o corpo muito pesado, aí, então, pra mim foi, era bom”.*

Ela lembra como chegava para a atividade e da disposição que sentia após o trabalho:

*“Olha, quando eu chegava, eu sentia muito mal. Eu chegava cansada, já estressada, mas, tipo assim, eu nunca também descontei os meus problemas em ninguém aqui dentro, isso aí eu posso me [...] gavar, mas eu chegava muito com o corpo muito cansado, então, aí, depois que eu fazia, eu saía já com o corpo mais leve, já dava disposição pra muita coisa, entendeu? Eu me sentia bem. Eu ficava com o corpo mais relaxado porque chegava com o corpo cansado, né? É, foi bom para mim.”*

E vem mais alguma lembrança do que ela mais gostava no GM, parecendo indicar a possibilidade de estar com o outro, de estar em contato, ressaltando novamente o aspecto lúdico da experiência:

*“Olha, era, várias atividades, né? Que a gente fazia, mas o que eu gostava é mais, eu agora não tô lembrada direitinho, mas era parece que a gente fazia em grupo, parece que cada um pegava um par, né? Isso? Isso aí eu também gostava, era legal né? E era legal porque ficava igual pato choco, ficar caçando, né? Pra poder fazer o par. Era legal! Era divertido também, né? Legal, gostei mesmo [...] porque a gente ria, brincava, né/ E tudo, legal [...]”*

Quanto indagada sobre uma atividade como o GM ofertada no CAPS ad, Água comenta:

*“Ah! Para mim, para mim seria bom, né? Porque é dependendo da atividade você se cansa, eu já achei que essa atividade não me cansava, ela me tirava o cansaço, né? da mente, do corpo, né? Eu ficava mais, mais alegre também, né? Pra mim seria bom [...]”*

Do CPTT, Água parece levar uma referência para sua vida, bem como a possibilidade de retornos:

*“[...] não é que eu saí, que eu parei de vir, freqüentar [...], não, porque eu não gostei, eu gostei muito, porque eu tive problema com a minha filha doente, e também tinha que trabalhar [...], por isso que eu parei o tratamento, mas [...] eu quero continuar de novo o tratamento [...] o que eu levei para mim foi, acho que vontade de viver né? Porque, ultimamente, eu não tinha vontade de viver, vontade era só de, só coisas*

*ruins, então, quer dizer, hoje, eu já penso em viver, né? É uma coisa que eu não pensava antes, o negócio era só coisas ruins, hoje, não. Hoje eu penso ao contrário, né? Eu tenho amor à minha vida, né? Então eu tenho amor às minhas filhas também, coisa que eu não tinha, então, mudou muito.”*

### **3.4.6 Olhando para o INFINITO**

Infinito chegou ao CPTT em 1994. Há um encaminhamento do Serviço Social para o CPTT. Os aspectos trazidos por ele nos apontam a diferenciação das ofertas e propostas de tratamento pelas quais passou, bem como aquela com que mais se identificou:

*“Antes do CPTT, eu me tratei nas clínicas [...] em regimento fechado por duas vezes, por dois períodos [...]. Enquanto eu tava lá internado, tudo bem, depois que saí do internamento, voltou tudo ao normal, voltou tudo o que era, continuei no, na droga de novo [...].”*

Ele parece ir indicando a diferenciação entre os espaços institucionais de tratamento nessa atenção e a repercussão trazida nesses procedimentos em sua vinculação com a substância que usa:

*“Mas depois que eu vim pra aqui, aqui eu não estou internado, e só venho aqui no período de doze horas, só pra tratamento. Eu estou me sentindo melhor do que os dias que eu fiquei internado nas clínicas, porque lá é tratamento contínuo. Mas só me livre das drogas enquanto eu estava internado. Saí do internamento, voltei a usar droga. Aqui eu fico doze horas, aqui passo doze horas em casa, fim de semanas também, feriados também passo em casa, no entanto eu não uso drogas no período em que eu tô fora daqui [...] então aqui, pra mim, está muito melhor pra se viver do que nas clínicas, porque lá eu estava internado e não conseguia me livrar das drogas. E aqui eu não estou internado, eu tô em tratamento mas, não internado, não é regime fechado. Eu fico aqui durante doze, durante oito horas, vou pra casa. Se tem feriado,*

*eu fico em casa nos feriados, mas não uso droga nenhuma, saio daqui vou pra casa, eu sou exposto à droga, a qualquer tipo de coisa que eu quiser usar mas eu não uso, mesmo assim [...].”*

Infinito se acha uma pessoa que não sabe falar. Com isso parece nos trazer as relações entre saber e poder:

*“[...] eu acho que eu não tenho condições de conversar com pessoa de grau elevado, grau, grau que eu quero dizer é de [...] educação elevado, eu não quero dizer que eu não seja mal-educado, mas eu quero dizer na educação. [...] pessoa formada, em... em alguma coisa muito importante, enquanto eu não tenho formação nenhuma. Então me acho com vergonha, eu tenho vergonha de me expressar na frente de uma pessoa, que tem direito de usar um anel de formatura, enquanto eu não sei falar nada. Como é que eu vou falar? Eu falo [...] fora você viu eu conversando com os pião lá, tudo bem, mas lá eu tô no meio de pessoa do meu nível [...].”*

E não tenha dúvida de que Infinito sente isso inclusive no seu tratamento no CPTT, pois ainda continua em tratamento:

*“[...] Não tenha dúvida, dependendo do [...] momento, no ambiente que eu tiver. Se eu tô falando com você, que tem um grau de estudo elevado, eu me sinto acanhado [...].”*

Há quanto tempo será que Infinito vem sentindo essas coisas? Talvez há uma infinitude de tempo. Infinito tem 64 anos, esposa, netos, filhos. Um desses encontra-se preso. Aos doze de idade, ele iniciou o consumo de álcool. Atualmente:

*“[...] a única droga que eu uso é o fumo, cigarro. Mas o álcool, por exemplo, que é outra droga que eu uso, eu sou viciado em álcool e não tô usando ultimamente, então eu estou bem.”*

Quando questionado sobre as atividades que faz no CPTT, Infinito nos responde:

*“Eu aqui, o que eu faço é... cumprir ordens, como não sair, se alimentar na hora certa, ir ao médico na hora marcada e... e participar de oficinas, só isso. Quando não tem*

*oficina, não tem a consulta me... não tem... é... nem, marco, não tem consulta marcada com nenhum profissional, o que eu faço é... a minha atividade é sentar aí, conversar com os parceiros, ou, às vezes, ler alguma coisa, fazer palavra cruzada... é o que eu faço é isso, minha atividade é essa. Não tem outra ocupação. A não ser quando aparece algum trabalho, que, se tem algum trabalho a fazer, que toca a mim, é... minha obrigação fazer, aí, sim, eu vou, como limpar o jardim, fazer faxina no jardim, ajudar em alguma coisa aí, não é da minha [...] eu sei disso, mas eu estou... é fazendo algo pra ajudar a, a entidade que cuida de mim [...].”*

Infinito parece reconhecer o cuidado prestado a ele e parece indicar também as mudanças ocorridas com ele nesse processo:

*“[...] e quando estou aqui tem médico, psiquiátrico, né? Pessoas que cuidam de mim no período que eu tô aqui. Sair daqui, tem os amigos que me oferece droga, mas, mesmo assim, eu não uso. Com o tratamento no CPTT tenho sentido uma grande mudança nos seus procedimentos, nas suas amizades que estão muito boas e cada vez mais reanimadas porque tem consagrado muitas amizades [...].”*

Mas há uma coisa intrigante no tratamento de Infinito, parecendo nos indicar qual a responsabilização dele num processo pelo qual vem encaminhado pelo seu local de trabalho:

*“Agora, depois que o CPTT acabar a responsabilidade comigo: ‘Ó, você pode ir embora’. Aí é claro que eu vou usar, eu não tenho compromisso mais com ninguém, eu posso usar. Mas, enquanto eu estiver sobre o tratamento do CPTT, eu acredito assim que eu não posso usar, porque, se eu usar droga lá, eu não tô levando a sério o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômano, porque eu sei que eles estão fazendo, não o possível, mas o impossível pra tirar de mim esses resíduo de droga daqui do meu organismo [...].”*

Esse discurso nos remete novamente à responsabilização de Infinito pelo seu processo de tratamento, uma vez que parece ser uma decisão não voluntária. Assim, parece colocar-se numa relação de submissão no seu processo de tratamento. Em contrapartida, a submissão indicada pode ser pensada numa outra direção,

convocando-nos a ponderar sobre que tipo de relação de cuidados se presentifica nesse processo, qual seja, a produção de saúde, no tocante à relação estabelecida entre profissionais e usuários, no que concerne ao aspecto da ampliação de uma relação de troca de saberes, que não a hierarquização do saber.

**Infinito teve duas participações no GM** e não se lembra da atividade:

*“Não lembro, não sei se é porque tá avançado já a idade, já tô com sessenta anos, passa as coisas e não recordo [...] Grupo de movimento, como assim? Grupo de movimento... o grupo de movimento é o quê? [...] eu não lembro, eu não lembro mesmo. Pode ser que eu tenha participado, mas eu não me recordo que eu tenha participado [...].”*

E o tratamento, apesar de ser um lugar de somente cumprimento de ordens, parece ir ganhado uma nova conotação, ou seja, uma possibilidade de um outro tipo de referência para Infinito:

*“Esse tratamento que eu tenho [...] aqui, esse jamais eu esqueço. Enquanto eu existir eu lembro que o CPTT é o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômano, realmente trata e cuida da pessoa viciada, no caso eu e muitos outros aí [...].”*

### **3.4.7 Vislumbrando o HORIZONTE**

Se Horizonte tivesse que contar a sua vida de drogas:

*“[...] vai demorar mais ou menos uns dois anos, que é muita coisa [...] Eu me perdi na droga há 27 anos [...].”*

Parece demonstrar as passagens que vão ocasionalmente sendo feitas por esses usuários:

*“Eu comecei pelo álcool, do álcool eu deparei com a maconha, da maconha eu já enchi, bandia a cocaína, depois, eu, graças à força, eu consegui vários grupos de reuniões [...] eu tive com várias pessoas, profissionais, que eu consegui largar a cocaína. Cocaína tem já uns três anos. Consegui parar com dois anos consecutivos [...] foi onde que a cocaína me, eu consegui descasá-la diretamente. Aí agora eu consegui o álcool, que o álcool é a minha droga.. a pior droga que tem é álcool. Do álcool leva você a multidrogas [...] agora está me restando mesmo é acabar, definitivamente, com a maconha, que o resto já me libertei: da cocaína e do álcool. O crack, graças a Deus, não cheguei a entrar nele, não [...] mas também não é fácil recuperar de uma noite para o dia.”*

Mas vai tentando vislumbrar novos horizontes, porque “Além do horizonte deve ter algum lugar bonito pra viver em paz [...]” (CARLOS; CARLOS, [199?]). Com apoio, ele vai seguindo. Horizonte chegou ao CPTT em 1998, mas a sua trajetória de tratamentos se registra por outros espaços, mostrando uma singularidade presente na trajetória desses usuários, qual seja, a procura por diferentes ofertas de tratamento, ou, então, busca de saídas para o seu sofrimento:

*“Eu entrei primeiro numa sala de NA. A sala de NA foi onde que eu... É as drogas ilícitas, né? Que é a dependência química. E aí, de lá eu tinha pilha era aqui e daqui eu tive apoio de psicólogos e dos psiquiatras. Aí, conforme eu senti, juntei uma coisa com outra, aí, inclusive, a sala eu até larguei do N. A. Senti que eu não precisava mais. Mas, porém, agora, eu estou voltando ao AA, para tirar o álcool, para ter apoio, fortalecer dia-a-dia, porque o álcool você não larga da noite para o dia e nem sozinho, tem que ter pessoas ao seu lado que te dê apoio, moral e carinho [...]”*

Entretanto, outras instituições, como o HPM, fazem parte dessa trajetória também. Para Horizonte, o tratamento no CPTT parece estar sendo o lugar de novos aprendizados:

*“[...] é um tratamento que a gente faz de manhã à tarde, mas se você achar que de manhã aqui, tudo, você fica oito horas sem usar, mas a pessoa tem que ser forte lá fora, quando sair daqui às dezessete horas, procurar outro caminho, como a igreja ou uma sala de NA. [...] Temos que aprender aqui durante o dia para levar para casa, na*

*mente, aquilo o que nós aprendemos aqui, a educação, e lá fora é mudar de caminho, se continuar junto, nos bares da vida, você pode recair e a recaída é pior [...].”*

Horizonte é divorciado, está com 47 anos, tem dois filhos, irmãos e sobrinho e fez o primeiro ano do ensino médio. Está desempregado e recebe a ajuda do benefício do INSS. A significação do espaço de tratamento é trazida por ele, parecendo demonstrar uma passagem de um lugar de um tipo de produção, para uma outra qualidade de produção, agenciando uma outra possibilidade de cuidado de si:

*“[...] é muito bom para mim porque eu estava... há dois anos atrás eu estava no fundo do poço... Eu saía de manhã, às sete horas, ao invés de tomar o café, eu ia pra beber pra vida, voltava para almoçar, dormia, eu dormia, caía na cama porque já estava bêbado, saía de casa para beber e só voltava às dez horas da noite, acabando eu não almoçava, nem jantava. Depois voltei para o CPTT e te falei setenta por cento já tá em cima. Eu recuperei o meu peso, eu tinha perdido nove quilos pra dez, só [...] bebendo, bebendo e bebendo e não comendo [...].”*

E Horizonte vai falando do seu cotidiano no CPTT, parecendo indicar a construção de novas rotinas em sua existência:

*“Aqui a gente tem oficinas, vários tipos de oficinas, né? Temos os psicólogos que dá apoio dia-a-dia, os clínicos gerais e os psiquiatras. E a gente toma o café da manhã, almoçamos, depois relaxa, outros vão para as oficinas, café da tarde, depois, às dezessete horas, depois as outras oficinas, depois às dezessete horas a gente sai [...].”*

Parece nos trazer a contradição entre o dentro e o fora, a proteção e a exposição:

*“Aí é o que eu tô te falando: dali para fora, depois das dezessete é que nós temos que ser mais fortes. Porque aqui nós estamos guardados realmente, mas lá fora é cada cabeça é uma cabeça. Tem que saber se curvar do mau caminho”.*

Horizonte vai nos indicando as estratégias que vai construindo lá fora, trazendo o aspecto da religiosidade, como um aliado coadjuvante ao seu processo:

*“Eu, por exemplo, tenho ido, às quartas e sábados, tenho ido para a igreja. Intercalo duas vezes por semana. E nos outros dias, eu, geralmente, eu caminho até às vinte horas, depois vou assistir jornal, televisão e novela. É o dia-a-dia [...].”*

E nessa luta, é lógico:

*“[...] primeiro Deus, segundo a força de vontade e terceiro profissionais que me ajudaram, porque você sair de uma droga, você tem que ter, ser humilde, saber que você não pode com ela, saber que você é mais fraco, senão ela te faz... tem uns que são mais fortes que ela, mas não são, mas depois que usa ela, ela é mais forte que a gente, ela comanda [...].”*

**Sobre o GM, que participou duas vezes, o que Horizonte tem a dizer:**

*“[...] O que eu lembro dessa atividade é que já a gente fazia o seguinte: a gente relaxava o corpo, pensamentos é tudo... Os pensamentos assim... Longe... Viagem. Esquecia todos os problemas no momento. Aí, você relaxava o corpo e a mente. Aí de uma hora mais ou menos de trabalho que a gente fazia, eu saía aliviado do auditório, com pensamentos não negativos, tudo positivo [...].”*

E vai apontando os benefícios do grupo para o UD e a possibilidade de interferência na relação estabelecida com a substância psicoativa em função das sensações sentidas:

*“[...] porque, realmente, o usuário, quando ele não se relaxa só fica pensando em maldade: pensar de usar, como vai usar, às vezes, ele não tem dinheiro, ele pensa em fazer bobagem, comprar, vender alguma coisa para usar, pra conseguir o dinheiro para droga. Naquele momento que eu estava ali, eu tenho certeza, eu e mais vários companheiros, no momento, não lembramos de nada que é ruim, só coisa boa, nós estávamos, digamos assim, viajando no momento no ar, com a mente leve, vazia e sem problemas, até o espírito da gente fica melhor, no momento [...].”*

Horizonte parece avaliar o significado daquele momento para ele e para os colegas:

*“Foi um momento... De uma hora, uma hora e meia de trabalho, no momento foi ótimo, inclusive, os meus colegas também, eles, a maioria gostaram. Você se relaxa tanto que cê nem imagina onde você está, você esquece de tudo lá fora. É um grande trabalho, [...] ajudou muita gente aqui. E esse trabalho [...] não é bom não, ruim, ele é ótimo. Ajuda muito a mente de muita pessoas que tão com a mente poluída ainda, digamos assim [...].”*

Horizonte parece demonstrar como chegava para a atividade, a forma como saía após o trabalho e os efeitos que isso provocava no seu dia:

*“Geralmente pesado do dia anterior, né? Com a mente toda poluída, toda pensando coisas... Coisas, que coisas más, coisas pesadas, imaginando o que tinha que fazer, com dificuldades, às vezes, financeira é, você, psicologicamente, você fica mal. Aí, entrando naquele grupo, é um grupo que relaxa a mente, até, então, assim até a via respiratória, até o coração fica mais aliviado, fica com... Com o fluxo bem melhor de poder de vida, passar o dia-a-dia [...].”*

Quando questionado sobre a lembrança de algum exercício realizado, Horizonte parece indicar que:

*“A gente saía, fazia um rodízio e saía circulando com a mente baixa, aí a gente circulava o salão, ia refletindo o coro, com a música muito lenta, gostosa e, assim fui relaxando. A gente brincava, olhava um para o outro, olhava por química [...]. Olhar pra a cara do outro. Aí tipo assim, era gostoso demais, fazia a pessoa até rir no momento, depois [....]. Era divertido demais [...] Quando ele sentia essa química [...] ficava bem alegre, a gente ficava assim bastante feliz, no momento, porque você esquecia os problemas da vida, do dia-a-dia.”*

Quanto a algum exercício de que tenha gostado, Horizonte diz que:

*“Não dá para diferenciar porque ali todos foi bom. É... Foi uma experiência que eu tive, que todos eles, não tem assim como escolher o melhor ou o pior, não. Foram iguais, a gente brincou todos eles [...].”*

Quando indagado se tinha algo diferente, engraçado no trabalho ou na dinâmica conduzida, Horizonte parece indicar alguns aspectos sobre o final de uma sessão de GM, em relação ao que observava do efeito do relaxamento e de leveza produzido nos participantes:

*“Foi no final que a pessoa, às vezes, saiu tão relaxado que, às vezes, tava até assim, corpo tão leve, que tinha que sentar, no momento, para poder refletir para levantar e dali andar normal. Ficava muito leve o corpo. [...] Eu percebi em pessoas que estavam com o corpo, às vezes, não bem preparado para aquilo. Foi só nas primeiras vezes, depois, na segunda e terceira a pessoas já adapta e fica normal [...].”*

Quanto ao fato de uma atividade como o GM ser ofertada no conjunto do tratamento do CPTT, Horizonte parece apontar a importância de uma intervenção como essa para os usuários:

*“Faz parte do tratamento do dependente. Se ele tiver o poder de permanecer será bem-vindo o continuamento dele. Dá o continuamento, a continuação é... Vai se excelente por grupo de dependentes [...] porque ele fica num grandes momentos de... Com a mente vazia. Aquela uma hora, uma hora e meia de trabalho é um trabalho que ele não está pensando em nada, só se está relaxando a mente e o corpo [...] até mesmo pra quem sofre de problema de coração, por exemplo, tem alívio par ele, que o exercício, exercício físico que lê faz parte da veia arterial e para a mente também é melhor ainda, que fica com a mente vazia [...].”*

E Horizonte parece ir nos deixando uma recomendação-orientação:

*“Mas se a pessoa quiser se tratar no CPTT, ela se trata. Mas tem que levar a sério, como te falei. Não adianta querer sair daqui mais cedo, três horas da tarde. Se ele for resolver um problema particular, é importante e do qual hoje tem que sair mais cedo. O dia que eu precisar sair mais cedo, eu saio, vou resolver problemas particulares, do*

*que é resolvido até as dezessete horas. Agora sair mais cedo para ficar na rua... É melhor não vim. É uma dificuldade, depois que tiver na rua, ele vai se escorregar, vai procurar outro amigo, que amigo de copo não existe, aquele é chamado de inimigo.”*

### **3.4.8 Nas profundezas do OCEANO**

Oceano está bem. Graças a Deus, está bem mesmo. Dorme bem, está comendo bem. Está tudo jóia. Não sente nada em sua imensidão. Em suas profundezas, Oceano sente apenas problema de coluna. Não agüenta mais pegar peso. Ah! A cabeça.

*“Eu descarreguei uma base de uma três carretas de cimento [...] que queimou a minha cabeça também, é porque a minha cabeça dói, coluna dói, as pernas dói, tem dia que vou subir o morro, quase que eu caio, não é mole, não [...]. Dor, dói pra caramba, dói muito mesmo [...] eu carreguei de cimento na cabeça, dói, dói tudo, vou subir morro as pernas dói também, quando vou subir morro assim as pernas dói tudo. Então, eu queria me aposentar, né? Eu já fui lá na Medicina do Trabalho, já assinei as folhas todinha, mas eles tão me enrolaram, tem que ver isso [...].”*

Vai fazer cinco anos que está no CPTT e procurou o serviço:

*“Foi por problema de alcoolismo, alcoolismo, mas agora tô, tô, tô devagar, agora, parando [pausa]. Agora, pra mim, tá tudo bem [...].”*

Oceano é solteiro, mas tem um filho, tem irmã, cunhado e sobrinhos. Está hoje com 52 anos e chegou ao CPTT, seu primeiro lugar de tratamento, diz ele, com 47 anos, mas, em seus registros no CPTT, consta que já passou também pela Clínica Santa Isabel, em Cachoeiro de Itapemirim, e pelo Pronto-Socorro do Hospital São Lucas.

No CPTT, Oceano faz um projeto terapêutico intensivo e parece nos mostra um pouco sobre o seu cotidiano nesse espaço:

*“Já fiz ali na, na pintura, já mexi com o barro, entendeu? Fiz, fiz os desenhos, muito bonito, as pessoas gostaram [...]. Só isso mesmo, só isso mesmo, mas eu acho que tá bom, né? Tô bem aí, não brigo com ninguém, faz brinco, colar, jogo, brinco aí, vai, na hora de servir na hora da aula, na hora do [...] auditório, vamo pra lá, todo mundo, eu achei muito bom [...] naquela sala que tem reunião [...].”*

Quando questionado sobre o seu processo de acompanhamento no CPTT, Oceano parece nos indicar a vinculação estabelecida com o seu médico:

*“[...] que me deu o papel para me aposentar, ele me deu minha carteirinha, peguei, peguei um laudo, um laudo com ele, fui lá, peguei a carteirinha do passe livre, não pago passagem mais. Foi bom para mim, né? [...] Eu gosto do Dr....[...]. Ele é gente boa [...].”*

Além desse acompanhamento individual, Oceano é acompanhado também pela psicóloga, a qual parece identificar com a sua mãe:

*“A minha psicóloga, sei que é aquela, eu acho que é a [...]. É, sempre ela me dá conselho, fala comigo, eu respeito muito ela, entendeu? Igual à minha mãe [...] É gente boa.”*

A história do início do uso do álcool para Oceano é antiga, parecendo mostrar um processo tanto de identificação, quanto de naturalização familiar, no que concerne ao uso de substâncias psicoativas, no caso, o álcool e o tabaco, ambas substâncias lícitas:

*“Ah! Ihhhh! Desde a idade de seis anos de idade. Meu pai bebia, me dava a cachaça, e eu bebia também, fumava também, entendeu?”*

O tempo atual é salientado, parecendo indicar promessas em direção a uma referência que é muito antiga:

*“Agora eu tô mais manerado. Tô querendo largar de fumar também, tá fazendo mal, vou parar e se parar de fumar, também, vou parar, vou parar de beber também. Vou*

*botar na boca mais, não [...]. Não vou botar na boca mais a cachaça. Vou parar mesmo. Se tá fazendo mal, não adianta. Tem que parar [...].”*

A vivência de um quinquênio no CPTT vai produzindo reconhecimentos, costumes, e prolongamentos de permanência, parecendo nos indicar a reflexão de como se organizam os processos de acompanhamento e alta da instituição:

*[...] eu acostumei com o pessoal, todo mundo, tá bom pra mim. Acho o importante, agora eu vou parar de fumar, parar de beber também, graças a Deus, parar mesmo [...].”*

Em princípio, **Oceano não se lembra do GM, do qual participou duas vezes:**

*“Agora, agora nesse momento, não tô muito lembrado, não, tem muito tempo, né? [...].”*

Mas vem uma vaga lembrança do trabalho de *grounding* e o que produzia nele:

*“É isso aí, eu lembro [...]. Sentia que a coluna não estava ajudando, mas eu conseguia fazer [...]. Sentia meio cansado, né, cansado [...].”*

Oceano parece nos indicar as suas expectativas, quanto ao CPTT:

*“Mas tá bom. Eu gosto daqui. Ficar aqui mais uns tempos é até melhor [...] melhorar a minha situação, a minha saúde, vê se eu melhora a minha coluna, é da dor nas pernas, voltar a trabalhar, só trabalhar de leve, não posso pegar peso, tá bom? [...].”*

### **3.4.9 Na intensidade de FURACÃO**

Mãe, irmãos, cunhado e dois sobrinhos, essa é a família de Furacão que circula por este mundo cão há 45 anos. Ele ainda é solteiro e fez até a oitava série do ensino

fundamental. Desde os seus quinze anos, Furacão conheceu os teores do álcool, e a sua primeira tentativa de tratamento se constituiu aos 42 anos, quando chegou ao CPTT, no ano de 2002, estando desempregado. Dos 15 aos 42 anos, lá se vão 27 anos de uso do álcool. Furacão teve um encaminhamento para vir para o CPTT, mas chegou por suas próprias pernas e tem muitas expectativas quanto à saída do tratamento:

*“Eu mesmo que quis vir para cá. Aí vim, fui por vontade mesmo, sabe como é... Tô bem aqui. [...]. Tá legal o tratamento aqui. E aqui, daqui quero sair bem pra arrumar um serviço legal.”*

Quando indagado sobre o que mudaria no CPTT, ele ensaia dizer algumas coisas sobre o serviço, mas se esquiva. Isso nos traz a reflexão sobre o fato de um usuário poder indicar, quem sabe, algumas saídas para alguns processos do trabalho, bem como de que tipo de espaços de expressão para o acolhimento das sugestões desses usuários estão sendo inventados no dia-a-dia:

*“O tratamento aqui tá bom, tô gostando. Eu mudaria poucas coisas que sobre esse lugar aqui, mas não vou falar não o que é, não [...]. O tratamento aqui tá bom, tá ótimo, tô gostando, não falta nada aqui, não. Não falta nada [...]. O que precisa ser mudado é o fumódromo... Aqui a rapaziada ali que... Tem que mudar de lugar. Tem que ir lá pra perto da quadra, lá, não tem a quadra? [...] Fica perto da quadra ali o fumódromo. Ali na porta do Auditório, pra quadra lá [...]. Só isso que não está bom, ali. O fumódromo tá errado ali perto do Auditório [...].”*

Furacão ainda está no CPTT em tratamento, seu projeto terapêutico é intensivo, está fazendo uso de remédios, vai ao psicólogo, ao assistente social, ao médico clínico e a sua família, ou seja, os seus irmãos participam do tratamento dele. O que Furacão mais gosta de fazer no CPTT:

*“[...] é pintar, fazer uns quadros, pintar e mexer cm barro também, né? [...] Aula de barro, aula de barro ali [...]. Gosto de mexer com o barro e fazer as pinturas [...].”*

**Furacão, que participou nove vezes do GM,** parece ter falta da atividade:

*“[...] aquela [...] aula acabou. Aquela aula era boa também [...].”*

Vêm em sua lembrança as atividades realizadas, com caráter lúdico:

*“Eram aquelas brincadeiras que a gente fazia [...].”*

A possibilidade do espaço como lugar de expressão é identificada:

*“Aqueles, como é? [...] Gritar, aqueles gritos altos. Ahhhhh! Gritava, a galera gritava, todo mundo. Era legal, sabe como é... A [...] aula, era boa, [...] parou, né? Não sei por quê, tem que voltar, tem que voltar...Pra dar aquela ... Como era o nome daquela aula, é...? [...] Grupo de movimento era massa, era legal.”*

O que esse trabalho produziu em Furacão:

*“Movimentei um pouco a minha mente que tava assim um pouco meio poluída [...].”*

Furacão traz as lembranças do que vivenciou no grupo, parecendo indicar o espaço como a possibilidade de encontros e de integração:

*“Eu me lembro da rapaziada, todo mundo dava a mão, um calor humano, entendeu? Para mim, era bom, né? Calor humano, pegava na mão, todo mundo dava a mão um no outro. Aí ficava um pouco... viajava um pouco, ficava um pouco [...] parado, viajando. Era bom, era bom, a aula era boa. Alongamento [...].”*

Mais efeitos do trabalho são apontados:

*“Relaxava legal. Ficava, ficava bom... Ficava bem relaxado mesmo [...].[...] Eu me sentia bem, legal, bem levinho, corpo bom, corpo legal [...]. Ficava bem, tomava um banho e ficava legal, na moral [...].”*

Também os efeitos de vitalização e de disposição parecem ser perceptíveis no discurso de Furacão, quando relata a sensação do seu corpo antes do trabalho e o efeito sentido após a intervenção:

*“O corpo tava ruim, tava todo ruim, tava parado, quando fazia aquele grupo de movimento fiquei mais... Fiquei mais à vontade, mais me senti melhor [...], bem melhor mesmo [...]. Acabava o grupo de movimento conseguia movimentar, podia até bater bola depois, dava jogar boa, conseguia até jogar bola depois, ficava até boa as pernas, estica as pernas também. O movimento [...] era legal, era aquecimento para ir jogar bola, entendeu? Era bom [...].”*

Vem para Furacão a lembrança de um trabalho específico:

*“Aquele que ligava o rádio e ficava todo mundo... Cada um, cada um ia no meio [...] e fazia a física, né [...] com aquela música que [...] botava lá, no som [...] Aquilo era física, não era? Lá no meio. [...] Fazia uma física e voltava e aí ia outro [...] Eu achava legal.”*

Quanto ao fato de a atividade do GM estar ofertado no CPTT, Furacão parece achar que:

*“[...] ajuda a gente a pensar longe e modifica o pensamento ali, sabe como é. Aquele grupo de movimento modifica o pensamento das pessoas. Fica melhor. Quem tá procurando um apoio, pensa em outra coisa, o grupo de movimento ali já é bom, é bom que relaxa legal mesmo [...].”*

Quando indagado sobre o que o fazia retornar ao GM, Furacão parece indicar o que encontrou de significativo para ele nesse grupo, ao mesmo tempo em que parece demonstrar a existência de uma diferenciação entre essa atividade e as demais ofertadas no CPTT:

*“[...] gostava daquela movimentação. [...] As outras atividades são legal também., sabe como é? São boas, mas funciona diferente [...]. Eu não sabia que chegou, mostrou a idéia, eu achei legal o grupo de movimento, diferente, sabe? Os*

*alongamentos que fazia ali era legal [...] eu não sei o nome [...]. Era massa. Era legal, grupo de movimento tem que voltar, voltar na parte da manhã, é bom [...].”*

E Furacão parece ir nos deixando uma contraposição entre o seu passado e a sua expectativa diante do futuro, pois antes:

*“Pensava só em porcaria. Beber, fumar um bagulho [...] lá fora, mas aqui era melhor [...] porque agora a gente já vai superado, já [...]. Um dia pára [...] A gente fica para trás, para trás, esse negócio da droga [...]. Vou parar mesmo. Pode deixar, vou parar mesmo [...].”*

### **3.4.10 Na luz de ESPECTRO**

A batalha de Espectro em busca da luz vem acontecendo:

*“[...] estou deixando de usar e as coisas que eu não tô conseguindo parar também, né? É difícil. Tomo álcool também [...].”*

As perdas nessa trajetória são evidenciadas:

*“Eu já perdi emprego, perdi tudo, televisão, tudo o que eu tenho dentro de casa [...] que eu já vendi. Só não perdi minha vida ainda, porque arrumei um problema com a Justiça e me mandou para cá, porque eu nem sabia que existia o CPTT.”*

Espectro mora com a mãe, seu pai é falecido, tem irmã, sobrinho e cunhado. Está com 23 anos e começou a experimentar a droga aos treze anos. O CPTT foi o seu primeiro lugar de tratamento, quando chegou em 2002.

