



Universidade Católica do Salvador
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania

ANDRÉA LEITE RIBEIRO VALÉRIO

(MAL)DITA LIBERDADE E CIDADANIA:

A redução de danos em questão

Salvador

2010

ANDRÉA LEITE RIBEIRO VALÉRIO

(MAL)DITA LIBERDADE E CIDADANIA:

A redução de danos em questão

Dissertação apresentada ao Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador (UCSAL), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania, na linha de pesquisa Estado, Sociedade e Políticas Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Mary Garcia Castro

Salvador

2010

V164 Valério, Andréa Leite Ribeiro
(Mal) dita liberdade e cidadania: a redução de danos em questão/ Andréa Leite Ribeiro Valério. – Salvador, 2010.
117 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em
Políticas Sociais e Cidadania.

Orientação: Profa. Dra. Mary Garcia Castro

1. Substâncias psicoativas (SPAs) – Uso e abuso 2. Centros de
Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad) - Bahia
3. Redução de danos - Saúde - Social 4. Política de Atenção
Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas – Ministério da Saúde
I. Título.

CDU 364.272(813.8)

TERMO DE APROVAÇÃO

ANDRÉA LEITE RIBEIRO VALÉRIO

(MAL)DITA LIBERDADE E CIDADANIA:

A redução de danos em questão

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 26 de março de 2010

Banca Examinadora

Avaliador: Prof. Dr. Edward John Baptista das Neves MacRae

Avaliador: Profa. Dra. Kátia Siqueira de Freitas

Orientadora: Profa. Dra. Mary Garcia Castro

*Dedico esta dissertação a **TODOS** os profissionais que bravamente implantaram o primeiro CAPSad do município de Salvador e que, enquanto trabalhadores do SUS, sempre respeitaram a liberdade dos cidadãos usuários do serviço. Divido o cumprimento de mais essa etapa da minha vida com a minha maior torcida: meu marido Marcelo, por me amar e deixar amá-lo a minha maneira, pelo apoio, carinho e por compartilhar ativamente dessa jornada, ainda que permeado pela dor da minha ausência; minha admirável mãe, a fonte original da minha vida, que não me negou afeto e incentivo, sempre me permitindo exercer a liberdade de escolher o meu próprio caminho; e meu querido e falecido pai, com quem tantas coisas eu desejaria partilhar!*

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, *Prof. Dra. Mary Castro*, que me acolheu em um momento de transição e que me introduziu, de forma tão leve e delicada, no universo científico, pela valiosa orientação, paciência, simplicidade e dedicação. Você é um admirável estímulo intelectual.

À *Denise Dornelles*, pessoa especial. Obrigada pelo precioso tempo que passamos juntas.

À professora *Dra. Isabela Cardoso*, pela valiosa sugestão para o aperfeiçoamento deste trabalho na banca de qualificação.

Ao Mestre *Dr. Antonio Nery Filho*, por compartilhar do seu conhecimento, pela dignidade com que trata as questões relacionadas aos “invisíveis”, pela valiosa contribuição na banca de qualificação e nos demais espaços de trabalho, em que pude beber da fonte do seu saber.

Às professoras *Dras. Kátia Siqueira, Inaiá Maria de Carvalho, Denise Vitale, Anete Ivo*, pelos momentos vivenciados em sala de aula e, em especial, à *Prof. Dra. Ângela Borges*, pelas palavras de incentivo e dedicação para que a minha permanência no mestrado fosse uma realidade.

Ao Grupo de Estudos “*Mão Dadas – Sobre o pensamento social contemporâneo*”, pela chuva de luz.

A generosidade, cumplicidade e colo das amigas *Diana Paim e Leila Márcia*, que estiveram bem próximas a mim em todo o percurso, me estimulando em muitos momentos a persistir no meu objetivo, sendo uma torcida incontestável, fazendo meu coração sorrir. Meu agradecimento por tê-las por perto.

À *Maria Luiza*, pois sem seu profissionalismo esse trabalho não teria sido concluído e por me ajudar na difícil tarefa de olhar a mim mesma.

A todos os colegas do curso, que dividiram a dor e a delícia de ser mestranda.

A *Hélio Sampaio* (paciência e compreensão maior não há!), *Marcelo Oliveira* (referência profissional), *Anaís Cavalcante* (pela doçura e importante apoio), *Ana Claudia Portela* (auxílio fundamental na biblioteca do CETAD), *Fabíola, Patrícia Flach, Patrícia Rachel, Gisele Falcão, Leonardo Barros, José Saja, Milton Júlio, Sadi Gumes, Vânia Sampaio, Família Leite, Família Ribeiro e Família Valério* que, embora nos bastidores, desempenharam papéis fundamentais para a conclusão desta etapa da minha vida, sempre me estimulando. Meus sinceros agradecimentos.

À *Milena Andrade*, pelo cuidado, atenção e seriedade com que coordena o CAPSad estudado, assim como a sua equipe e usuários do serviço, pelo espaço cedido para

a realização da pesquisa e por acreditaram na seriedade deste estudo. Pessoas pelas quais tenho imenso carinho e respeito, minha gratidão pela valiosa participação neste trabalho.

À *Natasha Krahn* e *Natália Valério* pela tradução.

Aos atores que se disponibilizaram a contribuir com este trabalho, sendo memórias viva da Redução de Danos na Bahia, e em especial a *Fátima Cavalcante*, pelas reflexões proporcionadas nos diversos encontros ao longo da minha trajetória profissional.

À FAPESB, pelo valioso suporte financeiro através da bolsa de estudos.

Acima de tudo a Deus, pela dádiva da vida, pelos caminhos que me iluminou e por ter colocado pessoas tão especiais no meu caminho.

A todos esses, meu muito obrigada.

Senhor legislador da lei 1936, aprovada por decreto em julho de 1917; sua lei não serve de nada mais que fastidiar a farmácia mundial sem proveito nenhum para o nível toxicômano da nação, porque:

- 1. O numero de toxicômanos que se abastece na farmácia é ínfimo.*
- 2. Os verdadeiros toxicômanos não se abastecem nas farmácias.*
- 3. Os toxicômanos que se abastecem nas farmácias são todos doentes.*
- 4. O numero de toxicômanos doentes é ínfimo em relação aos toxicômanos voluptuosos.*
- 5. As restrições farmacêuticas à droga não reprimiriam jamais os toxicômanos voluptuosos e organizados.*
- 6. Haverá sempre traficantes.*
- 7. Haverá sempre toxicômanos por vício de estrutura, por paixão.*
- 8. Os toxicômanos doentes têm sobre a sociedade um direito imprescritível, que é o que os deixem em paz.*

É sobretudo uma questão de consciência. A Lei sobre estupefacientes põe nas mãos do inspetor-usurpador o direito de dispor da dor dos homens, numa pretensão singular da medicina moderna de querer impor suas regras à consciência de cada um. Todos os balidos oficiais da lei não têm poder de ação frente a este fato de consciência, ou seja, que mais ainda que a morte, eu sou dono de minha dor. Todo homem é juiz, juiz exclusivo, da quantidade de dor física, ou de vazio mental que pode honestamente suportar.

Lucidez ou não lucidez, tem uma lucidez que nenhuma enfermidade me arrebatará jamais, é aquela que me dita o sentimento de minha vida. E, se eu tiver perdido minha lucidez a medicina não tem outra coisa a fazer que dar-me substâncias que me permitam recobrar o uso desta lucidez.

Senhores ditadores da escola farmacêutica da França, tem uma coisa que deveriam considerar melhor, o ópio é essa imprescritível substância que me permite retornar a vida de sua alma, daqueles que tiveram a desgraça de havê-la perdido.

Tem um mal contra o qual o ópio é soberano, este mal se chama Angústia, em sua forma mental, médica, psicológica, lógica ou farmacêutica, como vocês queiram.

A Angústia nos faz os loucos. A Angústia que faz os suicidas. A Angústia que faz os condenados. A Angústia que a medicina não conhece. A Angústia que vosso doutor não entende. A Angústia que corta o cordão umbilical da vida. A Angústia que acaba com a vida.

Por vossa lei iníqua, vocês, põem em mãos de pessoas nas quais eu não tenho confiança, o direito de dispor de minha Angústia que é em mim tão aguda como as agulhas de todas as bruxas do inferno.

Tremores do corpo e da alma, não existe sismógrafo humano que permita a quem me olhe, chegar a uma avaliação de minha dor mais exata, que aquela fulminante de meu espírito.

Sou o único juiz do que se passa comigo.

Desejo que tua lei recaia sobre teu pai, sobre tua mãe, sobre tua mulher e teus filhos, e toda tua posteridade. Enquanto isso suporto a tua lei. Antonin Artaud¹. (SIQUEIRA, 2006, p. 18).

¹ ARTAUD, poeta, teatrólogo e dependente do ópio, morreu em hospital psiquiátrico, onde havia passado mais de 10 anos de sua vida.

***“As coisas Estão no Mundo,
Só que eu preciso aprender...”***

Paulinho da Viola

RESUMO

As questões relacionadas ao uso e abuso de Substâncias Psicoativas (SPAs)² ao longo das transformações da sociedade, vêm sofrendo alterações no que tange ao tratamento do usuário. Em 2003, o Ministério da Saúde publicou portarias que deram início a um modelo de tratamento aos dependentes e cria os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad), sendo estes norteados pela Política de Atenção Integral ao usuário de álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. Essa Política tem sua lógica pautada na Redução de Danos (RD), e o seu objetivo principal é a proposição de intervenções que produzam melhorias sociais e na saúde dos usuários. Nesse sentido, o presente trabalho pretende apreender de que maneira os profissionais de um CAPSad da Bahia utilizam e refletem a Estratégia Redutora de Danos no seu cotidiano de trabalho, comparando-a com o modelo Redutor de Danos à saúde e social. Os dados foram coletados durante o ano de 2009, sendo estes: entrevistas com coordenadores de dois serviços que foram diretamente responsáveis pela implantação da RD na Bahia, com o coordenador do CAPSad de um município baiano e com o coordenador de saúde mental deste, além de entrevista com um redutor de danos que participou do processo de implantação da RD na Bahia e com pacientes do serviço pesquisado. Aos técnicos foram aplicados questionários semi-estruturados e realizado grupo focal. Os dados demonstraram que, apesar de reconhecer a importância da RD no CAPSad, a adoção desta ainda está distante de ser utilizada. Dessa forma, apesar de encontrar campo fértil nos CAPSad, a efetivação da Redução de Danos ainda está em processo de implantação.

Palavras-chave: redução de danos, substâncias psicoativas, CAPSad.

² Psicoativos ou psicotrópicos são substâncias que agem sobre a mente, produzindo alterações no psiquismo. É o termo mais adequado em termos de conceituação em detrimento ao termo drogas, pois nessa categoria é possível agrupar diversas substâncias como café, álcool, crack, tranquilizantes, etc. (MOTA, 2007, p. 12).

ABSTRACT

Issues related to the use and abuse of psychoactive substances³¹ throughout the changes in society, have been modifying the treatment of the drug user. In 2003, the Ministry of Health published ordinances that initiated a model of treatment of dependents and created Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs - CAPS AD, which is guided by the Policy of Comprehensive Care to the user of alcohol and other drugs of the Ministry of Health. This policy has its own logic guided by Harm Reduction - HR, and its main objective is to propose interventions that produce social and health improvements of the users. Accordingly, this study aims to learn how professionals in a CAPS AD of Bahia use and reflect the Harm Reduction Strategy in their daily work by comparing it to the social and health Harm Reduction model. Data was collected during the year 2009, which include: interviews with the coordinators of two services that were directly responsible for the implementation of HR in Bahia, interviews with the coordinator of a CAPS AD of a town in Bahia and the coordinator of mental health of this same CAPS AD, and an interview with a harm reducer that participated in the process of implementing harm reduction in Bahia and with patients of the researched service. To the technicians semi-structured questionnaires were applied and a focus group was conducted. The data showed that while acknowledging the importance of Harm Reduction in CAPS AD, the adoption of this strategy is still far from being used, following their assumptions. Thus, the HR, although finding fertile ground in CAPS AD, is still in process of implementation.

Keywords: harm reduction, psychoactive substances, CAPS AD.

³ The word psychoactive or psychotropic substances mean substances that act on the mind and produce changes in the psyche. It is the most appropriate term in terms of concepts, rather than using the term drug, as this category can group several substances such as coffee, alcohol, crack, tranquilizers, etc. (MOTA, 2007, p. 12).

LISTA DE TABELAS

Página

Tabela 1	Comparação entre os modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas	49
Tabela 2	Comparação entre critérios de abuso e uso nocivo da DSM-IV e CID-10.....	50
Tabela 3	Planos, relatórios de conferências, portarias e políticas na área da saúde	51
Tabela 4	Notícias relacionadas às drogas veiculadas durante o mês de Novembro de 2009	81
Tabela 5	Distribuição dos pacientes por substância utilizada.....	82
Tabela 6	Distribuição por percepção dos pacientes de modificações na vida após o início do tratamento no CAPSad.....	83
Tabela 7	Objetivos do tratamento	86
Tabela 8	Distribuição de motivos explicitados pelos pacientes para nunca terem buscado tratamento para o uso de SPA, antes do CAPSad	87
Tabela 9	Percepção dos pacientes quanto à qualificação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento ao usuário de SPA.....	89
Tabela 10	Distribuição por profissionais que foram capacitados para atuar na lógica da Redução de Danos	90
Tabela 11	Distribuição a partir da forma de utilização da Redução de Danos no Processo de trabalho dos técnicos.....	91
Tabela 12	Compreensão do que é Redução de Danos por pacientes	97
Tabela 13	Análise dos técnicos quanto à capacidade de decisão do usuário em relação à substância que utiliza	99
Tabela 14	Análise dos pacientes quanto à capacidade de escolher a forma de tratamento e de relacionamento com a droga que utiliza.....	100
Tabela 15	Compreensão do que é cidadania por pacientes.....	103

LISTA DE FIGURAS

Página

Figura 1	Triangulação de fatores para uso de SPAs.	41
Figura 2	Mapa dos CAPSad implantados no Estado da Bahia.	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
ATSM – Atenção a Saúde Mental
CAASAH – Casa de Apoio e Assistência ao Portados do Vírus HIV/AIDS
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas
CETAD – Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas
CPT – Coordenação de Políticas Transversais
DGC – Diretoria de Gestão do Cuidado
MS – Ministério da Saúde
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial de Saúde
PRD – Programa de Redução de Danos
RD – Redução de Danos
SAIS – Superintendência de Ação Integral à Saúde
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas
SPAs – Substâncias Psicoativas

SUMÁRIO

Página

1	INTRODUÇÃO	16
2	METODOLOGIA	19
3	CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE TRABALHO	26
3.1	Redução de danos: conhecer para compreender	31
3.2	Pressupostos da estratégia de redução de riscos e danos: aprecie sem moderação!.....	35
4	HISTÓRICO DAS LEIS E POLÍTICAS SOBRE DROGAS: UMA BREVE ANÁLISE DO CASO BRASIL	43
4.1	“Lei Seca” e RD: breve comentário	56
5	REDUÇÃO DE DANOS EM CAPSAD	60
5.1	O CAPSad: perfil do serviço	67
5.2	Saúde mental e assistência ao usuário de álcool e outras drogas.....	71
5.3	O diálogo entre os Princípios: do SUS, do CAPSad e da Redução de Danos	76
5.4	Direito dos usuários de SPAs no SUS e CAPSad	78
5.5	A prática redutora de riscos e danos do CAPSad	82
5.5.1	Formação da equipe.....	87
5.5.2	O lugar do CAPSad e da Redução de Danos para o usuário do serviço.....	96
5.5.3	CAPSad e Redução de Danos = liberdade e cidadania?	97
6	INFERÊNCIAS E REFLEXÕES FINAIS.....	104
6.1	Modos de uso de drogas: assistência ao usuário de álcool e outras drogas na agenda política	104
6.2	Sociedade capitalista, relação de consumo e SPAs.....	105
6.3	A ação territorial e a ida a campo	106
6.4	A adoção da Redução de Danos na prática profissional do CAPSad	110
	REFERÊNCIAS	113

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define droga como “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar em um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.” (NICASTRI, 2008).

Em uma perspectiva histórica, é importante pontuar que as drogas estão presentes em toda a história da humanidade, e ainda que o consumo destas se diferencie ao longo do tempo, a relação entre os seres humanos e as diferentes substâncias definidas como drogas se perpetua. Advindo de um passado longínquo, a busca por essas substâncias ocorre em variadas situações, com diversas motivações e finalidades, como remédio e como veneno, de forma divina ou demonizada, correspondendo a uma prática humana, milenar e universal (BUCHER, 1992). Nesse sentido, pensar em uma sociedade livre das drogas é uma utopia.

Atualmente existem dois discursos contrapostos sobre o consumo de drogas, conforme assegura Bravo (2000) em sua tese: o tradicional, que diz respeito a práticas repressivas, focalizada criminalização do usuário de drogas ilegais; e um mais recente, denominado Redução de Danos (RD), que objetiva a diminuição dos efeitos prejudiciais do consumo de SPAs com o foco no sujeito e na sua saúde, no qual se aceita que “bem ou mal, as substâncias psicoativas, sendo elas lícitas ou ilícitas fazem parte deste mundo, e [se] escolhe trabalhar para minimizar seus efeitos danosos” (BRAVO, 2000).

A RD foi constituída inicialmente por um conjunto de estratégias para lidar com as Hepatites e com o avanço da Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS) associados ao uso de Substâncias Psicoativas (SPAs) injetáveis, entre os usuários destas drogas, e que foram implementadas junto a esse seguimento de usuários. Uma dessas estratégias, que deu maior visibilidade à redução de danos no Brasil e no mundo, foi a troca de seringas usadas por seringas novas. É importante salientar que o primeiro Estado brasileiro a implantar oficialmente as ações que se constituem como Redução de Danos foi a Bahia, através do Programa de Redução de Danos (PRD) do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), serviço da faculdade de medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 1995.

O fazer do profissional que atende o usuário de SPAs é entendido enquanto um reflexo das diretrizes institucionais e é de fundamental importância para a adesão do paciente e sua evolução no tratamento. Aliado a isso, o conhecimento do núcleo institucional a respeito das diversas formas de acolhimento possibilita ao usuário buscar compreender o seu uso de drogas e optar pelo tratamento que melhor se adéque a sua realidade.

A percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas promove a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são inertes por natureza, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Isto por vezes é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas/terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência (BRASIL, 2004, p. 8).

Existem diversas formas de tratamentos para o uso problemático das SPAs, destacando-se entre outros: o tratamento farmacológico, voltado para tratar sintomas de desintoxicação e abstinência (a desintoxicação pode ser desenvolvida através de tratamento domiciliar, da internação domiciliar e da internação hospitalar); os oferecidos pelos grupos de auto-ajuda, a exemplo do Alcoólicos Anônimos (AA) e do Narcóticos Anônimos (NA), pelas comunidades terapêuticas e fazendas de tratamento; os tratamentos psicossociais, desenvolvidos em diversas unidades de saúde, a exemplo de postos de saúde, os atendimentos em hospitais gerais e os Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPSad), que têm sido a principal estratégia da Política de Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas.

A maneira como essas instituições/ organizações entendem a problemática que envolve o uso e abuso de drogas pode variar, já que podem perceber o usuário enquanto doente, com troca zero, não havendo a noção da atenção à saúde como um direito, nem do usuário como um cidadão.

Na década de 70, antes do movimento denominado por Reforma Psiquiátrica, os usuários de substâncias psicoativas eram tratados dentro dos hospitais psiquiátricos, como psicopatas. Nesse período, era possível perceber um posicionamento dos profissionais diante do problema, com fundamentos moralistas. Dessa forma, o tratamento destinado aos usuários, se dava pelo julgamento do sistema prisional ou do sistema psiquiátrico.

Para analisar se há coerência entre o modelo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas baseado na estratégia da RD e a prática dos profissionais que atuam em um CAPSad no estado da Bahia, esta dissertação foi estruturada da seguinte forma:

No Capítulo 1, apresentam-se as técnicas e o caminho usado para a sua construção;

No Capítulo 2, abordam-se tanto as questões relacionadas à sociedade e aos seus discursos sobre drogas quanto os pressupostos da redução de danos enquanto estratégia apoiada na liberdade e na cidadania daqueles que fazem uso de álcool e outras drogas. Expõem-se, também, os principais conceitos que norteiam este trabalho, enquanto referencial teórico utilizado;

No Capítulo 3, analisam-se as políticas e leis sobre Substâncias Psicoativas, mostrando as mudanças de perspectivas sobre políticas em diferentes épocas e o processo de evolução de uma política repressiva para um cenário que caminha para a liberdade e cidadania do usuário, através da adoção da Redução de Danos;

No Capítulo 4, revelam-se os resultados da pesquisa de campo e a sua análise, considerando a literatura estudada;

No Capítulo 5, desenvolvem-se as inferências e reflexões finais, enquanto conclusão do percurso do trabalho, tendo como base a bibliografia estudada, as análises do trabalho de campo e a experiência vivida frente à estratégia de RD.

No Capítulo 6, apresentam-se as referências bibliográficas utilizadas para o trabalho.

2 METODOLOGIA

No ano de 2004, fiz parte da equipe que instituiu o primeiro CAPSad na capital do estado da Bahia, durante um período marcado pela grande expansão da rede de saúde mental, com implantação de diversos tipos de CAPS⁴ em todo o Brasil no qual, entretanto, não se observava o mesmo crescimento na atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Enquanto técnica do CAPSad, busquei compreender o funcionamento de cada estratégia relacionada às Substâncias Psicoativas⁵, bem como entender o processo de transformação da assistência prestada ao usuário de SPAs, de forma a perceber este além da estruturação dos serviços. Após quatro anos de atuação na assistência aos usuários enquanto assistente social e coordenadora de ações comunitárias, compreendi a importância de trabalhar o território onde o usuário está inserido, pois nele a convivência se estabelece e a liberdade do agir se faz presente.

Na unidade de saúde onde trabalhei, havia uma peculiaridade: ela era um serviço docente assistencial na qual o trabalho de “formar”⁶ novos profissionais para atuar nos municípios em que habitavam fazia parte da rotina. Já nessa época, eu acreditava que a atenção psicossocial era um processo social e complexo, que

⁴ Conforme a portaria GM336, do Ministério da Saúde, seguindo critérios populacionais os CAPS podem ser do tipo I (com atendimento diário) para municípios entre 20 a 70.000 habitantes, II (com atendimento diário) que podem ser implantados em municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes ou do tipo III (com atendimento diário e noturno) para municípios com mais de 200.000 habitantes. Quanto ao tipo, podem ser destinados a adultos com transtorno mental, CAPSi para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais e o CAPSad destinado a usuários de álcool e outras drogas.

⁵ No Brasil, as principais estratégias são o controle da oferta (repressão à produção, tráfico e uso de drogas), Redução da demanda (desestimulação do consumo, tratamento a usuários dependentes de drogas) e a Redução de danos (conjunto de medidas voltadas para reduzir os danos sociais e de saúde decorrentes dos diferentes usos de diversas drogas e das práticas sexuais desprotegidas) No Brasil, as principais estratégias são o controle da oferta (repressão à produção, tráfico e uso de drogas), Redução da demanda (desestimulação do consumo, tratamento a usuários dependentes de drogas) e a Redução de danos (conjunto de medidas voltadas para reduzir os danos sociais e de saúde decorrentes dos diferentes usos de diversas drogas e das práticas sexuais desprotegidas).

⁶ Nesse caso, *formar* está colocado entre parênteses, por se entender que o serviço prestado servia como base de orientação, porém não fornecia os aparatos teóricos/práticos para formação de um profissional para atuar em um serviço CAPSad, tão importante para o rompimento de barreiras entre os usuários de SPAs e os serviços de saúde e para a construção de uma rede de saúde mental. Tal crítica advém da observação de que a maioria dos profissionais dos diversos municípios que era “formada” no CAPSad em questão visitava a unidade e tinha um período de conversação com técnicos que lhes apresentava a forma como atuavam na clínica, no território e nos grupos e oficinas.

envolvia não apenas a elaboração de políticas, mas a efetivação desta através de novos atores sociais.

Essa prática me possibilitou a reflexão sobre como se daria a atividade desses profissionais frente à assistência direta aos usuários diante de conflitantes interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas e de pertencimento de classes. Enfim, dos atores ligados a compromimentos diversos com a prática profissional em uma clínica tão paradoxal, com produção de tensões e permeada de muitas contradições. Reflexão essa pautada frente à perspectiva dos técnicos que viram como meta de tratamento apenas a abstinência ao uso de drogas, desrespeitando o usuário em relação ao seu direito de escolha e à sua autonomia, além da distorção da compreensão deste sobre a abordagem da Redução de Danos. Havia, ainda, a falta de compreensão e percepção de que a RD estava além da troca de seringas e da distribuição de preservativos. Isso se evidenciava nas capacitações realizadas.

O vasto leque de profissionais nas suas mais variadas especialidades, com tempo de formação, faixa etária e orientação religiosa diversas, alguns, inclusive, com experiência em hospitais psiquiátricos, possibilitou uma análise mais acurada sobre a importância destes nos municípios em que atuavam.

Nas discussões provocadas durante as capacitações e nos diálogos institucionais, esses profissionais apresentavam pensamentos em consonância com a assistência integral aos usuários, livre das internações compulsórias, pautadas em sua liberdade de escolha em manter, diminuir ou parar o uso da substância, ainda que este uso representasse prejuízos sociais e à sua saúde. Porém, fora do ambiente institucional, no movimento da vida real, o posicionamento de alguns profissionais se mostrou contrário à prática da Redução de Danos como possibilidade de tratamento de pessoas em sofrimento decorrente do uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas, reafirmando, assim, a importância da internação e do tratamento medicamentoso.

Surpresa foi a mudança de posicionamento de alguns profissionais que, no ambiente informal, mostraram verdadeiramente a forma como compreendem o usuário, o uso que faz da substância e o tratamento a ele destinado, com a presença de resquícios de práticas manicomiais, excludentes e discriminatórias. Vale lembrar

que o modelo psiquiátrico, nascido do modelo biomédico, teve como sua principal característica a hospitalização, conforme Amarante (2007) assegura.

Como este modelo pressupõe um paciente portador de um distúrbio que lhe rouba a Razão, um insano, insensato, incapaz, irresponsável [...], o sistema hospitalar psiquiátrico se aproxima muito das instituições carcerárias, correccionais, penitenciárias. Portanto, um sistema fundado na vigilância, no controle, na disciplina. E como não poderia deixar de ser, um sistema com dispositivos de punição e repressão (AMARANTE, 2007, p. 61).

Este autor, que é psiquiatra e fez parte do movimento pela reforma psiquiátrica⁷, relata uma das tantas histórias vivenciadas em uma unidade psiquiátrica:

Uma mulher foi presa em uma cela forte em um hospício e lá foi esquecida, a tal ponto que faleceu, de fome e frio! Tamanho era o descaso que, somente muitos anos depois, seu corpo foi encontrado, já petrificado. A silhueta mumificada indicava o tanto de sofrimento naquela mulher em posição fetal, em completo abandono. [...] Curiosamente a marca da silhueta não saiu com nenhum produto de limpeza, nem mesmo com ácidos. Ficou ali como denúncia e grito de dor. Quando a direção soube que a notícia estava correndo fora do hospício, mandou arrancar o piso (AMARANTE, 2007, p. 62).

Esse exemplo demonstra o grau de descomprometimento com a promoção da saúde existente nos modelos hospitalocêntricos. Ele é apenas um entre tantos outros utilizados para mostrar a necessidade de superar esses modelos, buscando por novas alternativas para os que necessitam de tratamento psiquiátrico.

É possível perceber o quanto é difícil lidar com o sofrimento do outro e não dispor de solução para questões que realmente são da existência humana, apesar de entender que cabe a cada um a busca pela melhor forma de enfrentar suas questões existenciais. Assim, compete aos profissionais estimular o usuário a procurar por outras possibilidades para existir no mundo e a trabalhar suas perdas, angústias e faltas. Perceber o estrago devastador que o uso compulsivo de SPAs provoca nas pessoas e reconhecer as suas limitações para poder abdicar deste uso vai além das portarias, normas e legislações que orientam a prática dos profissionais.

⁷ Movimento dos profissionais de saúde da década de 80, que não aceitavam a forma como os pacientes eram tratados nos hospitais.

A compreensão da dimensão do fenômeno do uso e abuso de drogas na história da sociedade e do lugar destinado aos usuários é um dos papéis dos profissionais que atuam nos CAPSad, num entendimento de que é o sujeito quem faz a droga e não a droga quem faz o sujeito (FREDA, S.R.B.)

A Redução de Danos, enquanto estratégia política de saúde pública, apresenta-se além da impossibilidade de uma sociedade sem drogas, mas aparece como uma forma pragmática para lidar com portadores de sofrimento em decorrência do seu uso.

Dessa maneira, o trabalho buscou apontar a existência de discrepâncias entre o que se diz e o que é colocado em prática pelos profissionais na clínica do CAPSad, visando melhorar as práticas na atenção ao usuário de Substâncias Psicoativas, a fim de despertar para a necessidade de habilitar adequadamente os profissionais para o atendimento a esses pacientes durante a sua formação acadêmica e/ou no ambiente de trabalho.

Fica claro, entretanto, que as percepções anunciadas pelos profissionais e suas práticas serão acessadas sem expectativa de correspondência entre elas. Com base nos pressupostos da redução de danos, objetiva-se, prioritariamente, analisar se há coerência entre o modelo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas baseado na estratégia da RD e a prática dos profissionais que atuam em um CAPSad no estado da Bahia.

A hipótese central deste trabalho é que a falta de formação profissional para lidar com a problemática relacionada ao uso abusivo de álcool e outras drogas pode inviabilizar a utilização dos pressupostos e objetivos da Redução de Danos no cotidiano dos profissionais de CAPSad, podendo comprometer a aplicação de estratégias redutoras de riscos e danos sociais e à saúde de usuários de Substâncias Psicoativas. Vale ressaltar, entretanto, que aqui neste trabalho não se pretende uma pesquisa representativa, mas um estudo de caso.

Para alcançar os objetivos deste estudo foi selecionado como objeto de análise um serviço substitutivo da rede de saúde mental para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas, um CAPSad do estado da Bahia. A sua escolha justifica-se devido a sua trajetória na assistência ao usuário, surgindo com base na Redução de danos, dentro de um serviço de DST/AIDS e em virtude do número elevado de sorologia positiva para o HIV em usuários de drogas no município.

Este trabalho buscou ainda identificar os paradoxos e as dicotomias presentes nos serviços com relação à prática da redução de danos, operacionalizada institucionalmente no CAPSad no estado da Bahia e, diante disso, confrontar o que aproxima e o que afasta a prática dessa instituição dos pressupostos da estratégia de redução de danos, tendo como base de dados, levantamento bibliográfico e documental, assim como a descrição, a partir da percepção dos técnicos e gestores, de como os serviços operacionalizam a RD no âmbito estadual e municipal.

Compreendendo a importância da equipe interdisciplinar no tratamento ao usuário na clínica do CAPSad, participaram desta pesquisa 11 profissionais de nível superior, enquanto aqueles que diretamente estruturam o tratamento, sendo estes, técnicos de referência e que supostamente utilizam-se das estratégias da redução de danos no seu cotidiano de trabalho.

Para tanto, o projeto de pesquisa foi submetido à análise do comitê de ética da Universidade Católica do Salvador e da Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, onde o CAPSad está localizado. O projeto teve aprovação nas duas instâncias, com a ressalva de que os nomes do serviço e do município fossem preservados, não constando no corpo do trabalho, seguindo a orientação da Comissão Municipal.

Devidamente documentada com as aprovações dos comitês de ética, foi possível a pesquisadora, convidar os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde Mental e do CAPSad a participarem por livre vontade de entrevista semiestruturada, a fim de compreender a relação do CAPSad com os demais serviços municipais, os avanços e retrocessos na assistência ao usuário de álcool e outras drogas, os desafios para a consolidação da Redução de danos na assistência e os determinantes políticos relacionados ao tratamento ao usuário no município, bem como o lugar da Redução de Danos e do CAPSad na estrutura municipal.