Nesse processo, conta Espectro:

*“Fiquei quatro meses por causa da bebida, e quatro meses sem beber, depois veio a recaída, mas não sinto vontade de beber, não. Só não posso tomar a primeira, porque eu não bebo pouco, não. Se eu tomar uma, eu emendo três, cinco dias direto. Só que eu estou vendo que isso não é bom para mim e tô evitando. Ainda mais no final de semana, vou procurar fazer outra coisa para não beber [...].”*

Sobre o tratamento no CPTT, parece ainda faltar algo para o seu bem-estar, indicando talvez sobre como está se processando o seu acompanhamento na instituição e também que esse mal-estar pode indicar processos decorrentes da abstinência do uso do álcool. Por outro lado, sugere que tipo de acompanhamento está sendo feito como suporte e alívio para esse mal-estar, bem como está compreendendo o uso da medicação no processo de tratamento:

*“Acho bom. Tô com problema de falta de dormir. Estou sentindo falta de dormir por causa da bebida. Não sei o que é isso. Tô tomando os remédios, às vezes. Às vezes sinto sono, às vezes não sinto. Fico dois, três dias direto sem dormir, dia e noite, sem sentir sono, perco o sono, não consigo dormir. Eles falam que é o problema do álcool, mas não sei o que dizer também.”*

A transição entre o processo de tratamento e o retorno ao mercado de trabalho parece ser desafiadora:

*“[...] até que tô me recuperando melhor. Tô pensando em voltar a trabalhar. Dei uma recaída aí. Comecei a trabalhar com o meu patrão, peguei o dinheiro adiantado e fiquei duas semanas sem vir aqui, aí com o acompanhamento de eu aí, falou para mim dá uns dias aí para ver se eu melhorava mais para voltar a trabalhar, mas o patrão lá disse que é para mim dar mais um tempo lá porque eu não tava bom ainda, não, porque eu tava um dia normal e deu a recaída direto... deu a recaída [...].”*

Outros desafios também são colocados, por exemplo, no que diz respeito ao seu processo de escolarização e das investidas que vem fazendo nesse sentido, e mesmo com as dificuldades encontradas nessa trajetória do uso das substâncias psicoativas, Espectro já conseguiu chegar ao primeiro ano do segundo grau:

*“Para mim foi uma coisa ótima porque... não tava conseguindo estudar, entendeu? Tava atrapalhado, entrava e saía, entrava, saía, entrava, saía, toda vez assim, todo ano. Agora tou... esse último ano ainda, tava até sem beber, fiquei sete meses na escola, com nota boa, dei uma recaída, aí fiquei todo confuso nas matérias e acabei parado. Tô pensando em voltar esse ano agora... pra ver se eu consigo passar de ano... E todo ano é quase todo ano foi a mesma coisa [...].”*

Suas atividades no CPTT parecem ser indicadas por ele, cogitando também aquelas com que mais se identifica, mostrando a diferenciação etária no processo de tratamento, que, com certeza, faz com que eles tenham interesses diferenciados:

*“Artesanato, às vezes, também que não gosto de mexer com barro. Mas, escrevo, desenho, faço as aulas [...] quanto têm as professoras, computação, vou aí de vez em quando. Só isso! O que eu mais gosto de fazer é jogar bola mesmo, mas, por enquanto, não tem nenhum novato, tão os mais os mais velhos, que não gostam de jogar muito a bola.”*

*“Lembro do relaxamento do corpo, dos gritos que dava de vez em quando. Me sentia melhor”.*

Essas são as primeiras lembranças **de Espectro sobre o GM do qual participou três vezes.**

Os efeitos produzidos para Espectro da atividade realizada parecem indicar o espaço que busca, qual seja, o espaço do descanso:

*“[...] me sentia relaxado. Ficava mais tranqüilo. Coisa que a gente tava prestando atenção em outra coisa quando tava aqui fora, a gente chegava lá, relaxava o corpo, ficava pensando, meditando, até que foi bom [...]. Relaxamento do pensamento também. Eu tava com a cabeça... parecia que tava, que ia explodir nervoso, até que fazer aquela terapia ali, ficava mais relaxado.”*

Espectro parece nos apontar os exercícios de que se lembra, bem como aquilo que essas atividades produziam nele:

*“Os exercícios que eu lembro foi só deitar [...] Deitar e fazer alguns exercícios. Fora disso... eu tô devagar, devo ter saído da sala [...]. Mais leve, tranquilo. Fica leve. [...] Ajudava no equilíbrio também, né? Que ficava andando, para lá e para cá, fumando [...] desenho [...]. Gostava de ficar pegando em caderno para ler [...] nem livro para ficar lendo, escrevia nem nada, desenhava, ficava andando, até que... foi uma ajuda sim [...].”*

Parece demonstrar Espectro do que mais se lembra do trabalho, parecendo coadunar com a sua necessidade de um lugar de descanso e de entrega:

*“Do relaxamento mesmo [...] Eu ficava pensando nas coisas, imaginando [risos dele], ficava ali viajando ali [...]. Ah! Eu pensava nas coisas assim, que eu tá num lugar [...], aí ficava pensando coisa que eu não penso quando vou dormir, deve ser por isso que eu não consigo dormir, também, que eu fico pensando em muita coisa assim, mas, às vezes, eu não penso em nada, deito, quero apagar no sono, mas não consigo, fico dois, três dias, dois dias sem dormir, só [...].”*

A expressão do trabalho sonoro do grito é ressaltada por Espectro:

*“Hã. Pedia para gritar: Haaaaaaaa [...] Gritava... todo mundo gritava [...] Gritar alto, gritar baixo, uns gritavam mais alto, outros gritavam mais baixinh... Pra que significa os gritos que eu não sei [...] Sentia só... a voz mais forte dentro de mim. Só [...].”*

Quanto ao fato de uma atividade como o GM estar na dinâmica de trabalho do CPTT, Espectro diz:

*“Acho bom. Aqui se relembra do que a gente fez, né? Passado, se fosse possível agora o presente, ia ser bom também [...].”*

E Espectro parece ainda ficar ofuscado pela confusão e vai tentando estratégias para minimizar o seu mal-estar:

*“Eu não dormi à noite direito, também. Antes de ontem também não. Só isso, só. Eu tava tentando escrever alguma coisa ali, não tô conseguindo. Tentando escrever alguma coisa ali [...]. Tá vindo da mente desenhar, fazer alguma coisa, mas tô com a mente confusa. Não tô lembrando muito das coisas hoje não, tô com a mente meio presa.”*

### **3.4.10 No arado de TERRA**

Hoje, Terra está bem e com 39 anos, tem dois filhos, possui o ensino fundamental, mas ainda incompleto e iniciou o uso de drogas aos dezenove anos. Nesse seu processo de busca por tratamentos, Terra parece acreditar que,

*“[...] em primeiro lugar, [...] agradeceria a Deus, aos meus pais e à minha força de vontade, e ao CPTT que foi o primeiro passo, né? Que tive antes de internamento.”*

Sua trajetória de tratamento vai sendo colocada, mostrando o trabalho em rede nessa atenção. Nos registros de seu prontuário, constam passagens também pelo Pronto-Socorro do Hospital São Lucas:

*“Aqui no CPTT, através daqui mesmo, com o Dr. [...], que eu fui até o HPM, e lá [...] me conduziu a uma casa de recuperação [...], onde eu fiquei sete meses e, que, graças a Deus, me libertei [...].”*

O conceito sobre si mesma, num tempo verbal passado, parece ser demonstrado:

*“Que eu era dependente química, usava droga, bebia, e se eu não tivesse procurado tratamento, talvez não tava nem viva mais, já tinha morrido [...]. Que a força de vontade, né? Primeiro, fé em Deus, a força de vontade, a pessoa querendo, pode mudar, como eu mudei [...]. Também, droga, álcool, era tudo junto [...]. Cocaína, crack, maconha, todas... Todas que... Se não tivesse uma, seria a outra [...].”*

Terra remove as lembranças do tempo em que esteve no CPTT, quando realizou o projeto terapêutico intensivo, trazendo imagens-lembranças de falas, por exemplo, de

duas psicólogas, em relação à auto-estima, bem como o aspecto do encontro com pessoas que passam pela mesma dificuldade que ela, podendo compor alianças e aprendizados:

*“[...] antes de você amar alguém, você aprende a amar a você mesma. Eu não esqueço essas palavras. Me ajudaram muito [...]. Foi bom que me relacionei com mais do que um tipo de pessoas que tinha muitos problemas até pior do que o meu, pior do que se resolver e as amizades, os conhecimentos que eu fiz com vocês mesmos, médicos, me trataram muito bem, fui muito bem tratada e passei mais a ter mais gosto de viver, né? [...].”*

A força de vontade foi o primeiro passo para o trabalho, porque não vai terminar de um dia para o outro consertando... Mas levou consigo muitas coisas boas dessa escola, o CPTT. O que falavam pra ela, aprendeu mesmo. Não esquece nunca o momento ruim, difícil em que estava, quando aí chegou. Até pensava em suicídio... Nesse espaço, até conseguiu um relacionamento amoroso com um outro colega...

No CPTT, de acordo com os registros no prontuário, ela fez uso de medicação psicotrópica, participou do Grupo para Mulheres, da oficina de música, da Educação Física, do Grupo de Final de Semana, do Grupo de Bom-Dia, além de ter sido acompanhada pelo médico psiquiatra, pelo médico clínico, por psicólogo, pela enfermagem. E, além disso,

*“[...] fazia as oficinas de, era do barro, da argila, das esculturas, pintava, né? Os desenhos, do macramé não cheguei a aprender nada, mas participei, do grupo também, né? Grupo de movimento [...].”*

Terra relata um pouco sobre os profissionais, parecendo compreender e apontar que o processo de tratamento está representado por diferentes categorias profissionais da instituição:

*“[...] até mesmo aquelas, a Drª [...] que todo mundo tinha medo dela [...], eu não tenho nada a dizer contra. Todo mundo muito bom [...] o pessoal: ‘Oi, Drª’ [...]. Não achei nada demais na Drª [...]. Tem aquela outra que dava as aulas, né? Que aprendi muita coisa com ela, esqueci o nome dela, a pedagoga [...] muito boa também. Todo, todo*

*mundo. Não tenho nada a dizer contra ninguém, graças a Deus, me adaptei com todo mundo, todos bom comigo [...] todos os funcionários, médicos também, graças a Deus, eu fui muito bem tratada e muito bem mesmo. A começar até mesmo dos guardas, não tem nada contra o Seu [...] não sei que me lembro os nomes, todos muito bons [...].”*

**No GM, Terra teve cinco participações.** E diz, quando indagada sobre o que lembrava dessa experiência:

*“Lembro que muitas eu tava, eu tava tensa, eu chegava assim muitos dias, às vezes no dia, eu tava tensa, a cabeça pesada, e aí começava, depois que ia, no grupo, entrava o grupo, já ficava mais aliviada. Fica com o corpo mais leve, você fica com a mente mais leve, para mim foi bom [...].”*

Quanto à percepção do seu corpo antes do grupo, ela relata a sensação de peso, bem como os sentimentos que a marcavam antes do grupo e o processo de vitalização vivenciado:

*“Antes ficava com um peso, né? Eu tava com peso, às vezes alguma raiva que passava em casa ou na rua mesmo, ou devido de usado no dia seguinte a rebordose do álcool ou da droga que fosse, eu tava tensa, tava... tensa e, assim, desanimada, né? Sem gosto, depois do grupo ficava mais, reanimava mais. Ficava mente e corpo [...].”*

A lembrança dos exercícios corporais e os efeitos que produziam em Terra expressa muito bem a relação entre a contração e a possibilidade da expansão do corpo, em busca da possibilidade de uma vitalização corporal, bem como a produção de um efeito significativo na sua relação com o uso da substância psicoativa:

*“Os exercícios, né? De soltar o corpo, aquele também dos gritos de soltar voz, reanimava mais [...]. É como eu já vinha falando, né? Que muitas vezes eu tava um dia antes que tinha bebido, usado droga, eu tava, chegava no dia seguinte tensa, porque dava revolta de ter usado, no dia seguinte, depois que acabava o efeito, dava revolta. E aí o grupo fazia com que a gente, ficava mais, saía um pouco da*

*tensidade, né? Porque ficava tensa, corpo doído, musculatura tensa, dura, até mesmo a mão para escrever. Ficavam tensos os nervos, a mente também pesada, cabeça pensava, só em coisa ruim, e depois do, do grupo já ficava melhor, ficava leve, ficava mais com... sentia mais o corpo. Sentia mais o corpo, sei lá... mais sentia a gente, porque, antes, não sentia direito, porque a gente, com o efeito de álcool e droga, não se sente. Muitas vezes, até mesmo se você machucar não sentia, porque tá no efeito. E depois do grupo não, a gente já ficava mais solto, porque... é coluna, músculos, mente, pescoço, às vezes, tava duro, e ficava tudo mais leve, que eu me lembro. Aí era bom! Por isso, né? Porque muitas vezes tava tensa, ali fumando demais e aí depois do grupo eu já ficava mais, tudo mais leve [...].“*

Dessa atividade parece ficar a lembrança de um movimento, especificamente, que traz a possibilidade de o GM ser, além de um espaço de contato com a sensação e percepção do corpo e da possibilidade de desbloqueio de tensões, com vistas à vitalização, a possibilidade também de um lugar de suporte e de contato com o outro:

*“Do movimento que a gente encostava as costas um no outro que virava, né, o pescoço, outro que a gente deitava e botava as pernas por alto, né? E a... o pescoço também em cima, não, as costas em cima da bolinha [...]. Esse das costas na bolinha, às vezes, as costas estavam fechadas, tipo assim, contraídas, os músculos contraídos, relaxava. E segurar nas costas do outro e levantar, um levantar o outro, também, a coluna, às vezes, tava com dor, assim, vertical, a coluna, o pescoço, a base assim, melhorava, passava [...].”*

A possibilidade de o GM atuar como um lugar de integração e de expressão em frente à singularidade que une os UDs, no que concerne ao uso de substâncias psicoativas e dos preconceitos que isso suscita, bem como o espaço da solidão a que muitas vezes essa utilização remete, também parecem ser ressaltados por Terra:

*“Umás nove a dez pessoas, tinha dia que até mais, umas dez, até mais [...]. Era bom porque era pessoa dependente, às vezes, fica constrangido de estar no meio de outras pessoas, sendo que não é aquelas pessoas que ela está ali sempre junto, de seu rol ali. É outras pessoas diferentes. Então, tá no meio de outras pessoas ali, nove, dez até mais, ficava mais, ficava mais aberta a mente por tá no meio dos*

*outros, porque, muitas das vezes usava, a gente usava droga sozinha. E ali no meio ficava melhor, bem [...].”*

O efeito propiciado pelo GM também parece ter remetido Terra a uma mudança de percepção em relação à substância psicoativa, pois:

*“Modificava, que não dava vontade de ir atrás de substância mais, mesmo porque pensava, se eu usasse a substância ia ficar do mesmo, da mesma maneira que tava me sentindo, tensa, quando acabasse o efeito. Não dava vontade, ansiedade não [...].”*

Terra aponta o GM como a possibilidade de expressão, o que lhe garante uma liberação de tensão mediante a expressão do som:

*“Para mim era, eu achava bom porque muitas das vezes a gente quer desabafar, e ali no grupo já era, eu sentia um desabafo, tipo ali os gritos, as pessoas solta ali a voz ali, então, me senti bem, me senti bom. Era um desabafo [...].”*

Demonstra a diferenciação da atividade do GM e as demais intervenções terapêuticas no CPTT e parece indicar o próprio processo instaurado entre os próprios usuários do serviço para a participação na atividade, bem como a indicação da aplicabilidade da atividade para os usuários do CAPS ad:

*“[...] do mesmo jeito que foi bom para mim, eu queria que fosse pra outros que estão por aqui, né? porque, muitas das vezes, ficam lá, têm outras opções, tipo as oficinas, mas o [...] grupo já reanima, muitas vezes tava ou mais pessoas tavam, vão, Fulano, vão lá para o grupo da [...], muitas vezes não sabia o que se passava lá no grupo, na sala, mas quando ia já passava, já gostava, que soltava, se sentia melhor, até mesmo as pessoas de idade que tivessem no pátio. Então, achava que o grupo deveria continuar aqui porque é bom. É uma atividade que [...] melhora mais a vida de quem tá aqui [...].”*

Quando indagada sobre o que levava da experiência do GM para sua vida, Terra parece ressaltar elementos significativos como o movimento como uma possibilidade de contato consigo mesma, bem como o aspecto lúdico do trabalho:

*“[...] eu levo também que tem que o corpo precisa de movimento, né? Porque antes não tinha tempo pro corpo, então eu levo a experiência que, que eu aprendi ali, não que eu faça igual, mas que devo sempre que estar fazendo pra o corpo sem tensão [...]. É, sobre o grupo, né? Que foi bom, inclusive, muitas das vezes, foi divertido. Foi bom e divertido [...].”*

Uma mudança de posição parece ter sido operada no cuidado de si no processo de tratamento:

*“E eu acho, né? Que todo mundo que tem esse problema que procure enquanto é tempo se livrar, porque não é uma boa. Não é uma vida, é uma destruição [...]. E, no mais, eu tô feliz por ter melhorado, por ter mudado, por te me curado, que isso é uma doença [...].”*

### **3.4.12 No azul de CÉU**

Tem horas que o céu fica azul, ora cinza, ora noite, ora escuridão. Céu já passou por todas essas tonalidades. O seu céu nem sempre esteve azul, como se pensa ou como a gente vê em dias lindos e ensolarados, ou em noites lindas de muitas estrelas.

Céu vem buscando a recuperação da tonalidade de sua vida há bastante tempo. Ele quer retomar o azul de sua vida, apesar de saber que nem todos os dias são tão azuis, e que a vida também não é um mar de rosas:

*“Porque são tantos aspectos que envolvem um, o tratamento, né? Da, da dependência química [...] principalmente a respeito das dificuldades que a gente encontra, né? Na, na recuperação [...].”*

Tendo nível superior completo, hoje com 42 anos, Céu ainda é solteiro. Tem um irmão e reside com a sua mãe. Seu pai e outro irmão já faleceram. Essa caminhada de tratamentos vem desde os seus dezesseis anos, quando conheceu a maconha, passando depois para uso de cocaína.

Céu já recorreu a diferentes possibilidades de tratamento:

*“[...] eu participei de diversos tipos de tratamento, né? Eu venho buscando minha recuperação há bastante tempo, e... e teve alguns métodos que eu achei melhores que outros, né? E hoje consigo ver com melhor clareza que determinadas metodologias, no meu modo de ver, não funcionam [...].”*

E ele vai nos trazendo as diferentes percepções do que vivenciou nessa trajetória, inclusive buscando por tratamentos fora do Estado do Espírito Santo, mostrando o que fez sentido para ele, bem como o que acha que dá certo para esse tipo de tratamento:

*“[...] eu diria que, assim, os tratamentos que priorizam a parte psicológica, e... e também um pouco a parte espiritual, né? Porque tem tratamentos que são só tratamento espiritual e, mas o eu acho que esse tipo de tratamentos deixa a desejar, porque acho que todo dependente químico ele, ele tá cheio de dificuldades emocionais, cheio de problemas e, e isso precisa ser conversado, discutido, debatido, né? Então, assim, são características que são, são comuns, né? A maior parte dos dependentes químicos, né? E eu também achei interessante, assim, os tratamentos que usavam também é... como parte dos tratamentos, os doze passos de, de, de , de recuperação usados pelos alcoólicos anônimos os narcóticos anônimos, né? Mas só que também, eu freqüentei grupos também e... durante um tempo, e isto também, se for mal usado, também, pode ser, pode ser infrutífero também. A pessoa fica radical, e fica uma coisa meio cega. A pessoa vai fazendo as coisa e não sabe nem por que direito tá fazendo aquilo, né? E... aí eu acho que não seja uma coisa legal também,*

*né? Mas uma associação, né? Desses métodos psicológicos, os tratamentos baseados nos passos, e um pouco de espiritualidade eu acho que fazem um tripé, um tripé legal. Então assim, eu falaria das minhas experiências que eu tive: eu tive em fazendas de recuperação de de nove meses de tratamento; eu tive no [...] que é um tratamento todo baseado em cima de questionários e passos, psicólogos, terapeutas. É... eu também fiz tratamento evangélicos, né? E... foi o que eu menos gostei, né? Foi o que menos, apesar de que também não deixou de me ajudar, não vou dizer que não me ajudou, me ajudou mas... eu diria que foi o tratamento que eu menos me identifiquei, eu... eu acho que esses moldes de tratamento no CPTT é interessante [...].”*

No CPTT, ele chegou em 1994, aos 32 anos. Hoje não está em tratamento. Do CPTT ele parece ressaltar algo que não viu nos outros tratamentos, uma abordagem muito diferente de tudo o que somado ao que ele conhecia:

*“[...] o básico do CPTT... eu admiro muito a, há uma coisa no CPTT que eu não vi nos outros tratamentos, assim, em contrapartida que é, que é: a questão do, do... não tem aquela coisa doutrinária que tem nos tratamentos que eu, que eu fiz, entendeu? Se é no evangélico, é uma coisa radical, é aquilo é... é tem que ser assim, assim, e se é em um NA também tem que ser aquela coisa, né? Meio cega, radical, é... e não acho inteligente isso, né? No CPTT, eu vi uma abordagem muito diferente disso tudo que, somado com que eu já conhecia, eu achei que foi de grande valor pra mim, porque não existe aqui a visão de que tudo é a mesma coisa, se é igual, tem que ser tudo assim, cada ser humano é um ser humano, cada um tem seus problemas e a abordagem não fica tanto em cima da droga, né? Fica mais em cima da, do indivíduo é... eu achei isso muito interessante, porque os métodos que eu tinha participado anteriormente a visão não eram, as visões diferentes e muito radical, né? É como se fosse uma receita de bolo: segue isso aí e num pergunta nada, não, que vai dar certo. Todo bem, dá certo, mas eu não acho que seja por aí também não [...].”*

Diz Céu sobre o processo de tratamento no CPTT:

*“[...] eu tive um começo ruim com um psicólogo, depois eu tinha uma psicóloga melhor. O trabalho que eu fiz com o Dr. [...] também foi um trabalho bom, é... não só*

*medicamentoso, uma pessoa também, nas reuniões que eu participava com ele, às sextas-feiras me ensinou coisas valiosas, técnicas que podem ajudar, pelo menos se você não tá conseguindo parar, não causar tanto dano a si mesmo e aos outros [...]. As oficinas também de Educação Física, oficina muito boa. Eu, eu adorava jogar futebol, tomar um banhozinho, depois do futebol, algumas oficinas de arte também, apesar de que eu não sou, não é muito a minha praia, mas ajudava também é uma parte boa [...].”*

Céu parece ressaltar o desafio cotidiano de uma instituição que cuida de atenção ao uso de álcool e de outras drogas, quando a droga em si aparece no espaço de tratamento:

*“[...] eu não quero dar um de juiz porque... meu telhado é de vidro também e eu sou mas... eu em determinados momentos assim eu achei que faltou assim um controle maior sobre a atividade de alguns residentes, né? É... porque, inclusive, usavam maconha aqui dentro, entendeu? E... eu, de certa forma, me sentia afetado com isso, não vou botar a culpa nessas pessoas, né? Mas o meu processo de recaída começou com, com o uso de maconha. E... ao ver, e tá em contato com aquilo alí quase que diariamente, aquilo, de certa forma foi, foi me atijando à curiosidade e... por achar que eu tava já bastante tempo sem usar droga eu talvez achei que eu talvez pudesse ficar só na maconha e eu sempre me identifiquei e gostei de usar maconha, mas... são enganos, porque, durante um certo temp,o você consegue ter um aparente controle mas depois não [...].”*

A relação profissional-usuário parece ser evidenciada, parecendo indicar uma qualidade de contato não muito acolhedora:

*“[...] alguns profissionais, que eu acho que não têm que ser amiguinho e, e ficar passando a mão na cabeça da gente, mas muito distantes dos internos, entendeu? Pessoas que... você passa pela rua nem te cumprimentam de repente, né? Inclusive tem uma que mora no meu prédio, morava no meu prédio, uma profissional do CPTT e, não sei, é uma coisa meio esquisita, eu acho, parece que tem da gente, não sei o que [...] é, eu sentia isso, uma atitude assim [...].”*

A exclusão do mercado de trabalho, vivenciada por essa trajetória de uso de substâncias psicoativas e processos de tratamentos, parece ser demonstrada:

*“Mas cada um sabe de si, eu queria me recuperar, eu fiz um bom trabalho aqui e quando saí disseram que eu tinha que continuar, né? Mantendo, fazendo manutenção e eu me descuidei muito em relação a isso., porque comecei a ficar muito decepcionado também muito tempo desempregado [...]”*

Céu parece mostrar os desdobramentos dessa trajetória do uso de drogas no seu contexto familiar, parecendo acreditar ser o causador dos transtornos, salientando alguns aspectos dessa relação:

*“A minha família já assim eu já causei muito dano e é uma relação que se tornou assim, sempre tive muito apoio num, mas se tornou uma relação difícil e eu comecei a receber muita cobrança em relação a trabalho. Eu tava pouco interessado, assim, em estudar mais, fazer concursos de certas coisas e, tudo isso junto, né? É fácil de justificar através dos outros uma recaída, mas tudo isso foi me levando a ficar deprimido, e... enfim, acabei voltando a fazer uso de, de drogas mais pesadas, né? Inclusive o álcool que eu não posso usar em hipótese alguma, né?”*