No mês de setembro de 2009, foi realizada visita ao CAPSad, sendo esta agendada previamente com o coordenador, que demonstrou total disponibilidade em favorecer a pesquisa, marcando a entrevista para o dia da reunião da equipe e da assembleia com os usuários. Dessa forma, foi passado um questionário semiestruturado aos técnicos que se dispuseram a participar da pesquisa e, em seguida, foi realizado um grupo focal, a fim de compreender de que forma os profissionais utilizam-se da Redução de Danos no seu cotidiano de trabalho. Vale

apontar que, apesar da disponibilidade em permanecer presente durante a realização do grupo focal, poucos se dispuseram a se colocar diante das questões levantadas.

No turno oposto ao que foi realizada a pesquisa com os profissionais, foi feita entrevista individual semiestruturada com cinco usuários do serviço (número solicitado pela pesquisadora) que, após a explanação do vice-coordenador do serviço sobre os objetivos da pesquisa, se colocaram disponíveis para tal.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde Mental e ao Coordenador do CAPSad, também foi aplicada entrevista semiestruturada, a qual combina perguntas fechadas e abertas, na qual os entrevistados tinham a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador. As entrevistas tinham por objetivo compreender a relação do CAPSad com os demais serviços municipais, os avanços e retrocessos na assistência ao usuário de álcool e outras drogas, os desafios para a consolidação da Redução de danos na assistência, e os determinantes políticos relacionados ao tratamento ao usuário no município, bem como o lugar da Redução de Danos e do CAPSad na estrutura municipal.

Além das entrevistas a esses atores, foi realizada entrevista semiestruturada também com os três principais responsáveis pela implantação da Redução de Danos na Bahia, sendo estes: o Coordenador do CETAD, primeira instituição a implementar um PRD na Bahia; o Coordenador da *ARD – Fátima Cavalcanti*, que implantou o primeiro Programa de Redução de Danos da Bahia; e um dos primeiros redutores de danos da Bahia.

A participação na pesquisa não ofereceu risco à dignidade de nenhum dos participantes, bem como nenhuma complicação legal, já que todos os procedimentos adotados obedeceram aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas, gravadas em aparelho de áudio, foram transcritas na íntegra, bem como os depoimentos no grupo focal, a fim de garantir a fidedignidade das informações. A participação de todos os atores se deu de forma voluntária com respeito ao sigilo profissional e com o anonimato dos participantes.

Também foi possível, enquanto caminho metodológico, recorrer à minha experiência enquanto Assistente Social do CAPSad de Salvador durante 04 anos e

como técnica do Grupo Técnico de Álcool e outras Drogas da Secretaria Estadual de Saúde, o que me favoreceu nas visitas técnicas a vários CAPSads do Estado. Após ter apresentado os capítulos em que mostrava a maneira pela a qual compreendia a Redução de Danos e relatava parte da minha experiência profissional, pude desenvolver as inferências e reflexões finais.

A principal contribuição que este trabalho pretende dar é no sentido de que a Redução de Danos não seja uma prática mal compreendida nestes serviços, e que eles busquem ampliar a discussão para não incorrer em uma prática reducionista, na qual se utilizem do conceito para estar desenvolvendo atividades junto aos usuários de forma distorcida, permanecendo numa posição de troca zero com os usuários de SPAs. Pretende-se, ainda, com este trabalho, fornecer aos gestores das políticas municipais, onde os serviços são instalados, subsídios para a construção de serviços pautados na RD com respeito à liberdade de escolha dos usuários e garantia da cidadania destes, independente do uso ou não de drogas lícitas e/ou ilícitas.

É importante apontar que o objetivo proposto não é perpassar todos esses obstáculos, mas, a partir da experiência, vivência e debate com a literatura sobre RD, pesquisar um desses obstáculos, ou seja, o profissional de CAPSad, como ator/atora de política social de RD, considerando os aportes das ciências sociais, entendendo-o como sujeito/agente, parte de uma estrutura que envolve as condições de trabalho.

3 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE TRABALHO

O estudo das Substâncias Psicoativas (SPAs), ao longo dos anos, vem despertando grande interesse, gerando investigações nos mais diversos campos do conhecimento, sobretudo na área da saúde. Várias pesquisas discutem sobre prevalência do uso de drogas, drogas na adolescência, drogas no ambiente de trabalho e na escola, entre meninos de rua, etc. Já na área mais específica da Redução de Danos, muitos são os trabalhos acadêmicos/ científicos que tratam dos pressupostos e princípios a ela relacionados, ou seja, a ética e a lei do trabalho de redutores de danos.

Realizando pesquisas nos sites de relacionamentos, em 10 de junho de 2008, foram descobertos 10 fóruns de discussões acerca da temática Redução de Danos ao uso e abuso de Substâncias Psicoativas, sendo todos localizados no Brasil. As discussões encontradas perpassam a socialização de informações quanto a possíveis eventos referentes ao assunto e quanto às bases teóricas da Redução de Danos para Redutores de Danos e para usuários de drogas.

As buscas por pesquisas realizadas sobre Redução de Danos na base de banco de teses da CAPES apontam as diversas vicissitudes relacionadas às SPAs e à Redução de Danos, sendo que poucas estabelecem alguma relação com a Cidadania, a exemplo do trabalho de autoras como Cristina Maria Brites⁸, Elisângela Melo Reghelin⁹, Elize Massad da Fonseca¹⁰ e Miriam Alice do Lago.¹¹ Porém, não foram encontradas teses, dissertações ou artigos que discutissem o exercício profissional em CAPSad e a prática Redutora de Danos, articulado à liberdade e cidadania dos usuários de drogas, abordando, dessa maneira, a diferença entre o que está posto para a intervenção, através da Redução de Danos, e a percepção dos profissionais, ou seja, o que de fato é colocado em prática.

A percepção das questões relacionadas ao uso e abuso de drogas, bem como da Redução de Danos e dos usuários de SPAs, é diferente para cada um dos

⁸ Ética e uso de drogas: Uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos. 01/12/2006.

⁹ Redução de Danos: Prevenção ou Estímulo ao Uso Indevido de Drogas Injetáveis?. 01/06/2001

¹⁰ Políticas de Redução de Danos do Uso de Drogas. O Contexto Internacional e uma Análise Preliminar aos Programas Brasileiros. 01/08/2005.

¹¹ "Da marginalidade à tolerância. Reflexões éticas sobre a estratégia de redução de danos". 01/06/1999.

atores que atuam institucionalmente uma vez que cada indivíduo capta uma situação de acordo com os aspectos que têm especial importância para si mesmo. Sobre esse aspecto, vale reproduzir as palavras de Trindade quando diz que,

[...] cada sociedade constrói um espaço ambiental para si de acordo com as suas necessidades ou de acordo com as necessidades dominantes nessa sociedade. Nesse sentido, pode-se falar de várias organizações espaciais definidas a partir de suas respectivas organizações sociais (1997, p. 6).

Sendo assim, à medida que novas informações são adquiridas, a percepção é transformada e, nesse sentido, a compreensão da assistência ao usuário, a partir dos pressupostos da Redução de danos, também pode sofrer alterações.

A discussão sobre a prática profissional pautada na Redução de Danos é emergente no campo da saúde coletiva, pois, na medida em que novas tecnologias, a exemplo das desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPSad), se apresentam como modelo substitutivo ao manicomialista e vão além das práticas repressivas, a manutenção de profissionais que não utilizam novas ferramentas para o tratamento ao usuário de drogas, como a Redução de Danos, representa um risco ao direito e à assistência prestada ao mesmo.

Historicamente, na medida em que a sociedade muda seus valores em relação às drogas, a forma de uso e a aceitação ou a rejeição destas também se alteram. No século XIX, por exemplo, o ópio tinha seu uso consentido e até estimulado na Europa. E substâncias antes proibidas sofreram modificações e hoje são permitidas. Para exemplificar,

[...] na Rússia durante meio século, beber café foi um crime punido com tortura e mutilação das orelhas. Fumar tabaco causava excomunhão entre católicos e a amputação de membros na Turquia e na Pérsia (POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2009, p.4).

A intolerância ao uso de drogas teve seu início entre os séculos XIX e XX, conforme Pollo-Araujo e Moreira argumentam ao contar como se desenvolveu a proibição às drogas até culminar no que se convencionou chamar de “Lei Seca”:

Nos Estados Unidos, este ciclo teve início com a perseguição ao ópio em forma de fumo na Califórnia na década de 1870, passou pela campanha pela cocaína e a primeira lei contra ela (o chamado *Harrison Act*, assinado em 1914), culminando na aprovação de um dispositivo legal proibia a

venda, a distribuição e o consumo de bebidas alcoólicas em todo o território americano: o *Volstead Act*, mais conhecido como a “Lei Seca”, que vigorou de 1919 a 1933. O ciclo de intolerância foi um fenômeno mundial, não ocorrendo apenas nos Estados Unidos (POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2009, p. 7).

Findando a década de 1970, vários países viveram “um segundo ciclo de intolerância às drogas (‘Guerra às Drogas’)” promovido pelos Estados Unidos (POLLO-ARAUJO e MOREIRA, 2009). Neste país, a proibição da posse, do uso e da distribuição da maioria das Substâncias Psicoativas é uma característica imutável (FONSECA e BASTOS, 2005, p. 291). Conforme esses autores (Fonseca e Bastos) relatam, durante o período de 1980 as tentativas de repressão avivaram-se substancialmente:

A Lei Federal Antidrogas, de 1988, definiu como meta da política do Governo norte-americano a “criação de uma América livre de Drogas” e foi vista por muitos como a declaração formal da “Guerra às Drogas”. A Lei Antidrogas de 1988 criou a Divisão Nacional de Controle de Drogas (Office of National Drug Control Policy - ONDCP) a fim de estabelecer prioridades e objetivos para o controle nacional de drogas, promulgar a Estratégia Nacional de Controle de Drogas anualmente e supervisionar a implantação dessa estratégia. (WEINGARDT; MARLATT, 1999, p. 245)

Pollo-Araujo e Moreira (2009) consideram o enfoque epidemiológico e o psicossocial como motivadores para a proibição. Tal proibição e a política de guerra às drogas, seguindo o modelo americano, mostraram-se um fracasso como política de controle de drogas,

[...] a julgar, [...] pelas declarações dos próprios órgãos repressivos e preventivos, tal estratégia tem se revelado incapaz de atingir o objetivo proposto de eliminar a oferta da Cannabis, assim como de outros psicotrópicos ilícitos (MACRAE, 2004, p.12).

A proibição é um dos fatores que induz ao desenvolvimento de formas perigosas de consumo, tornando-se cada vez mais imperativa a elaboração de alternativas e políticas democráticas para lidar com o controle e a regulamentação das drogas que tenham como foco o sujeito e não a substância, e respeitem os usuários de drogas em seus direitos e enquanto cidadãos.

A prática do uso de SPAs injetáveis representa um fator comportamental de vulnerabilidade para disseminação da AIDS e outras doenças por proporcionar um maior nível de exposição às situações de risco de doenças sexualmente

transmissíveis àqueles que a consomem, o que demandou o surgimento e posterior implantação de uma política pública de saúde especificamente voltada para a prevenção dessas.

Nesse sentido, na década de 80, surge na Holanda, com o advento da AIDS e do (à época) denominado grupo de risco¹², a Redução de Danos (RD), representando uma política pública de saúde direcionada aos usuários de drogas injetáveis e à sua rede de interação social, apesar de ações de Redução de Danos já existirem desde 1926, como será apresentado ao longo desse trabalho. No Brasil, a partir de 1994, o Ministério da Saúde (MS) assume a redução de danos como importante estratégia de saúde pública para a prevenção das DST/AIDS e hepatite entre usuários de drogas injetáveis.

A política de saúde voltada para usuários de álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde, está respaldada nos seguintes dados: 10% da população urbana mundial faz uso de alguma SPA, superação de tratamentos psiquiátricos ou médicos para usuários de SPAs, reconhecimento da questão do uso de SPAs como um problema de saúde pública e oposição a tratamentos manicomiais, excludentes e que instituem como possibilidade única a abstinência.

No vácuo de propostas concretas, e na ausência do estabelecimento de uma clara política de saúde voltada para este segmento, surgiram no Brasil diversas “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência (BRASIL, 2003, p. 07).

O modelo preconiza que o usuário de Substâncias Psicoativas seja reconhecido enquanto cidadão em detrimento ao doente, promovendo a sua reinserção social e a intersetorialidade das ações em saúde, através da adoção da redução de danos.

Enquanto principal dispositivo da política de saúde mental, os serviços disponibilizados pelo CAPSad, regulamentados pela portaria GM/336, de 19 de fevereiro de 2002,

¹² No início da epidemia, as pessoas infectadas eram em sua maioria homossexuais, profissionais do sexo, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis e, nesse sentido, faziam parte do grupo de risco para a infecção do vírus HIV. Com a expansão do vírus para heterossexuais de todas as faixas etárias e crianças, bem como a evolução social e cultural, a terminologia foi abandonada, por ser “carregada” de um juízo de valor negativo, sofrendo esse grupo muito preconceito. Atualmente utiliza-se a terminologia comportamento de risco, para identificar o grupo de pessoas mais expostas a infecção. Dentre o comportamento de risco encontra-se a existência de múltiplos (as) parceiros (as), práticas sexuais sem o uso de preservativo, compartilhamento de seringas e perfuro cortantes, bem como cachimbos.

[...] devem oferecer atendimento diário, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilitam ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex: internação domiciliar, participação comunitárias na discussão dos serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos (BRASIL, 2003, p.26).

Posicionamentos contrários ao da política de atenção integral têm como base modelos dominantes que permanecem historicamente, porém em lento processo de desconstrução através dos serviços substitutivos de tratamento, tal qual é o CAPSad (MORAIS, 2006). Os discursos utilizados por alguns profissionais que atuam nos CAPSad, em geral, apontam a RD como algo importante cujo termo se utiliza cotidianamente. Entretanto, é necessário investigar a convivência ou não de resquícios de práticas anteriores a essa proposta, pertencentes a outros paradigmas de atenção, pautados na repressão e discriminação ou até mesmo no modelo hospitalocêntrico uma vez que “as experiências e as questões levantadas pelas substâncias psicoativas parecem resvalar em sentimentos profundos das pessoas: medos e esperanças”. (MACRAE, 2004, p.12).

É possível observar que os avanços, tanto na política de humanização quanto na de atenção integral aos usuários de drogas, ainda se encontram em processo inicial de implantação. Porém se faz necessário refletir a RD a partir das práticas institucionais e a partir da Clínica Ampliada¹³ para que os técnicos dos serviços possam se utilizar dos conceitos, pressupostos e estratégias, contribuindo para a construção de um novo lugar para os usuários, pautado na liberdade e cidadania, e para o estabelecimento de um estado de bem-estar social para todos, inclusive para o usuário de drogas ilícitas, e reconhecendo, assim, o esgotamento da estratégia de “guerra às drogas”.

Pode-se até questionar se apenas os usuários de drogas necessitam de um novo lugar social. Porém, como pertencentes a um grupo de pessoas que é estigmatizado e olhado de forma preconceituosa, por vezes como marginais, a

¹³ “A Clínica Ampliada é justamente a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do Sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde.” (CUNHA, 2005, p. 12). Cunha compreende que na Clínica Ampliada existe uma relação de troca, um “encontro entre Sujeitos”, na qual se reconhece a singularidade das situações vividas e a existência de questões externas e internas, cujo compromisso é a defesa e produção da vida.

existência de estratégias que favoreçam a sua participação nos mais diversos espaços públicos, desmistificando o seu lugar no imaginário social, é de fundamental importância.

A política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, fruto de intensas discussões quanto ao lugar de atenção do usuário de drogas e garantia de atendimento deste segmento populacional no Sistema único de Saúde (SUS), aponta para

[...] a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003, p.25).

Quando é trazida a questão da liberdade e da cidadania, tem-se por referência a tentativa do SUS (lei nº 8.080/90 e 8.142/90) de introduzir o termo usuário “no sentido de destacar o protagonismo de que anteriormente era apenas um paciente” (AMARANTE, 2007, p. 82). A passagem de paciente para usuário traz uma conotação de um lugar social das pessoas em sofrimento psíquico. Ser livre é ter capacidade para agir com a intervenção da vontade e assumir o conjunto dos seus próprios atos, sabendo responder por eles (CHAUI, 2003).

3.1 Redução de danos: conhecer para compreender

“Non ridere, non lugere, neque detestari, sed intelligere”
(Não rir, não lamentar, não odiar, mas sim compreender)

Espinosa

Para entender a Redução de Danos é necessário compreendê-la como toda ação que procura minimizar os possíveis efeitos negativos que o consumo de Substâncias Psicoativas (SPAs) pode causar na saúde física e mental do usuário,

visando à promoção da sua saúde. A RD representa um marco importante da atuação da saúde pública moderna, cujas ações

[...] correspondem a um conjunto de estratégias de saúde pública que tem por objetivo reduzir e/ou prevenir as consequências negativas associadas ao uso de drogas. [...] pode ser entendida, grosso modo, como uma alternativa às abordagens que têm como meta exclusiva a abstinência de drogas. (FONSECA e BASTOS, 2005, p. 289).

De acordo com a Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC), a redução de danos é “uma estratégia de saúde pública que busca controlar as possíveis consequências adversas do consumo de psicoativos – lícitos ou ilícitos – sem, necessariamente, interromper esse uso, buscando inclusão social e cidadania para usuários de drogas”¹⁴. Já para o psiquiatra e coordenador do Programa de Estudos e Assistência ao uso Indevido de Drogas (PROJAD), Marcelo Santos Cruz, a Redução de Danos é compreendida como

[...] uma estratégia de abordagem das questões relativas ao uso de drogas, que não pressupõe a extinção do uso de drogas, seja no âmbito coletivo, seja no de cada indivíduo, mas que formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com os quais convivem (CRUZ, 2006, p. 14).

Para abordar temáticas referentes à questão do usuário e da sua relação com as substâncias psicoativas é necessário registrar que “Insistir em ver a ‘droga’ necessariamente como um mal é desconhecer um dado elementar: as pessoas têm parte ativa na busca destas substâncias” (MACRAE, 2004, p. 12). Nesse sentido, a Redução de Danos, segundo álbum seriado disponibilizado pelo Ministério da Saúde (2008) em sua página inicial, é “uma estratégia de saúde pública que busca reduzir os prejuízos sociais e à saúde de quem usa álcool e outras drogas. Respeita a liberdade de escolha não exigindo a abstinência.” (MS, 2008).

Observando as experiências de vários países, percebe-se que, assim como as políticas públicas, as leis sobre drogas incidem sobre a cidadania dos usuários e provoca o aumento do número de casos de AIDS, da quantidade de presos, das taxas de homicídios e das overdoses. Nesse sentido, a RD é, então, uma aliada na busca por um estado de bem-estar social para todos, inclusive para os usuários de

¹⁴ Disponível em: <<http://www.reduc.org.br/index.php>>. Acesso em: 12 ago. 2009.

drogas, que procura por alternativas para o discurso da “guerra antidrogas”, visando, também, um Estado de maior participação e justiça social.

É necessário analisar que entre os usuários de drogas ilícitas, as duas maiores causas de morte são doenças infecciosas, a exemplo da infecção pelo vírus HIV e violência. É importante fazer a relação dessas duas causas, a vulnerabilidade esta ancorada em fatores sociais, sendo necessário o envolvimento de diversos setores sociais e inclusão dos próprios usuários para a diminuição desses efeitos.

Inicialmente destinados para a troca de seringas usadas por esterilizadas, os programas de RD, foram implantados em consequência do crescimento da Hepatite B em usuários de drogas injetáveis. Comumente se pensa que os programas de trocas de seringas tiveram início em função da epidemia do HIV/AIDS. Porém, segundo Francisco Bastos, foi a hepatite B que deflagrou esses programas uma vez que essa doença motivou a preocupação com o compartilhamento de seringas, ainda que na época já existisse o advento do HIV/AIDS, que afetava principalmente os homossexuais masculinos e os que haviam feito transfusão de sangue ou recebido componentes do sangue (hemoderivados).

Esse programa de troca de seringas havia sido criado pelos próprios usuários (através de suas associações) na Holanda (Junkiebonden). É importante observar, então, que a RD nasceu de um movimento social na busca por soluções concretas para uma questão de saúde pública. Dessa forma, antes de se tornar um conceito e uma estratégia, a redução de danos deu-se enquanto movimento político. Um pouco mais dessa história será apresentada a seguir.

Nos anos 70, a Holanda iniciou um processo de construção de uma política de tolerância às drogas. Em 1972, por exemplo, publicou um documento pelo “Comitê de Narcóticos” contemplando estratégias de intervenções pautadas na redução de danos.

Em 1976 houve uma revisão da *“Lei Holandesa do Ópio”*, a qual passa a diferenciar o tratamento a ser dado às drogas com *“risco inaceitável”* (como heroína, cocaína, anfetaminas e LSD) e àquelas que oferecem riscos mais baixos como a maconha e o haxixe. Compreende-se, então, que o primeiro programa com ações sistematizadas de RD aconteceu na Holanda.

Entretanto, a primeira ação de redução de danos apresenta a sua origem em Liverpool, na Inglaterra, em 1926, com o relatório *Rolleston*¹⁵, que estabelecia a possibilidade de o médico prescrever, legalmente, opiáceos para dependentes desta droga como parte do tratamento e objetivando possibilitar ao usuário desta droga uma vida de interação com a sociedade. Naquela época, pressupunha-se ser mais adequada a interrupção completa do uso de opiáceos, no entanto, por reconhecer que seu uso estava intrinsecamente associado às características de vida dos usuários, acreditava-se que a prescrição médica da droga poderia minimizar os efeitos mais danosos à saúde dos indivíduos com ela envolvidos. A partir de 1985, os dependentes passaram a dispor de uma grande variedade de serviços, incluindo a troca de seringas, a educação em sua comunidade, a prescrição de drogas como heroína e cocaína, os serviços de aconselhamento, emprego e moradia, além do tratamento para a dependência, aliado à internação para desintoxicação. Sendo assim, intervenções fundamentadas na redução de danos foram sistematizadas neste período.

A redução de danos está embasada na compreensão de que é impossível uma sociedade sem drogas; e de que o combate a elas contraria os direitos individuais, negando à liberdade e à cidadania dos usuários de SPAs lícitas e ilícitas.

Conforme o site da Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA)¹⁶,

A RD, enquanto estratégia de cuidado, engendra um discurso político que entende saúde como sinônimo de autonomia. Isto significa colocar-se, no campo da saúde, a partir de uma compreensão da história das práticas ocidentais de cuidado como sendo a história do desenvolvimento de dispositivos de controle, situando, neste contexto, à Redução de Danos como possibilidade de resistência a este processo. Como possibilidade de exercício do cuidado de si. (www.abordabrasil.org em 21 de abril de 2009).

No entanto, a implantação de programas e ações pautadas nessa abordagem ainda é alvo de críticas e censuras, gerando polêmicas e contradições de várias ordens, ainda que nos programas de redução de danos as abordagens apresentem repercussões de ordem individual, mas também para aqueles que não fazem uso de SPA.

¹⁵ O *Rolleston Report* é um relatório que, através de recomendações, possibilitou que médicos ingleses utilizassem opiáceos nos tratamentos clínicos.

¹⁶ Criada em 1997 com o objetivo de estabelecer a Redução de Danos enquanto uma política pública, fortalecendo e desenvolvendo ações em defesa do profissional, redutor de danos.

É importante analisar que, apesar do uso da substância psicoativa ser individual, os riscos derivados desse uso também são coletivos. O comportamento de risco é percebido e negociado na rede das relações sociais, sendo, em última instância, fruto das interações sociais, e é neste campo que as estratégias de prevenção devem atuar. Além do exposto, a RD objetiva a cidadania plena do usuário e não a sua culpabilização pelo consumo da substância, não significando, porém, que estimule o consumo desta, numa compreensão de tratamento ao sujeito e não a substância a qual faz uso.

Dentro de uma perspectiva de saúde pública, o planejamento de ações e atividades deve contemplar grandes parcelas da população, de forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários. Nesse sentido, a Redução de Danos deve ser algo compreendido institucionalmente para que seja possível o desenvolvimento de estratégias terapêuticas propositivas para a redução de riscos e danos causados pelo uso e/ou abuso de drogas.

3.2 Pressupostos da estratégia de redução de riscos e danos: aprecie sem moderação!

*Porque o caminho da gente é outro.
O caminho da gente é o caminho do coração.
É na veia direto.
Não tem intermediário.
(...)
... Então tá bem: a sua vida vale mais que a sua loucura.
Então você leva seus preservativos, usa... você faz o que quiser (...)
É igual trânsito.
Você passa do jeito que você quiser, mas tem permitido uma velocidade,
Tem que passar a marcha, depois você pode fazer tudo o que você...
Mas você tem que obedecer um limite de velocidade...
Vamos curtir essa loucura, mas vamos curtir equipado.*

*SJ Masculino
(CAIAFFA, 2001)*

A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) admite que existam danos e consequências envolvidas no uso da droga. E embora não rejeite a abstinência, não a considera como a única meta a ser alcançada pelos usuários de SPAs. A estratégia de redução de danos reconhece os direitos humanos individuais, estando embasada na aceitação da integridade e responsabilidade dos indivíduos.

Como já foi apresentado neste trabalho, inicialmente as ações de RD buscavam evitar a disseminação de hepatites e DST/AIDS entre usuários de drogas, tendo como estratégia mais visível a troca de seringas usadas por novas, contando com o apoio do Ministério da Saúde no Brasil,

As ações de RD para a Aids iniciadas a cerca de uma década não foram seguidas pelo aumento do consumo de drogas injetáveis ou da contaminação com o HIV e outras doenças de contágio por via venosa como era a preocupação daqueles que, desde então, já se posicionavam contra a estratégia da RD. Ao contrário, há evidências da diminuição progressiva da participação do grupo de usuários de drogas injetáveis entre os novos casos de contágio (CRUZ, 2006, p. 16).

Essa estratégia (a troca de seringas usadas por novas) foi bastante criticada, assim como a própria prática da redução de danos, inclusive porque, para algumas pessoas, a maneira mais eficiente de reduzir os danos é, em primeiro lugar, não usar drogas. Outra crítica à RD é feita tanto por se acreditar que os métodos que utiliza para a diminuição dos danos provocados pelo uso de drogas são ineficazes quanto por se achar que ela traria um aumento no uso de drogas ilícitas. Porém, é necessário afirmar, que não foi encontrada na literatura, nenhuma pesquisa científica que aponte o aumento do consumo de substância psicoativa, nas comunidades em que foram implantadas estratégias de troca de seringas.

Pode-se afirmar que pragmatismo e realismo caracterizam a redução de danos, por isso não exige dos usuários de SPAs a adoção de procedimentos que eles não poderiam cumprir. A abstinência sexual e a interrupção de drogas injetáveis não eram procedimentos aceitos e colocados em prática por eles, necessitando, então, da implementação de estratégias mais realistas e práticas para conter o avanço da contaminação pelo HIV/AIDS.

É importante destacar ainda que a opção por uma estratégia de RD não é contraditória com a utilização de ações no sentido de diminuir a oferta do consumo de drogas. Na realidade, como demonstram Stimson e Fitch (2003), estratégias de RD só são opostas às posturas proibicionistas que se propõem resolver os problemas relacionados ao uso de drogas pela sua proibição (CRUZ, 2006, p. 17).

É importante ressaltar que os princípios da redução de danos estão presentes na vida cotidiana, podendo ser trazido como exemplo os cintos de segurança, as barreiras protetoras nas estradas e os *airbags* que reduzem a possibilidade de

ferimentos em um acidente automobilístico. Ainda que existam as leis e campanhas educativas, algumas pessoas vão dirigir carros de forma perigosa, esquecendo-se que algumas estratégias reduziram as possibilidades de danos. Em alguns países, beber água, que é fundamental para a existência humana, é um comportamento de risco. Por esse motivo, ferve-se a água para reduzir a contaminação ou utiliza-se água engarrafada. Outro exemplo pode ser dado pelo comportamento de jovens que praticam esportes de risco, em geral, na busca de adrenalina, como na prática do skate. Porém, eles se protegem com joelheiras, capacetes e outros equipamentos de segurança para reduzir danos. Dessa forma, é possível perceber, nesses poucos exemplos, que muitas atividades da vida cotidiana envolvem as práticas redutoras de danos.

Além da prevenção de danos como o contágio de doenças transmissíveis por via venosa ou sexual, outras práticas preventivas devem ser consideradas como estratégias de RD. Como exemplo podemos citar as campanhas para diminuir os riscos de acidentes de trânsito relacionados ao uso do álcool que propõem a dissociação do ato de beber do ato de dirigir. (CRUZ, 2006, p. 17).

Embora a redução de danos tenha sido tradicionalmente identificada a mecanismos adotados visando diminuir os riscos associados ao uso de drogas ilícitas, ela também pode ser aplicada quando da utilização de outras substâncias como o álcool e o tabaco. São elementos da Redução de danos:

Complementaridade às estratégias de controle da demanda e da oferta;

Foco nas consequências e não nos comportamentos em si;

Realismo e reconhecimento da inexistência de uma sociedade sem drogas;

Não julgamento do consumo de álcool e preocupação com a redução de problemas advindos desse uso;

Pragmatismo nas propostas de intervenção.

Os PRDs apresentam alternativas para o uso imoderado de drogas, uma vez que reúnem um conjunto variado de ações de redução de danos que podem ser desenvolvidas de forma autônoma pelas instituições que o adotarem. É importante apontar que, nesse sentido, o usuário ao ser atendido por um PRD: pode trocar sua seringa, receber orientações sobre o uso correto do preservativo, além do próprio insumo, receber atendimentos médicos e encaminhamentos para a rede de saúde,

receber apoio quanto à sua inserção profissional e produtiva, contando, ainda, com tratamento preventivo de assistência e promoção da saúde.

Como se sabe, o preconceito e o estigma fazem parte do cotidiano dos usuários de drogas, principalmente das ilícitas: eles por vezes são marginalizados pelas unidades não apenas de saúde (BASTOS, 2003, p. 19). Segundo Bastos, esses são motivos que justificam a necessidade de investimentos em treinamento dos profissionais de saúde para

[...] que tenha lugar uma profunda reformulação das atitudes dos profissionais e da população de um modo geral com relação aos usuários de drogas, em paralelo com uma maior disponibilidade e desconfiança por parte dos usuários na sua interação cotidiana com os profissionais de saúde (BASTOS, 2003, p. 19).

Pode-se afirmar que as ações de redução de danos se constituem em atividades eminentemente comunitárias, pois a demanda por drogas possui um forte componente social, mediado pelas culturas, pelos hábitos e pelas expectativas de grupos e populações. Não é possível modificar hábitos individuais sem o suporte de estruturas sociais que vão além das famílias, às comunidades propriamente ditas. Em se tratando de processos fortemente interativos, não existe como reduzir danos de indivíduos fora do seu contexto social.

A participação efetiva das comunidades permite que as mudanças, no sentido da utilização de comportamentos e condutas menos danosas à saúde dos indivíduos, ao se tornarem legítimas e desejáveis aos olhos da comunidade, ganhem apoio e sustentabilidade, gerando um efeito multiplicador.

O diferencial é a oferta de amplo leque de alternativas preventivas, assistenciais, de suporte psicossocial e promoção da saúde, sempre em um clima receptivo e amigável, e sem exigências complexas em termos de horário, frequência, entre outras. Vale registrar que tecnicamente estas propostas flexíveis são denominadas propostas de baixa exigência..

A estratégia inclui, além da troca de seringas e agulhas, orientação e aconselhamento sobre riscos do uso abusivo de drogas e da transmissão do HIV, desinfecção do equipamento de injeção por meio de fornecimento de hipoclorito de sódio, estímulo ao uso individual dos fornecimentos de injeção e encaminhamento dos usuários de drogas injetáveis (UDIs) aos serviços de saúde mental.