Muitas coisas aconteceram com Céu nos tratamentos realizados, parecendo reafirmar, mais uma vez, o longo percurso nessa caminhada e o quanto parece ter deixado de experimentar outras dimensões da vida, evidenciando as perdas vivenciadas:

*“[...] tem cenas gozadas, tem coisas tristes, né? Muitas das pessoas que eu conheci, em tratamento morreram, né? ou foram assassinadas, ou... muitas foram presas, é... todo tipo de situação, né? É... eu vivi, convivi, assim, não digo i... infelizmente, né? Eu tive essas séries de experiências, eu não acho que, felizmente, eu gostaria de não ter passado por nada disso, entendeu? Foi muito tempo na minha vida que eu passei buscando tratamento [...]”*

**Céu aponta o processo de transformação vivenciado no percurso do GM, quando se permitiu participar da atividade, por seis vezes, mostrando o que sentia antes e depois da intervenção em seu corpo:**

*“[...] eu sou uma pessoa meio enrustida pra começar as coisas. Eu tenho dificuldade sempre de dar um primeiro passo em direção a qualquer coisa, né? E assim eu fico um pouco de má vontade e tal [...] havia me convidado, é... diversas vezes convidava todo mundo pra participar, né? E eu sempre falava que ia e acabava nem indo. Até que eu fui pela primeira vez e saí levinho, soltinho achei maravilhoso! É... e continuei fazendo, né? É... o que eu tenho a dizer é que o tempo que eu fiz me ajudou muito, o tempo que eu fiz realmente foi muito bom pra mim [...].”*

Céu parece apontar os benefícios de uma atividade como o GM para o dependente químico, e da produção de efeitos que isso proporciona para esses usuários, no tocante, por exemplo, à respiração, bem como nos padrões musculares relacionando com a substância psicoativa cocaína, além da possibilidade de um relaxamento e de uma integração entre o físico e o emocional:

*“[...] fazia com a gente aqui, né? O dependente químico ele até a respiração dele, quem usa muita cocaína fica com a respiração, fica com respiração parece que presa, né? Represada, musculatura toda rígida, a pessoa fica ... então qual, essas técnicas que ajudam a relaxar o corpo, a mente, né? Você entrar em contato com os, os sentimentos aprender a respirar melhor e tudo isso ajuda demais também. É... eu, quando estou em tratamento, eu sempre dô muito valor a essa parte física, mas também que no caso do, do [...] trabalho é... envolve também uma série de outras coisas, além do físico: o emocional, o lado, né? Da respiração, essas coisas são importantíssimas porque trazem relaxamento. É... o dependente químico ele geralmente é um pouco tenso, um pouco, né? Um pouco... tem dificuldade de relaxar, eu não posso falar por todos, mas eu, eu tenho essa dificuldade, né? Eu às vezes sinto muitas dores nas costas, na musculatura, e eu sinto que em grande parte dessas dores é... é uma tensão acumulada, né? E... tomo esse trabalho físico também eu acho um trabalho físico é importante também no tratamento [...].”*

Céu parece nos indicar a articulação entre o uso de droga e a produção de movimentos estereotipados nessa conjugação e a significação dos movimentos produzidos no GM que parecem ter instaurado a possibilidade de soltura, de relaxamento e de novas formas de prazer:

*“É, eu percebo também que, quando a gente vive essa é... usa, usa a droga por muito tempo, a gente fica todo condicionado, né? Os movimentos ficam todos assim parecidos mesmos, né? Como o efeito também, né? Usualmente, parece só funciona aquele circuito ali, né? Você fica usando aquela droga e você deixa de ter outras sensações, e outras emoções que uma pessoa que não tá usando drogas tem. É... eu cansei de chegar no grupo tenso, né? Principalmente na batata da perna, nos pés, na sola dos pés e... e... também ficava muito tímido em relação a quando tinha que se soltar, né? Tinha uma certa dificuldade, mas depois que ia entrando no ritmo da aula. No final da aula eu tava, eu tava totalmente à vontade, solto. E sempre saí da aula bem melhor do que tinha entrado, né? Em determinados momentos, até assim da aula da vontade de nem, nem, né? Que são o, o momento de relaxamento depois da parte mais de exercícios, assim, dava vontade de você ficar ali. Parece que você vai entrando dentro do chão, né? É, dá vontade de nem de, de, de sair daquela situação, né? Porque ela é muito prazerosa, muito gostosa. E... eu percebia claramente que a gente pode ter muitas sensações boas, sem precisar de se drogar, né? Existem muitas atividades que podem dar tanto prazer ou mais prazer do que, do que usar droga [...].”*

O espaço do GM parece ter acionado em Céu novos sentidos para a sua própria percepção corporal, uma vez que parecia estar bem distante desse contato, propiciando-lhe uma possibilidade de integração:

*“[...] essa aula também ela, era é uma das coisas que me mostrava isso, né? Que... e também o quanto eu tava distante assim do meu corpo, né? No dia-a-dia, a gente não pára pra pensar no pé, na perna, no braço, na mão, que a gente tem uma mão, que a gente tem, né? Um corpo perfeito, apesar de, de ter judiado tanto dele, ainda tem um corpo, né? Não digo no meu caso totalmente perfeito que eu tô com uma certa dificuldade que eu te falei, né? Mas em vista do que eu já fiz, do que eu já abusei, eu posso me considerar privilegiado, né? E nessa aula eu tomava um contato com, com*

*isso, né? Com o corpo, com a totalidade do meu corpo, com as partes do meu corpo. Coisa que dificilmente alguém pára pra pensar no dia-a-dia, né? E ir relaxando as partes do corpo, né? E sentindo... então, assim, nesse sentido foi muito bom pra mim [...].”*

Quanto aos movimentos corporais trabalhados no grupo, Céu parece apontar a lembrança de alguns, de alguns recursos materiais utilizados, bem como a sensação de que isso lhe suscitava na possibilidade de sua expressão corporal:

*“Ah, eu gostava muito de quase todos os exercícios assim, que eu me recorde... que eu não tenha gostado, que eu não tenha gostado só os que eu ficava mais tímido, que era os de expressão corporal, muitas vezes, né? E tal assim a gente fica se sentindo meio ridículo, né? Mas... é falta de hábito, né? Com tempo nas aulas, eu fui me soltando mais e nuuum me preocupava tanto o, se tivesse alguém me olhando, se eu tivesse parecendo ridículo, né? Mas os exercícios [...] de relaxamento, de alongamento também é... me faziam muito bem principalmente na região, é... uns que você dava na região das pernas e da região lombar. Eu pratiquei muito esporte, eu sempre fui esportista, durante muito tempo futebol eu fazia pouco alongamento. Então eu fui ficando com a musculatura muito presa por falta de alongamento, então sobrecarregando a região lombar. Então todo alongamento que tinha a ver com essa região pra mim era muito bom, né? Porque eu já tive assim uma contusão séria na região lombar jogando bola, né? Então é... aqueles que [...] trazia bolas também é... massageava os pés, é... outros tipos de, de materiais que você usava pra gente se alongar, coisas que você colocava na aula aqueles tipos de exercícios também eu gostava muito. E a parte também de, de, da música também, quando a gente deitava e relaxava, né? São partes que eu identificava bastante [...].”*

Céu parece indicar uma relação entre a vivência do GM e a questão do uso de drogas, quando suscita um dos efeitos produzidos no grupo, como o relaxamento:

*“[...] com certeza, porque... estando mais relaxado, mais centrado, menos tenso, menos ansioso, a possibilidade de você voltar a usar drogas é bem menor, né? Se tomar esse tipo de técnica, assim é... ajuda muito a minimizar a tensão do dia-a-dia, né? E quanto menos tensão e ansiedade, maior probabilidade de sucesso na*

*recuperação. E eu me considero uma pessoa muito tensa, ansiosa e, com certeza, [...] e seu tivesse usando droga, porque durante o tempo que eu fiz as aulas, eu estava realmente em recuperação já há uns, uns três anos. Tinha saído de uma depressão muito profunda, tava tomando antidepressivo e... as aulas me ajudaram muito [...].”*

A possibilidade de colocar os movimentos aprendidos no grupo em sua vida parece ser destacada, embora ainda não os tenha colocado em ação, bem como os benefícios dessa atividade para quem quer parar de usar droga:

*“É... pena que eu não dei seqüência, assim, muitas coisas que eu aprendi do exercício poderia até ter feito em casa, né? Eu não tive isso, era um pouco preguiçoso. Seria, seria interessante se eu pudesse dar continuidade, assim, além das aulas, dar continuidade a determinado exercício, né? Pra tirar a tensão e o emocional, mas, com certeza, eu [...] é de grande ajuda pra, pra quem quer parar de usar drogas, esse tipo de atividade [...].”*

Céu parece demonstrar o complexo processo das idas e vindas para a sustentação de um espaço de tratamento, parecendo mostrar também o discurso da fatalidade, muitas vezes, presente nessa área de trabalho, “não há jeito”, bem como outro discurso, qual seja, a possibilidade da insistência e da esperança na mudança:

*“Só gostaria de falar que eu tô e, especialmente meio cansado, meio saturado, sabe? Até de, de me tratar. [...] eu tô começando a me ver como uma pessoa assim... quase que impossível de se recuperar, baseado na minha experiência. Eu sei que isso não é verdade, né? Mas meus sentimentos ô [...] estão ruins, né? Porque já era pra mim ter superado isso há mais tempo, já era pra mim ta com uma vida produtiva, né? Mas, enfim, né? Enquanto há vida, há esperança. Eu pretendo continuar tentando [...] Eu sou insistente! [...].”*

### **3.4.13 No calor de SOL**

Há muitas estações Sol, que tem dois filhos, pais e está no terceiro casamento, vem lutando para continuar com o seu brilho e o seu calor. De vez em quando, tem umas recaídas, mas vem tentando, estando hoje com 40 anos. Sol já pegou muito pesado com ele mesmo. Parece até que se esqueceu de passar filtro solar para se proteger dele mesmo. Foi muito intenso, muitas vezes, mas uma intensidade que quase o destruiu. Perdeu emprego, quase perdeu a si mesmo.

*“[...] porque eu não vivia, eu vegetava. Eu usava drogas mais pesadas, entendeu? Do que o álcool, do que a maconha, era coisa muito mais pesada. E hoje, quando eu tenho minhas recaídas, o máximo que eu faço é consumir o álcool [...].”*

Mas procurou ir ao encontro de sua luz:

*“[...] já passei por uma série de tratamentos, Vila Serena, o... HPM, o CPTT, mas... tô freqüentando o AA agora, mas não é fácil, não, é muito difícil. Agora... eu tenho a consciência que eu tenho que, que... tentar superar essas dificuldades [...] Tenho tipo algumas recaídas, tem uns vinte dias que eu não consumo droga, droga que eu falo é álcool, né? Mas é um também é um tipo de droga [...].”*

E olha que Sol sabe o que está dizendo, porque vem com essa história desde os seus dezessete anos. Ninguém é perfeito, apesar de ser um astro rei. Existem muitas recaídas. Até o sol-astro-rei tem dias que se recolhe e não mostra a cara, fazendo com que os dias fiquem nublados e cinzentos, sem a sua cor amarelo-laranja e intensa:

*“O tratamento, assim, de dependência de droga, seja qualquer tipo de droga, não é tão fácil sair como certas pessoas falam, não, eu acho que é uma ironia alguém falar: ‘Ah, eu saí com facilidade’. Então não chegou nem a entrar, porque pra sair assim com tanta facilidade, eu não acredito, que, que consiga, não, [...].”*

No CPTT, Sol chegou em 1996 e brilhou por quase oito anos. Fazia projeto terapêutico intensivo, incluindo acompanhamento médico e psicológico. Parece nos evidenciar o desafio cotidiano de um processo de tratamento e das adversidades encontradas ao longo desse caminho:

*“Bom, aqui eu tive atividade corporal, tive... aula de música, é cerâmica, pintura, é... esporte, mas chegou um certo ponto que eu ficava mais fazendo minha palavra cruzada aí dentro do que, do que participando das oficinas. Eu tava desmotivado, eu mesmo, por mim mesmo, eu tava desmotivado, entendeu? Mas tinha várias atividades aqui, só que eu, psicologicamente, eu tava desmotivado em participar de certas oficinas. Aí vinha pra cá trazia um livro, ficava o dia inteiro lendo, quer dizer vinha pra cá pra não fazer nada, só pra ler aqui o coisa, que eu podia tá fazendo dentro da minha casa ou em qualquer outro lugar, lendo, fazendo palavra cruzada. Mas, no começo, as atividades estavam funcionando muito, inclusive, principalmente a cerâmica, mas depois eu comecei a, a perder o pique da coisa e, e me desanimar, sei lá [...].”*

Sol parece ressaltar a quebra da regra básica do tratamento, suscitando os desafios da sustentação de processos de gestão do trabalho na relação entre usuários e profissionais:

*“Então, antes de entrar aqui, [...] a gente já bebia, chegava aqui dentro acontecia certas coisas desagradáveis, saía daqui bebia de novo, entendeu? e... o tratamento aqui pra mim não, no meu ponto de vista, por, por culpa minha, por falta de... de aproveitamento meu não foi muito válido não tá? [...] não por causa dos profissionais, foi, foi causa da, da minha fase que eu tava passando na minha vida, certos problemas aí pra fora, particulares e influenciaram muito nisso. Eu tive o problema que eu perdi dois irmãos já, entendeu? Eu tava com problema na minha casa, com minha esposa e isso tudo, não é querendo dar uma de vítima, mas influencia no tratamento, que a gente fica mais [...] fragilizado [...].”*

Sol vai contando o percurso que foi vivendo em seus tratamentos, parecendo realizar uma avaliação desses processos, ressaltando aquele com que mais se identificou, bem como as diferenças e singularidades dessas abordagens. Além disso, parece mostrar os marcos conceituais de algumas dessas intervenções que se reproduzem tanto no discurso sobre o que seja o processo do uso de drogas, quanto nas práticas de trabalho:

“Bom, na Vila Serena, infelizmente, eu fiquei só duas semanas. Que, no primeiro passeio [...] tivemos uma recaída lá [...] e fomos desligados. Aí, automaticamente, eu perdi o emprego, né? [...] E no HPM foi aonde deu [...] um resultado melhor [...] o tratamento em si, todos eles foram válidos, só que o único que eu soube aproveitar melhor foi no HPM [...] existe normas [...] é regime fechado [...] não pode levar livro, revista, nada é só das atividade mesmo de lá [...] e toda as atividades você é obrigada a participar [...] isso [...] inconscientemente ajuda a pessoa a, a se interessar mais pelas coisas [...] tanto que, na época, engordei quase dez quilos, lá dentro. Por quê? Porque é... não sei... o álcool ele, ele deforma o corpo da pessoa, né? [...] O tratamento lá era mais... rigoroso [...] São sessenta, são quarenta dias que você passa lá dentro, sem poder sair, quando você entra, você é revistado, sua bolsa é revistada, tudo é revistado, inclusive, eles mandam até você tirar a roupa. É um regime militar mesmo [...] Eu fiquei esse tempo todo no HPM, consegui, quer dizer, melhorar bastante, mas, se no HPM fosse um regime mesma coisa que o CPTT, talvez não teria valido de nada pra mim esses sessenta dias. Podia ficar um ano, dois anos, dez anos... eu acho que não ia valer muito não [...] No CPTT [...] não tava funcionando muito, porque já chegava aqui [...] já tinha bebido, saía daqui, bebia de novo, [...] então quer dizer você chegava aqui de manhã, saía de tarde, quer dizer, boteco é o que mais tem [...] nas cidades, você já tá meio balanceado, você vai passando num... passa no primeiro, passa no segundo, passa no terceiro, chega no quarto você não agüenta e pára [...] às vezes aqui dentro mesmo acontecia certas coisas que [...] comprometia o tratamento, entendeu? [...] aqui no CPTT, as atividades não, eles não... é... vão dizer, vou usar um termo meio brusco, eles não obrigam você a você a participar [...] Agora se você já tá meio desanimado e eles não te obrigam a, a participar de certas atividades, como acontecia aqui, no CPTT, então [...] você já... vai perdendo o fio da maiada mesmo, o pique da coisa. [...] não é cuspiendo no prato que eu comi, mas... aqui... [...] as atividades, não eram [...] obrigatórias, o regime é semi-aberto, você só passa a parte o dia aqui. Então você, quiser trazer um livro, você traz. Quiser ficar o dia inteiro fazendo uma palavra cruzada, como eu ficava... Então é essa a grande diferença de um lugar pra outro, acho que pra você começar a pegar o pique da coisa, você tem que... é... não pode ter colher de chá, vamos falar assim, usar esse termo. E aqui no, no CPTT, o negócio é meio acochombrado, é meio... muito tranqüilo. É... pra, pro tratamento da, pra drogado aqui é muito tranqüilo [...] Agora... [...] tô freqüentando o AA agora, já tô com quarenta

*anos... então quer dizer, a medida que a gente vai, vai amadurecendo a gente vai botando mais juízo na cabeça [...] Mas não por culpa dos profissionais, mas por minha culpa mesmo, entendeu? [...] Porque, no grupo de AA, eu vejo a... o pessoal participando, dando [...] as entrevistas deles, o desabafo, lá no PRESTA, toda quinta-feira eu vejo, também, um pessoal dando desabafo lá [...].”*

**Do GM, Sol, que participou duas vezes,** lembra algumas coisas, apesar da memória ter diminuído bastante, porque hoje em dia esquece muitas coisas, apesar de estar abstêmio da droga. Parece, então, ir trazendo a representação dessa atividade para ele, como possibilidade de expressão, alívio da tensão, vitalização, bem como um espaço lúdico:

*“[...] pra mim, o que mais valia era o desabafo, o... a válvula de escape [...] pra [...] a tensão, entendeu? Aliviar a tensão isso aí, porque tem certas atividades aqui que a pessoa... chega lá, começa a pular, gritar e o pessoal acha até engraçado, parece que é coisa de doido, você sai dali aliviado, tranqüilo. É... a tensão diminui, entendeu? Agora... essa atividade o que valeu muito pra mim, era isso [...] Que quando eu saía dali parecia, assim, que você tinha tomado um banho gelado, e relaxado o corpo. Era esse a valência da atividade [...].”*

A percepção do seu corpo antes do trabalho de GM e os efeitos da intervenção parecem ser relatados por Sol, a seguir:

*“[...] às vezes tava com certos problemas lá fora, chegava tenso, às vezes é... Trêmulo, mas às vezes não era nem por causa do álcool, era por causa da tensão mesmo, da, dos problemas particulares que eu tinha, entendeu? E quando saía, se lá era, já era... já era... pelo menos sessenta por cento do um corpo já tava bem melhor, minha mente, meu corpo. É... certas dores musculares que eu sentia, já melhoravam é... dor de cabeça tinha muito, já aliviava muito, entendeu? Então é [...] como eu te falei, assim é certas atividades que as pessoas acham que, que não válida. Mas depois que experimentar, vai ver que, que tem muito significado, tem muita é... necessidade, entendeu? Agora... é chegava... é... um caco, né? É... tanto psicologicamente como, como fisicamente, e saía de lá bem aliviado, não digo cem por cento, mas saía bem aliviado. Gostava muito da [...] atividade [...].”*

Sol parece ir apontando a diferenciação entre a atividade de GM e as demais oficinas do CPTT, e a eficácia da atividade desse grupo, uma vez que, a seu ver, trabalha mais os aspectos psicológicos:

*“Às vezes era uma terapia melhor do que fosse uma oficina de cerâmica, de pintura, entendeu? Era uma válvula de escape que, que pra mim tinha mais é... eficácia do que outro tipo de atividade. Eu não sei se pra todas pessoas são assim, mas pra mim era isso que significava [...].”*

As diferenças ainda parecem ser ressaltadas por Sol, no que tange às intervenções realizadas, bem como à separação entre cabeça e corpo e de como é importante integrar tais instâncias:

*“[...] atividade eu acho que ela trabalha mais o psicológico do que as outras atividades, entendeu? Pelo menos, eu tô falando minha opinião particular, tá? [...] eu nunca deixei de participar da [...] porque pra mim tinha mais eficácia do que outro tipo de atividades que existe aqui dentro. Tinha outra atividades aqui, como eu falei, é no começo que gostava de fazer e depois eu fui perdendo o ritmo, a vontade o... é... fui desanimando [...] se a cabeça tá boa, o corpo também vai ficar bem. Agora, se você tratar só do corpo e a cabeça não tiver legal, não vai adiantar nada. Minha opinião é essa. Então, quer dizer, a diferença era essa. Você tem que trabalhar primeiro a mente, pra depois cuidar do corpo, porque senão, se você for cuidar só do corpo e a mente não tiver legal, não vai adiantar porcaria nenhuma, não vai ter resultado [...].”*

Quando questionado sobre alguma lembrança dos movimentos trabalhados, Sol parece nos trazer o seguinte aspecto:

*“Olha, sinceramente, não, porque tem muito tempo que eu saí daqui [...] tem quase um ano e a... à medida que a gente vai... ficar abstinência da, da, da droga, parece que a memória da gente vai ficando mais fraca em vez de ficar forte, não sei se é o período de adaptação que você tem pra... o seu organismo acostumar, mas a memória que eu tinha antigamente eu acho que diminuiu bastante, entendeu? Não*

*totalmente, mas hoje em dia eu esqueço muitas coisas que antigamente eu não esquecia [...].”*

E Sol parece mostrar as certezas-verdades nesse processo de cuidados:

*“E uma vez alcoólatra, você vai até o resto da vida, você vai ser alcoólatra, mesmo se você para de beber. Você não pode tomar o primeiro gole, se tomar o primeiro gole desanda tudinho. O alcoolismo não tem cura. Quem falar que era alcoólatra, ex-alcoólatra, isso aí não existe. Uma vez alcoólatra, sempre alcoólatra. Ou você pára, ou então você vai logo pro fundo do poço, porque não existe meio termo pra alcoólatra, não. Não existe negócio de tomar umazinha, tomar duazinha pra almoçar, essas conversas fiadas. Isso não existe. A pessoa chegar pra... tomou a primeira, pode saber que... não vai ficar nem na décima, nem na décima quinta não, vai passar daí. Negócio não é brincadeira, não [...].”*

### **3.4.14 No queima de FOGO**

É. Fogo parece mostrar que o espaço de tratamento pode ser um lugar de aprendizagem para não se fazer algumas misturas, como álcool e direção. Além disso, traz também a repercussão do que essas combinações podem acarretar para si, para o outro:

*“No meu caso [...], eu [...] quase tava perdendo meu serviço. Eu... bati três vezes embreagado, sorte que eu não matei ninguém, né? Não tive nenhuma vítima assim, né? Só dano material mesmo. Aí, com tempo que eu fiquei aqui e tal, na atenção diária, né? Aí eu fui percebendo que [...] Aí fui aprendendo a, a... que não deve... juntar a bebida e a direção [...].”*

O CPTT foi o seu primeiro lugar de tratamento e ele veio encaminhado pela perícia médica do seu local de trabalho, em 2002. Tomava medicação psicotrópica e até engordou até uns dez quilos. Comia pra caramba, uns três marmitex:

*“Eu aprendi a lidar com a... com o vício, né? O vício de bebida e tal, né? É porque eu gosto de beber, né? Eu, eu... acho que gosto, né? Aí quer dizer, então quer dizer, eu tenho é... eu tinha que aprender a lidar com ela, a não, não fazer a vontade dela e sim a minha, né? Saber é... separar: prazer, prazer; trabalho é trabalho, né? Não pode misturar os dois, senão... seria bom, né? Se pudesse juntar os dois né, ah!? [...] mas, no meu caso, os dois não, não dá certo, não, tem que ser separado [...].”*

Fogo chegou ao CPTT com 36 anos. Hoje já está com 38 e o início da experiência com o álcool começou aos dezesseis anos. Tem mãe, irmão, é casado, mas seu pai é falecido. Quando indagado sobre a sua participação nas atividades que freqüentava no tempo em que ficou no CPTT, Fogo nos esclarece:

*“[...] fazia escultura, né? Como é que fala aquela aula é... aula... artesanato não [...] Cerâmica, macramé, é... pintura... pagode [...] a informática, eu aprendi um pouquinho a mexer no computador, não é? É [...] também aula de corpo e movimento, né? Corpo e movimento também foi bom pra caramba [...].”*

Fogo traz um pouco do seu processo de tratamento talvez nos alertando que nem sempre todos os trabalhos ofertados têm que funcionar como um pacote embalado para o usuário, mostrando o espaço, possibilidade de diferentes formas de produção, ressaltando o entendimento do compromisso institucional da preservação do sigilo com os seus usuários:

*“[...] algumas eu gostava, né? É... tipo... a da cerâmica não gostava muito, não. Eu fazia por fazer. Umhas pinturas assim... tal, né? Pagodinho era bom já, né? Com, fizemos até uma música [...] fizemos uma música aí todo mundo junto, juntou e tal, né? Cada um deu uma idéia, aí foi feita uma música. Eu acho que até um CD gravado do... do CPTT, né? Tem um, tem um CD gravado, mas meu nome não tá lá, porque tem que preservar a identidade, e tal. Mas eu participei desse grupo, então eu gostei pra caramba. Educação Física também, né? Era boa. Mas o que eu mais gostei foi da informática lá, né? Mexer com [...] computador [...].”*

**Do GM, Fogo, que participou três vezes**, parece lembrar alguns movimentos trabalhados, parecendo indicar a possibilidade da expressão, de novos aprendizados, descanso e os efeitos que isso produzia nele:

*“A gente gritava muito [...] gritava, corria, aprendia a respirar, né? Dava educação pra respirar [...] a gente respira errado, né? Ou não? [...] Então, aí teve aquilo, aí, aí relaxa, relaxa também, dá um relaxamento bom. Dava até pra dormir, às vezes lá. Ah? Né? Tanto relaxado que você ficava assim, que podia ter barulho, você nem sentia, tão relaxado que ficava [...].”*

Fogo parece relatar o GM como a possibilidade de um espaço de integração e vitalização:

*“Dinâmica, lá era bom também. [...] aproximava mais os grupos, né? E tal, dava... é aproximava mais os grupo e tal, a gente ficava mais ativo.”*

Quando questionado sobre como chegava para participar da atividade e como se sentia depois dela, Fogo parece nos indicar a sua percepção corporal, relacionando-a significativamente com uma sensação de cansaço e alívio:

*“Cansado. Aí saía de lá mais leve, é... agora que [...] é isso mesmo, chegava cansado lê, ainda mais que eu sou fumante, aí eu saía lá... saía bem, saía bem, saía tranquilo [...]. Acho que os exercícios lá, né? Te davam mais... os exercícios lá eram bom, tal, as dinâmicas também. Relaxamento, então quer dizer [...] cansaço, pelo peso do serviço, né? E tal, aí lá até esquecia ele [...] É. Do vício, né? Até esquecia ele. Aí saía assim... sem lembrar, sem lembrar do que eu tava, depois voltava tudo de novo, mas no momento lá tava... a gente esquecia um pouco [...].”*

Fogo parece demonstrar o significado das diversas ofertas no espaço de tratamento e a forma como se sentia:

*“É porque a gente fazia aula aqui, a, a aula, mas a gente não gostava muito, né? Só de fazer as aulas fazia por tá aqui mesmo, então... aí quando entrava no, na sala lá de, de corpo e movimento... Aí você fazia uma atividade aqui, uma atividade e outra,*

*e tal, né? Até esquecia. Eu gostava mais... da respiração: chiii!, que relaxava mesmo [risos] aí, né? Aí você esquecia, você fazia uma coisa, fazia outra. Aí você esquecia [...] do vício, das coisas, aí ficava uma hora [...] lá e eu nem pensava em fumar [risos], sem fumar um cigarrinho [...].”*

A oferta de uma atividade como o GM apresentada num CAPS ad parece ser assim ressaltada por Fogo:

*“Seria bom, é bom, né? Se todo mundo tivesse assim. Porque a maioria do pessoal aqui, quando eu tava internado aqui, todo mundo gostava, a maioria gostava, não digo cem por cento, mas quase todo mundo gostava, né? Ia pra lá, não tinha pressão, você ficava, se você quisesse, né? Não tinha aquela imposição, né? Você tem que fazer! Tá gostando, faz isso aí. Mas quem entrava lá, se saísse um ou dois, no máximo, era, era muito, né? Mas ficava todo mundo, até do começo ao fim. Eu era um [...] eu ficava, ou eu já saí alguma vez e não lembro direito [...]. Ela é bom, ela é bom, e, e, e... eu recomendo, recomendo, recomendo. Esse é uma Brastemp [...]. Essa aqui é uma Brastemp, é bom, é bom [...]. Aula de corpo e movimento [...].”*

O que parece ficar dessa experiência do GM para Fogo:

*“A tranqüilidade depois que eu saia lá de dentro. Eu diria que é uma terapia, relaxante [...].”*

Fogo parece indicar os diversos sentidos quando os usuários procuram o atendimento e que muitas vezes não necessariamente querem fazer a interrupção da substância de que faz uso:

*“[...] até agora, eu não parei beber, eu continuo ainda, mas só que eliminei noventa por cento, entendeu? Agora só sexta-feira à gente toma um negócio, às vezes também toma durante a semana, mas é, é coisa pouca, né? Pra não... Mas tá tranqüilo [...].”*

### 3.4.15 No barulho do TROVÃO

Parece que foi uma coisa divina. Talvez Deus se manifeste mediante um aerograma com um convite para participação para uma entrevista numa pesquisa. Entretanto, o que queremos indicar são reflexões acerca dos procedimentos institucionais de acompanhamento e busca ativa dos usuários, quando eles se afastam ou interrompem o processo de tratamento. Além disso, demonstra também o fato de o usuário ter sido reconhecido, de ter sido chamado:

*“[...] aí mandaram uma carta lá pra casa lá [...] me, me reconheceram, me reconheceram, e assim, mas eu vou lá de novo. Eu vou pra lá de novo, porque... lá é bom. O pessoal mandaram a carta pra casa, aí tão querendo que eu vou pra lá, e eu vou mesmo e cheguei aqui [...]. Com a carta do correio, que mandaram aqui do correio é, dotora [...] ela que mandou esse, essa carta aqui lá pra casa aqui, o aerograma, aí, poxa, esse pessoal gostar de mim aqui, por isso que eu tô aqui, por isso que eu to aqui, eu voltei. Eu voltei, mas voltei com fé mesmo, com certeza, graças ao bom Deus [...] AhAH! Foi uma satisfação imensa, poxa! Eu, eu nunca sabia que eu ia, eu nunca sabia que eu ia ganhar esse aerograma aqui, eu nem sabia que ia ganhar. Foi satisfação. Mandaram pra mim, eu bem assim: ‘Ôpa! vou lá, então, porque o pessoal gostaram de mim, graças ao bom Deus, saí sem dever nada’, agora o... saí de peito aberto, e chequei de peito aberto. E vou falar, aquele amigo da rádio: de peito aberto, de bem com a vida [...].”*

E continua a falar da emoção do retorno ao CPTT, da emoção que isso produziu nele, apontando a sua iniciativa anterior pelo tratamento, mas não encampado:

*“Tô muito emocionado que eu tô aqui. Poxa, isso aí foi uma bênção de Deus. Deus abriu a porta da esperança pra mim de novo. Primeiro abriu, mas eu não acertei [...].”*

Trovão é solteiro, parece ainda não ter conhecido uma Trovoada, uma companheira para levar a vida, fazendo alguns estrondos amorosos por aí. Mas ele já é pai de quatro filhos e tem até netos. Ainda mora na casa dos seus pais e está desempregado.