Para exemplificar esse conjunto de alternativas oferecidas aos usuários, será relatado a seguir o caso de um paciente assistido na unidade da qual fiz parte, que fazia uso de múltiplas drogas, sendo estas lícitas e ilícitas, incluindo injetável, cujo pedido era “deixar as drogas”, que havia chegado até a unidade encaminhado pela esposa.

No primeiro contato com o paciente, realizei o acolhimento do seu sofrimento. Ele falava sobre os prejuízos econômicos, sociais e familiares deste consumo e contava que, apesar de ter profissão e ser reconhecido por este fazer, todo o recurso advindo desse labor era “transformado em cinzas”. Assim, seu repertório social era estreitado às ruas, onde o acesso a droga era favorecido, o que o distanciava da esposa e das filhas, colocando em situação de risco a sua saúde (por compartilhamento de cachimbos e seringas, além de práticas sexuais desprotegidas) bem como as suas questões sociais (por vezes, interrompia o serviço quando recebia a remuneração e se afastava do seu lar, da convivência da família e dos amigos não usuários de SPAs).

Após saber que, no CAPSad, ele seria acompanhado por uma equipe multiprofissional, gradativamente, passou a fazer parte de oficinas voltadas para o desenvolvido de cuidados com a saúde, da prevenção ao uso abusivo de drogas e às DST/ AIDS (sendo essa última coordenada por um redutor de danos). Vale ressaltar que antes da sua inserção nas oficinas, discutiu-se com ele a sua participação nas mesmas.

Depois de construído o seu projeto terapêutico¹⁷, o paciente faltou aos atendimentos com a técnica de referência¹⁸, apesar de ter chegado ao serviço “disposto” a entrar em abstinência. Após retornar à unidade e relatar a dificuldade em romper com o repertório de uso, ele foi se engajando em uma ou mais atividades, sendo uma delas a oficina de futebol, ofertada no dia de segunda-feira. Por ser uma atividade que requer esforço físico, com intensidade aeróbica, o paciente percebeu que estava comprometido mais do que gostaria com as drogas.

¹⁷ Projeto terapêutico é o norte para o acompanhamento, em que constam quais drogas o paciente faz uso, com a escala de preocupação dentre elas para o usuário e de que forma será o seu tratamento no centro, assim como os dados sobre a participação em oficinas e grupos, o acompanhamento com demais profissionais de enfermagem, serviço social, terapia ocupacional, serviço social, etc.

¹⁸ Técnico de referência, para esta unidade, é o profissional que irá acompanhar todo o processo do paciente e que pode ter qualquer especialidade, contanto que tenha nível superior. É este que dará o norte do tratamento, juntamente ao paciente, e que construirá o projeto terapêutico individualizado.

Pois, entre fazer uso do crack e jogar bola, o crack tinha mais espaço, ainda que o jogo representasse uma atividade de lazer e lhe trouxesse prazer. Aos poucos, nos atendimentos, ele foi diminuindo o consumo, em função, sobretudo, do desejo de participar da atividade esportiva, até passar para o uso de uma droga mais leve. No decorrer do tratamento e simultaneamente, ele recebia preservativo regularmente e passava a praticar, de forma sistemática, o sexo mais seguro (uma vez que tinha acesso ao insumo periodicamente), também diminuiu a prática sexual com múltiplas parceiras e se aproximou da sua companheira. Em dado momento, ele sentiu interesse em participar de uma oficina de “Informação e Cidadania”, na qual os participantes tinham acesso a instituições sociais através de visitas institucionais. Nestas visitas, “descobriu” que enquanto cidadão, ainda que usuário de drogas, podia ter acesso a equipamentos sociais e culturais da cidade, bem como os de saúde, e passou a frequentar o Centro Social Urbano do bairro e a fazer parte neste Centro do “Infocentro¹⁹”.

É possível afirmar que o motivo inicial que levou o usuário ao CAPSad foi a busca pela abstinência ao uso de múltiplas drogas, inclusive injetável. No entanto, a ação do Centro foi além, uma vez que lhe conferiu a idéia de apoio e suporte, e o entendimento de que o poder público (enquanto organização) apresenta preocupação com a sua saúde, investindo recursos humanos e materiais em seu benefício.

Na redução de danos, os formulários de políticas avaliam cuidadosamente os direitos humanos e procuram soluções que respeitem tanto os consumidores de SPAs quanto o seu ambiente, visando, principalmente, um consumo responsável e soluções práticas que restrinjam os danos do álcool e outras drogas.

O Movimento de Redução de Danos é tolerante com comportamentos não-convencionais e respeita o direito individual de usar SPAs, e sua abordagem objetiva atingir tanto os danos causados pelo usuário a si mesmo quanto os danos causados a terceiros.

O Ministério da Saúde fornece suporte a 160 projetos de redução de danos, oferecendo acesso a 84.000 UDIs, representando uma cobertura de 10% para esta população específica. Existem no País cerca de 11 leis estaduais e municipais de redução de danos, 02 associações nacionais de redutores de danos e 16 associações estaduais/municipais de redução de danos. (BRASIL, 2003, p. 36)

¹⁹ Centro de inclusão sociodigital do Governo do Estado, onde as pessoas da comunidade aprendem a manusear o computador, podendo ter acesso a eles para fazer currículos, tirar a segunda via de contas e navegar pela internet.

É importante assinalar que são muitos os desafios do paradigma da redução de danos no que tange a abordagem do consumo prejudicial²⁰ e não do consumo em si. A Redução de Danos trabalha fundamentalmente com a orientação a práticas de prevenção e cuidados com a saúde, baseando-se na necessidade de respeitar sempre as escolhas individuais. Assim, inicia um debate sobre a hipocrisia da sociedade em relação a substâncias psicoativas lícitas e ilícitas.

Para o indivíduo, é mais fácil incorporar e utilizar um discurso já existente do que adotar novos discursos. Tal perspectiva esta em consonância com Acselrad, como é apresentado a seguir:

Mais do que tomar a palavra, deseja ser envolvido por ela, deseja encontrar-se de imediato no interior do discurso, no qual as verdades, uma a uma, se apresentem e ele apenas se deixe levar. [...] O desejo de se deixar levar e o poder exercido pelas instituições seriam réplicas de uma inquietação, diante dos poderes e perigos que envolvem a construção de um discurso próprio – sua realidade material de coisa pronunciada e escrita, sua duração transitória, o próprio sentido temporal das palavras. A partir daí, o discurso das instituições se organiza como instrumento de poder, não havendo espaço para refletir sobre as contradições que, ontem e hoje, permeiam o uso de drogas (ACSELRAD, 2005, p. 184).

Nesse sentido, faz-se necessário assegurar a liberdade do usuário em decidir pela continuidade ou não do uso da droga, mesmo que se compreendam as inúmeras alterações que todo uso de qualquer substância psicoativa traz. Existem motivações biológicas, psicológicas e culturais para o uso de SPAs que podem ser compreendidas mediante uma triangulação de fatores, como se indica na Figura 1.

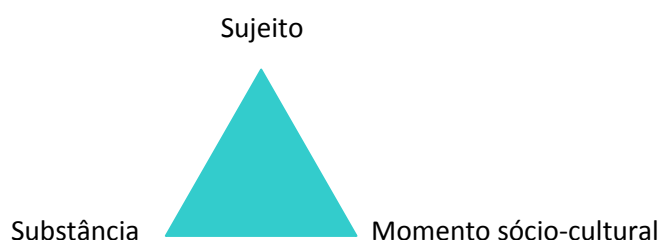


Figura 1 - Triangulação de fatores para uso de SPAs.

²⁰ Também chamado de uso nocivo, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID). É aquele que resulta em dano físico ou mental, enquanto no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), esse uso engloba também consequências sociais (DUARTE e MORIHISA, 2008, p. 46).

A dependência às SPAs produz sofrimento que é da ordem do real, porém a representação simbólica que determina o modo como tais substâncias são entendidas socialmente (aceitas ou condenadas) “só podem ser compreendidas melhor ao considerarem-se as peculiaridades socioculturais de seus usuários.” (MOTA, 2007, p. 55). Dessa forma, é importante analisar, a partir do gráfico e do que aponta Mota (2007), que a concepção das SPA, muda historicamente e a sua classificação e a forma como esta é aceita ou não socialmente, também trazem repercussões na relação que o usuário estabelece com a droga.

4 HISTÓRICO DAS LEIS E POLÍTICAS SOBRE DROGAS: UMA BREVE ANÁLISE DO CASO BRASIL

*Quanto mais se tenta dirigi-las
Com regras e proibições,
Mais pobres se tornam as vidas das pessoas,
Mais elas vivem em oposição.*

Lao Tzu, Tão Te Ching 57, 2600 ca.

Há um amplo debate nos mais diversos setores da sociedade no que tange à descriminalização, legalização da maconha e de outras drogas ilícitas, assim como em relação às questões referentes ao tratamento, às formas de abordagem, à inclusão social do usuário, ao tráfico, à violência, entre outros aspectos. Também são tema de discussões, principalmente ao longo dos últimos 10 anos, as legislações relacionadas ao uso e comércio das SPAs. Algumas dessas discussões serão abordadas neste capítulo. Nele, pretende-se realizar um diálogo entre as diversas legislações e políticas que fizeram/ fazem parte de possíveis avanços, até a “dita” aceitação da Redução de danos enquanto uma abordagem pragmática e empática, que busca acessar os usuários de SPA, nos seus locais de convivência e não da forma e local onde, comumente, a sociedade acredita que estes deveriam estar: longe do alcance dos olhos.

Embora reconheça a importância do primeiro ato legal do qual o Brasil foi signatário (mediante acordos internacionais) datado de 1915²¹, no qual se adotava o modelo sanitário-policia por meio de tratamento e internação compulsória, interdição de direitos, etc., este trabalho abordará as legislações brasileiras a partir da década de 70, como a Lei 6.378, de 1976, que, conforme assegura Ribeiro (2006), apresentou pequenas mudanças nas legislações vigoradas durante o período do regime militar. Tais mudanças são mais perceptíveis a partir do restabelecimento do Estado Democrático de Direito, a partir da Constituição de 1988, e esta “se deu a reboque das reformas institucionais e legislativas que, à época, a imprensa se referia como ‘entulho autoritário’” (RIBEIRO, 2006, p. 470).

²¹ O decreto nº 11.481, de 10.02.1915, “determinava o cumprimento da Convenção firmada na Conferência Internacional do Ópio, realizada em Haia em 1912” (RIBEIRO, 2006, p. 470).

Ao considerarmos que o caminho do crime é a cadeia, do doente o hospital e do pecador o inferno, percebemos que se mudarmos o contexto mudaremos também o caminho trilhado por essas pessoas sem necessariamente mexer com a individualidade e com as escolhas pessoais (SIQUEIRA, 2006, p. 14).

Cabe ao estado exercer o controle sobre as questões relacionadas ao tráfico e consumo de drogas, não havendo espaço para discussões coletivas e sim para o combate, na perspectiva proibicionista. Nesse ponto, vale discutir, sucintamente, direitos individuais e direitos coletivos.

Para fins de reflexão sobre questões relacionadas ao campo do direito, vale utilizar das discussões de Chauí (2003) que apresenta o conceito trazido pelos filósofos Hobbes e Espinosa para Direito Natural enquanto um fato da natureza, e “o poder de autoconservação do indivíduo”. Conforme a autora (2003), Hobbes concebe a política enquanto “meio de controlar o desejo insaciável de mais poder, e, para Espinosa, como meio de dar vazão ao desejo natural dos homens de governar e não ser governados, sem que se destruam uns aos outros.” Para estes filósofos, a política, “é também uma arte para produzir instituições públicas adequadas à segurança e à paz, e não ações principescas ditadas pela busca da honra, da fama e da glória” (CHAUÍ, 2003, p. 292). Chauí (2003), utilizando-se do termo designado por Kant, *Sociabilidade insociável*, coloca que o

[...] advento da política não transforma a natureza humana (não há como desfazer o núcleo passional), mas simplesmente cria condições para que uma sociabilidade pacífica e segura tenha seu lugar (CHAUÍ, 2003, p. 290).

Na qualidade de súdito para Hobbes e de cidadão para Espinosa, estes “têm plena liberdade sobre coisas e atos cujo direito não tenha passado para a esfera da soberania, que poderia constrangê-los” (CHAUÍ, 2003, p. 292).

Porém, no que tange ao exercício da liberdade para o uso de drogas, seria necessário que o estado favorecesse o acesso a informações e assistência ao cidadão. Mas, ainda que respeitando os direitos individuais destes usuários, não é possível afirmar que todos teriam a capacidade de decidir sobre o uso que faz da droga, a exemplo das crianças e adolescentes, cidadãos ainda em fase de formação e com diminuída capacidade de tomar decisão. No entanto, é importante apontar que, “o próprio controle social às drogas, poderia estimular a sua experimentação”. (CASTRO; ABRAMOVAY, 2002, p. 236).

Nesse sentido, faz-se necessário um amplo debate sobre a temática, com participação da sociedade civil, para que seja possível, desenvolver estratégias e políticas que não se constituam enquanto violação de direitos e de mecanismos que promovam uma maior exclusão social dos usuários, conforme aponta Vidal (2009):

Usadas para reforçar os mecanismos institucionais de punição e controle sobre essas populações, seus hábitos e costumes tradicionais, essas leis e políticas foram implantadas durante períodos marcados pelo autoritarismo estatal e pela restrição de direitos e liberdades adquiridos, ignorando ou se opondo aos saberes científicos sobre o tema e sem maiores debates ou diálogo com os setores interessados na sociedade civil (VIDAL, 2009, p. 68).

A partir dessa perspectiva, é possível analisar que a maioria das legislações vigentes relacionadas ao controle das substâncias psicoativas, foram estabelecidas sem o debate com a sociedade, favorecendo o estigma social não apenas ao que comercializa a substância, mas também àquele que a consome. Avalia-se, dessa forma, que em uma legislação proibicionista, ainda que a sua criação seja no sentido de garantir o bem da coletividade de não sofrer danos em detrimento ao individual, há que se analisar se o uso de drogas produz um mal em si, quer seja ao indivíduo usuário, quer seja à coletividade. Diante disso, a Redução de danos põe em destaque essa discussão, pois não trabalha na perspectiva da substância, mas, sim, do usuário e das suas formas de uso.

Quando na abordagem não se diz ao usuário para que ele interrompa o uso da droga, entende-se que essa decisão é individual, mas não se deixa de considerar a dimensão coletiva desse ato no momento em que se disponibilizam estratégias de proteção pessoal, social e à saúde deste e da coletividade. Tais estratégias não desrespeitam o cidadão que faz uso de álcool e/ou outras drogas, desconsiderando a licitude deste uso ou não, mas admitindo a magnitude dos possíveis riscos e danos causados pelo uso destas pelo cidadão, sendo assim respeitados os direitos individuais, sem ferir os direitos coletivos.

As legislações relacionadas ao uso, porte e venda de drogas, ao longo da história brasileira, trazem de forma clara ou velada o slogan, “não use drogas”, como princípio de prevenção.

Havia de ser realmente uma contra-mão imaginar que é possível o uso responsável, experimentar entender o uso de drogas como uma noção de direito individual dentro de uma noção mais ampla de cidadania e conseqüentemente de Direitos Humanos (SIQUEIRA, 2006, p. 07).

Com vigência desde 1976, a Lei nº 6.368²² traz a concepção ideológica da repressão e criminalização como política de drogas, o que não difere muito da lei posterior a ela – Lei nº 10.409 de 11 de janeiro de 2002. É importante salientar que todas as substâncias entorpecentes e/ou capazes de determinar dependência física ou psíquica são compreendidas como droga por essa lei. É possível perceber nessa lei, uma inadequação quando na utilização do termo entorpecente, enquanto o mais adequado seria a utilização da terminologia Substância Psicoativa.

Todos os usuários de SPAs, sendo estes infratores ou não, passaram a ter direito de assistência à saúde a partir da promulgação da Lei nº 6.368. Esse tratamento, conforme o artigo 10, dar-se-á “sob regime de internação hospitalar, será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem”. Está previsto nesta lei sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes que determinam dependência física ou psíquica, Capítulo III, artigo 12, que:

[...] importar ou exportar, remeter, reparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substâncias entorpecentes ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar.

O decreto nº 85.110, de 02 de setembro de 1980, que institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e o Conselho Federal de Entorpecentes, que é presidido por um membro indicado pelo Ministério da Justiça, tem por competência elaborar planos, exercer orientação normativa, dentre outras competências referentes às atividades relacionadas ao tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica. Dentre as suas diretrizes, estabelece a relação entre a educação e a Secretaria da Receita Federal. Em relação à saúde, no artigo 10, determina que o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e a Fundação Legião Brasileira de Assistência e pela Fundação Nacional do Bem- Estar do Menor devem prestar assistência social e à saúde.

²² Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6368.htm>. Acesso em: 9 jul. 2009.

É preciso lembrar que a prisão era a prática mais utilizada na época, numa tentativa de alcance da abstinência ao uso de drogas. Outro aspecto marcante é a ênfase dada ao combate ao tráfico e à repressão ao uso, sendo a droga “oficialmente, uma questão de segurança nacional do Brasil.” (MARLATT, 1999, p. X).

A falta de debate, ou melhor, a imposição de uma agenda que arbitrariamente exclui da discussão – proíbe – uma série de itens constitui a fonte de todas as proibições (PERDUCA, 2005, p. 54).

No ano de 2002, com a revogação da Lei nº 6.368, foi sancionada a Lei nº 10.409²³ “da qual entraram em vigor somente os artigos que não envolvem procedimentos penais” (MORAIS, 2006, p. 181).

No ano de 2006, após longas discussões, entrou em vigor a Lei nº 11.343²⁴, revogando a Lei nº 6.368 de 1976 e a Lei nº 10.409, de 2002, que, em princípio, significou um avanço no que tange às legislações por contemplar eixos relacionados à prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, com a “descriminalização” de posse da droga para consumo próprio. Esse suposto avanço, mediante o cenário repressivo com débil atenção ao usuário, é expresso por Karam (2005), quando afirma:

A política de drogas traduzida em nossa legislação, fruto da opção pela criminalização de condutas relativas a determinadas substâncias daquela natureza qualificadas como ilícitas, tem na irracionalidade desta opção repressora no seu centro, irracionalidade cujo aprofundamento se reflete em cada um dos projetos supostamente inovadores, que, vez por outra, se apresentam para substituir as leis vigentes [...] (KARAM, 2005, p. 155).

Contudo, é a primeira vez que se faz referência às ações de Redução de Riscos e Danos sociais e à saúde em uma legislação sobre drogas, sendo esta regulamentada pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, a política “estruturou-se em torno dos seguintes eixos: prevenção; tratamento, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais e à saúde; repressão; estudos, pesquisas e avaliações” (ALVES, 2009, p. 48).

²³ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10409.htm>. Acesso em: 9 jul. 2009.

²⁴ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm>. Acesso em: 9 jul. 2009.

Nessa nova Lei, o sujeito que for pego portando substância psicoativa sofre sanções que vão desde a advertência e prestação de serviço à comunidade, ao comparecimento a programas educativos. No tocante as sanções, devem ser colocadas as seguintes questões: Como saber se o uso que o sujeito está fazendo da SPA é merecedor de uma advertência, da prestação de serviços à comunidade ou do encaminhamento para programas educativos?

Por ser o único legitimado pelo Estado para o tratamento ao usuário de SPA, o CAPSad vem sendo o local de encaminhamento pelos juízes daqueles que tem como sanção o “comparecimento a programas educativos”. Porém, ele é um serviço de saúde no qual o paciente precisa se implicar no tratamento e não participar deste em função de uma ordem judiciária.

Outra questão que precisa ser analisada: possuem os juízes formação relacionada às questões de tratamento para o usuário de álcool e outras drogas para indicar qual seria o tempo necessário para esse comparecimento? As respostas para essas questões ainda estão em processo de construção, a partir de uma maior fundamentação que perpassa a legalização das substâncias, os direitos individuais e os direitos coletivos. Vale ressaltar que a falta de informações adequadas sobre as questões referentes aos usos de SPA enviesa o passo mais importante desta lei, apresentado no art. 28, que distingue o usuário do traficante.

Alves (2009) elaborou um quadro comparativo entre o modelo focado na abstinência e aquele orientado pela perspectiva da redução de danos (Tabela 1), esclarecendo que:

Esta comparação enfoca a dimensão tecnológica, destacando as principais diferenças entre os saberes norteadores das práticas e a forma de organização dos processos de trabalho em saúde para cada modelo de atenção (ALVES, 2009, p. 42).

Na contramão do avanço da lei 11.343, encontra-se a justiça terapêutica, que encaminha para os serviços de saúde pacientes sem qualquer demanda para tratamento, sobrecarregando os serviços com pacientes que não necessariamente possuem problemas com o uso de drogas. Tais problemas podem ser compreendidos a partir de questões relacionadas à mudança no padrão de consumo e às repercussões deste uso na vida do usuário.

Tabela 1 - Comparação entre os modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas

Características	Modelo de atenção centrado na abstinência	Modelo de atenção orientado pela redução de danos
Modelo explicativo para o consumo de drogas	O consumo de drogas constitui um problema moral/crime ou doença de determinação genética/biológica.	O consumo de drogas é um fenômeno complexo, determinado por fatores biológicos, socioculturais e psicossociais. Ao invés de doença genética ou imoralidade, o consumo de drogas pode resultar de mal-adaptação pessoal ao enfrentamento de problemas.
Concepções quanto ao usuário de drogas	Estigmatizados como viciados, marginais, criminosos ou vítimas de uma doença genética incurável e degenerativa. Os profissionais são responsáveis pelo planejamento das intervenções.	Reconhecidos como cidadãos de direitos, são considerados sujeitos das intervenções em saúde, capazes de assumir a co-responsabilidade pela realização de mudanças pessoais em seus comportamentos, reduzindo a sua exposição a fatores de risco sociais e à saúde.
Objeto de atenção	O consumo de drogas.	Consequências adversas e o sofrimento psicossocial decorrentes do consumo de drogas.
Objetivos	Nenhum padrão de consumo de drogas é tolerável. A abstinência é a única meta aceitável. Recaídas e reincidência no consumo são recriminados.	Alguns usuários não podem ou não desejam abster-se do consumo de drogas. O enfoque da intervenção está nos comportamentos de risco e na vulnerabilidade social, estabelecendo metas intermediárias para a redução gradativa dos danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de drogas. A abstinência é a meta final, mas pode ou não ser atingida.
Estratégias	Aquelas voltadas para atingir ou manter a abstinência: ações educativas coercitivas (mensagens de não às drogas), internação (ex.: comunidades terapêuticas), grupos de auto-ajuda (ex.: Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos).	Diversificadas, centradas nas necessidades dos usuários, intervenções comunitárias. São exemplos: programas de troca de seringas e outros utensílios para uso seguro de drogas, distribuição de preservativos, terapia de substituição, encaminhamentos para serviços de saúde e outros dispositivos sociais.
Espaço de intervenção	Predominantemente institucional.	Predominantemente comunitário.

Fonte: Alves (2009, p. 42).

A Classificação Internacional de Doenças (CID) – que utiliza a terminologia “uso nocivo” –, e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (com a utilização do termo “abuso”, considerando também os aspectos sociais do uso) e transcendendo os aspectos morais, trazem alguns pontos que apontam para um uso problemático das SPAs (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação entre critérios de abuso e uso nocivo da DSM-IV e CID-10

DSM-IV	CID-10
Abuso	Uso nocivo
<p>Uso recorrente resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa.</p> <p>Uso recorrente em situações nas quais isto represente perigo físico.</p> <p>Problemas legais relacionados à substância.</p> <p>Uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.</p>	<p>Evidência clara de que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento.</p> <p>A natureza do dano é claramente identificável.</p> <p>O padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses.</p> <p>Não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda).</p>

Fonte: Duarte e Morihisa (2008, p. 46).

Compreende-se que nem todo uso de drogas traz problemas de saúde ou sociais para o usuário e, por esse motivo, nem todo usuário que é flagrado portando alguma SPA ilícita deve ser encaminhado para “comparecimento a programas educativos”.

A Lei nº 11.343 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD), que determina a individualização do projeto terapêutico de forma a contemplar a inclusão social e estratégias de redução de riscos e de danos sociais e à saúde do usuário. Quanto à prevenção, o SISNAD estimula a autonomia e a responsabilidade individual dos usuários em relação ao uso indevido de drogas.

Aqui vale a discussão sobre a relação entre as políticas e as legislações, que, embora de instâncias diferentes, se apoiam por vezes entre si. Nessa perspectiva, a Lei nº 6.368 norteou a construção da Política Nacional de Atenção ao usuário de Alcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. Porém, antes de prosseguir, é

importante definir o que se entende neste trabalho por política de saúde. Em conformidade com Paim,

Entende-se como *política de saúde* a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao *poder* em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de *diretrizes, planos e programas* de saúde (*Policy*). Assim, a palavra *política* na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Apesar disso, enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p.74).

Pode-se dizer que em diversas situações algumas leis respaldam a política, enquanto em outras é necessário que a política provoque um movimento na construção de um aparato legal para a efetivação destas leis. Nesse sentido, destacam-se na Tabela 3, planos, relatórios de conferências, portarias e políticas na área da saúde, que possibilitaram e/ou respaldaram a inserção da Redução de riscos e danos como eixo norteador da Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e outras drogas.

Tabela 3 - Planos, relatórios de conferências, portarias e políticas na área da saúde

Documento	Ponto em que trata da questão da droga
Plano Nacional de Saúde, BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Diário Oficial da União nº 238 – 13 de dezembro de 2004. <i>Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil</i> . Brasília: 2004	Neste documento destacam-se os agravos a saúde da juventude brasileira, compreendendo estes com idade entre 10 a 24 anos, que vão desde a violência, gravidez na adolescência, exposição a doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, até o envolvimento com drogas e seu tráfico. (p. 16) Traz ainda as questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas como uma das principais causas de deficiência, a partir de dados epidemiológicos que apontam que 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves, decorrentes do uso de SPAs.
Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1198-7 1. Promoção da 2. Qualidade de vida. 3. SUS (BR). I. Título. II. Série.	A política traz ações específicas de redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de SPAs, a partir do desenvolvimento de iniciativas de RD, envolvendo a co-responsabilização e autonomia da população. Utilizar do aparato da mídia, para a difusão de informações quanto aos riscos e danos relacionados ao uso e abuso de SPAs, no binômio acidentes e violência. (p. 37)

Documento	Ponto em que trata da questão da droga
<p>Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde/ Conferência Nacional de Saúde (12: 2003: Brasília, DF).</p> <p>12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 230 p. – (Série D. Reuniões e Conferências) ISBN 85-334-0816-1</p>	<p>O relatório propõe a atenção integral e humanizada em todos os níveis de complexidade a portadores de transtorno mental, dependentes químicos ou que façam uso “abusivo/nocivo” de SPAs, contemplando também a prevenção e a atenção às famílias. Indica a implantação de programas com a perspectiva da RD. Propõe ainda a “educação permanente” em serviços.</p>
<p>Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 246 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)</p>	<p>O eixo I deste relatório toca os desafios para a efetivação do “direito humano à saúde no século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento”, apontando a necessidade de considerar as diferenças de gerações para a implementação de “políticas públicas intersetoriais, programas de prevenção e de assistência para dependentes químicos de substâncias psicoativas” (p. 15)</p> <p>Ao estabelecer as estratégias de RD como efetiva, estabelece esta medida para o controle de doenças (p. 61) e institui as perspectivas da RD “em todas as deliberações desta conferência que se referem ao uso de álcool e outras drogas.” (p. 65)</p>
<p>Relatório da VII Conferência Estadual de Saúde – BAHIA http://www.saude.ba.gov.br/conferes/arquivos/Relatório (25/05/2009 às 10:00 h)</p>	<p>Traz que o Ministério e a Secretaria Estadual da Saúde devem apoiar técnica e financeiramente as Secretarias Municipais da Saúde para a utilização da RD nas ações e programas relacionadas ao uso e abuso de SPAs.</p>
<p>Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental 2001</p>	<p>Dentre a orientação do modelo assistencial em saúde mental, relacionada à atenção aos usuários de álcool e outras drogas, aponta a adoção de estratégias de RD e a implantação de PRD em todos os municípios “promovendo o envolvimento da comunidade, visando prevenir e reduzir a transmissão de DST/AIDS.” Orienta ainda a garantia da assistência especializada aos usuários de álcool e outras drogas em consonância com os princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da RD, “de forma que não se firam seus direitos, impedindo assim a instalação dos Tribunais de Drogas e Programa de Justiça Terapêutica, influenciados pela experiência americana, de maneira que justiça e saúde trabalhem em conjunto.” (p.116). Traz ainda uma moção de apoio ao Tratamento ao usuário de SPA em CAPS/NAPS sob a ótica da Redução de Danos. Considerando dados epidemiológicos que apontam os “altos índices de soroprevalência do HIV entre usuários de drogas injetáveis (52%) e de hepatite C (60%)”, aponta a “introdução das ações de Redução de Danos nesses serviços, tornando disponíveis preservativos, agulhas e seringas aos usuários de drogas.” (p. 166)</p>

O que se percebe de consonância entre esses documentos é a indicação de um espaço legítimo de assistência ao usuário de álcool e outras drogas pautado no respeito à individualidade, apoiada na estratégia de Redução de Riscos e Danos e principalmente em conformidade com os princípios do SUS, considerando o contexto atual de avanço do uso e do abuso de álcool e outras drogas em diversas faixas etárias, acarretando em agravos à saúde da população.

Esse quadro ajuda a compreender que as questões relacionadas ao uso e abuso de SPAs devem ser tratadas de forma a contemplar os diversos ciclos de vida, gênero e especificidades culturais. Tal compreensão promove o aumento da expectativa de vida entre os jovens, a diminuição dos agravos à saúde em decorrência deste uso e a criação e ampliação da rede de acesso a serviços de saúde em diversos níveis de complexidade, de forma a garantir assistência e informação ao maior número de cidadãos possíveis.

É possível perceber que os documentos acima estão amparados pelo paradigma da Redução de Danos (que se harmoniza com os princípios do SUS), práticas de autocuidado, visando à melhoria da qualidade de vida daqueles que consomem drogas e a prevenção de doenças infecto transmissíveis associadas ao uso de drogas. Ao indicar a Redução de Danos como estratégia, compreendem-se os riscos relacionados ao uso e consideram-se os danos e prejuízos individuais, sociais e à saúde relacionados aos diversos usos das drogas, apontando que o cuidado em saúde é dever do estado e direito do cidadão.

Os relatórios apontam subsídios para a elaboração de leis e políticas eficazes na prevenção e na assistência ao dependente, referentes aos aspectos biológicos, sociais e psicológicos que envolvem o assunto.

A partir da década de 2000, a política de drogas brasileira mostra-se permeável ao enfoque da redução de danos, favorecendo o delineamento de um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas orientado por esta racionalidade. Entre as diretrizes da política nacional sobre drogas, destaca-se o incentivo à realização de estudos, pesquisas e avaliação das modalidades de intervenção em saúde na área de álcool e outras drogas, admitindo-se a relevância da produção do conhecimento científico para a construção de práticas resolutivas (ALVES, 2009, p. 43).