De acordo com os registros em prontuário, Trovão tinha dez anos quando conheceu o sabor do álcool. E dos dez anos até os 38, foram 28 anos, mostrando a possibilidade de danos físicos, por exemplo, gerados pelo consumo do álcool, dentre outros danos. Quando questionado sobre a sua trajetória de tratamentos, ele nos afirma que o CPTT foi o seu primeiro lugar, mas se sabe, pelos registros no prontuário de Trovão, que ele já passou pelo Pronto-Socorro do HUCAM:

*“Realmente, nunca fiz outro tratamento não. Foi só aqui mesmo que eu vim só, só aqui que eu vim e aqui eu gostei [...].”*

Trovão parece nos indicar a concepção que tem sobre a questão da droga e do álcool, parecendo apontar que o caráter lícito do álcool não o coloca numa categoria diferenciada do que seja droga. Parece demonstrar também a significação dada ao CPTT como espaço de tratamento, como um lugar alternativo ao seu processo de uso de substâncias psicoativas:

*“[...] isso aí é um veneno pra gente. A droga, a droga, todo mundo fala que é droga, não, não leva nada à frente. Pra mim, o alcoolismo também é mesma coisa de uma droga, então, poxa, aqui é melhor eu ficar por aqui mesmo, aqui [...] ficar na porta do bar, perto do boteco, na praça, aqui é uma maravilha [...].”*

Parecendo remontar o que passou com ele no CPTT e o que vivenciou nesse espaço, Trovão parece nos trazer um contraponto entre o dentro (o espaço do cuidado) e o fora (a rua, as adversidades), bem como a construção de rotinas no espaço de tratamento:

*“Bom, no meu tratamento é, é bom ficar aqui no tratamento é mais, poxa, é mais legal, mais tranquilo [...] não preocupação com nada, é divertimento, você está se tratando. Fica muito melhor de que ficar na rua. Esse dia eu passei ali rapaz, até a polícia pego, queria me pegar, quando eu passei perto dele, queria me prender.”*

Chama-nos à atenção a valoração dada ao espaço de tratamento, como algo de familiaridade e também de proteção:

*“Poxa, aqui [...] você está em casa, parece que você está dentro de casa. Chego de manhã, chego, sai, saio de novo, vou pra casa. Poxa, aqui o negócio é muito importante [...].”*

Trovão parece indicar que pode estabelecer outros vínculos na vida, parecendo querer que os amigos, talvez de uso de álcool, como ele, possam constituir novos sentidos e relações. Isso demonstra também o aspecto da amizade com uma referência, uma possibilidade também de acesso e chegada ao processo de tratamento, produzindo-se uma outra rede de encaminhamentos, na qual os próprios usuários podem ser ARD do seu próprio processo, sem, necessariamente, estar ligados a vínculos institucionais de trabalho:

*“Eu quero também, que os pessoal também vê isso aí também vem pra cá também, igual os amigos meus, vem pra cá também pra saber como que aqui é bom [...].”*

E Trovão parece nos trazer uma revelação feita por seus pais, enfatizando novamente a questão do dentro e do fora, do espaço da rua e do lugar de cuidado, de proteção representado pelo tratamento. Além disso, parece indicar um pedido de ajuda e proteção:

*“Foi falado [...] quando nós fomos na igreja, mamãe falou que eu fui revelado [...] Mamãe é crente, né? Papai é pastor, outro, pastor, tem dois pastor, leu a Bíblia, leu assim: ‘Ó, seu filho vai ser atropelado’, fui revelado na igreja que eu vou ser atropelado. É [...] mamãe falou comigo, mamãe. Eu ‘tudo bem mãe’, é, né? Primeiramente Deus, depois sou eu. Quando eu saí de casa, agora faço minha oração, aí desço, aí pra não acontecer nada comigo. Até agora eu passei nessa rua aqui todinho a pé, com medo de carro pra, pra me pegar. Aqui, aqui fica melhor, né? Fica dia todinho [...] isso aí aconteceu mesmo. Mamãe falou comigo, aconteceu porque eu vou ser atropelado a qualquer momento.”*

Trovão parece nos mostrar o cotidiano do seu processo de tratamento, quando estava no CPTT, e fazia macramé e:

*“[...] já fiz teatro aqui [...] um monte de boneco [...] Artesanato, fiz um monte aqui. Muita coisa eu fiz aqui, pinte, fiz, fiz, fiz muita coisa aqui, pinte tudo. Negócio de, de aqui teatro, na noite de dezembro, fiz tudo aqui. Aqui tem tudo pra gente brincar, a mente da gente ela sai ge, ge tranqüilo, aqui dentro, a mente fica tranqüilo, a mente. Aqui tudo é importante aqui, mil vezes importante [...].”*

**Oito participações foi o que Trovão teve no GM.** Inicialmente, ele não se lembra de muita coisa, mais depois vai recordando, parecendo apontar os efeitos que vivenciava com a atividade mostrando como o movimento produzia nele relaxamento, leveza e tranqüilidade:

*“Tá certo, com música, respiração, poxa, aí fica tranqüilo o, o, o... fica relaxado, ficava tranqüilo, botava os colchonetes, ficava tranqüilo, relaxando... aí descansava um pouco, ficava bem descansado. Depois ia, corria, parava [...] tudo maior maravilha! O, o movimento deixa, deixa o corpo levinho, deixa o corpo leve, levinho, levinho. Poxa, uma maravilha, maravilha [...].”*

Trovão parece enunciar como estava o seu corpo antes da atividade e o contraponto após a participação, lembrando-se, inclusive, de alguns movimentos trabalhados:

*“Lembro, lembro quando chegava aquele corpo duro [...] e saía com o corpo quase molinho, rapaz [...] voando assim [...] pô, uma maravilha! Levanta o pescoço, a perna, ah... e aí depois chegava em casa com o corpo todo quebrado, mas aí valeu a pena mesmo [...].”*

Parece se lembrar também de um outro movimento, ao que dá uma interpretação sonora, trazendo a lembrança da expressão do grito:

*“É igual uma cobra, igual aquelas, aquelas lagartixas subindo no pé de manga assim, ó: ruff! Subindo assim, ó: tuff! Legal, rapaz, maravilha! [...] Legal essa lagartixa [...] Ah, agora alembrei que tinha um rapaz aqui que gritava: Ah! Ah! Ah! Ah! Assim que eu lembro que ele gritava... com os braços, né, com os braços. Foi isso só que eu sei. Tem muito tempo, tem muito tempo [...].”*

Trovão parece avaliar o significado da possibilidade da expressão do grito no trabalho realizado, indicando as sensações produzidas em seu corpo:

*“[...] pra mim foi legal, né? Era legal [...] depois cê fica com [...] corpo levinho, levinho, levinho, poxa, maravilha, até pra dormir, chega em casa, tomo um banho, vou dormir. Poxa, o vou bater na cama igual uma pena, acabou, até a televisão fica ligada direto a noite todinha [...] porque seu corpo já tá levinho, tá leve o corpo. Tanto exercício que faz aqui o corpo tá leve, fica levinho, levinho, levinho. Bato na cama, janto eu nem janto, bato na cama, pronto, acabou, só de manhã cedo. Dá até preguiça pra desligar a televisão, fico com preguiça. Aí isso é uma maravilha [...]”*

Quanto à expectativa de ficar novamente no espaço do CPTT, Trovão parece nos indicar a sua esperança:

*“Agora abriu de novo a porta da esperança, e vô continuar com essa porta sempre aberta, porque ele me convidou também pra vim pra cá, meu Pai lá em cima, meu papaizinho, me convidou pra vim pra cá, agora que eu cheguei aqui, aqui eu tô contente, pretendo continuar aqui [...]”*

### **3.4.16 No neutro de RAI0**

Raio peregrina por este mundo há 35 anos e tem mãe, padrasto e três irmãos. Chegou ao CPTT com 33 anos e estava desempregado. Relata como foi a sua chegada ao serviço, mostrando haver uma referência das USs para o CPTT. A sua história de “alcoólico” já vem desde os seus quinze, dezesseis anos:

*“Eu cheguei até aqui porque lá perto de onde eu moro, no morro [...] tem um posto médico. Aí eu tava, eu era alcoólico, eu era alcoólico, aí me encaminharam para cá. É foi a Drª [...] me encaminhou para cá, aí eu vim para cá e me senti bem aqui [...]”*

Raio parece mostrar o sentido que tinha sua vida antes de receber o encaminhamento para o CPTT:

*“[...] quando eu ficava lá no morro, eu só pensava só tomar cachaça, tomar cachaça, andar com os amigos, andar com os amigos e sei lá... Aí eu consegui, aí eu conheci Drª [...] e ela me encaminhou para cá, aí eu vinha todo dia para cá.”*

Atualmente ele não se encontra mais em tratamento, mas pretende voltar, mostrando novamente a referência dada ao CPTT, não só pela médica da unidade, mas também pelo serviço de emergência:

*“Já me deram duas via já para mim voltar...[...] Foi a Drª [...] De novo e o médico daqui do SAMU<sup>60</sup> [...].”*

O entendimento de Raio sobre esses encaminhamentos parece nos trazer a concepção dele sobre o entendimento que tem do funcionamento do uso de droga na sua vida e as estratégias que utiliza, objetivando a diminuição do uso dessa substância, para evitar mal-estar:

*“Porque esses dias eu tava doente, aí me pegaram e me deram. Já tem quase um mês que eu parei de beber. Aí, aí eu fiquei doente, [...] que você não pode parar direto não, de beber, não. Se você parar de beber direto, aí você fica doente e num... Aí tem que beber devagarzinho: vou só tomar uma na hora do almoço para almoçar, um para jantar e assim não vai beber direto, não. Porque antigamente, eu bebia três, quatro, cinco litros no meio da rapaziada, no meio lá onde que eu moro.”*

O entendimento sobre o significado da doença ou do que seja o processo de interrupção do uso do álcool, trazendo alucinações visuais, parece ser assim compreendido por Raio:

*“É. Dá crise, dá crise, não. Você vê, assim, vê visagem, vê tudo, entendeu? Vê visagem, aí você tem que tomar remédio, tem que tomar remédio, tem que ficar internado. Oh! Foi semana passada, semana passada, não. Três, quatro semanas*

---

<sup>60</sup> Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

*atrás, eu fiquei internado aqui no SAMU, tomando soro. Eu fiquei três dias internado [...]”*

Quando questionado sobre a compreensão do que seja essa crise, Raio parece nos trazer o seguinte significado:

*“É porque, quando você não bebe, aí você, aí, aí, aí, não dá forme, aí você não come, aí quando... Aí, mas tem dia que é diferente: quando, quando, quando, quando não bebe dá fome. Eu não. Quando eu não bebo, aí não me dá fome, aí eu fico três, quatro dias sem comer”.*

O desvio de um projeto que era seu (o tratamento) para ajudar a irmã parece não ser compreendido como a possibilidade de um trabalho, apenas ajuda, parecendo desvalorizar a ajuda que fornece, indicando talvez o lugar ocupado por ele no cenário familiar:

*“Mas, eu, não, não foi eles que me deram alta, não. Foi eu que quis sair mesmo. Fui eu que desviei do CPTT para mim viajar com minha irmã [...]. Para mim trabalhar com ela, entendeu? Para mim ajudar a ela na roça, porque lá as coisas tá muito difícil, tá muito difícil pra catar café, pra mim ajudar a ela [...] Não é um trabalho não, mas eu gosto de ajudar a ela, sabe por quê? Porque lá as coisas lá é muito difícil, muito difícil, porque lá você tem que trabalhar pra comer, que, se não trabalhar porque preguiçoso, lá morrem de fome.”*

E lá na roça, onde ele trabalha para ajudar a irmã é longe para chuchu, fica a raios de distância. São horas de viagem para chegar à fazenda. Tem que pegar o caminhão para chegar lá.

Raio parece atribuir valores positivos ao tratamento recebido, parecendo indicar a sua rotina no processo de tratamento:

*“Aqui o CPTT eu fui, eu fui bem tratado, eu fui bem tratado e fui recuperado, recuperado e foi muito bom [...] O meu tratamento foi muito bom. Participei, participei de todas as oficinas, conheci muitos colegas, muitas doutoras, gente boa, entendeu?”*

*Foi muito bom [...]. Fazia arte, fazia dança [...] Como é que é? [...] Grupo de movimento, fazia negócio de... fazia tudo em geral. Fazia... Jogava, jogava bola... É, é, fazia... Em geral tudo [...].”*

Raio parece trazer o significado do espaço de tratamento, mostrando a construção de rotinas propiciadas por esse lugar e também a ampliação de laços:

*“Aqui é muito bom, e de manhã você chega, toma café da manhã, onze horas almoça (que não falta) e duas horas, café da tarde e cinco horas, vai embora. Aí, outro dia, retorna. E quando a gente não vem a gente sente falta daqui [...]. É da amizade, dos companheiros, das enfermeiras, dos médicos, de todo mundo.”*

Nesse processo, Raio parece ir mostrando as vinculações construídas, bem como as referências estabelecidas com os profissionais, além da produção que realizou ganhar um valor concreto de exposição, que não a exposição do uso da droga, como também a aprendizado de novos sentidos:

*“Eu gostava mais de fazer tudo, mas eu gostava mais de desenhar [...]. Qual o nome da Dr<sup>a</sup>? Aquele? Eu esqueci o nome da Dr<sup>a</sup> agora. Mas eu não se alembro, não. Mas, ela, ela vinha dia de quarta-feira à tarde. Era mais ou menos uma hora que ela vinha e saia três horas [...]. Era uma loura, cabelo cacheado, meio um pouquinho gordinha, entendeu? Ela é muito simpática [...] ela ensinava quem não sabia. Ela pegava e ensinava, ensinava, aí ela pegava e botava o, o desenho num, num... Como que era? [...] É no mural, na parede, é na parede, aí, aí quando o, quando vinha os visitantes, via [...] Já ficou uns três ou quatro desenhos ali na parede lá [...] Primeira vez”.*

Raio parece indicar também as lembranças de outras oficinas e em particular da oficina de literatura:

*“Foi muito bom. Graças a Deus! Eu também gostei foi da, quando o pessoal da, quando vinha os pessoal da... Quando vinha o pessoal da ... Como é escrivão? Como fala mesmo? Aquela pessoa [...] Quando vinha o pessoal do, da Rede Gazeta fazer palestra [...]. Aí sorteava livro, eu já ganhei uns dis três livros, tá, tá lá em casa. É muito bom. Eles faziam entrevista aqui [...].”*

E Raio parece demonstrar mais algumas rotinas estabelecidas no processo de tratamento e as referências que vão ficando dos profissionais:

*“É atenção diária, a gente... lá quarta-feira eu ia caminhar. Oh, aquele professor, esqueci o nome dele, ou aquela, como é o nome daquela, a loirinha que ficava aí? [...] A loirinha que ficava aí, que era muito sangue bom [...]”.*

Ele traz a significação sobre o fato de ter estado no CPTT em tratamento, e a referência desse espaço como um lugar de orientação recebida e de cuidado e os efeitos que isso propiciou em sua vida, parecendo haver uma mudança de posição em relação à substância utilizada, trazendo novos sentidos à sua vida, como o próprio cuidado de si:

*“Ah! Significou muita coisa, muita coisa, que, antigamente, quando eu, quando eu não tava no CPTT, eu tava só tomando cachaça, eu não comia, eu não dormia, eu não dormia. Aqui, os médicos me deram orientação, entendeu? Orientação, aí me cuidaram, me cuidaram, aí, aí, eu chegava em casa, aí eu saía daqui, não ia para rua, chegava em casa tomava banho, almoçava, jantava e ia dormir.”*

**Do GM, Raio participou duas vezes.** Quando questionado sobre alguma lembrança dessa atividade, ele traz recordações dos movimentos e dos recursos trabalhados, parecendo atribuir um valor positivo:

*“Eu se alembro que [...] botava música para a gente só relaxar, dançar, pra... pra movimentar o corpo, movimentar o corpo para ficar relaxado, pra ficar nota dez.”*

Os efeitos pela participação parecem ser registrados por ele:

*“Era muito bom que a gente distraía a cabeça, a mente, distraía a mente e foi muito ótimo [...] quando chega na hora lá, na atividade, você a sua cabeça já muda [...] e você já é outra pessoa. Sabe por quê? Outra pessoa que o você tá [...] Distraído, sua cabeça [...] muda completamente diferente [...] é outra cabeça certa, entendeu?”*

Quanto aos exercícios corporais trabalhados, inicialmente parece não haver a recordação, mas o recurso musical utilizado parece ter sido marcante, bem como o relaxamento propiciado, além da referência da atividade no espaço do tratamento:

*“Eu não se alembro não. Mais ou menos [...] É tipo assim: [...] botava dance, um pouco de funk, só para relaxar o movimento do corpo, o movimento do corpo, relaxando, relaxando. E não era só eu que ficava não, era várias pessoas, mais ou menos o grupo tinha mais ou menos tinha umas vinte pessoas, mais ou menos grupo tinha umas vinte pessoas e todo mundo que ficava... Quando Dr<sup>a</sup> [...] vinha, para dar a aula, ninguém ficava no pátio, todo mundo, todo mundo ia para a aula dela [...] é porque é muito bom que, que é é relaxante, entendeu? É relaxante, é o pessoal, eles gosta de distrair a cabeça, distrair a cabeça e só ficar parado num lugar não dá certo, não dá certo, aí todo mundo ia para aula.”*

Quanto à atividade, o que parece realmente ficar marcado para Raio é o espaço como uma possibilidade de relaxamento. Entretanto, a falta de lembrança de alguns aspectos podem nos remeter à análise de que já há algum comprometimento em função do uso do álcool que já vem lá dos seus quinze, dezesseis anos, ou seja, há quase vinte anos:

*“Era relaxante só. Que o resto não se alembro, não [...] Foi bom que eu falei tudo que eu se afastei do CPTT, é que até deu um neutro na cabeça [...]. Deu até um neutro [...] É. [...] Neutro na cabeça. Eu esqueci de quase tudo, entendeu? É por isso que [...] eu tenho que voltar para cá para relembrar tudo de novo [...].”*

Quando indagado sobre o interesse de retorno ao CPTT, Raio parece ir colocando as suas expectativas quanto ao futuro:

*“Eu tenho, mas no momento [...] não, porque eu vou ter que viajar, aí só o ano que vem que, que eu vou vim se tratar de novo [...] aí vou ficar aqui de novo [...].”*

### 3.4.17 Em busca do brilho da ESTRELA

“Anoiteceu. Olho por céu e vejo como é bom. Ter as estrelas na escuridão...” (CARTIER; FEITAL, [199?]). Após alguns momentos de mergulho na escuridão, Estrela hoje pode ver o seu brilho de onde estiver, porque, agora, não importa se é dia ou se é noite, Estrela resgatou o seu brilho, estando hoje com 47 anos e quatro filhos. Brilho que estava escondido há algum tempo entre tragos de álcool.

E assim ela parece nos indicar a passagem escuridão-luz, mostrando o processo de transformação ocorrido após a possibilidade de incursão por um espaço no qual pode encontrar alguns novos sentidos para a sua existência:

*“Porque eu me recuperei e consegui assim... hoje ser uma [...] feliz. Então, pra mim, o tratamento foi... assim, a melhor coisa do mundo. Hoje eu sou uma pessoa normal, uma pessoa equilibrada, uma pessoa que tem problemas, mas que sabe conviver com os problemas por meios [...] de todo tratamento que eu fiz aqui. E, inclusive, de dar valor ao meu corpo, porque eu não entendi, não sabia quando eu vivia alcoolizada [...].”*

Primavera de 2002. Chegada de Estrela ao CPTT. Desquitada e com 45 anos. Ela parece demonstrar a significação de um espaço de tratamento e de cuidado como um espaço de luta cotidiana e, às vezes, não sendo um processo imediato, congregando avanços e retrocessos:

*“É uma vida que eu passei, dois anos e seis meses aqui dentro, com muita luta, muitas vezes tristezas, mas hoje eu vi que valeu a pena, porque é melhor coisa você se sentir assim... restaurada, nascida de novo, eu me sinto restaurada. Hoje eu me sinto uma pessoa realizada, uma pessoa firme, uma pessoa confiante e, eu agradeço muito a tudo que eu aprendi aqui dentro. Não é fácil, mas é uma coisa assim que... a gente supera vai passando degrau por degrau, cada dia você sobe um degrau. Às vezes você desce um degrau, mas às vezes, outro dia você sobe um degrau [...].”*

Ou seja, ao invés de ficar de grau, agora ela pode transformar isso num degrau a ser escalado. E, assim, Estrela parece demonstrar o significado da mudança de posição da condição de UD e a escolha por um lugar de cuidado, indicando que essa escolha é algo da ordem da persistência cotidiana, apontando também as mudanças em sua vida:

*“Então, hoje pra mim foi a melhor coisa, foi o tratamento, foi a melhor coisa e eu queria que todas as pessoas pudessem ter, assim, a coragem, porque ter coragem, pra chegar até aqui não é mole! Pra consegui passar o dia aqui, não é brincadeira. Mas é uma coisa que, depois de um mês, entre altos e baixos, a gente consegue recuperar. E, graças a Deus, como eu, existe muitos aqui que já saíram recuperados, que eu conheço, e que estão trabalhando. Eu hoje não trabalho, porque não quero. Mas eu tenho condição total, porque eu trabalho na área social, eu dou verduras, já dirijo, já tenho meu carro, já consegui, assim, estabilizar a minha vida, coisa que, quando eu entrei aqui, não tinha nada, já tinha perdido tudo.”*

Estrela parece ir indicando as transformações ocorridas em sua vida, bem como a mudança visualizada pelas outras pessoas em seu processo e os novos espaços ocupados por ela, como ser de fato mãe:

*“Eu me sinto muito bem. E pensar que eu já fui ninguém [...] Acho que você não pode imaginar que, que é um ser humano que não era ninguém, e, hoje, ser alguém. Hoje, eu olho para todo mundo, eu ando de cabeça erguida. Hoje, eu não sou mais filha, eu sou mãe. É muito bom! Eu construí minha vida, mesmo depois de quase quarenta anos, eu construí minha vida, eu sou respeitada. Onde eu ando ninguém sabe: ‘Lá vai aquela alcoólatra, lá vai aquela bêbada’. Não. Hoje, não. Hoje, quando eu ando, eles falam assim: ‘Mas como você mudou! Você é aquela?’”*

Estrela parece trazer a compreensão do significado das oficinas no espaço de tratamento, bem como o entendimento de que nem todas oficinas agradam a todos, apontando, talvez, com isso, que, no espaço de tratamento, devemos estar atentos ao fato de que as ofertas de atividades não irão estar adequadas a todos os usuários, necessitando o serviço estar prestando atenção a essas singularidades, que muitas

vezes não são observadas, acarretando discursos de culpabilização do usuário, acusando-os de desinteressados pelas tarefas:

*“Agora, a respeito das oficinas que nós temos aqui, todas elas são muito válidas, mas tem umas que pra gente, pra mim, foi melhor. Cada um, eu penso, que cada um tem uma oficina que ele vai se adaptar melhor. Eu gostei muito dessa parte de... pintura, desenho [...] e gostei muito da parte de tratar com corpo. Assim, porque você aí começa a ver que quando você tá alcoolizado, você não dá valor a nada. A suas feições, você não se vê, você não se nota [...].”*

Estrela parece demonstrar também a repercussão das coisas aprendidas no espaço do tratamento em outros setores de sua vida, parecendo também indicar a perpetuação desse processo de tratamento:

*“E quando você sai dessa crise, você começa a tratar, você começa a dar valor a você, a seu modo de ser, a seu modo de andar, a seu modo de vestir. E quando a gente fazia, às vezes, a aula, eu pensava assim: ‘Pra que isso? Por que isso?’. Na hora você pergunta. Depois, quando você sai daqui, que você põe em prática, porque aqui é o seguinte: o tratamento nosso, ele não termina. A gente sai bem, mas a gente lá fora continua botando em prática tudo o que aprendeu.”*

A indicação do processo de contratação de recursos humanos e os efeitos produzidos na esfera do serviço são indicados por Estrela. Ela parece mostrar a quebra na vinculação estabelecida, a produção institucional do abandono para usuários tão marcados por solidões e quebras vinculares, demonstrando também que o investimento realizado no profissional contratado vai com ele ao findar o contrato:

*“Mudando os profissionais, acontece o seguinte: a gente se perde, porque nós já tamos acostumado com vocês, daqui a pouquinho vocês vão embora. O que, que acontece? A gente fica perdido. Hoje, se eu tivesse que voltar aqui, já não tem os mesmos profissionais que tinha antes, eu não ia me sentir bem. Assim: eu ia fazer os tratamentos, mas eu não ia me sentir bem, porque eu tava acostumada com aquelas, com aqueles profissionais. Por exemplo, eu tinha pressão alta, tinha, né? Psicológico. Eu gostava que [...] medisse minha pressão, ele hoje não tá aqui, com certeza minha*

*pressão seria alta. Então, por que não ficar só um profissional? Será que não teria como a gente pedir, né? A alguém, ao prefeito, ao governador... pra que fizesse é [...] dessas pessoas entrarem aqui e não saírem. Fora, que eu também penso neles. Vamos, se vocês estão acostumado com a gente, fazem um tratamento, vocês fazem curso, né? Pra poder tratar da gente. Se você sai daqui pra outro lugar, pra tomar conta de uma farmácia, o tudo que você aprendeu vai ficar aonde? Eu, no meu ver, eu não concordo com isso, não. Eu acharia que, já que vocês estão aqui com a gente, vocês ficariam aqui [...].”*

Representação popular nos espaços de saúde. Competências e responsabilidades de esferas de Governo. Estrela parece nos indicar um pouco que os próprios usuários do serviço, bem como os profissionais, passam como espectadores de processos de trabalho, muitas vezes sem interferir sobre eles. Além disso, parece indicar o desconhecimento por parte dos usuários sobre de quem é a responsabilidade da gestão do serviço.

Por outro lado, parece indicar também em que lugar se colocam as demandas dos usuários, parecendo que o usuário não está incluído no processo decisório da instituição. Em contrapartida, essas demandas dos usuários, bem como os próprios usuários poderiam transformar-se em agentes de pressão política, buscando saídas para os processos cotidianos do trabalho:

*“Agora também não sei se eles pensam que assim, que se a gente acostumar com você seria ruim, né? Não sei, né? [...] Por que [...] fazem isso? Mas isso eu gostaria de saber, eu gostaria de uma resposta. Por que que eles tiram os profissionais quando a gente tá mais apegado a eles? Eu tinha muita vontade de saber, é... o porquê desse... desse... desse ato deles. Não sei se é a Prefeitura, se é o Governo, né? Mas eu acharia que deveria ser fixo, pessoas fixo pra tratar da pessoa... que nada que uma pessoa que já sabe do problema, do que outro que vai pegar o problema, vamos dizer, o carro andando e entra pelo meio do caminho?! Aí tem que começar tudo de novo. Eu, pra mim, não seria bom, não. Mas, graças a Deus, eu não tive esses problemas aqui, não, porque eu peguei eles, pude ir até o fim, com vocês até o fim.”*

A valorização dos profissionais também parece comparecer na impressão de Estrela, bem como a indicação desses profissionais como referências para suas vidas:

*“[...] quando a gente tá fazendo a gente tenta ser igual a você. Às vezes eu pensava: ‘Não, vou ficar quieta, também calminha pra... a professora tá calma, eu vou ficar também’. Entendeu? Então você passa também muita coisa pra gente. É como um espelho, é... a gente tenta copiar também muita coisa de vocês. Vocês passam pra gente muita coisa positiva, e... quando você sai, a gente lembra de todo mundo, quando você vai tomar uma decisão assim, aí eu lembro: calma, a professora falou que eu tenho que fazer isso, quando eu tava assim, a professora falava que eu tinha que fazer assim. E eu... a gente vai fazendo, então, quer dizer, o profissional ali na hora, usuário de drogas, ele é o pai, ele é a mãe, ele é tudo. Nós temos muita confiança em vocês e nós acreditamos que nós só vamos sair daqui, se vocês nos ajudarem [...].”*

**Estrela teve três participações no GM.** Daquilo que inicialmente parecia uma atividade obrigatória, de uma estranheza inicial na intervenção proposta, no que se refere, por exemplo, à expressão do som, parece ter havido uma passagem de sentidos demonstrada pela apropriação da proposta, produzindo análises entre os movimentos corporais trabalhados e a sua vinculação com a substância psicoativa:

*“[...] tratar do meu corpo, como que eu vi isso? A primeira vez achei estranho. Gritar, , você está entendendo? Rolar, fazer certas coisas eu achava estranho. Depois com tempo, eu fui olhando, eu fui me analisando, por que que eu fazia aquilo, por que que eu era obri... assim eu tinha que fazer? O que seria bom pra mim? Aí eu fui pensando, pensando, pensando... aí um dia eu pensei: ‘É verdade, se eu não sei como tá meu corpo’, porque meu corpo com droga era uma coisa, o meu corpo sem droga é outro corpo. Então eu, eu comecei a me tratar e a fazer as aulas, e comecei a... a rolar, a sentir o movimento de rolar. Aí, quando eu chegava em casa, eu analisava: ‘Poxa vida, é verdade, rolar bêbado é uma coisa, rolar normal é outra coisa’. Então, a gente, por exemplo, em tudo, todas as oficinas ela tem um motivo e tem um por quê. Então eu achava, assim, é feito por fazer, não é. Ela tem um motivo, um motivo bom pra quem tá precisando, né? Então eu acho, assim, excelente, principalmente mexer com o corpo, com a mente, como, por exemplo, você saber*

*quando você... trava os músculos, porque que você travou, porque bêbado não sabe, o, o alcoólatra ele não entende, tá se achando no direito, tudo que ele tá fazendo tá bem, mas vezes não estar. E eu aprendi, e eu aprendi, e, graças a Deus, eu vou ser sincera, muito... foi a melhor coisa da minha vida [...].”*

Estrela parece nos sugerir o significado do movimento para o seu corpo:

*“O corpo é muito importante pra gente, a mexer com corpo é tudo, porque você mexe com a mente. Mexeu com o corpo mexe com a mente. É aquele ditado, corpo são mente samer. Então, quer dizer, hoje eu tô com meu corpo sã, mente samer [...].”*

Parece trazer também como a percepção de si antes e depois do grupo, a sensação de relaxamento sentida, sem necessariamente a intervenção de uma substância:

*“Quando a gente chega, a gente chega meio assim, na retraída. Depois você começa a fazer os exercícios. Se você tiver tensa, você sai leve. Então, quando eu chegava, eu chegava às vezes nervosa, né? Às vezes nervosa, tensa, com vontade de ir embora, às vezes eu chegava mal humorada, não tava querendo fazer... depois eu ia fazendo, ia fazendo, entrava no grupo, pronto, aquilo me relaxava. E o, o relaxamento é tão bom que você, mesmo sem remédio, a gente relaxa sem sentir [...].”*

Ela salienta a transposição que parece ter feito dos aprendizados no espaço do grupo, como um dos exercícios realizados, e a incorporação disso em sua vida:

*“E lá em casa, quando eu me sinto meio tensa, eu faço [...]. Por exemplo, se você tá muito ansiosa, problema todos nós temos, né? Está muito ansiosa, você lembra o que, que você fazia pra tirar a ansiedade, você volta a fazer dentro de sua casa [...].”*

Dos exercícios trabalhados, parece ter ficado a lembrança específica de um deles, do qual Estrela associa a aspectos da sua existência e a incorporação desse movimento em sua vida:

*“[...] o que eu mais gostei foi de rolar. Eu, eu adora rolar, rolar eu achava muito bom, mas eu não entendia por quê. Aí, depois, eu pensei comigo: ‘Por que, que eu gosto*

*de rolar?’. Levantar a perna eu gostava, mas rolar pra mim era uma coisa boa, eu me sentia livre rolando. [...] É quando [...] manda: ‘Pra direita, vem pra esquerda, vem, vai pra frente’. Aí a gente fica rolando. Mas você fecha o olho e vai rolando sem ver, você tá entendendo? E naquilo que você vai rolando, você vai pensando a sua vida, é como que fosse mesmo um rolo. Você fecha o olho e vai rolando, você não sabe se você tá indo pra direita, se você tá indo pra esquerda, se você tá indo pra frente, se você vai bater em alguém, se você não vai bater, então, eu me senti assim, bem leve [...].”*

As metáforas entre exercício-rolo-vida parecem ir fornecendo novos sentidos:

*“[...] é, a minha vida eu rolei. Só que eu sabia onde eu tava rolando, eu sabia que eu tava numa sala, eu sabia que tinha pessoas ao meu redor, mas... e a minha vida, eu rolei de que jeito? Eu rolei errado, né? Eu não... eu fui pra direita sem saber, quebrei a cara, ia pra esquerda, quebrava a cara. Então a sensação ali era fechar o olho, e rolar eu imaginava assim: ‘Poxa, como é bom rolar e saber onde tá rolando. O que, que eu fiz?’. Eu levei isso pra minha vida, eu levei esse, esse exercício pra minha vida, porque a vida é um rolo, só que eu tenho que saber pra onde eu vou rolar, senão eu vou quebrar a cara de novo. Aí, agora, fazendo esse exercício, quando eu fecho o olho, eu me relaxo e rolo. Mas só que eu rolo sabendo pra onde que eu vou, eu vou rolar agora pra resolver esse problema, eu vou rolar agora pra resolver o problema da outra filha minha. E vou rolando, mas vou resolvendo, porque eu vi, eu vi, eu agora eu vejo pra onde eu tô rolando e eu aprendi, assim, com o olho fechado. Então pra mim aquilo foi o melhor, aquilo era o melhor exercício. Eu corria, você tá entendendo? Mas eu gostava de rolar, porque eu lembrava do meu passado, era uma hora que eu lembrava e pensava assim: agora não posso rolar mais errado, eu tenho que rolar certo. Porque se eu rolar demais, eu vou passar o meu amigo, não posso pular em cima dele. Se eu bater nele, né? Eu vou machucar. Então, mesmo com o olho fechado, a gente rola e sabe pra onde tá rolando e não bate. Engraçado que eu pensava até em bater, sabe? Pra ver se eu batia, eu chegava a ver se ia bater mesmo, mas quando a sua mente tá, assim, boa, você na bate. Eu ficava, assim, tentando bater na pessoa pra ver se eu ia bater, mas eu não batia. Aí eu me sentia bem, porque eu não batia aí eu... agora quando eu faço isso lá em casa, rolo pra lá, rola pra cá é, quando eu quero resolver meus problemas. Então eu faço de noite, a*

*hora que as pessoas estão, assim, dormindo, eu tô tranqüila, às vezes passei o dia muito perturbado, aí eu falo assim: 'Agora eu vou treinar, agora [...] eu vou fazer minha terapia'. Aí boto meu sonsinho baixinho, rolo pra lá, rolo pra cá, fecho o meu olho [...]."*

Estrela parece argumentar sobre a efetividade de uma atividade como o GM num espaço de tratamento:

*"[...] tem que existir [...] essa, terapia pelo seguinte: sem o corpo bom são, não tem mente sã. Se você não souber dar valor o seu braço, à sua perna, souber como relaxar as coisas, você não vai conseguir lá fora, assim, você pode até conseguir, mas você não vai conseguir romper as barreiras que têm lá fora, porque são muitas. Então você tem que ter a cabeça boa, e como você tem a cabeça boa? Só fazendo exercício, o exercício pro corpo, dando valor o seu corpo [...]."*

Parece apontar a passagem entre a percepção do seu corpo antes e depois do tratamento e o novo lugar de cuidado estabelecido consigo mesma:

*"[...] por quê? quando eu bebia, eu dava valor ao meu corpo? Eu não tava, eu tava matando o meu corpo, né? Porque eu não gostava de mim, eu não tomava banho, eu não, eu não fazia, eu não andava, eu não caminhava, eu não fazia um exercício, eu não tinha tempo pra mim, porque eu tinha tempo só pra beber. Quando eu comecei a dar valor a mim, eu comecei a gostar de mim, eu comecei a me arrumar, quer dizer, eu tava dando valor o que? O corpo [...]."*

Estrela parece apontar a diferenciação do custo de uma atividade no espaço do serviço público e no espaço privado. Essa indicação parece suscitar reflexões dos valores que se atribuem àquilo que é ofertado no espaço do serviço público, quando se estabelece um comparativo com o privado, indicando que esse, de alguma forma, deveria ser mais luxuoso ou custoso. Por outro lado, poderíamos pensar também numa desvalorização do que é ofertado no espaço do serviço público, com um valor de menos, quando comparado com o que é ofertado no espaço do privado.

*“Quantas pessoas pagam fortuna, né? Pra, pra... pra uma massagem, se ele tivesse num grupo de movimento, ele ia aprender a rolar pra lá, rolar pra cá, ia pagar muito menos, com certeza, porque é uma fortuna uma massagem, né? Então quer dizer, no nosso grupo nós temos essa vantagem, a gente aprende a se defender, a se acalmar sem precisar de muita coisa [...].”*

Os sentidos ao corpo parecem ser apontados por Estrela:

*“Então todos os movimentos nossos ele tem um motivo, e ele tem um porquê, ele sempre tem um porquê, você não faz uma coisa sem um porquê. Então, por exemplo, nessa, nessa, quando eu passei por ali, eu aprendi. Eu aprendi que meu pé tinha um motivo, porque eu rodava meu pé, pra que que eu rodava meu pé? Pra que, que eu espreguiçava? Quanto a gente às vezes levanta, a gente, né, no dia-a-dia, naquela correria, você não tem coragem nem de se espreguiçar, não tem é tempo. Aí você, quando você abre os braços, uma sensação assim de liberdade, sabe? Aih! Aí você abre aqueles braços, liberdade [...].”*

Estrela parece fazer uma avaliação sobre o significado do GM, trazendo em seu relato um dos objetivos básicos desse trabalho, que é possibilitar ao participante o contato com a sua sensação e percepção corporal, bem como o desbloqueio de tensões:

*“[...] o grupo de movimento, ele é importantíssimo, eu sempre falo: o grupo que mexe com o corpo, com a mente, ele é mais... é muito importante. Por quê? Se vocês, às vezes, faz os movimentos, a gente às vezes nem entende por que a gente faz, às vezes você faz com muita careta, ah por que que eu faço isso? Você não entende. E o grupo de movimento você sabe fazer, quando você tá feliz, quando você tá triste, quando você tá tensa... quando a gente faz a, a... por exemplo, quando a gente quer relaxar as pernas, a gente consegue. Com o grupo de movimento a gente sabe quando a perna da gente tá tensa, e quando a gente relaxa. Quando a gente quer relaxar o corpo inteiro, aí nós conseguimos relaxar com movimento do corpo. Então [...] é pra mim, o grupo do movimento ele é a base, a base porque ele vai do corpo pra mente. E, da mente, a gente consegue tirar as coisas ruins, aquilo que você, assim, não tá bem, aquilo que você [...] não tá legal, aquilo que te incomoda [...].”*

Estrela parece indicar a significação de uma atividade na qual o coordenador participa conjuntamente com os usuários, referenciando que, nesse sentido, há uma condição de “igualdade”, numa relação de cuidados que talvez se presentifique por hierarquizações de saberes entre profissionais e usuários:

*“Por causa que ali nós tamos juntos, nós tamos fazendo todo mundo junto, inclusive você faz junto com a gente, entendeu? Então, quando você faz ali o, o mesmo exercício com a gente, sabe o que a gente, eu pensava assim: ‘Ah, eu não sou nada pior que ela, nós, eu sou igual, você tá entendendo?’. Eu não achava que tinha diferença entre nós, porque você fazia também, então, pra mim, também é... eu achava que tava bom. Então é bom porque não tem assim a desigualdade, você mesmo faz exercício, você mesmo procura, você observa a gente, mas você tá fazendo. Aí a gente não tem, você não, a gente não sente diferença [...].”*

E como uma estrela lá no céu, Estrela hoje parece nos deixar o seguinte brilho:

*“O meu futuro é outro! E eu não vivo de passado, quem vive de passado é museu. Por que [...] eu vou ter vergonha? Não tenho vergonha de nada. Eu teria vergonha, sim, se eu não tivesse me recuperado [...], tivesse feito tudo por mim, eles aqui tudo por mim e eu não tivesse me recuperado [...]. E, se um dia, alguém, algum governador, algum prefeito conseguisse ver [...] as nossas entrevistas, que eles dessem valor também. Que eles soubessem como é importante restaurar uma vida, porque tem tanta gente para jogar a gente num buraco maior, enquanto têm pessoas que acreditam na gente, e que querem tirar a gente do buraco. [...] para nós, foi assim, um anzol que puxou a gente... Né... Puxou daquela lama. Vivia sem objetivo, não tinha objetivo de nada. Então, eu só, como eu falo [...] pensa bem: porque se [...] conseguiu restaurar um ser humano, o que [...] não pode fazer mais ainda? [...] eu corri tanto pra me drogar, agora eu quero correr pra ser feliz [...].”*

### **3.4.18 Nas ondas de MAR**

“O mar quando quebra na praia, é bonito, é bonito...” (CAYMMI, [199?]). Mas não de tantas belezas assim Mar viveu. Mar tem mãe, pai, filhas, irmãos e sobrinho. Teve vezes que a vida de Mar não estava para peixe, não. Aconteceram muitas ressacas. E no ir e vir de suas ondas, hoje, com 25 anos, Mar se lembra de acontecimentos em sua vida:

*“Aconteceu muitos danos, como o caso de uso, uso de drogas, como o caso de ir preso por causa de alcoolismo, de bebida, de... É de tóxicos como cocaína, maconha [...]”*

No verão de 2003, chegou ao CPTT, que foi seu primeiro lugar de tratamento, com 21 anos de ondas. Na crista da onda de seus onze anos de idade, começou a sentir como era a onda do álcool, da maconha e do cigarro:

*“Foi o primeiro lugar sim. Foi o primeiro lugar e também foi através de um encaminhamento que eu tive pelo Poder Judiciário para vir para cá [...]”*

Mar aponta as transformações ocorridas no processo de tratamento, a restauração de um espaço de produção em sua vida, a reconstrução de laços familiares, trazendo uma valoração positiva ao espaço do tratamento:

*“Fiquei [...] Dois anos e um mês, praticamente [...]. Hoje, graças a Deus, me recuperei a metade dos cem por cento. Hoje, tô aqui, graças a Deus, trabalhando [...] de novo, voltei... Aos estudos também, que, antigamente, tava, não tava estudando mais [...] é dessa forma aqui, que, graças a Deus [...] ergui a minha cabeça [...]. E aí, hoje, graças a Deus, melhorei cem por cento em vista de antes, tô legal com a minha família todinha, através desse recurso aqui do CPTT [...]”*

Embora tenha vindo de um encaminhamento, em princípio, compulsório, indicando talvez a possibilidade de repensarmos que, não necessariamente, quando os sujeitos vêm encaminhados pela Justiça, que isso é apenas uma obrigação, podendo-se transformar essa qualidade de encaminhamento numa efetiva “demanda” de cuidados, favorecendo o estabelecimento de novas formas de existência:

*“[...] foi uma coisa ótima de ter acontecido comigo de ser encaminhado para cá pro o CPTT e, através também de, de ter reformulado a minha vida de novo, de ter reconstruído a minha família de novo, como as minhas filhas, como os meus pais [...].”*

Mar parece ressaltar a percepção que tinha do estabelecimento entre profissionais e usuários no espaço do tratamento, bem como a possibilidade de novos aprendizados ao se dispor a cuidar-se:

*“[...] foi bom a convivência aqui dentro, como tanto como os os profissionais aqui dentro, como os pacientes, como a dignidade aqui dentro também [...] o respeito, porque é uma forma de aprendizado a gente vir para cá [...].”*

Quando questionado sobre as atividades que participava no CPTT, ele relembra:

*“Oficina de música, é de psicologia, é, ginástica e também, várias coisas também de dança, como aconteceu também a parte da manhã, à tarde, de teatro, isso [...] eu gostava mais de participar da Educação Física, aula de alongamento e de música, principalmente [...].”*

**Mar teve duas participações no GM.** Quando questionado sobre o que se lembrava dessa atividade, diz:

*“Ah! Eu me lembro muitas coisas boas, como é aprender a soltar, respirar, conversar, a se sentir, a sentir como é que se diz? Se sentir à vontade. É um tipo uma força de expressão. Eu me senti muito bem, gostei e, se Deus quiser, posso participar de novo [...].”*

Parece terem ficado também outras lembranças dessa participação:

*“Ah! Lembrança boa de comunicação, é você pensar, parar, refletir que lá fora o mundo é muito diferente, como eu já fui usuário de droga. É, a gente viver, é tentar*

*viver de novo, nascer, nascer de novo. Era dessa forma que eu me sentia lá dentro [...] dessa aula.”*

Mar parece apontar uma estranheza inicial à atividade e a passagem dessa estranheza para um interesse, bem como um dos processos de divulgação do grupo no CPTT, a partir da referência dos próprios usuários:

*“[...] no começo eu fiquei meio estranho porque, poxa, novo, novato, mas depois, não, fui me adaptando legal com a turma, fui mais, fui mais me interessando pelo, pela, pela aula e passei a gostar, né? Tudo certinho [...]. Eu soube através da turma, dos parceiros que tinha, dos pacientes como fui, como eu acabei de dizer, como eu fui, através da turma mesmo: chegava para mim e me convidaram. Fui, pratiquei e gostei.”*

Quanto questionado sobre as lembranças de algum movimento trabalhado, Mar ressalta:

*“Especificamente, eu lembro de uma de alongamento, de relaxamento, como parar, pensar, você ouvir a música lá no fundo. Desse eu lembro, sim.”*

Os efeitos produzidos com a atividade em seu corpo são indicados, parecendo sobressair a sensação de vitalização, trazendo também a atribuição de um valor positivo ao grupo:

*“[...] eu ficava relaxado, graças a Deus [...] Ficava levinho, ficava, como se diz, ficava novinho em folha, tipo assim, mudava o hábito da gente, a gente não, de mim, como eu sou paciente, mudava, era outra coisa. Não era aquela carga pesada mais, aquele negócio leve. Era um negócio muito bom.”*

Mar parece demonstrar a qualidade de pensamentos que se passava com ele antes da atividade e os efeitos sentidos após o trabalho:

*“Era muitas coisas também, muitas coisas difícil que passa pela cabeça da gente [...]. Ah! Problemas como familiares, como aquela, aquele racismo, como tipo assim, o*

*preconceito, muitos preconceitos também de muitas pessoas saber que você é um usuário de droga, aí não dá [...] tipo assim, nada dá, num colaborar, não dar aquela força, tipo assim, de acolhimento, não tem? É isso! Acontece com a gente. A maioria dos usuários de droga é assim que acontece, muitas coisas também, né? [...] Então, como é, comigo, como em muitos pacientes, faz, através daquela aula, sim, a gente relaxava legal, se sentia outras pessoas.”*

Quanto à possibilidade de um trabalho como o de GM, dentre as atividades ofertadas num CAPS ad, ele parece ressaltar:

*“Para mim foi legal [...]. Foi bom. Eu gostei muito, espero continuar porque é uma forma [...] é uma forma de expressão. É uma coisa boa, legal.”*

A significação dessa passagem CPTT parece ser trazida por Mar como uma referência para sua vida:

*“O que tirei de proveito para mim foi o conhecimento aqui dentro do CPTT, como até hoje eu venho visitar os pacientes, como eu também fui paciente, sou paciente até hoje. E, através dos profissionais, que venho visitar como é que tão, conversar o dia-a-dia da turma aqui dentro. É isso [...].”*



“[...] aproximava mais o grupo e tal, a gente ficava mais ativo [...]. Saía bem, saía tranquilo [...]. Eu diria que é uma terapia, relaxante”.

**Fogo**

## 4 DISCUSSÃO: RELEXÕES SOBRE OS TESOUROS ENCONTRADOS

As histórias desses sujeitos nos fazem adentrar em episódios e situações que nos fazem lembrar a música dos Titãs (ANTUNES; FROMER; BELLOTO, [199?]), “[...] o pulso ainda pulsa [...]”, por vida.

Ressalta-se que são homens e mulheres em plena idade produtiva, excluídos do mercado de trabalho, marcadamente por situações, como o desemprego, impedindo-os, dessa forma, a geração de novos campos existenciais de autonomia, por exemplo.

Situações de quebra de vínculos familiares, a diminuição dos laços de lazer, situações de quase não mais sentido na vida, pensando até em suicídio, bem como em inúmeras tentativas e apostas na vida também foram de forma significativamente ressaltadas, quando procuram um espaço de tratamento, quer seja pelo encaminhamento, quer seja pela busca voluntária.

Chama-nos a atenção a precocidade dessas experiências com as substâncias psicoativas, levando-nos a indagar quais são os espaços que estão sendo ofertados ou criados que possam funcionar como espaços de empreendimentos sociais, como nos salientou Rotelli (1992), para nossas existências.

As diferentes faixas etárias no mesmo espaço de tratamento, polarizadas entre a adolescência e a terceira idade, demonstram universos etários distintos, mas que se singularizam pelo uso das substâncias, favorecendo o espaço de tratamento como um lugar de troca de experiências não só do uso dessas substâncias, mas de experiências de vida, para além desse uso.

Em contrapartida, suscita-nos uma reflexão sobre as estratégias institucionais, quanto à oferta de trabalhos diferenciados para se conseguir o interesse desses usuários no processo de tratamento. Essa diferenciação etária poderia talvez ser um dos indicativos da não sustentação dos espaços ofertados, como as oficinas, e também o GM, do início até o final da atividade. Talvez se devesse pensar em estratégias

diferenciadas para as faixas etárias, para além apenas do já sedimentado grupo de adolescentes.

A longa permanência dos sujeitos na instituição nos faz pensar sobre os critérios de acompanhamento e de alta engendrados, considerando-se também, é claro, que esses tempos de permanência não são consecutivos, sendo permeados por algumas ausências, afastamentos ou interrupções no curso do tratamento. Cabe refletir, ainda, também se a instituição está sendo um lugar de passagem para a organização de algumas questões quanto à vinculação com as substâncias psicoativas e os modos de existência desses sujeitos ou se está produzindo uma permanência demasiada na instituição.

As longas trajetórias de processos de procura para o tratamento (serviços de internação prolongada, urgência, emergência, CAPS ad, grupos de mútua ajuda, instituições religiosas) sugerem, de uma forma ou de outra, e mediante todas as dificuldades instauradas por esse processo, como recaídas, que tais usuários buscam o apaziguar do seu sofrimento, mesmo que não consigam sustentar espaços de tratamento.

A participação familiar no processo de tratamento indica a importância de não só ser ouvida e ter um espaço para si, mas fundamentalmente de ser uma aliança fundamental ao processo de enfrentamento do usuário com as dificuldades a serem enfrentadas, em direção à possibilidade de novos lugares a serem ocupados na vida.

A maioria de usuários alcoolistas nos remete à relação que se estabelece num tratamento entre usuários de drogas lícitas e ilícitas, num mesmo espaço, sem querer se perder nessa cisão lícito-ilícito. Além disso, a verificação do *crack* na combinação das substâncias utilizadas pelos sujeitos demonstra que essa substância já ultrapassou a esfera das situações de crianças e adolescentes em situação de rua (NOTO, 1997), chegando à esfera do tratamento.

Considerando-se a particularidade dos projetos terapêuticos dos sujeitos e as suas singularidades, chama-nos a atenção o fato de todos os sujeitos, no processo de tratamento, não passarem por uma avaliação com todas as áreas de saberes que o

serviço oferta. Isso nos faz refletir sobre os procedimentos cotidianos do trabalho, uma vez que se trata de uma equipe “multiprofissional”, congregando várias áreas de conhecimento. Pressupõe-se que todos esses sujeitos deveriam, pelo menos, passar por uma entrevista com cada um desses profissionais em seus campos de conhecimento “específicos”.

O que queremos ponderar é sobre a gestão cotidiana desse processo de acompanhamento. Ou seja, o que define que um sujeito passe por um acompanhamento específico numa área e não na outra? Quem define isso? Quais os critérios específicos que permitem a construção do acompanhamento individual? É somente aquilo que se presentifica como “quadro clínico emocional” do sujeito no processo de chegada à instituição ou o processo de escolha desse acompanhamento passa por um conjunto de profissionais, incluindo-se, também, o sujeito em questão nesse processo de discussão do seu projeto terapêutico? Afinal: quem define esse caminho? Equipe, profissional do acolhimento, sujeito acolhido? Ou esse processo deveria congrega todas essas instâncias?

Em se tratando do processo de entrevistas, as situações evidenciadas, no tocante ao processo de tratamento pelos sujeitos entrevistados, apontaram a importância da diversidade de propostas de intervenção para esses usuários, quanto à perspectiva conceitual de oferta dos tratamentos, como apontada por Sol, quando suscita os percursos pelos quais passou e onde mais se identificou, chegando mesmo a conjugar duas propostas diferenciadas de trabalho, como HPM e AA. Ou, então, por Céu, quando aponta a necessidade de metodologias diferenciadas para a intervenção nessa questão ou mesmo a conjugação de alguns métodos num só.

A batalha para a saída de um mundo, como eles apontam, complicado e difícil, foi suscitada também, mostrando muitas vezes que a droga é superior à sua vontade, estabelecendo-se, então, uma relação de força entre o sujeito e a substância, ou uma relação de quem pode mais com o quê.

Ficaram evidenciados, nas falas dos sujeitos, os discursos presentes no cotidiano e nos espaços de atenção a essa problemática, como: “o alcoolismo é uma doença”; “a droga é um problema muito complicado”, parecendo suscitar o discurso da fatalidade

em frente ao problema a ser enfrentado, que, mediante alianças e redes, pode gerar solidariedade nesse enfrentamento.

A crença em Deus, como fator fundamental e muitas vezes primeiro para o restabelecimento de sua saúde e melhora no tratamento, foi abordada por alguns sujeitos, bem como o discurso sobre força de vontade para o alcance do êxito no processo de cura e tratamento, indicando serem aliados importantes a esse processo. Entretanto, deve-se ter o cuidado para não resumir essa batalha ao campo apenas da volição ou ao campo divino, desconsiderando-se outros suportes fundamentais a esse processo, como a medicação, o espaço de trocas, de acompanhamentos, dentre outros.

A não compreensão de Raio sobre o processo de síndrome de abstinência do álcool nos coloca pontos significativos para reflexão. Primeiro, no que concerne à capacidade de produzirmos uma qualidade de contato e vinculação com esses usuários, principalmente aqueles com baixo nível instrucional, ajudando-os no processo de apropriação do mal-estar sentido, que pode auxiliá-los na compreensão do que lhes está acontecendo, dando o suporte necessário para ultrapassar uma etapa delicada do processo de tratamento, como o mal-estar da síndrome de abstinência, não favorecendo o abandono ao tratamento, por exemplo.

O suscitar da presença de substâncias psicoativas no próprio espaço do tratamento apontado por Céu e Sol demonstra a dificuldade que se impõe no processo de tratamento, não só para os usuários, mas também para os profissionais, quando as substâncias “ao vivo” comparecem no estabelecimento de cuidado e do tratamento, quando a regra básica do espaço é rompida, mostrando um desafio cotidiano para enfrentamento dessa questão.