A atual Política de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas proposta pelo Ministério da Saúde, e coadunada com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, está respaldada pela Lei nº 10.216 que foi sancionada em

6 de abril de 2001, atendendo à recomendação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no mesmo ano. Portarias do Ministério da Saúde dispõem da rede assistencial de saúde mental, como a portaria GM/336, de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e as diretrizes dos serviços tipo CAPS. Já a portaria SAS/189 de 20 de março de 2002, regulamenta a portaria GM/336, criando a rede especializada para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas na esfera do SUS. O Ministério da Saúde,

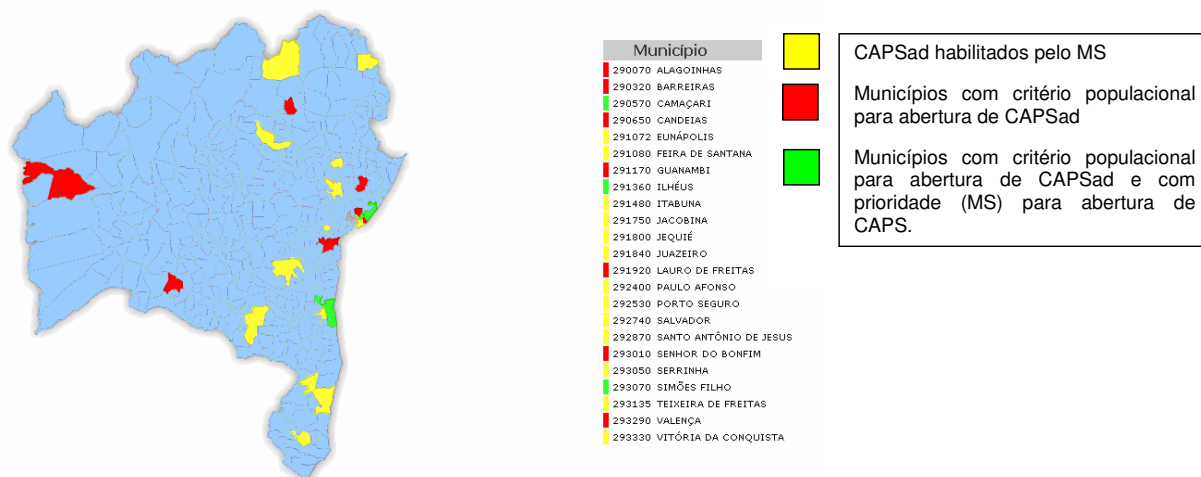
[...] propõe a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial - CAPSad, dispositivo assistencial de comprovada resolubilidade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde (BRASIL, 2004, p. 25).

Cabe ao CAPSad prestar atendimento psicossocial a indivíduos (e seus familiares) com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, dentro da lógica da Redução de Danos, reconhecendo as particularidades de cada situação e indivíduo, e acolher o que está sendo solicitado na perspectiva de que o objetivo da assistência prestada deve ser construído com o sujeito e não sobre ele. Ele tem por objetivo maior promover a reabilitação psicossocial através de ações que envolvam o trabalho, a cultura, o lazer e a educação popular, mediante a utilização de recursos intersetoriais, acionando a rede de serviços de saúde e saúde mental e os recursos existentes no território de atuação do CAPSad. Neste sentido, atuar de forma integrada intra e intersetorialmente, envolvendo as comunidades, familiares e usuários são ações fundamentais deste Centro na defesa dos direitos dos cidadãos e também de controle social, processo indispensável para a efetiva mudança do sistema de saúde mental. A Reabilitação Psicossocial, por sua vez,

[...] significa fundamentalmente um processo de remoção de barreiras. De barreiras que impedem a plena integração de um indivíduo na sua comunidade e de barreiras que impedem o pleno exercício de seus direitos, da sua cidadania. (BERTOLOTE, 2001, p.156).

O primeiro critério de incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a implantação de serviço CAPSad é o populacional, devendo o município ter entre 70 a 200 mil habitantes, sendo 07 os municípios que atendem a este critério no estado

da Bahia. O valor do repasse de incentivo para a implantação do serviço é de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais). Existem atualmente no Estado da Bahia apenas 13 municípios com CAPSad implantados, conforme Figura 2.



Fonte: ATSM/CPT/DGC/SAIS/SESAB/MS.

Figura 2 - Mapa dos CAPSad implantados no Estado da Bahia.

Sendo o CAPSad a estratégia de tratamento ao usuário preconizado pelo Ministério da Saúde, os municípios que não atendam a este critério populacional, não poderão implantar o serviço, existindo como alternativa de implantação, na perspectiva da rede de saúde mental, o dispositivo CAPS I ou CAPSII, destinados a portadores de transtorno mental – não necessariamente em decorrência do uso/abuso de álcool e outras drogas. Porém, ambos não dispõem de profissionais capacitados para lidar com essa especificidade.

A questão relacionada à estratégia de risco e/ou de danos será abordada na III parte deste trabalho. No entanto, é importante ressaltar que “após grande polêmica em torno de sua implementação no país, a redução de danos foi reconhecida pela Política Nacional sobre Drogas e pelas Políticas de Saúde” (ALVES, 2009, p. 17). Conforme a autora, a RD

[...] é compreendida enquanto uma estratégia de saúde pública direcionada a minimizar as consequências negativas do uso e abuso das substâncias psicoativas para o indivíduo e para a coletividade. Nesta direção, busca-se resgatar a autonomia do usuário e sua auto-regulação do consumo de

drogas, sem a exigência imediata e autoritária da abstinência. Entretanto, as práticas de redução de danos mostram-se, ainda, pouco disseminadas no país (ALVES, 2009, p. 18).

Nas literaturas pesquisadas, foi possível encontrar autores que compreendem a RD enquanto uma política, divergindo do norte deste trabalho, que sustenta a tese de que a RD é uma estratégia política para a intervenção junto à população usuária de drogas.

A portaria nº 1.028²⁵ do Ministério da Saúde, que vigorou a partir de 01 de julho de 2005, regula ações de redução de danos sociais e à saúde em decorrência do uso de SPAs, apoiada nas diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas, legitima a RD enquanto estratégia de tratamento direcionada a usuários e dependentes de álcool e outras drogas

[...] que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo. (<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>>, acessado em 13 de novembro de 2009, 3:00 h).

A portaria concebe a RD enquanto “estratégias da saúde pública dirigidas à proteção da vida”, devendo esta ser desenvolvida em consonância com a promoção dos direitos humanos, prevendo a articulação intersetorial, a distribuição de insumos e a contratação prioritária de pessoal da comunidade em que as ações serão implementadas, independente do grau de instrução.

4.1 “Lei Seca” e RD: breve comentário

Sendo de natureza punitiva, a Lei nº 11.705 de 19 de junho de 2008, que altera a Lei nº 9503 de 23 de setembro de 1997 (que institui o código de trânsito) e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, traz em sua base os princípios e diretrizes da Redução de danos.

A crítica à Lei nº 11.705 se dá na ausência do diálogo com representantes da sociedade civil, que por compreendê-la de forma equivocada a apelidou de “Lei seca” ou de “Tolerância zero”. Não se observa qualquer proibição ao uso de álcool

²⁵ Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>>. Acesso em: 9 jul. 2009

na lei. Ela penaliza quem conduzir veículo estando “com concentração de álcool por litro de sangue igual ou superior a 6 (seis) decigramas, ou sob a influência de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência” (SENAD, 2008, p. 89).

A influência da redução de danos na orientação desta legislação é clara: embora não proíba o sujeito de fazer o uso de álcool, determina que se ele o fizer, não conduza veículo automotor, evitando-o, assim, de provocar danos (pessoais e a terceiros), uma vez que as bebidas etílicas ocasionam a diminuição dos reflexos e da capacidade motora de quem as consumir, representando graves riscos de acidentes.

Vale sinalizar que, apesar de avanços na regulação de propagandas televisivas para produtos alcoólicos, o Brasil vem tratando o consumo não apenas de bebidas alcoólicas, mas também do tabaco, da mesma maneira que o faz com outras mercadorias quaisquer. Ao deixar que essa regulação seja feita pelo mercado, o país evita os “constrangimentos” na comercialização desses produtos que poderiam “diminuir os danos associados ao seu consumo” (MARLATT, 1999, p. X).

Nesse sentido, a Redução de Danos, conforme apresenta Carlini (MARLATT, 1999), é o desafio desta sociedade cujo projeto democrático ainda em processo de construção. Ao atuar na realidade, a abordagem redutora de danos é desenvolvida no sentido oposto ao da punição, buscando se isentar dos “julgamentos de valor para minorar os riscos que tais comportamentos impingem àqueles que o praticam e à sociedade como um todo”. (MARLATT, 1999, p. XI).

A política com enfoque na prevenção pouco tem avançado em detrimento das estratégias repressivas e de controle do uso. É possível perceber crianças e adolescentes com orientação duvidosa sobre as questões relacionadas ao uso e abuso de álcool e outras drogas. Um mundo sem drogas não é uma possibilidade concreta, assim como um mundo sem violação dos direitos humanos. No entanto, a luta por maior dignidade humana e respeito não pode deixar de ser empreendida quer seja através da elaboração das leis e políticas que forneçam subsídios para a concretização dessas demandas, quer seja através de ações do movimento social que impulsionem a criação destas leis e políticas.

A resposta política e social a ser dada para as questões relacionadas ao uso de substâncias lícitas e ilícitas é o desafio posto para a sociedade brasileira, considerando o contexto sócio-econômico-cultural contemporâneo em que o diálogo entre as diferentes esferas sociais emerge. É necessário reconhecer que a RD problematiza o debate sobre a individualidade, ou seja, a relação do indivíduo com o seu corpo que, conforme reflete Monteiro:

[...] é o único elemento próprio que o indivíduo possui diante de uma história de vida [...] O consumo de droga funciona como um dispositivo que garante vida a esse corpo; em última instância, essa função desencadeia a possibilidade de sentir-se vivo no único registro que lhe é próprio – o corpo. Tal constatação leva, por sua vez, ao paradoxo que o consumo de substâncias psicoativas imprime a essa população: ao mesmo tempo em que o uso compulsivo posiciona o indivíduo em uma rota mais próxima para a morte, é esse mesmo uso que lhe possibilita sentir-se vivo em algo exclusivamente seu: o corpo (MONTEIRO, 2009, p. 154).

O interesse maior do estado é o de salvaguardar o sujeito que faz uso de drogas, tendo a saúde posta em risco devido a esse uso, e se apresenta ao serviço de saúde. Mas, com isso, o estado está visando também assegurar o bem da coletividade de um prejuízo social e à saúde.

Defende-se aqui a oferta de alternativas que contemplem o acolhimento ao usuário para o tratamento, voltadas não ao consumo da substância que se faz, mas ao usuário. A adoção de um estado de bem-estar social passa pelo fornecimento de possibilidades concretas para o usuário de SPAs que precise de tratamento ou o desejo, que independem da utilização de aparatos proibitivos, repressivos e coercitivos. O Estado tem o dever de cuidar dos seus cidadãos, sendo estes usuários de drogas lícitas, ilícitas ou não usuários, e não o de colocá-lo no lugar daquele que é o causador de um transtorno social.

A política relacionada às questões de álcool e outras drogas deveria ser direcionada para o desejado e não na dimensão de controle, compreendendo [...] que aqueles que necessitam e buscam tratamento para o uso problemático das SPAs ou aqueles que usam ou não conseguem parar de usá-las, não deveriam em função desta condição perder seus direitos ou ter os direitos esquecidos, na perspectiva da cidadania: “assumir a responsabilidade sobre si mesmo e na relação com os outros” (SIQUEIRA, 2006, p.10).

Há uma opção clara do Estado no que se refere à adoção da Redução de Danos, no sentido de contemplar não a liberdade de uso do sujeito, mas a

preservação de possíveis danos que estes usos provocariam à coletividade. Em outros termos, há uma orientação do estado, mesmo na Redução de Danos, de intervir no livre arbítrio do indivíduo sobre a quantidade e maneira de consumir substâncias psicoativas. Mas, é bom frisar, a orientação de tal estratégia é coletiva no sentido de intervir para diminuir o uso e contribuir para a abstinência individual, evitando, assim, os possíveis efeitos de tal prática em terceiros.

5 REDUÇÃO DE DANOS EM CAPSAD

*O contrário da droga não é a abstinência,
o contrário da droga é a liberdade.*

Dartiu Xavier da Silveira

Neste capítulo, serão apresentadas as análises entre as bibliografias estudadas e os dados produzidos, a partir das entrevistas, do grupo focal e dos questionários realizados no ano de 2009 em um CAPSad do Estado da Bahia²⁶, considerando-se a Redução de Danos em CAPSad à luz da liberdade e da cidadania.

Para este trabalho, participaram da entrevista semiestruturada todos os profissionais com nível superior do CAPSad estudado, que haviam sido convidados, e 11 técnicos (todos os que estavam presentes no dia) que participaram voluntariamente, sendo apenas um destes do sexo masculino. A formação profissional dos participantes, cujas idades variam entre 24 e 59 anos, é a seguinte: 06 psicólogos, 02 enfermeiros, 01 pedagogo, 01 assistente social e 01 médico. Em relação à formação continuada, 04 profissionais não possuem pós-graduação, 06 possuem pós-graduação e 01 o título de Mestre. Em relação ao tempo de serviço dos pesquisados, 06 trabalham no serviço de 13 a 24 meses, 02 há menos de 12 meses e 03 há mais de 2 anos.

É preciso pontuar inicialmente que as questões relacionadas ao uso de drogas estão no campo da saúde no Brasil há muito pouco tempo: “as pessoas que usavam drogas eram muito desassistidas, eram vistas a distância muito maior do que são vistas hoje, eram pessoas socialmente excluídas” (Depoimento do Coordenador 4). Também as questões referentes ao usuário de SPAs em centro especializados são recentes e, como o Coordenador 1 justifica é importante pensar estrategicamente sobre elas:

²⁶ O Nome do serviço, bem como do município em que está instalado, foi suprimido deste trabalho, atendendo a recomendações éticas e à indicação do “Pólo de Educação Permanente em Saúde” do Município.

Porque tem casos que precisam de acompanhamento, de profissionais especializados, de psiquiatras, de psicólogos, de terapeuta educacional que nas unidades bases não têm. Mas, os casos que estão iniciando, casos mais simples, podem ser acompanhados nas unidades **[de Saúde da Família]** e não são. A proposta é esta, inclusive a gente está elaborando um plano e colocando como proposta descentralizar algumas ações de prevenção e promoção, e também tratamento e acompanhamento desses pacientes nas unidades básicas. (Depoimento do Coordenador 1, grifo meu).

O entrevistado sinaliza para a necessidade de uma articulação das unidades de Saúde da Família com outros dispositivos de saúde. Já Domiciano Siqueira, em entrevista a Antonio Lancetti, ressalta que, tendo como análise a ida a campo para desenvolver estratégias de Redução de danos:

[...] os postos de saúde não são para pessoas que, de alguma forma estão ligadas ao tráfico de drogas e ao crime organizado. Quando eu falo “ligadas ao tráfico de drogas ou ao crime organizado”, não estou dizendo que são criminosos ou traficantes; os pais, as mães, os filhos, as esposas, os maridos das pessoas que estão nisso também fazem parte dessa rede (LANCETTI, 2007, p. 57).

O primeiro documento nacional que assumiu um compromisso mais concreto em relação às questões práticas e definidoras de uma orientação pública no campo da saúde entrou em vigor de fato em 2003, com a constituição da rede de serviços, como os CAPS, que tem como base a Redução de Danos. Para o Coordenador 1,

Eu acho o CAPSad importante. Ele tem o seu papel, mas não ser exclusivo para atendimento, só ele. Ter um local de atendimento ao usuário, da pessoa que tem problema com álcool e outras drogas. Poderia ser o CAPSad mais um serviço de atendimento de pessoas que são casos mais graves, dependências e evitar um problema mais adiante. (Depoimento do Coordenador 1)

As equipes dos CAPS têm enfrentado diversos problemas, sendo que um deles é a dificuldade de acolher os sujeitos em crise, o que faz com que esses centros acabem por atender aos casos mais leves, conforme salienta Lancetti (2007):

Na realidade, o maior problema de que os CAPS padecem manifesta-se quando os profissionais escolhem pacientes e buscam adaptá-los às especialidades, aos modelos terapêuticos aprendidos com seus terapeutas. [...] Mas o certo é que a maioria dos CAPS não funciona pensando na sua cidade, e em seus problemas mais cadentes, e muito menos se preocupa com a diminuição das internações

psiquiátricas, dos suicídios, dos homicídios ou de outras formas de violência. [...] os CAPS envelhecem prematuramente, segmentarizam-se, sua vida torna-se cinzenta, infantilizada e os profissionais são regidos pelas dificuldades e se enclausuram em diversas formas de corporativismo (LANCETTI, 2007, p. 47).