O CPTT, apontado como um lugar “acochambrado”, ou fora do controle para o UD, trazido no discurso de Sol, parece nos indicar ponderações sobre como as regras são engendradas pela gestão do trabalho e como usuários e profissionais fazem essas construções, bem como têm a capacidade de sustentá-las e discuti-las no dia-a-dia. Ainda refletindo sobre isso, contrapondo-se a acochambrado e fora do controle, teríamos uma rigidez, uma disciplina talvez exacerbada? De que o UD precisa, então,

efetivamente? O que seria a “contenção” para esses sujeitos? Trabalhar numa perspectiva mais rígida não seria afastá-los da possibilidade de agirem como sujeitos de suas ações?

A solicitação do usuário de um controle mais exacerbado por parte dos profissionais, quanto às imprevisibilidades do cotidiano, parece nos indicar, em princípio, a reflexão do comprometimento desse tipo da autonomia e responsabilização dos usuários pelo processo de cuidado consigo mesmo no tratamento. O que se pede é uma reprimenda, controle ou cuidado?

As contratações provisórias dos profissionais foram evidenciadas pelo usuário do serviço, presente no discurso de Estrela, quando não compreende essa sistemática de gestão de trabalho, apontando, inclusive, a importância da continuidade da vinculação profissional como aspecto estabilizador do tratamento.

O profissional de saúde, como um espelho, como um reflexo a ser seguido no dia-a-dia, foi ressaltado no discurso de Estrela, ao mesmo tempo em que o lugar de tratamento, no caso o CPTT, foi apontado como lugar seguro e protegido, contra o fora, também evidenciado no discurso, por exemplo, de Relâmpago e Horizonte. Isso demonstra que o lugar de cuidado pode ser o operador de novas referências e também de aconchego para sujeitos tão marcados por situações de quebra de laços familiares e abandono.

A evidência da necessidade de ampliação da esfera do atendimento para horários para além do habitualmente ofertado, bem como o atendimento nos finais de semana garantindo a acessibilidade, foram ressaltados no discurso de Relâmpago. Isso nos faz cogitar que a sedimentação disso ocasionará a necessidade de um (re)pensar do quantitativo de recursos humanos, uma vez que a equipe atual do CPTT opera abaixo de sua capacidade, com a política de recursos humanos veiculada, até então, que prioriza a contratação de profissionais, em detrimento de vínculos de trabalho efetivos.

O processo de sistemática de busca ativa dos usuários que “abandonam” ou interrompem o tratamento na instituição foi mostrado como marcadamente necessário

no episódio de Trovão, quando demonstra a importância de ter sido chamado, convocado, parecendo, com esse chamado, ter ocupado um novo lugar, o do reconhecimento.

As relações de poder/saber se presentificam também quando usuários posicionam que o saber universitário ou acadêmico os inibem não só nas relações do dia-a-dia do trabalho, como apontou Infinito, mas também aparecendo o não cumprimento aos usuários extramuros do CPTT, quando Céu salienta que passou despercebido por um dos profissionais do CPTT. É óbvio que aqui podemos suscitar questões éticas de sigilo e anonimato com o usuário, mas o cumprimento a que se refere Céu não seria também um ato de reconhecimento dele como sujeito sem a marca “usuário de droga?”.

Salientamos que os lugares de tratamento parecem favorecer o estabelecimento de algumas rotinas de vida há muito esquecidas por esses sujeitos, como o café, o almoço, as oficinas, não como um espaço de aprisionamento desses sujeitos em rotinas, mas, sim, como um ritmo também possível da vida, a que nós, seres vivos, de alguma forma temos que nos adequar nesse processo civilizatório.

O lugar de cuidado/tratamento para muitos dos sujeitos foi apontado como bom, atencioso, ou “que não tinham nada a reclamar de ninguém”. Ao bom, contrapõem o mal. O que esses depoimentos e discursos nos trazem, então, dessa prática? Todos os profissionais são bonzinhos, quando cuidam deles? Mas novos discursos também aparecem: “não, foi porque não me viram, não me cumprimentaram, não me enxergaram”.

**Quanto ao processo de participação no GM,** verificamos que os sujeitos entrevistados deram uma valoração positiva a essa participação, observando-se nos discursos a repetição de sensações físicas, como relaxamento, leveza, soltura, descanso e vitalização. Outras sensações, como espaços de integração, de diversão e de expressão, também foram demonstradas.

Sobressai dessas percepções que os aspectos de repetição apontados pelos participantes coadunam e contemplam o objetivo de um processo de GM, quando se

propõe a levar o participante a sensações e percepções de contato com o seu corpo, auxiliando-o num processo de desbloqueio de tensões emocionais, além de possibilitar um processo de vitalização do corpo a partir dos movimentos corporais propostos.

A percepção da integração do corpo, relatada por Relâmpago, no trabalho corporal denominado *grounding*, quando salienta que sentiu a integração entre a parte superior de seu corpo e a inferior, é realmente um dos relatos que podem exteriorizar a proposta efetiva desse exercício.

O GM, como caráter de suporte ao tratamento, também foi apontado pelos entrevistados quando ressaltam que o grupo funcionou como um espaço de apoio, de troca, de calor humano e de interação.

A possibilidade de um espaço lúdico e de resgatar a brincadeira, bem como a alegria, foi visualizada pelos entrevistados, repercutindo na motivação desses sujeitos, levantando que, num ambiente de tratamento, podemos ter lugares que favoreçam o trabalho com esses sujeitos de forma a potencializar a expansão da vida em espaços prazerosos para sujeitos tão marcados por processos de recaídas e incursões diversas por lugares de tratamento de diferentes perspectivas de atuação.

O GM também foi visto como uma alternativa de trabalho no processo de tratamento no CPTT, enfocando outras possibilidades de intervenção, ou seja, como uma opção dentro do contexto de tratamento, diferente das opções que já são ofertadas, enfatizando-se uma outra perspectiva de contato com os seus corpos.

O grupo, como um espaço de liberdade de expressão, foi apontado, principalmente quando os entrevistados relataram a lembrança do grito e do que isso suscitava em seu corpo, como sensações de alívio e leveza.

O alívio produzido por essa intervenção do GM foi apontado como aspecto para o não uso de droga, pois, assim, a cabeça estava mais descongestionada, como um relaxamento do pensamento, como apontou Espectro.

A cisão corpo-mente foi evidenciada nos discursos dos sujeitos, como se a mente não fizesse parte do corpo, ou seja, como se fossem dois elementos distintos, e não fizessem parte de uma unidade funcional, conforme ressaltou Vento, quando nos posicionou o aspecto da saúde mental e saúde física.

A decisão de se ter como sujeitos do trabalho todos os participantes do GM, independente do número de participações, pareceu acertada. Observamos que, mesmo aqueles que tiveram poucas participações, trouxeram significativas lembranças do processo.

De outro lado, aqueles que tiveram pouca participação, como Infinito e Oceano, trouxeram uma não lembrança da experiência vivenciada, remetendo-nos à ponderação sobre as vinculações que tais sujeitos estão estabelecendo com o tratamento, uma vez que são sujeitos com a faixa etária mais velha, que já percorreram alguns processos de internação, bem como o aspecto de terem sido referenciados para o tratamento, mediante encaminhamentos dos seus locais de trabalho.

As entradas e saídas do processo grupal, pelos sujeitos, durante o trabalho do GM, parecem indicar que é um movimento que se repetiu nas atividades da instituição, e que não foram somente um entrave ao processo de trabalho do GM, trazendo-nos à ponderação sobre os procedimentos institucionais para sustentação dos espaços de trabalho, não só pelos usuários, mas convocando-nos como profissionais também para o pensar de estratégias que ultrapassem o lugar da queixa, em direção à efetividade da criação de novas conduções do trabalho.

Mesmo com as flutuações de participações durante o processo do GM, o estudo pareceu nos indicar que os sujeitos estiveram atentos ao espaço, uma vez que ficou a lembrança de processos trabalhados no grupo, mesmo depois de quase um ano, um ano e meio da experiência realizada.



“Quem tá procurando um apoio pensa em outra coisa, o grupo de movimento [...] é bom que relaxa legal mesmo [...]. Era legal [...]. Eu voltava, porque gostava daquela movimentação... Todo mundo dava a mão, um calor humano [...]. Aí ficava um pouco... Viajava um pouco [...].”

### **Furacão**

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ÂNCORAS PROVISÓRIAS

Observamos que as sensações e percepções relatadas pelos sujeitos participantes da experiência de GM referem-se àquelas preconizadas pelos objetivos dessa estratégia. Os dados demonstraram a aplicabilidade do GM como estratégia de intervenção terapêutica para UDs. O que singulariza essa aplicabilidade é, por exemplo, a oferta de grupos abertos e não fechados, principalmente quando demonstramos a flutuação de participação na atividade.

Dessa forma, devemos não fazer a predeterminação do número de encontros para essa clientela *a priori*. O que parece adequado é trabalhar com cada sessão, como se fosse única, pois pensar em sessões seqüenciadas para essa clientela faz esbarrar em um dos desafios, que é o aspecto da adesão e a continuidade do tratamento.

Isso não significa não trabalhar com limites e regras, mas com a possibilidade de não exacerbar nas exigências de fatos que talvez tais usuários não estejam ainda em tempo de cumprir, isto é, poder operar no estabelecimento de circuitos não químicos concorrentes ao uso indevido de drogas.

Por outro lado, as flutuações no processo de participação do grupo parecem nos indicar, também, os tempos diferenciados de chegada à instituição pelos usuários, bem como o momento de processo e projeto terapêutico em que se encontram. Nesse sentido, cabe-nos a ponderação de que uma possibilidade de oferta do GM na perspectiva de um grupo fechado não deve ser desconsiderada, podendo-se adequar aos momentos e às necessidades específicas desses usuários na instituição.

A modificação da intervenção corporal da ordem segmentária da couraça (REICH, 1989), para o sentido inverso, favoreceu a consolidação de mais *grounding* (LOWEN, 1982), evidenciando a possibilidade de sustentação pelos participantes do espaço, com os retornos aos grupos subseqüentes e, principalmente, resgatando a alegria do corpo nas experiências vivenciadas (RASCH; GARCIA, 2004a; 2004c).

As experiências vivenciadas pelos usuários de vitalização e de relaxamento demonstraram um contraponto e a abertura de pequenos oásis em frente às experiências vivenciadas pelo uso do álcool ou de outras drogas que, no conjunto das outras ofertas terapêuticas no tratamento, podem proporcionar a esses sujeitos espaços de “tranqüilidade”, de desaceleração, capazes de ajudá-los num reposicionamento de suas histórias e padrões de consumo das substâncias psicoativas, quer seja na direção da abstinência, quer seja na direção da redução do consumo, escolhas a serem feitas por esse usuário e trabalhadas com a co-responsabilidade dos técnicos do serviço.

Com isso, sugerimos que essa experiência coadunou com a atual lógica preconizada pela atual política dessa atenção, a lógica de redução de danos (BRASIL, 2003), que nos aponta a necessidade de produzir ofertas de trabalho para esses usuários, que possibilitem a abertura de brechas na relação entre a vinculação estabelecida pelo sujeito e a substância, buscando ou produzindo possibilidades de reflexão sobre essa vinculação.

Verificamos, também, que a última experiência do GM no interior do CPTT foi a mais significativa, não só pela intensa participação dos usuários (totalizando 54 integrantes, ao longo dos 15 encontros), mas também pela sistematização aprendida ao longo desse percurso de construção, mostrando que uma prática de trabalho não se constrói apenas por aspectos que já estão estabelecidos e planejados dentro de um contexto anual, em médio ou em longo prazo. Indica que produzir o trabalho em saúde de uma forma viva é abrir-se para

[...] possibilidades sobre a gestão do cotidiano em saúde, terreno da produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde, aos processos de mudanças que permitem novos ‘arranjos’ no modo de fabricar saúde, ao configurarem novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, bases para modificar o sentido das ações de saúde, em direção ao campo de necessidades dos usuários finais (MERHY, 2002, p. 160).

A consolidação do GM, como um dispositivo de intervenção, não ocorreu isoladamente, mas, sim, no momento em que mudanças operacionais organizaram-se no CPTT, evidenciando o seu crescimento e a ampliação de novas frentes de

trabalho e, principalmente, a ampliação do seu espectro de intervenção para práticas grupais, transição consolidada no ano de 1998/1999, não sendo mais o GM, como iniciado em 1995, uma das práticas grupais solitárias como era até então no contexto da instituição.

A inserção do GM no planejamento das ações da instituição e a sua legitimação como uma das estratégias de trabalho ofertada aos UDs retrata a importância da introdução no dia-a-dia do serviço de algo trazido pelo trabalhador do campo da saúde, no sentido de que cabe também a esse profissional a gestão cotidiana do trabalho, bem como a capacidade de absorção pelo serviço dessa criação, sem ficar apenas aprisionado à burocracia engendrada pelos papéis, amarras e agendas diárias, mas sim procedendo como “[...] sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança” (MEHRY, 2002. p. 15).

Dessa forma, a gestão e invenção do trabalho se fazem cotidianamente e, principalmente, com a inclusão no planejamento das atividades do brilho e da criatividade de cada um, assinalando o que Campos (2003) nos recomenda em Saúde Paidéia: que desejo e trabalho não são coisas excludentes, e que é sábio o serviço incorporar o fluir da dimensão inventiva de cada sujeito, fazendo com que o trabalhador cuide de sua obra. Como um jardineiro zeloso cuida diariamente do seu jardim, fazendo emergir rosas, que, com certeza, terão espinhos, mas que a beleza de suas cores vermelha, branca ou rosa, fará produzir novos botões para o advir do amanhã. Afinal, trabalho em saúde, apesar de todas as dificuldades e intolerâncias adversas e, particularmente, no contexto da atenção ao uso de álcool e outras drogas, não precisa ser enfadonho, chato e alienado; pode ter fluxo e ser pulsante.

O estudo também propiciou reflexões sobre o cenário da pesquisa. Ao fazermos o recorte para o estudo do GM, deparamo-nos com questões não somente inerentes ao processo do GM, mas que apontaram processos de gestão de trabalho no CPTT, como processos decisórios, normas, regras, bem como os registros históricos da instituição (prontuários, relatórios de gestão, por exemplo).

Verificamos que é inegável o processo de crescimento que o CPTT teve, porém novos desafios estão colocados. A pesquisa documental, no que concerne aos

relatórios de gestão da instituição, parece nos ter indicado registros mais amplos sobre as atividades concernentes à esfera do tratamento, do que dos outros eixos do trabalho, talvez refletindo a área com mais atividades realizadas pelos seus profissionais.

Evidenciamos, assim, que a equipe congrega praticamente toda a sua força de trabalho ao campo do tratamento, parecendo não haver uma sistematização e uma continuidade das outras frentes de trabalho do serviço.

Ao lado disso, temos o aspecto das contratações provisórias de recursos humanos que impedem que o trabalho avance, paralisando-o, uma vez que o investimento realizado no profissional por tempo determinado vai-se com ele, quando finaliza o seu contrato, não viabilizando o retorno desse investimento ao serviço em longo prazo. Um serviço não se sustenta com apenas 35,3% de seus membros efetivos, conforme nos apontou o Relatório de Gestão do CPTT, no ano de 2004 (VITÓRIA, 2005a).

Dessa forma, a ampliação de sua equipe de trabalho se faz necessária, pois é o momento de ampliar, de fato, as suas bases de trabalho e sedimentá-las, saindo do lugar tão conhecido do tratamento, que muitas vezes aprisiona os vãos da equipe para outras frentes de trabalho, pois o cotidiano do espaço do tratamento captura essas intenções, uma vez que é um lugar urgente e necessário.

Para além de sua ampliação, faz-se necessária uma melhor definição dos campos de atuação desses profissionais no interior do CPTT, na intenção de uma possibilidade de instauração de novos agenciamentos cotidianos da prática de trabalho e de invenção, em oposição ao fazer de tudo um pouco, dar conta de todos os âmbitos do trabalho, produção tão acelerada e contemporânea, que instaura o *stress* e afasta os sujeitos do contato com a sua obra, parafraseando Campos (2003), em Saúde Paidéia.

O que indicamos não é a produção de ilhas, isoladas, sem pontes, nem contato e, muito menos, o culto aos especialismos, mas, sim, a possibilidade de circulação e produção do conhecimento, sob a ótica da polifonia dos sujeitos, vislumbrando a troca e a circulação do conhecimento a partir dos lugares que se encontram, produzindo

outros conhecimentos para além das disciplinas, num campo que seja a bricolagem dos conhecimentos, e não exclusividade de uma disciplina apenas.

A produção e troca dos saberes sobre o que fazemos não necessitam, necessariamente, da mão, do estar lá de fato, mas sim, da troca num espaço de reunião de equipe, dentre outros a serem inventados, isto é, produzir a responsabilização do trabalho e a gestão cotidiana do mesmo.

No que concerne ao cuidado da história e memória do CPTT, em seus aspectos documentais, indicamos a necessidade da organização e sedimentação de um espaço de fato, que sirva de um lugar de consulta e referência para a comunidade, bem como a organização de uma biblioteca (tanto para os profissionais, quanto para os usuários). Materiais de divulgação e informativos precisam ser elaborados e produzidos em maior escala, com o consentimento técnico e cuidadoso da equipe. Na era da informatização e da veiculação acelerada da informação, um *site* precisa ser organizado com dados do serviço e informações técnicas à população.

Essa indicação parece oportuna, uma vez que, no processo de levantamento de dados institucionais, tivemos muitas dificuldades de localização dos materiais relativos ao processo histórico dessa instituição, bem como de dados sistematizados sobre o processo de tratamento. Dessa forma, ressaltamos a indicação da estruturação de fato do núcleo de pesquisa do CPTT, uma vez que é a instância municipal de referência nessa atenção.

Quanto ao aspecto da formação de recursos humanos, os relatórios institucionais nos mostraram que essa formação parece estar pautada somente em capacitações pontuais, exceto por alguns trabalhos que tentaram escapar dessa lógica pontual, indicando a necessidade da saída do lugar da fluidez e volatilidade, para o lugar dos cheiros mais duradouros e contínuos, pois desconstruir mentalidades e formar sujeitos na atenção ao uso do álcool e de outras drogas requerem o espaço e terreno da perseverança, uma vez que tal atenção nos convoca, o tempo inteiro, à confluência de forças, alianças e parcerias em frente à vulnerabilidade e despotencialização produzidas por essa temática.

Dessa forma, tanto no aspecto da pesquisa, quanto da formação profissional, gerando espaços também para a possibilidade de estágios curriculares para alunos de graduação, é premente a necessidade de articulação com outras instâncias de produção de conhecimento com maior veemência, por exemplo, a Universidade, com maior proximidade.

Assim, poder-se-ia promover a instauração de campos de pesquisa e estágio (de forma mais duradoura), para as diversas áreas de saber, agenciando encontros para além das disciplinas, que permitam a configuração de novas respirações e a fabricação de novos conhecimentos, conforme já estava previsto no projeto inicial do CPTT, que até se configuraram em algumas experiências transitórias em algumas graduações (por exemplo, Medicina, Psicologia e Enfermagem), mas não se sustentaram.

Em se tratando da pesquisa documental, tendo-se como fontes os prontuários dos usuários na instituição, evidenciamos uma não sistematização dos dados gerados pelo contexto do tratamento na instituição, no que se refere ao processo de acompanhamentos desses usuários. Ao lado de todo o processo da pesquisa e por ser esta pesquisadora servidora desse centro e ter contato com a forma de registros, a pesquisa realizada só fez evidenciar que o prontuário – registro oficial da instituição para os sujeitos – não contempla e espelha a passagem efetivamente do processo de tratamento do usuário no serviço, pois não congrega sistematicamente as atividades realizadas nas oficinas terapêuticas.

Quanto aos dados relativos ao item escolaridade, nos prontuários, a não anotação desse item de forma sistematizada pode gerar a idéia de que essa informação não teria relevância para o planejamento das atividades ofertadas no processo de tratamento. Entretanto, atividades desenvolvidas nesse processo, como a oficina de literatura e informática, por exemplo, requerem uma proximidade com o mundo das letras.

Essa sinalização parece adequada e oportuna para a condução das tarefas/oficinas realizadas, para se pensar se é prudente colocar todos os usuários na mesma atividade, não no sentido de uma discriminação, mas considerando que a

escolaridade dos sujeitos deveria orientar as intervenções, inclusive na tentativa de viabilizar uma melhor utilização desses recursos terapêuticos.

Com certeza, o que apontamos aqui são dados indicadores para outra pesquisa, que possa auxiliar o CPTT na construção de um instrumento (que seja de viável aplicação, encampado pela equipe de profissionais e que isso seja considerado trabalho também) que lhe sirva de parâmetro para contemplar o processo de tratamento desses usuários, gerando dados de pesquisa e intervenção nesse campo.

O que propomos com isso é uma adequação e sistematização de uma linguagem-padrão, nos aspectos fundamentais dessa clínica: substâncias utilizadas, início do consumo, tempo uso, histórico, bem como uma adequação de uma folha de acompanhamento para a AD.<sup>61</sup> Sabe-se, de antemão, que isso suscitará muitos detalhes e discussão do processo de trabalho, reunindo as distintas categorias que aí presentificam suas práticas de trabalho.

Os longos períodos do usuário na instituição sugerem a geração de critérios mais específicos de acompanhamento<sup>62</sup> e de alta dos usuários no processo de tratamento. Sugerimos que devem ser efetivados com mais cautela e sistemática, viabilizando, de fato, a atenção diária, desses usuários. Na verdade a função da AD deve ser um elemento de inquietação cotidiana para os seus técnicos e usuários, para que o marasmo e a paralisia não contagiem os enfrentamentos cotidianos.

Quanto à procedência verificada pelos sujeitos participantes do GM e observando que a maioria deles não advém do entorno do CPTT, e sem a pretensão de fazer generalizações quanto a isso, indicamos a necessidade de o serviço produzir mais trocas com a comunidade adjacente à sua localização, necessitando agenciar estratégias de mais vinculação e referência com o seu entorno.

---

<sup>61</sup> Encontramos, no Relatório de Gestão de 1999, do CPTT (VITÓRIA, 1999c), um instrumento produzido pela instituição, congregando o processo de acompanhamento dos usuários na AD, referente às oficinas terapêuticas. Entretanto, não encontramos essa folha nos prontuários manuseados.

<sup>62</sup> Consta na instituição o *Projeto de Trabalho no CAPS ad*, que já fez o desenho e delineamento desse processo de acompanhamento, bem como as funções dos recursos humanos nesse trabalho. Reportar-se a esse projeto talvez possa ser um princípio norteador do trabalho, bem como se produzir as mudanças que forem necessárias e possíveis (VITÓRIA, 2002b).

Outro aspecto analisado remete as distâncias percorridas pelos usuários, pois são de outras regiões de saúde, para o acesso ao CPTT, que poderiam ser indicadores da dificuldade para a sustentação do tratamento, considerando que a maioria dos usuários está desempregada, conforme apresentamos.

Isso somente demonstra a necessidade do fortalecimento da rede de serviços e da formação de recursos humanos nos territórios/regiões de saúde para a descentralização das atividades do CPTT, para esses espaços, visando à cobertura adequada a esses casos, ficando o CPTT, então, com a responsabilidade de focar os casos não resolvidos nos territórios/regiões de saúde, podendo ampliar as suas frentes de trabalho, cumprindo a função de ser referência para o município, não só no tocante ao tratamento, mas às outras esferas do trabalho, como a prevenção, a formação, a pesquisa.

Durante a leitura, perguntas foram perseguindo as linhas de cada prontuário, quais sejam: que trabalho estamos produzindo cotidianamente na atenção ao uso de drogas, no que concerne ao tratamento? Estamos de fato, acompanhando diariamente aqueles que nos procuram? Estamos nas trilhas “certas”? Alguns processos de trabalho no CPTT poderiam ser modificados no tocante ao tratamento ou não?

Com todas essas reflexões, sugerimos uma reescrita do projeto de trabalho, agora delimitando de fato as diversas frentes (que já estão escritas em seu projeto inicial) e às suas bases operacionais, mergulhando no cotidiano, podendo olhá-lo a partir de novas óticas e possibilidades e, conseqüentemente, criar repertórios em busca de mudanças.

Passados quase doze anos de existência, em plena fase púrbere-adolescente, quem sabe, seja o tempo e o momento da instalação de pequenas rebeldias cotidianas que viabilizem a reescrita de um processo de trabalho a muitas mãos, de forma mais conectada com o prazer? Reescrever significa reeditar as trilhas daqueles que vieram antes, desbravando e vislumbrando caminhos, e que, com certeza, teceram histórias

fundamentais na composição desse espaço. Agora é tempo e momento de reinventar, reorganizar esse trabalho/projeto.

Sabemos que, no momento deste estudo, fizemos um recorte de uma possibilidade, ou seja, fazer reflexões sobre o GM como recurso terapêutico para UD's. Mas, muitas provocações ocorreram no processo deste estudo, incitando-nos e convocando-nos para novas viagens, reflexões e estudos, que podem nos levar a desafios de se pensar essa estratégia para além de um recurso terapêutico no campo da saúde coletiva, com bem nos sinaliza Sofiati (1993), quando nos demonstra a plasticidade desse recurso no campo da saúde mental, mostrando a multiplicidade de seus usos.

Com as reflexões geradas por esta pesquisa e com as que estão por vir, esperamos que auxiliem o CPTT a subsidiar aspectos do seu processo de trabalho e, no campo da prática corporal, esperamos que contribua para a reflexão do instrumental GM como dispositivo possível de intervenção terapêutica para UD's. No campo da política de atenção ao uso de álcool e de outras drogas, fica a geração de mais uma metodologia possível para esses usuários e a certeza, para nós, da geração de novas questões de estudo que possam abarcar uma linha de pesquisa para o seguimento na pós-graduação, em nível de doutorado.

Nessa viagem-jornada-navegação, sentimo-nos também uma viajante à procura de sentidos como trabalhadora na área da atenção ao uso de álcool e de outras drogas, para o nosso cotidiano, que nos toca, que nos emociona e que nos dá a certeza da possibilidade de novos mares a navegar, vislumbrando conectar as políticas de cuidado nessa atenção, a novos sentidos e novos modos de existência. Isso demonstra uma insistência de quase dez anos de trabalho e, muitas vezes, como tais sujeitos, pensamos em recair, desistir, mas também achamos saídas, podendo conectar com o movimento, trazendo sentidos para nós mesmos, e podendo compartilhá-los com esses usuários, talvez sendo esse o mar de encontro desses navegantes.

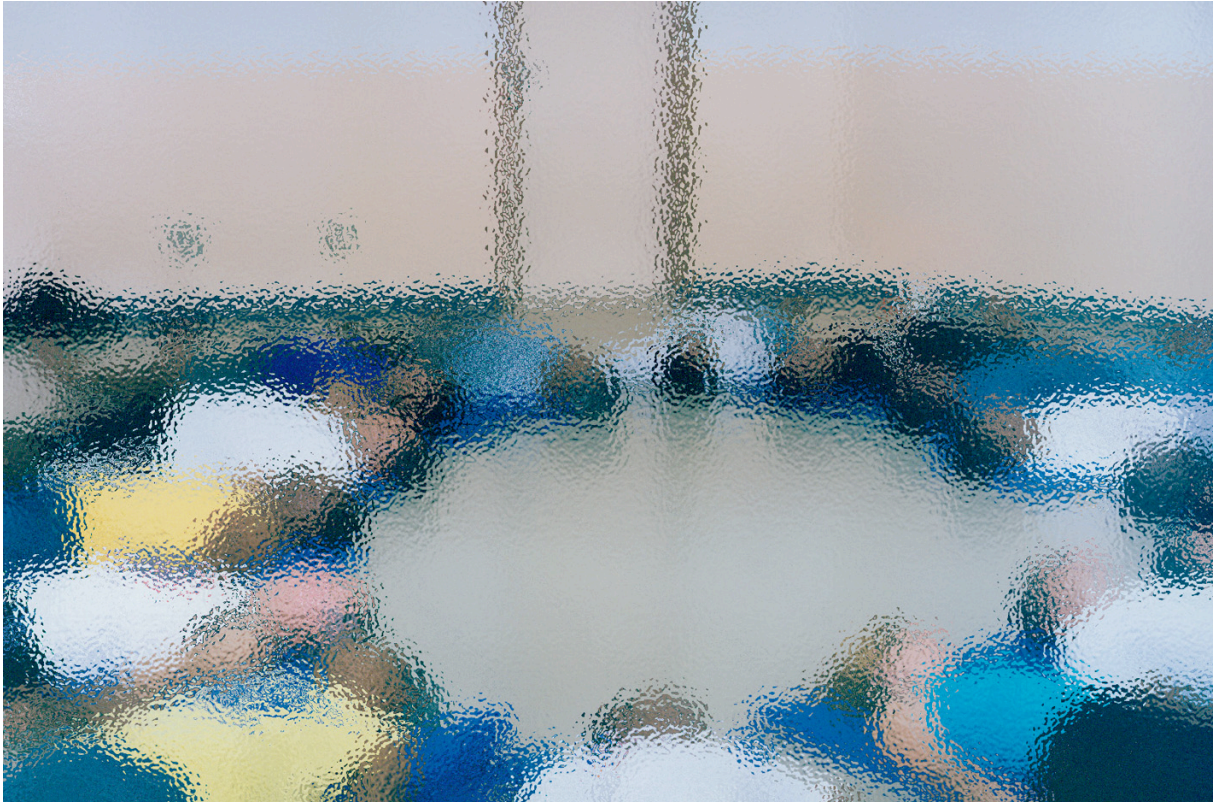
Passamos por vários portos, buscando âncoras provisórias que nos transformaram como ondas no mar, que a cada momento produzem cascatas em muitos outros campos. Ter o espaço para percorrer historicamente o processo de mudanças

ocorrido na história da saúde pública no País afirmou que confeccionar um processo de mudança não é algo que acontece num piscar dos olhos ou da noite para o dia; é um processo que se inventa e se constrói com muitos sonhos e muitas lutas.

A compreensão de que a mudança na atenção ao uso de álcool e de outras drogas advém das transformações ocorridas na história da reforma sanitária no Brasil e da reforma psiquiátrica e que essas não estão desconectadas do processo de construção do respeito, da cidadania e dos direitos humanos no Brasil e no mundo, trazendo para os sujeitos que vivenciam essa problemática um novo lugar de cuidado para o acolhimento do sofrimento que isso provoca, que não o preconceito ou a discriminação, nos fez mais viva como trabalhadora do campo da saúde, pois apropriar-se da história é interligar as propostas atuais no campo dessa atenção às nossas ações cotidianas, que, muitas vezes, estão desprovidas do contexto histórico e de luta.

É poder ser trabalhadores de saúde, mas com sentido, providos da certeza de que o processo caminha e que cabe a nós, atores em cena no momento, a composição de novos papéis e novas trilhas, num roteiro que já está previamente escrito em suas bases conceituais de solidariedade, respeito, cidadania e direitos humanos. Basta, agora, compormos novos cenários, novas músicas para enriquecer e introduzir novas letras, acordes, melodias e ações nesse movimento.

Até a próxima viagem...



“[...] relaxamento do corpo... [...]. Relaxamento do pensamento também.”

**Espectro**

## 6 REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- ALMEIDA, F. N. et al. Morbidade psiquiátrica em regiões metropolitanas no Brasil (Brasília, São Paulo e Porto Alegre). **Informe Epidemiológico do SUS**. p. 76-86, jun. 1992.
- ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Os sentidos da integralidade e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 167-176.
- ALVES, Rubem. Sobre leitura e burrice. In: \_\_\_\_\_. **Entre a ciência e a sapiência: o dilema da educação**. 13. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005. p. 55-60.
- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1996.
- ANTUNES, Arnaldo; FROMER, Marcelo; BELLOTO. O pulso. Interprete: Titãs. **Õ Blésq Blom**. [199?] 1 CD, faixa 9.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS DEPARTAMENTOS DE TRÂNSITO (ABDETRAN). **Impacto do uso do álcool e outras vítimas de acidentes de trânsito**. Brasília: CETAD/RAID, 1997.
- ASSOCIAÇÃO CAPIXABA DE REDUÇÃO DE DANOS (ACARD). **Projeto de complementação de ações para fortalecimento do movimento de redução de danos**. Vitória, 2001.
- BAER, Jonh S.; MURCH, Heatrher Brady. Redução de danos, uso de cigarros e nicotina. In: MARLATT, G. Alan et al. **Redução de danos: estratégias contemporâneas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. cap. 4, p. 103-120.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Formação em educação: homens-estojo ou atiradores de pedra. In: \_\_\_\_\_. **A transformação do cotidiano: vias de formação do educador a experiência da Administração de Vitória/ES (1989-1992)**. Vitória: Edufes, 1997. cap. IV, p. 195-227.
- \_\_\_\_\_. Analista contratado: algumas questões, alguns riscos. In: BARROS, Maria Elizabeth B. de. (Org.). **Psicologia: questões contemporâneas**. Vitória: Edufes, 1999. cap. 4. p. 125-144.
- BASÍLIO, Mirian Cátia Vieira. **Bebidas alcoólicas no bairro Vila Rubim**: um estudo sobre a concentração espacial de pontos de venda de bebidas alcoólicas. 2004. 97 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2004.

BERTOLETE, José Manoel. Problemas sociais relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLETE, José Manoel. **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap. 8, p. 131-138.

BIOTTO, Ademir. Trabalho corporal com pacientes psiquiátricos: a experiência do grupo de movimento em uma clínica psiquiátrica. In: CONVENÇÃO BRASIL LATINO AMÉRICA, 1, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 4. ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 9., 2004, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: Centro Reichiano, 2004, [ISBS – 85-87691-12-0]. 1 CD-ROM.

BIRMAN, Joel. Que Droga!!! In: INEN, Clara, BAPTISTA, Marcos (Org.). **Toxicomanias**: abordagem clínica. Rio de Janeiro: Nepad/Uerj, 1997. p. 9-22.

BORGES, Luciana Maria. **Cartografando as oficinas terapêuticas no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos**. 2004. 72 f. Monografia (Especialização em Transdisciplinaridade e Clínica) – Instituto Faculdade Saberes, Vitória, 2004.

BORGES, Luciana Maria; RASCH, Scheila Silva. **Subprojeto Brincar!** Por quê? Para quê? Vitória: Prefeitura Municipal. Secretaria de Educação. Departamento de Pré-Escola, 1994.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Projeto Injetando vida nas veias...**, 1999.

\_\_\_\_\_. Injetando vida nas veias... In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE AS TOXICOMANIAS, 3, 2000. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Nepad/Uerj, 2000a. p. 62-63.

\_\_\_\_\_. Injetando vida nas veias... In: MOSTRA NACIONAL DE PRÁTICAS EM PSICOLOGIA, 1, 2000. São Paulo. **Anais...** São Paulo: Conselho Federal de Psicologia, 2000b. 1 CD-ROM.

\_\_\_\_\_. Injetando vida nas veias... In: MOSTRA NACIONAL DE PRÁTICAS EM PSICOLOGIA, 1, 2000. São Paulo. **Painéis...** São Paulo: Conselho Federal de Psicologia, 2000c.

\_\_\_\_\_. Injetando vida nas veias... In: **Informativo da Seção Espírito Santo de Psicologia** – CRP/04, Vitória. n. 4, p. 4, out. 2000d.

\_\_\_\_\_. Injetando vida nas veias... Trabalho apresentado na II JORNADA INTERNA DO INSTITUTO WILHELM REICH, Vitória, 2000e.

\_\_\_\_\_. Injetando vida nas veias... In: COOPERAÇÃO BRASIL-UNIÃO EUROPÉIA. **Entre riscos e danos**: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas. Paris: Editions Scientifiques Acodess, 2002a. p. 123-133.

\_\_\_\_\_. Injetando vida nas veias... In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 1, 2002. São Paulo: Fórum de Entidades

Nacionais da Psicologia Brasileira. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <<http://www.crpsp.org.br>>. Acesso em: 6 set. 2002b.

BORGES, Luciana Maria; RASCH, Scheila Silva. Injetando vida nas veias... In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 1., 2002. São Paulo: Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira. **Painéis...** São Paulo, 2002c.

\_\_\_\_\_. Injetando vida nas veias... In: BAPTISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina (Org.). **Drogas e pós-modernidade**: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro: Eduerj, 2003. v. 2, p. 245-253.

BOURGUIGNON, Denise et al. Recursos humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades que queremos. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, ano XXVII, v. 27, n. 65, p.310-315, set./dez. 2003.

BRAGA, Maristher Sarmento. **Situações comuns no estilo de vida de usuários de drogas ilícitas e risco para consumo**. 2004. Projeto de Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Centro Biomédico, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Dificuldade de adesão de mulheres alcoolistas ao tratamento em um centro de referência**. Anteprojeto de pesquisa. 2004. (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Faculdades Integradas São Pedro, Faesa, Campus II, Vitória, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas**. Brasília: SNAS, DPS, CORSAM, 1991. 43 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Serviço de Atenção ao Alcoolismo e Drogadicção. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 61 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do Modelo Assistencial. Brasília, 1998. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Disponível em: <[http://www.saude.gov.br/psf/programa/o\\_q\\_e.asp](http://www.saude.gov.br/psf/programa/o_q_e.asp)>. Acesso em: 5 dez. 2000a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório do Seminário sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede do SUS. III Conferência Nacional de Saúde Mental – Cuidar sim, excluir não. **Cadernos de Textos**, Brasília, p. 106-111, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental. **Caderno Informativo**, Brasília, série d, n.15, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de redução de danos**. Brasília, 2001c, n. 42 (Série Manuais).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes assistenciais: organizando a assistência e hierarquizando serviços. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil – 1998/2002**. Brasília, 2002a. cap. 2, série G, p. 58 (Estatística e informação em saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Rede de atenção aos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil – 1998/2002**. Brasília, 2002b. cap. 4, série G, p. 82-83 (Estatística e informação em saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. III Conferência nacional de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil: 1998–2002**. Brasília, 2002c. cap. 4, série G, p. 81-82 (Estatística e informação em saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 fev. 2002. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: 6 mar. 2002d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental: 1990-2002**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002f.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rede Caps Brasil II. Tabela Atualizada do Total de Serviços de CAPS**. Disponível em: <[www.inverso.org.br/blob/129.xls](http://www.inverso.org.br/blob/129.xls)>. Acesso em: 5 maio de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Lei Orgânica da Assistência Social. Lei nº. 8742 de dezembro de 1993. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério do Orçamento e Planejamento. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000>>. Acesso em: 26 dez. 2000b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria Geral. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução nº 6, de 6 de março de 1988. Implanta o uso das técnicas alternativas nos seus serviços, médico-psicológico-assistenciais e áreas afins. . **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 de março de 1988.

BURN, Licilla. Teseu de Atenas. In: \_\_\_\_\_. **Mitos gregos: o passado lendário**. São Paulo: Moraes, 1992. p. 25-30.

BUCHER, Richard. A abordagem preventiva. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial**. São Paulo: Epu, 1988. p. 55-67.

BULLOCK, M. T.; CULLITON, P. D.; OLANDER, R. T. Controlled trial of acupuncture for sever recidivist alcoholism. **Lancet**, n. 24, p. 1435-1439, june, 1989;

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Ítalo. (Org.). **Drogas em debate: o que você sabe sobre este mundo?** Vitória: Semus/PMV, 1990.

CANIZARES, Purificación Navarro. 2002. **Grupos de movimento: uma nova tecnologia em promoção da saúde e autocuidado para pessoas idosas**. Curso de Especialização em Psicoterapia Biodinâmica, Instituto Brasileiro de Psicologia Biodinâmica, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.ibpb.com.br/purificacion.doc>>. Acesso em: 21 jul. 2003.

CAPAI, Humberto. **Maquete do CPTT**. 1998. Acervo CPTT. Usina de Imagem. Vitória, ES, 1998. 1 fotografia.

CAPAI, Humberto. **Vista área de Vitória**. 1999. Usina de Imagem. Vitória, ES, 1999. 1 fotografia.

CARLINI, Elisaldo A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2001**. São Paulo: Cebrid, 2002.

- CARLOS, Roberto; ERASMO, Carlos. Além do horizonte. Interprete: Roberto Carlos. In: CARLOS, Roberto. **Roberto Carlos**. Rio de Janeiro: Columbia. Sony Music. [199?]. 1 CD, faixa 7.
- CARPANEDO, Nádya Almeida. Redução de danos: novo paradigma para além dos limites do determinismo e da simplificação. In: CAMPOS, Ítalo (Org.). **Uma trajetória capixaba: 10 anos de Cr Dst/Aids**. Vitória: Semus/PMV, 2003.
- CARTIER, Cláudio; FEITAL, Paulo César; CARLÃO. Saigon. Interprete: Emílio Santiago. In: SANTIAGO, Emílio. **Emílio Santiago**. Coleção Novo Millennium. USM. [199?]. 1 CD, faixa 7
- CARVALHO, Antônio Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 93-112.
- CAYMMI, Dorival. O mar. Intérprete: Dorival Caymmi. **Família Caymmi**. Preferência Nacional. Copacabana. [199?]. 1 CD , faixa 5.
- CENTRO REICHIANO. Psicoterapia corporal. c2003. Disponível em: <<http://centroreichiano.com.br/port/2.1.htm>>. Acesso em: 9 maio 2003.
- CHARLES, Sébastien; LIPOVESTSKY, Gilles; VILELA, Mario. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 196/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1996.
- CORRADINI, Gleice. Grupos de movimentos com crianças: relato de uma experiência. **Revista Psicologia Corporal**, Paraná: Centro Reichiano, n. 6, p 4-5, fev. 2000.
- COSTA, Ana Carolina L. L.; GONÇALVES, Elizabeth Costa. A sociedade, a escola e a família diante das drogas. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial**. São Paulo: Epu, 1988. p. 47-54.
- DADOUN, Roger. **Cem flores para Wilhelm Reich**. São Paulo: Moraes, 1991.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (DENATRAN). Código de Trânsito Brasileiro. Disponível em: <<http://www.denatran.gov.br.legislacao>>. Acesso em: 4 maio 2005.
- DERENZI, Luiz Serafim. **Biografia de uma ilha**. 2. ed. Vitória: Prefeitura Municipal de Vitória, Secretaria Municipal de Cultura e Turismo, 1995.
- DIVINO, Rosana do Amor. **Atuação do arte-educador e a utilização da técnica de pintura com massa de modelar em uma instituição pública municipal especializada em toxicomanias**. 2004. Projeto de Monografia (Curso de Pedagogia) – Universidade FAESA, Campus II, Vitória, 2004.

SCOREL, Sarah. Revisitando o movimento sanitário. In: \_\_\_\_\_. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. cap. 10, p. 175-196.

ESPÍRITO SANTO. Lei nº 6.769 de setembro de 2001. **Diário Oficial [do] Estado do Espírito Santo**. Vitória. set. 2001.

\_\_\_\_\_. Proposição nº 239/2003. Deputado Reginaldo Almeida – Partido Liberal. Revoga o art. 1º da Lei Estadual nº 6.769/2001 que autoriza a distribuição de seringas descartáveis aos usuários de drogas. Vitória. Disponível em : <<http://www.al.es.gov.br>>. Acesso em: 29 abr. 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo de Programação Assistencial e Contratualização. **Fluxo de internações de psiquiatria no Espírito Santo**, 2005.

FAVRE, Regina. Terapias reichianas: 25 anos depois. **Revista Reichiana**, São Paulo, n. 2, p. 16-25, 1993.

\_\_\_\_\_. Pesquisando a aplicabilidade do método do grupo de movimento somático existencial a um pequeno grupo de pacientes psicóticos do Hospital-dia da Faculdade de Medicina de São Paulo. **Revista Reichiana**, São Paulo, n. 10, p. 67-87, 2001.

FERRI, C. P. et al. Aumento da procura de tratamento por usuários de *crack* em dois ambulatórios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. **Revista da Associação Médica Brasil**, n. 43, p. 25-28, 1997.

FONTES, Célia Regina; MARANGONI, Rosana Menezes. **O lugar do dependente químico na família: um estudo com grupo de familiares atendidos no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos**. 2003. 131 f. Monografia (Especialização em Dependência Química) – Faculdade de Ciências da Saúde de Vitória, Faesa, Vitória, 2003.

FREITAS, Luiz Alberto Pinheiro de. **Adolescência, família e drogas: a função paterna e a questão dos limites**. Rio de Janeiro: Mauad, 2002.

FURIERI, Fernando. **Investigação da eficácia da gabapentina na síndrome de abstinência do álcool**. 2005. Projeto de Dissertação (Mestrado em Ciências Fisiológicas) – Centro Biomédico, Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

FURIERI, Fernando. **Projeto da Oficina de Sahaja Yoga**. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos da Prefeitura Municipal de Vitória, Vitória, 1996.

GALDURÓZ, José Carlos F. et al. IV **Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes entre estudantes do 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, 1997.

GAMA, Maria Ercília Rielli da; REGO, Ricardo Amaral. Grupos de movimento. Consciência e expressão de si através do corpo. **Cadernos Reichianos**, São Paulo, n.1, 1994.

GAMBARINI, Maria Angélica. Alcoólicos anônimos. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLOTE, José Manoel. **Alcoolismo hoje**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 217-222.

GRUPO de movimento. c2001. Disponível em: <<http://servlets.hotlink.com.br/libertas/newstorm.notitia.apresentação>>. Acesso em: 1 set. 2003a.

GRUPO de movimento. c2003. Disponível em: <[http://www.bioenergetica.com.br/cuseven/grupo\\_de\\_movimento.htm](http://www.bioenergetica.com.br/cuseven/grupo_de_movimento.htm)>. Acesso em: 1 set. 2003b.

GRUPO de movimento. c2003. Disponível em: <[http:// www.ibpb.com.br](http://www.ibpb.com.br) >. Acesso em: 1 set. 2003c.

INSTITUTO DE ANÁLISE BIOENERGÉTICA DE SÃO PAULO (IABSP). Programação 2004. Núcleo Vitória. Vitória, 2004. 1 folder.

INSTITUTO DE ANÁLISE BIOENERGÉTICA DE SÃO PAULO (IABSP). Disponível em: <[http:// www.ibpb.com.br](http://www.ibpb.com.br) >. Acesso em: 1 set. 2003>

INSTITUTO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA BIODINÂMICA (IBPB). Disponível em: <[http:// www.ibpb.com.br](http://www.ibpb.com.br) >. Acesso em: 1 set. 2003.

INSTITUTO DA CIDADANIA. **Estatuto de regulamentação e fundação**. Vitória, 2003.

INSTITUTO WILHELM REICH. **Programação 2004**. Vitória, 2004. 1 folder.

KNAPP, Paulo et al. **Prevenção da recaída**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

LARIMER, Mary E. et al. Redução de danos para problemas com álcool: ampliando o acesso e a acolhida dos serviços de tratamento e prevenção. In: MARLATT, G. Alan et al. **Redução de danos: estratégias contemporâneas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. cap. 3, p. 61-102.

LIBERTAS. Disponível em: <[http:// www.libertas.com.br](http://www.libertas.com.br) > Acesso em: 1 set. 2003.

LOWEN, Alexander. **Bioenergética**. 8. ed. São Paulo: Summus, 1982. v.15 (Novas buscas em psicoterapia).

LOWEN, Alexander; LOWEN, Leslie. **Exercícios de bioenergética: o caminho para uma saúde vibrante**. 3. ed. São Paulo: Ágora, 1985.

MACHADO, Leila Domingues. Subjetividades contemporâneas. In: BARROS, Maria Elizabeth B. de. (Org.). **Psicologia: questões contemporâneas**. Vitória: Edufes, 1999a. cap. 9. p. 211-229.

\_\_\_\_\_. Ética. In: BARROS, Maria Elizabeth B. de. (Org.). **Psicologia: questões contemporâneas**. Vitória: Edufes, 1999b. cap. 5. p. 145-162.

MARLATT, G. Alan et al. **Redução de danos: estratégias contemporâneas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MANSUR, Jandira. **A questão do alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

MEHRY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHI, Lúgia Maria Quintanilha. **A questão da prevenção na área de toxicomania e alcoolismo**. Texto disponível na Biblioteca do Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. Secretaria de Saúde. Prefeitura Municipal de Vitória. Vitória, 1995.

MESQUITA, Fábio Caldas. Aids e drogas injetáveis. In: LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúde e loucura**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1992. n.3, p.47-53.

MESQUITA, Fábio Caldas; SEIBEL, Sérgio (Org.). **Consumo de drogas: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 35-42, jan./mar. 1998.

MONTEIRO, Maria Zeneide. Indivíduo e sociedade: um eterno conflito. In: MALUF JÚNIOR, Nicolau (Org.). **Reich: o corpo e a clínica**. São Paulo: Summus, 2000. p. 123-128.

MONTEIRO, Maristela G. Tendências emergentes y patrones del uso de drogas: una vision internacional. **Boletim Eletrônico**. Edição n. 65. Aula da Quinzena. Associação Brasileira de Estudo Sobre Álcool e Drogas. Disponível em: <[www.abead.com.br](http://www.abead.com.br)> . Acesso em: 13 mar. 2005.

MONTSERRAT, Maressa. Diferentes atores no processo de prevenção e tratamento: oficina de pintura e massa de modelar com usuários de droga do Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. In: FÓRUM ESTADUAL ANTIDROGA, 2., 2001, Vitória. **Anais...** Vitória, 2001.

MURRAY C. L.; LOPEZ, AD. **The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability, form diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020**. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of

Public Health Organization and World Bank. Global Burden of disease and Injury Series, 1996, v.1.

NAPPO, Solange A. **Droga mais poderosa que o crack pode chegar ao Brasil.** Disponível em: <[http://www.adroga.casadia.org/drogas/ice\\_droga\\_poderosa.htm](http://www.adroga.casadia.org/drogas/ice_droga_poderosa.htm)>. Acesso em: 13 maio 2005.

NASCIMENTO, Milton; BRANT, Fernando. Encontros e despedidas. In: NASCIMENTO, Milton. **Encontros e despedidas.** Rio de Janeiro: Microservice, 1997. 1 CD, faixa 8.

NASSIF FILHO, A. C. N. et al. Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína e/ou crack em dependentes de drogas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, n. 45, p. 237-241, 1999.

NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE (NIDA). **Principles of drug addiction treatment: a research-based guide.** Bethesda, Maryland: National Institute, The US. Department of Health and Human Services. USA, 2001.

NERY FILHO, Antônio; TORRES, Inêz Antunes Paes (Org.). **Drogas: isso lhe interessa?** Salvador: Zax propaganda, 2002.

NEVES, Luiz Guilherme Santos. NEVES, Reinaldo Santos, PACHECO, Renato José Costa. **Espírito Santo Impressões.** São Paulo: Empresa das Artes, 1991.

NOGUEIRA, Tânia Alves. Grupo de movimento: uma experiência com adolescentes internados na FEBEM/SP. Trabalho apresentado no V CONGRESSO BRASILEIRO e X ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, Curitiba, 2005.

NOTO, Ana Regina et al. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras.** São Paulo: CEBRID, 1997.

OLIEVENSTEIN, Claude. Aspectos psicodinâmicos do desenvolvimento do toxicômano. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial.** São Paulo: EPU, 1988. p. 89–95.

OLIVEIRA, Mirian Graice Plena Nunes de. Exclusão ou desvio? Sofrimento ou prazer? In: COOPERAÇÃO BRASIL-UNIÃO EUROPÉIA. **Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas.** Paris: Editions Scientifiques Acodess, 2002. p. 55-60.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). CID 10. Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99). In: \_\_\_\_\_. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1993. cap. IV, p.311-388.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001.** Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial de Saúde. 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Saúde mental ao redor do mundo**. Disponível em: <<http://www.paho.org/portuguese/hpp/mentalPOR.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2005a.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental nas Américas**. Disponível em: <<http://www.paho.org/portuguese/hpp/mentalPOR.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2005b.

ORLANDI, Eni P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 4. ed. São Paulo: Pontes, 2002.

PAUTA ANTIDROGAS. **Ice**. Disponível em: <<http://www.pautaantidrogas.com.br/pages/ice.htm>>. Acesso em: 13 maio 2005.

PINHEIRO, Luciene Bittencourt et al. **Projeto de Pesquisa Perfil da clientela atendida e dos serviços prestados no CPTT em seu primeiro quinquênio**. Convênio entre CPTT e UFES. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos da Prefeitura Municipal de Vitória, Vitória, 1997.

PINHEIRO, Luciene Bittencourt. **Atenção ao uso de álcool e outras drogas: um ano de trabalho no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos da Prefeitura Municipal de Vitória – ES**. 2004. 77 f. Monografia (Especialização em Dependência Química) – Faculdades Integradas São Pedro, Faesa, Campus II, Vitória, 2004.

PROCÓPIO, Argemiro. **O Brasil no mundo das drogas**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

RASCH, Scheila Silva. **Registro dos planejamentos e das percepções dos participantes do grupo de movimento**. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos da Prefeitura Municipal de Vitória, Vitória, 1995.

\_\_\_\_\_. **Oficinas terapêuticas do CPTT**. 1997. Acervo Pessoal. Vitória, ES, 1997. 6 fotografias.

\_\_\_\_\_. Grupo de movimento em instituições públicas... In: I JORNADA INTERNA DO INSTITUTO WILHELM REICH. Apresentação de trabalho. Vitória, 1999a.

\_\_\_\_\_. **Projeto do Grupo de Movimento**. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos da Prefeitura Municipal de Vitória, Vitória, 1999b.

\_\_\_\_\_. **Planejamentos e registros das percepções dos participantes do grupo de movimento do período de abril a junho de 1999**. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos da Prefeitura Municipal de Vitória, Vitória, 1999c.

\_\_\_\_\_. **Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde da Região Maruípe**. Acervo Pessoal. 2000. Vitória, ES. 2000a. 1 fotografia.

RASCH, Scheila Silva. Movimentos de pulsação junto aos agentes comunitários de saúde... Trabalho apresentado na II JORNADA INTERNA DO INSTITUTO WILHELM REICH, Vitória, 2000b.

\_\_\_\_\_. Grupo de movimento em instituições públicas... In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE AS TOXICOMANIAS, 3., 2000. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ, 2000c. p. 42-43.

\_\_\_\_\_. Grupo de movimento em instituições públicas... Trabalho apresentado no SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE AS TOXICOMANIAS, 3., 2000. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ, 2000d.

\_\_\_\_\_. Grupo de movimento em instituições públicas... In: MOSTRA NACIONAL DE PRÁTICAS EM PSICOLOGIA, 1., 2000. São Paulo. **Anais...** São Paulo: Conselho Federal de Psicologia, 2000e. 1 CD-ROM.

\_\_\_\_\_. Grupo de movimento em instituições públicas... In: MOSTRA NACIONAL DE PRÁTICAS EM PSICOLOGIA, 1., 2000. São Paulo. **Painéis...** São Paulo: Conselho Federal de Psicologia, 2000f.

\_\_\_\_\_. Grupo de movimento em instituições públicas... Trabalho apresentado na II JORNADA INTERNA DO INSTITUTO WILHELM REICH, Vitória, 2000g.

\_\_\_\_\_. Movimentos de pulsação junto aos agentes comunitários de saúde... In: ENCONTRO LATINO-AMERICANO DE ANÁLISE BIOENERGÉTICA, 1., 2001. São Paulo. **Anais...** São Paulo: Federação Latino-Americana de Análise Bioenergética, 2001a. p.78.

\_\_\_\_\_. **Apresentação teatral.** Praça Costa Pereira. Evento Rede na Rua. Acervo Pessoal. 2001. Vitória, 2001b. 1 fotografia.

\_\_\_\_\_. **Planejamentos e registros das percepções dos participantes do grupo de movimento do período de junho a outubro do ano de 2002.** Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos da Prefeitura Municipal de Vitória, Vitória, 2002a.

\_\_\_\_\_. Corpo experimentação: dosando, cheirando e aplicando outras conexões e sentidos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 1., 2002. São Paulo: Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <<http://www.crpsp.org.br>>. Acesso em: 6 set. 2002b.

\_\_\_\_\_. Corpo experimentação: dosando, cheirando e aplicando outras conexões e sentidos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 1., 2002. São Paulo: Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira. **Painéis...** São Paulo, 2002c.

\_\_\_\_\_. **Grupo de movimento.** Acervo pessoal. 2002. Vitória, 2002d. 1 fotografia.

RASCH, Scheila Silva. **Planejamentos e registros das percepções dos participantes do grupo de movimento do período de novembro de 2002 a maio de 2003**. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos da Prefeitura Municipal de Vitória, Vitória, 2003a.

\_\_\_\_\_. Grupo de movimento. 2002-2003. Acervo Pessoal. Vitória, 2003b. 1 fotografia.

\_\_\_\_\_. **O corpo e a droga**: o grupo de movimento como estratégia de redução de danos para usuários de drogas. 2004. Projeto de Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Centro Biomédico, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2004.

RASCH, Scheila Silva; GARCIA, Maria Lucia Teixeira. O corpo e a droga: o grupo de movimento como estratégia de redução de danos para usuários de drogas. In: CONVENÇÃO BRASIL LATINO AMÉRICA, 1., CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 4. ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 9., 2004, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: Centro Reichiano, 2004a, [ISBS – 85-87691-12-0]. 1 CD-ROM.

\_\_\_\_\_. O corpo e a droga: o grupo de movimento como estratégia de redução de danos para usuários de drogas. In: CONVENÇÃO BRASIL LATINO AMÉRICA, 1., CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 4. ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 9., 2004, Foz do Iguaçu. **Painéis...** Foz do Iguaçu: Centro Reichiano, 2004b.

\_\_\_\_\_. O grupo de movimento como estratégia de redução de danos para usuários de drogas. **Revista Psicologia Corporal**, Curitiba: Centro Reichiano, n. 5, 2004c. ISSN 1516-0688.

\_\_\_\_\_. Na sensação e na percepção do outro: a vivência do grupo de movimento entre usuários de drogas. Trabalho apresentado na VI JORNADA INTERNA DO INSTITUTO WILHELM REICH, Vitória, 2004d.

\_\_\_\_\_. A implantação da política de redução de danos no município de Vitória/ES: remontando cenas e cenários. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES DE SERVIÇO SOCIAL, 9., 2004, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ENPESS, 2004e, [ISBS 85-89252-07-8]. 1 CD-ROM.

\_\_\_\_\_. A implantação da política de redução de danos no município de Vitória/ES: remontando cenas e cenários. Trabalho apresentado no IX ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES DE SERVIÇO SOCIAL. Porto Alegre, 2004f.

\_\_\_\_\_. O grupo de movimento sob a ótica do usuário de drogas: fragmentos de uma experiência. Trabalho apresentado no V CONGRESSO BRASILEIRO e X ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, Curitiba, 2005.

REGHELIN, Elisangela Melo. **Redução de danos**: prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas injetáveis. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

REICH, Wilhelm. **Análise do caráter**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

\_\_\_\_\_. **A função do orgasmo**. 12. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.

ROTELLI, Franco. Onde está o Senhor?. In: LANCETTI, Antônio. **Saúde e loucura**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1992. n. 3, p. 67-76.

SANTOS, Isabel Cristina; NASCIMENTO, Izis. **O abandono do tratamento na atenção diária**: desafio para o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. 1999. Monografia (Especialização em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 1999.

SCHOPENHAUER, Arthur. **Sobre livros e leitura**. Porto Alegre: Paraula, 1994.

SCHUKIT, Marc Alan. **Abuso de álcool e drogas**. Porto Alegre: Artmed, 1991.

SEIDL, Eliane Maria Fleury (Org.). **Prevenção ao uso indevido de drogas**: “Diga SIM à Vida”. Brasília: Cead – Unb/Senad/Sg/PR, 2000. v. 1.

SERRAT, Marcela Freire. **É possível prevenir?** Considerações acerca dos impasses e possibilidades de uma proposta preventiva. Texto disponível na Biblioteca do Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. Secretaria de Saúde. Prefeitura Municipal de Vitória. Vitória, 2003.

SIQUEIRA, Domiciano et al. **Relatório Vitória**. Treinamento em Redução de Danos realizado no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos, Secretaria de Saúde da PMV, Vitória, 2001.

SILVA, Anamaria Pimentel Tavares da; NASCIMENTO, Lilian Claudia; ANDRADE, Ricardo Bodart de. **Corpo em movimento**: construções pró-vida, pró-cidadania através da política de redução de danos. Projeto. Pró-Reitoria de Extensão Universitária. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2002.

SILVA, Cláudio Jerônimo. **Impacto de um curso de diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool sobre a atitude e conhecimento de profissionais da rede de atenção primária à saúde**. 2005. 190 f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVA, Rosane Correia e; ALVES, Domingos S. do Nascimento; SCHECHTMAN, Alfredo. Política do Ministério da Saúde na área de drogas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ALCOOLISMO E OUTRAS DEPENDÊNCIAS, 21., 1995, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas, 1995. p. 81-85.

SIOMOURA, Cláudia Helena dos Reis; XAVIER, Fabíola; CARVALHO, Helena Carolina Siqueira de. **Aquele que faz o café ou aquele que vai à conferência: quem é e o que é líder em Alcoólicos Anônimos?** 2004. 127 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social), Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2004.

SMITH, M. O.; KHAN, I. An acupuncture programme for the treatment of drug addicted persons. **Bulletin on Narcotic**, n. XL, p. 35-41, 1988.

SOFIATI, Sandra. Grupo de movimento...em movimento (uma prática viável em saúde pública). **Revista Reichiana**, São Paulo, n. 2, p. 94-102, 1993.

SOUZA, Maria Dilma. **O corpo em movimento: uma abordagem criativa para a terceira idade.** Projeto. Pró-Reitoria de Extensão Universitária. Universidade Federal do Espírito Santo, 2002.

\_\_\_\_\_. **Grupo de movimento: estratégia de intervenção para idosos.** 2004. Monografia (Especialização em Gerontologia Social) – Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2004.

SOUZA, Maria Dolores Pinheiro. **O grupo de movimento e o bem-estar subjetivo na velhice.** 2005. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

STAHL, Stephen M. **Psicofarmacologia.** Bases neurocientíficas e aplicações clínicas. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.

TOBAR, Federico; YALOUR, Margot Romeno. **Como fazer teses em saúde pública...** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TORRES, Inês Maria Antunes Paes. O desafio em rede. In: COOPERAÇÃO BRASIL-UNIÃO EUROPÉIA. **Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas.** Paris: Editions Scientifiques Acodess, 2002a. p. 111-122.

\_\_\_\_\_. **Rede de atenção ao uso de drogas em Vitória: avatares históricos.** 2002. 93 f. Monografia (Especialização em Dependência Química) – Faculdades Integradas São Pedro, Faesa Campus II, Vitória, 2002b.

TOTUGUI, Márica Landini. Visão histórica e antropológica do consumo de drogas. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial.** São Paulo: Epu, 1988. cap. 1, p 1-7.

VICTÓRIA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Divisão de Saúde Mental. **Projeto do Centro de Tratamento de Toxicomanias de Vitória.** Vitória, 1989.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento. **Relatório de Gestão do ano 1993.** Vitória, 1993.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento. **Relatório Repensando o CPTT**. Vitória, 1994.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Boletim Único de Produtividade** – Profissional Scheila Silva Rasch, outubro a dezembro de 1995. Vitória, 1995a.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Ações Integradas em Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. **Diagnóstico Situacional da Área II – Maruípe**. Novembro de 1995. Vitória, 1995b.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Ações Integradas em Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. **Diagnóstico Situacional da Área IV – São Pedro**. Vitória, 1995c.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Ações Integradas em Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. **Diagnóstico Situacional – Jardim Camburi – Região V**. Vitória, 1995d.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Ações Integradas em Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. **Diagnóstico Situacional da Área III – Centro**. Agosto 1996. Vitória, 1996a.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Ações Integradas em Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. **Diagnóstico Situacional da Área VII – Forte São João**. Outubro 1996. Vitória, 1996b.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Ações Integradas em Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. **Diagnóstico Situacional da Área I – Goiabeiras**. Agosto 1996. Vitória, 1996c.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Relatório de Gestão do ano 1996**. Vitória, 1996d.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Relatório de Gestão do ano de 1997**. Vitória, 1997a.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Relatório do Projeto de Pesquisa sobre acolhimento. 1997**. Vitória, 1997b.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Relatório de Gestão do ano de 1998**. Vitória, 1998.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Saúde da família**: estratégia para o novo milênio. Vitória, 1999a.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. **Política de saúde mental do município de Vitória**. Vitória, 1999b.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Relatório de Gestão do ano de 1999**. Vitória, 1999c.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Movimento e vida**. Vitória, 1999d.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Rede de serviços da SEMUS**. (Vitória, [200-]). 1 Folder.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Relatório do I Fórum Municipal de Atenção ao Uso de Drogas**: Políticas de Ação em Prevenção, Tratamento, Pesquisa e Reinserção Social. Vitória, 2001a.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Trabalho de Campo do PRD, Morro do Romão**. Acervo do CPTT. 2001. Vitória, 2001b. 1 fotografia.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Perambulando**. Criação Coletiva. Oficina de Música. Vitória, 2001c.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/saude/quem.htm>>. Acesso em: 22 jan. 2001d.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Projeto do Programa de Redução de Danos de Vitória**: Morro do Romão, Morro de Santa Marta e Jardim da Penha. Unidade móvel: facilitando o acesso. Vitória, 2002a.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Projeto Técnico do CAPS ad**. Vitória, 2002b.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Relatório do Programa de Redução de Danos**. Vitória, 2003.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Relatório de Gestão do ano 2004**. Vitória, 2005a.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Administração Estratégica. **Regiões administrativas e bairros do município de Vitória**. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/regionais/>>. Acesso em: 16 jan. 2001e.

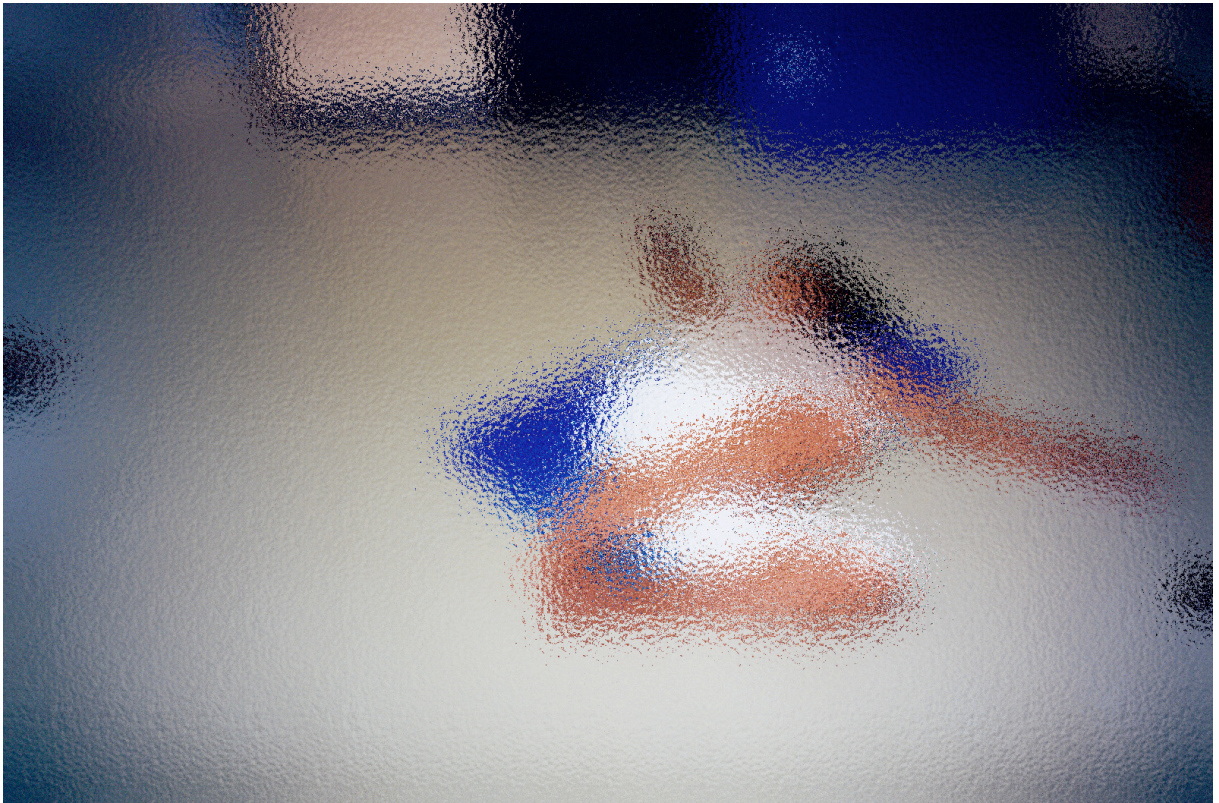
\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Administração Estratégica. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/estrategica/home.htm>>. Acesso em: 19 jan. 2001f.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Turismo. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/turismo/roteiros/htm>>. Acesso em: 20 jan. 2001g.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Turismo. Disponível: <<http://www.sistemas.vitoria.es.gov.br/turismo/index.php?secao=cidade&pg=geografia>>. Acesso em: 1 maio 2005b.

VOLPI, José Henrique. **Psicoterapia corporal**: um trajeto histórico de Wilhelm Reich. Curitiba: Centro Reichiano, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Substance abuse for health professionals**. Reports on a W. H. Consultation. Viena, 1987.



“[...] comecei a... a rolar, a sentir o movimento de rolar. Aí quando eu chegava em casa eu analisava: ‘Poxa vida, é verdade, rolar bêbado é uma coisa, rolar normal é outra coisa’. [...] relaxamento é tão bom que você, mesmo sem remédio... relaxa sem sentir [...].”

**Estrela**

## **APÉNDICES**

## APÊNDICE A – CARTAZ-CONVITE GM 2002



# GRUPO DE MOVIMENTO

É uma proposta de trabalho neo-reichiana que tem por objetivo levar o participante a um processo de sensibilização corporal, de modo a melhorar sua percepção de si mesmo, além de se buscar a recuperação da vitalidade e do bem-estar, através de exercícios corporais apropriados.

Coordenação do Grupo: Scheila Silva Rasch  
Psicóloga e Psicoterapeuta Corporal / CPTT

Local: Auditório do Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT)

Clientela: Pacientes do C.P.T.T.

Dia da semana: Sexta-feira

Horário: 9:30h às 11:30h

Nº de Vagas: 20 (vinte)

Início previsto: Maio/2002

Inscrições: Recepção do CPTT

\* Desenhos/figuras do Livro Alegria, de Alexandre Lowen

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do estudo: O corpo e a droga:** o grupo de movimento como estratégia de redução de danos para usuários de drogas

**Nome da pesquisadora:** Scheila Silva Rasch, psicóloga, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Centro Biomédico, Universidade Federal do Espírito Santo. Tel.: (027) 3225 8037

**Informação sobre a participação:** Você participou do grupo de movimento realizado no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos da Secretaria de Saúde de Vitória, sob minha coordenação. Neste momento, estou realizando uma pesquisa sobre essa experiência e gostaria de saber como foi para você participar dela e o significado dessa participação. Convido-o para participar deste trabalho e é muito importante que você compreenda os princípios da pesquisa:

- a) Você só participa se desejar.
- b) Você pode deixar de participar a qualquer momento. Se você não quiser participar da pesquisa, não há nenhum problema e isso não lhe causará nenhum dano pessoal ou para o seu tratamento no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos.
- c) Durante as entrevistas, você poderá fazer qualquer pergunta que desejar, não fique com nenhuma dúvida.

**Introdução:** O grupo de movimento tem por objetivo possibilitar ao participante contato singular com expressões, fluxos, movimentos e respiração, com vistas à percepção de modos de organização corporal. Objetiva-se uma relação mais estreita de contato com o corpo, uma amplificação das sensações corporais, uma conscientização das tensões e bloqueios musculares do corpo, trabalhando-se sempre na direção de movimentos e de respiração que venham a interferir e liberar

esse estado, visando ao fluxo mais livre de energia no corpo, que trará um sentimento mais intenso de pulsação da vida e de prazer.

**Objetivo do estudo:** Identificar o impacto do grupo de movimento no corpo do usuário de drogas habituais e dependentes.

**Procedimentos:** Caso concorde em participar do estudo,

- a) serão realizadas entrevistas gravadas que pretendem coletar informações sobre a sua vivência nos grupos de movimento realizados;
- b) serão utilizadas fotografias dos grupos de movimento já realizados sem que a fisionomia dos sujeitos seja identificada.

**Duração do estudo:** seis meses.

**Riscos:** Nenhum risco.

**Confiabilidade do estudo:** Sua identidade não será revelada; em lugar nenhum na pesquisa constará o seu nome ou imagem.

**Número de voluntários:** quantos se dispuseram a participar.

**Local para fornecer informações sobre o estudo:** Scheila Silva Rasch, psicóloga – Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos, Rua Álvaro Sarlo, s/n, Ilha de Santa Maria, Vitória, ES, 29040 – 400.

Para obter informações sobre os seus direitos como objeto de estudo, você poderá entrar em contato com a Comissão de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo.

**Se você ficou sem entender alguma parte do que foi lido, solicite explicação à pesquisadora. Somente concorde, caso tenha entendido tudo.**

Eu, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, faço-me voluntário (a) para participar desta pesquisa, sendo a minha participação voluntária e conhecida a natureza, o objetivo, a duração, os benefícios, os métodos da pesquisa, esclarecidos

a mim pela pesquisadora Scheila Silva Rasch, autorizo a utilização das fotografias e a gravação das entrevistas e sei que a qualquer momento posso deixar de participar desta pesquisa e não sofrer qualquer dano ou perda de todos os meus direitos.

## APÊNDICE C – FICHA DO PARTICIPANTE

FICHA DO PARTICIPANTE - DADOS COLETADOS NO PRONTUÁRIO DO CPTT						PRONTUÁRIO Nº:								
PERÍODO DA PESQUISA:						DADOS CONSIDERADOS DE:								
<b>1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>														
Nome:														
Endereço:														
Bairro:			Município:			Estado:			CEP.:					
Telefone:			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			D.N.:			Estado Civil:					
Escolaridade:			Profissão:			Situação funcional:			Renda:					
Composição familiar:														
Reside com quem:														
<b>2 CONSUMO DE DROGAS</b>														
Tipo de droga:	<input type="checkbox"/> SR	<input type="checkbox"/> F 10	<input type="checkbox"/> F 11	<input type="checkbox"/> F 12	<input type="checkbox"/> F 13	<input type="checkbox"/> F 14	<input type="checkbox"/> F 15	<input type="checkbox"/> F 16	<input type="checkbox"/> F 17	<input type="checkbox"/> F 18	<input type="checkbox"/> F 19 Quais?			
Tempo de uso:														
<b>3 INTERAÇÕES POR CONSUMO DE DROGA</b>														
<input type="checkbox"/> SIM			Onde?			<input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SR					
<b>4 ACESSO AO CPTT</b>														
<input type="checkbox"/> Iniciativa própria			<input type="checkbox"/> Encaminhamento. Quem?			<input type="checkbox"/> SR			<input type="checkbox"/> Outros. O quê?					
<b>5 PROJETO TERAPÊUTICO NO CPTT</b>														
Acolhimento individual				Acolhimento grupal				Total						
Atividades individuais <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Clínica Médica <input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Serviço Social <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Téc. Enf. <input type="checkbox"/> Aux. Enf. <input type="checkbox"/> Outros														
Atividades grupais	<input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> Adolescentes <input type="checkbox"/> F10 H <input type="checkbox"/> F 10 M <input type="checkbox"/> F10 H M <input type="checkbox"/> F 17	<input type="checkbox"/> F 19 (18/25) <input type="checkbox"/> F 19 (25...) <input type="checkbox"/> Sexta-feira <input type="checkbox"/> Psicoterapêutico <input type="checkbox"/> Terapêutico <input type="checkbox"/> AD <input type="checkbox"/> Informática	<input type="checkbox"/> Início sem. <input type="checkbox"/> Final sem. <input type="checkbox"/> GM	<input type="checkbox"/> Teatro <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Ed. Física <input type="checkbox"/> Pintura <input type="checkbox"/> Sucata <input type="checkbox"/> Literatura	<input type="checkbox"/> Macramê <input type="checkbox"/> Sahaja Yoga <input type="checkbox"/> Pedagógica <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Pint.MM <input type="checkbox"/> Cerâmica <input type="checkbox"/> Outros									
Medicação psicotrópica	<input type="checkbox"/> SIM			<input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SR							
Participação familiar	<input type="checkbox"/> SIM			Quem?			<input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SR				
<b>6 INTERVENÇÕES REALIZADAS FORA DO CPTT</b>														
<input type="checkbox"/> SIM			Onde?			<input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SR					
<b>7 ENCAMINHAMENTOS DO CPTT PARA OUTROS SERVIÇOS DE TRATAMENTO DROGAS</b>														
<input type="checkbox"/> SIM			Onde?			<input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SR					
<b>8 ACESSO AO GRUPO DE MOVIMENTO</b>														
<input type="checkbox"/> Coordenador GM			<input type="checkbox"/> Profissional CPTT			<input type="checkbox"/> Iniciativa própria			<input type="checkbox"/> SR			<input type="checkbox"/> Outros		
<b>9 PARTICIPAÇÃO NO GRUPO DE MOVIMENTO</b>														
1995		1999		2002		2002/2003		TOTAL						
<b>10 REGISTROS DA PARTICIPAÇÃO NO GRUPO DE MOVIMENTO</b>														
Data		Sessão		Tema		Registros								

## APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

QUESTÕES	OBJETIVO
<p><b>Questão 1</b> A trajetória do sujeito no tratamento da problemática álcool e outras drogas e, especificamente, o processo tratamento no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT)</p>	<p>- Considerar a trajetória do processo de tratamento em outros serviços e o processo de tratamento no CPTT</p>
<p><b>Questão 2</b> A experiência do sujeito no grupo de movimento (como era antes do grupo, durante o grupo e depois do grupo)</p>	<p>- Verificar a percepção que o sujeito teve acerca de sua inserção no grupo de movimento</p>
<p><b>Questão 3</b> O processo de condução do sujeito no grupo de movimento e os efeitos dessa participação em sua vida</p>	<p>- Levantar dados sobre a percepção do sujeito no processo de participação no grupo de movimento - Verificar as modificações dessa participação em sua vida</p>
<p><b>Questão 4</b> Percepção do seu corpo antes, durante e depois do grupo de movimento</p>	<p>- Considerar a relação com o corpo antes, durante e após o grupo de movimento</p>
<p><b>Questão 5</b> Relação dos efeitos do Grupo de Movimento em seu corpo e em relação ao uso de drogas</p>	<p>- Levantar os efeitos e as modificações ocorridas após a intervenção, tanto em relação ao corpo, quanto ao uso de drogas</p>
<p><b>Questão 6</b> O grupo de movimento dentro da dinâmica de trabalho de atividades ofertadas no CPTT.</p>	<p>- Levantar o sentido que o sujeito dá ao grupo de movimento no contexto do tratamento no CPTT</p>

## **ANEXOS**



## ANEXO B – APAC

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA EMISSÃO DE APAC ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL</b>		Nº do Prontuário
<b>Identificação da Unidade</b>					
Nome Capsad - CPTT				CNPJ	27.142.058/0001-26
<b>Dados do Paciente</b>			<b>Cartão do SUS:</b>		
Nome					
CPF					
Nome da Mãe ou Responsável					
Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)				DDD	Nº Telefone
Município				UF	CEP
				Nascimento	Sexo
<b>CONVÊNIO</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Nome do Convênio	
<b>Dados da Solicitação</b>					
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			NOME DO PROCEDIMENTO		
CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			NOME DO PROFISSIONAL DE SAÚDE (NS) SOLICITANTE		
ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (EXAMINADOR)		Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL		DATA	
<b>JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO</b>					
<b>DIAGNÓSTICO</b>					CID 10
<b>PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b>					
<b>DADOS CLÍNICOS QUE JUSTIFICAM A INDICAÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>					

## ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

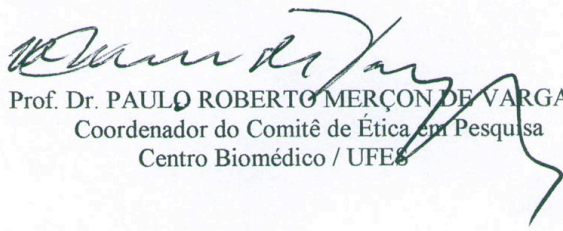
Vitória-ES, 06 de maio de 2003

- Do: Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico  
da Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Dr. Paulo Roberto Merçon de Vargas
- Ao: Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Garcia e Dra. Sheila Silva Rasch  
Pesquisadores Responsáveis pelo Projeto Intitulado: **“O corpo e a droga: o grupo de movimento como estratégia de redução de danos para usuários de drogas”**

Senhoras Pesquisadoras,

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Protocolo de Pesquisa intitulado: **“O corpo e a droga: o grupo de movimento como estratégia de redução de danos para usuários de drogas”**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** em Reunião Ordinária realizada em 05 de maio de 2004.

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. PAULO ROBERTO MERÇON DE VARGAS  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
Centro Biomédico / UFES

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CENTRO BIOMÉDICO  
PARECER CONSUBSTANCIADO

TÍTULO DO PROJETO: “O corpo e a droga: o grupo de movimento como estratégia de redução de danos para usuários de drogas”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Sheila Silva Rasch

INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA: Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) – Prefeitura Municipal de Vitória/SEMUS

DATA DE APRESENTAÇÃO AO CEP: 03 de março de 2004

Trata-se o presente processo do projeto de pesquisa intitulado “O corpo e a droga: o grupo de movimento como estratégia de redução de danos para usuários de drogas” a ser desenvolvido por Sheila Silva Rasch no mestrado em Atenção à Saúde Coletiva sob a Orientação da Prof<sup>a</sup> Maria Lúcia Teixeira Garcia.

A autora pretende identificar o impacto do movimento no corpo do usuário de drogas habituais e dependentes, como uma estratégia de redução de danos pessoais e sociais bem como analisar a relação estabelecida entre droga e corpo pelo usuário.

Trata-se de um estudo qualitativo onde se buscará investigar a interpretação que os sujeitos dão aos fatos sociais. É uma pesquisa exploratória que utilizará a pesquisa documental e de campo e será desenvolvida no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.


Estão claramente explicitados os critérios de inclusão na amostra e os procedimentos que serão desenvolvidos.

O termo de consentimento está em linguagem clara e simples e estão garantidas a privacidade e liberdade de não continuidade de participação dos sujeitos.

O projeto atende a todas as resoluções e preceitos fundamentais do Conselho Nacional de Saúde que tratam das Diretrizes e normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Diante do exposto, meu parecer é favorável a aprovação do projeto.

Vitória-ES, 26 de março de 2004.

  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elda Coelho de Azevedo Bussinger  
Membro do CEP/CBM  
Universidade Federal do Espírito Santo



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**EXTRATO DA ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO DE 2004 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO BIOMÉDICO REALIZADA NO DIA 05 DE MAIO ÀS 17:00 hs.**

Aos cinco dias do mês de maio do ano de dois mil e quatro as dezessete horas, na sala de reuniões do Núcleo de Doenças Infecciosas, realizou-se a 2ª. Reunião Ordinária do ano de dois mil e quatro do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico, com a presença dos seguintes membros: Professores Doutores Paulo Roberto Merçon de Vargas (Coordenador), Elda Coelho Azevedo Bussinguer, Fausto Edmundo Lima Pereria, Maria Rosiani Dorietto de Menezes, Oto Vargas, Reynaldo Dietze, Roberto de Sá Cunha, e Fátima Aparecida Pereira (Secretária).  
 ..... Deliberações: b) Tendo como relatora a Profª. Dra. Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, o Projeto de Pesquisa intitulado: "O corpo e a droga: o grupo de movimento como estratégia de redução de danos para usuários de drogas", sendo as Pesquisadoras Responsáveis a Profª. Dra. Maria Lúcia Teixeira Garcia e a Dra. Scheila Silva Rasch, por unanimidade, teve parecer favorável;..... Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião, tendo eu Fátima Aparecida Pereira (Secretária), lavrado a presente ata que vai devidamente assinada. Vitória-ES, cinco de maio do ano de dois mil e quatro.

Fátima Aparecida Pereira (Secretária)

Comitê de Ética em Pesquisa  
 Centro Biomédico  
 Universidade Federal do Espírito Santo



## Controle das atividades desenvolvidas no CPTT:

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	ATRIBUTOS	Encaminhamento (Data)	Primeiro Atendimento (Data)	Número de comparecimentos			
				Menos de 90 dias	Mais de 90 a 180 dias	Mais de 180 a 270 dias	+ de 270 a 1 ano
20. Quanto ao paciente, informações sobre seu atendimento individual	Clínico com medicamento						
	Clínico sem medicamento						
	Psiquiátrico com medicamento						
	Psiquiátrico sem medicamento						
	Psicológico (Psicológico)						
	Enfermeiro						
	Assistente social						
	Oficineiro						
	Outros profissionais do CPTT						

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	ATRIBUTOS	Encaminhamento (data)	Primeiro Atendimento (data)	Número de comparecimentos			
				Menos de 90 dias	Mais de 90 a 180 dias	Mais de 180 a 270 dias	Mais de 270 a 1 ano
21. Quanto ao paciente, informações sobre seu atendimento em grupo	Grupo acolhimento						
	Grupo acompanhamento						
	Psicoterapia de grupo						
	Oficina						
22. Quanto ao paciente, informações sobre seu atendimento em função do período de tempo determinado	01 ou 02 oficinas, somente						
	Período integral todos os dias						
	Período integral dias alternados						
	Período parcial todos os dias						
Atendimento, em grupo, familiar	Grupo acolhimento						
	Grupo acompanhamento						
23. Atendimento individual familiar	Clínico						
	Psiquiátrico						
	Psicológico						
	Assistente social						
	Enfermeiro						
	Oficineiro						
	Outros profissionais do CPTT						

Desenvolvimento do tratamento durante os doze (12) primeiros meses:

24. Estágio ?	90 dias após	180 dias após	270 dias após	1 ano após
Remissão completa: inicial/mantida				
Remissão parcial: inicial/mantida				
Reduziu ingesta				
Quadro inalterado				
Piorou				

**OBJETIVOS DO PACIENTE**

1. FACE AOS CONSUMOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. OUTROS OBJETIVOS: : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ATIVIDADES INICIAIS PROPOSTAS:**

\_\_\_\_\_

**NOME DO PROFISSIONAL QUE ENCAMINHOU/ACOMPANHAMENTO:**

\_\_\_\_\_

**NOME DO PROFISSIONAL QUE ENTREVISTOU PARA ATENÇÃO DIÁRIA:**

\_\_\_\_\_

**PSICOTERAPEUTA:**

\_\_\_\_\_

PERÍODO DE ELABORAÇÃO DESTE FORMULÁRIO - AGOSTO A NOVEMBRO/1999  
PRÉ-TESTE: 1ª QUINZENA DE DEZEMBRO/1999