O problema da demanda pelo serviço apontado pelo Coordenador 1 está descrito na portaria 336 do Ministério da Saúde que dispõe das diretrizes para o modelo assistencial a pacientes portadores de transtorno mental.

[...] deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. (Depoimento do Coordenador 1)

Porém, com a rede de saúde insuficiente e mal capacitada, todos os pacientes que apresentam algum tipo de questão relacionada à saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas acabam por buscar ou ser encaminhados para atendimento na rede CAPSad, em geral devido ao acolhimento diferenciado existente nesse serviço. É de suma importância a existência de um serviço especializado para atendimento ao usuário de álcool e outras drogas no SUS, pois o

[...] posto de saúde está ali perto, mas não serve para eles e, muitas vezes, não só por causa do preconceito dos técnicos de saúde, que atendem bem ou atendem mal pessoas com AIDS ou pessoas que usem drogas (LANCETTI, 2007, p. 56).

É preciso lembrar que o reconhecimento do acesso aos mais diversos serviços de saúde enquanto uma necessidade a ser assegurada a todos, conforme o princípio do SUS, não é suficiente para a garantia desse acesso.

O CAPSad apresenta-se como um lugar acolhedor àqueles que estão em sofrimento em decorrência do uso de SPAs e enquanto serviço alternativo de saúde pública, que não segue o modelo americano. O modelo dos Estados Unidos – moral/ criminal e de doença e dependência de drogas –, procura

[...] remediar o desejo ou a demanda por drogas por parte do indivíduo – uma abordagem de “redução de demanda”. Apesar da aparente contradição entre encarar o usuário de drogas como um criminoso que merece punição e como uma pessoa doente que necessita de tratamento, os modelos de redução da oferta e de redução da demanda concordam que o objetivo final de ambas as abordagens é reduzir e, finalmente, eliminar a prevalência do uso de drogas, concentrando-se principalmente no usuário (“redução do uso”) (MARLATT, 1999, p. 46).

Ao tratar da Redução de danos como um caminho promissor, a Política Nacional de Atenção integral ao Usuário de Álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde, está em compatibilidade com a abordagem da saúde pública. Essa política oferece alternativa a práticas moralistas e, ao usuário que assim o desejar, ampla variedade de procedimentos para lidar com comportamentos de risco e reduzir as consequências prejudiciais do uso de álcool e outras drogas.

Se a adoção da Redução de danos como uma estratégia de tratamento para o usuário de álcool e outras drogas é um assunto ainda em debate, repleto de contestações em vários países, no Brasil, a utilização desta estratégia nos serviços públicos é ainda mais controvertida. Porém, atualmente verifica-se uma diminuição da oposição à adoção a esta prática no país:

No Brasil, eu só tenho visto se opor a RD de modo formal, inclusive dizendo que a RD não resolve, que é um engano, que estimula, a equipe da USP.²⁷ Como ele é pró americano, eu diria, ele é anglófone, os EUA não querem ouvir falar em práticas redutoras e os EUA só querem ouvir falar em erradicação, então esse grupo de São Paulo se opõe a RD. Fora daí, desse grupo, em termos, assim, de representatividade, eu não conheço nenhum outro grupo que deixe de reconhecer. A França reconhece, a Alemanha, a Europa toda, um pouco mais o México, o Canadá reconhece, quer dizer, quase todo lugar reconhece a RD como uma eficaz estratégia de redução de danos e risco que acaba levando à morte. Portugal, inclusive, chama de riscos e danos, reduzir riscos e danos provocados pela prática. Então poucas instituições, poucos espaços hoje em dia se opõem a uma prática que se mostrou tão eficaz na proteção à vida (Depoimento do Coordenador 3).

As críticas e oposições à Redução de Danos podem ser analisadas em função de as estratégias terapêuticas serem pautadas na desintoxicação, sendo este um tratamento tradicional de difícil rompimento.

A experiência **de implantação da Redução de danos** ocorreu num clima de confronto e de radical postura em favor da defesa e da afirmação da vida. Precursora²⁸, enfrentou forte resistência da mídia local, das forças conservadoras da cidade e do Ministério Público (LANCETTI, 2007, p. 79, grifo meu).

Um dos aspectos que mais suscitou controvérsias no que se refere à prática da redução de danos foi a implantação da metodologia de troca de seringas descartáveis e, segundo Lancetti relata, houve tanta resistência a esse ato na época que,

²⁷ O nome do profissional foi omitido, preservando a fonte.

²⁸ Referindo-se ao programa de troca de seringas de Santos, no período de 1989 a 1996.

[...] para se ter ideia, o secretário municipal da saúde, na época, David Capistrano Filho, e o coordenador de AIDS, Fábio Mesquita, foram processados, acusados de incitar o uso de drogas ilegais, e a experiência teve de ser interrompida por ordem judicial (LANCETTI, 2007, p. 80).

Lancetti acentua que a Redução de Danos é “menos uma diminuição do risco e mais uma ampliação da vida” (LANCETTI, 2007, p. 80) e, nesse sentido, os demais programas implantados no Brasil que utilizavam essa estratégia trouxeram essa tônica, a fim de romper as barreiras em defesa da vida.

A contenção do uso, seja através da internação em hospitais ou em prisões, como acontecia regularmente no passado, não resolve o problema do usuário e nem promove mudanças em sua vida no tocante à sua relação com a droga. Nesse sentido, a Redução de danos se coloca avessa a esta prática e traz como princípio maior o bem à vida, ancorado na liberdade do indivíduo enquanto cidadão. Domiciano Siqueira, em entrevista concedida a Lancetti, quando faz referência às internações também defende esse argumento:

Pensa-se que, interrompendo de maneira violenta o uso, internando alguém ou até privando-o de sua liberdade, seriam uma via possível de resolver o problema. [...] A ideia simples é “sequestre!”, “retire!”, “suprima!”, você acaba suprimindo a relação, a vontade do sujeito, por um tempo, mas depois ela reaparece, ou seja, não houve mudanças fundamentais na história dessa pessoa (LANCETTI, 2007, p. 62).

A defesa da adoção da Redução de Danos se apresenta, inicialmente, na oferta de uma estratégia pautada eminentemente na liberdade do sujeito e na baixa exigência, em contraponto ao desejado pela sociedade que é promover o que pode ser chamado de higienização social, exigindo a abstinência e livrando a todos da necessidade de dialogar com o que está fora do padrão:

Para aceitar a prática de redução de danos é preciso uma coisa que de maneira geral não se fala e não se aceita que é a liberdade do usuário continuar sendo usuário. Porque a lógica da saúde é interromper o uso em nome da vida e do bem-estar. A prática redutora de danos não propõe a interrupção do uso, propõe se evitar danos causados pelo uso, é evitar ao máximo possível de danos causados pelo uso de substância. Diante do inelutável [sic] do uso, que este uso seja o menos danoso possível (Depoimento do Coordenador 3).

O segundo ponto a ser pensado quando se faz referência à relação entre Redução de danos e CAPSad diz respeito à forma de reprodução de uma estratégia

que tem como característica a atuação nas comunidades, nos territórios e locais de circulação dos indivíduos. Nesse sentido,

para definir as suas estratégias de atuação, um CAPSad deve considerar obrigatoriamente que a atenção psicossocial a pacientes que apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deve ocorrer em ambiente comunitário, de forma integrada à cultura local, e articulada com o restante das redes de cuidados em álcool e drogas e saúde mental; o mesmo deve ocorrer em relação a iniciativas relativas à rede de suporte social. Desta forma, poderá organizar em seu território de atuação os serviços e iniciativas que possam atender às múltiplas necessidades dos usuários de serviços, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos (BRASIL, 2003, p. 46).

Devido ao papel do CAPSad na rede de saúde do município, o corpo de profissionais, em geral constituído por uma equipe mínima²⁹, não consegue dar conta da demanda do serviço, que abrange atendimentos individuais e grupais e o desenvolvimento de ações no território, embora isso não impeça que algumas estratégias pautadas na lógica da redução de danos sejam desenvolvidas nos atendimentos. Porém, a Redução de danos não se limita a atuações técnicas, valendo-se de ações baseadas na inclusão social e no fortalecimento da saúde. Para produzir este efeito, é fundamental que os profissionais dos serviços estejam no território.

É possível, ante as constatações, ressaltar a importância de um trabalho voltado para o reconhecimento do território e de suas redes sociais na qual está localizado o CAPS *ad*. Reconhecer o território e suas redes sociais na comunidade significa pensar em estratégia de tratamento para usuários de SPAs, baseada na transformação do conteúdo das práticas sociais na saúde, bem como suas articulações nas sociedades ou nos grupos específicos em favor do sujeito (VALÉRIO, 2007, p. 08).

O contexto cotidiano dos usuários é o fator crucial a se trabalhar, a fim de reforçar os aspectos que permitem a diminuição dos riscos em decorrência do uso da substância. Estes riscos estão relacionados ao estilo de vida escolhido pelo

²⁹ A Portaria/GM nº 336 (de 19 de fevereiro de 2002) aponta a equipe mínima para o funcionamento de um CAPSad, devendo esta ser constituída por quatro profissionais de nível superior, entre psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional de nível superior, respeitando as especificidades e necessidades de cada município e seis profissionais de nível médio, dentre esses, profissionais da enfermagem, corpo administrativo ou profissional para atuar em oficinas terapêuticas, a exemplo de bordadeiras, instrutor de capoeira, etc. (seguindo também o critério de necessidade institucional).

indivíduo que, por vezes, necessita ir a locais perigosos em busca da substância proibida em decorrência da interdição do consumo pelas autoridades e pela sociedade como um todo.

Muitas vezes, a não busca pelos serviços de saúde se dá pelo mesmo proibicionismo, que coloca o usuário à margem, sem mensurar os riscos das enfermidades e consequências destas para a sua saúde e vida social. A ida a campo, para a realização de práticas redutoras de danos, permite ao usuário o acesso a informações para uma tomada de consciência dos perigos potenciais dos estilos de vida escolhidos e ainda pode motivá-lo a participar de programas de promoção da saúde, como os oferecidos pelo CAPSad. A ida ao local de convivência dos usuários oportuniza a emancipação destes sujeitos, favorecendo a sua autonomia.

Outro aspecto que é preciso mencionar é a importância da articulação com a rede de serviços, envolvendo vários atores sociais na atenção a usuários de substâncias psicoativas. A Política apresenta o CAPSad enquanto dispositivo assistencial que se pode utilizar nos projetos terapêuticos e nas práticas de cuidados flexíveis, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde.

Em relação ao serviço pesquisado, foi percebida uma articulação incipiente com a comunidade e com o território, apesar de haver um projeto em fase de construção, em função de uma pressão política, para atender mulheres usuárias de drogas em uma comunidade. Essa demanda se apresentou quando a atenção básica, na sua dinâmica de trabalho, percebeu um alto índice de crianças em situação de desnutrição. Em uma análise situacional mais apurada, foi percebido que essas crianças eram filhas de mães alcoolistas, e sendo este fato um dos fatores responsáveis para a desnutrição das crianças, constatou-se a necessidade de instituir um trabalho sistemático voltado para a redução de danos na comunidade. Diante da situação vivenciada, o Coordenador 2 aponta os limites para a atuação na comunidade, embora reconheça a importância e necessidade dessa atuação:

Eu acho que sim, a gente tem essa visão, mas falta justamente esse apoio de a gente ter Redutores de danos trabalhando de fato, pois a Redução de danos pode estar acontecendo na comunidade, próximo a esses locais [onde] as pessoas fazem maior uso de drogas e isto não existe. Na verdade a gente quer construir [...], mas não existe (Depoimento do Coordenador 2).

Muitos usuários não sabem como lidar com a droga que utiliza e desconhece os seus direitos enquanto cidadãos, principalmente os de acesso aos serviços de saúde, ficando desassistidos e não procurando pelos centros de tratamento do uso dessa substância, ainda que manifestem o desejo de fazê-lo. O processo de tomada de decisão em busca de um tratamento para lidar com o sofrimento advindo da relação com as drogas geralmente é longo, e são muitas as desistências transcorridas ao longo dele. Isso justifica a importância de um acolhimento diferenciado ao usuário que decidiu procurar ajuda profissional e de uma equipe especializada para atendê-lo.

Ao buscar um serviço de saúde especializado para o tratamento dos diversos usos de SPAs, o usuário apresenta alguma questão que causa transtorno (s) e/ou sofrimentos para a sua vida. Compreende-se, assim, que a decisão de procurar ajuda em um serviço reflete uma busca por novas formas de lidar com a droga, por uma ruptura que não necessariamente signifique abstinência. Entende-se, dessa forma, que a alternativa da Redução de Danos que o serviço oferece, diferente do que comumente se acredita, não tem um tom de permissividade, constituindo-se como uma tentativa de contribuir para a diminuição ou mesmo o rompimento com práticas danosas à saúde e à vida dos usuários de SPAs.

5.1 O CAPSad: perfil do serviço

O CAPSad pesquisado está localizado no sudoeste baiano, no terceiro município mais populoso do estado da Bahia, com aproximadamente 308.204 mil habitantes, sendo que 15% deles reside em 12 distritos da zona rural com 284 povoados, tendo enquanto característica grande concentração de migrantes em decorrência do entroncamento de várias rodovias da região, que conta com mais de 80 municípios.

O município em que o serviço está implantado se constitui em polo para a microrregião sudoeste do estado, estando habilitado na gestão plena do sistema, tendo, no que se refere à Saúde Mental, uma rede ainda insuficiente para atender a demanda existente não só da população do município, mas também das pessoas oriundas da região que buscarem por assistência. Tal constatação está baseada no número populacional e na quantidade de serviços de saúde mental implantados no município, sendo estes oferecidos por um CAPSad, um CAPS II, um ambulatório

de Psiquiatria no Centro Municipal de Assistência Especializada e um Hospital psiquiátrico, que pertence à rede Estadual.

O serviço, ele é composto por uma equipe multiprofissional e os pacientes geralmente são atendidos na unidade base, e tem o paciente que vem por demanda espontânea, sabe que existe o serviço e vai para o CAPSad, e os municípios da região que tem CAPS eles encaminham também os pacientes aqui [...] e os municípios que não tem CAPS também. Então aqui fica sendo um modelo de referência para toda a região com mais de 80 unidades que são atendidas na pactuação aqui [...] e quatro cidades (Depoimento do Coordenador 1).

Além do perfil populacional e do tempo de implantação do serviço, outra característica relevante para a pesquisa neste CAPSad é a sua história, uma vez que foi construído para funcionar enquanto uma estratégia de Redução de Danos no Município³⁰, dentro de um programa de DST/AIDS implantado em decorrência da prevalência de profissionais do sexo contaminados com o vírus HIV/AIDS, do número elevado de usuários de SPAs e do comportamento de risco associado ao uso destas substâncias, principalmente do crack.

Por iniciativa de um grupo de profissionais do centro de referência de DST/AIDS, um projeto de construção de um serviço para atender a essa população – usuários de drogas, profissionais do sexo ou não, foi encaminhado para o secretário de saúde. O projeto foi aprovado e, devido ao binômio uso de crack e contaminação pelo vírus HIV, a estratégia para lidar com a questão de saúde foi a de Redução de Danos.

É preciso ressaltar que o Centro foi inaugurado enquanto um serviço de estudos e atendimento ao usuário de álcool e outras drogas, sendo caracterizado como um serviço de produção de conhecimento, pautado na prática. Ao iniciarem os atendimentos, foi percebida uma grande procura pelo serviço por usuários de álcool, causando surpresa para os técnicos que esperavam uma demanda de usuários de drogas ilícitas, mais especificamente do crack. Naquela época, o serviço foi montado dentro do Centro de Referência de DST/AIDS do município. Uma profissional revela algumas dificuldades em relação à adoção da estratégia de Redução de Danos:

Teve um problema muito grande porque as pessoas da sociedade, da comunidade, os gestores não aceitavam as estratégias... por exemplo,... oferecer cachimbo aos usuários de crack, a questão de estar sempre se colocando em lugares estratégicos... (Depoimento da Técnica 1).

³⁰ Dados extraídos de entrevista com profissional do Centro.

Outra dificuldade apontada para a adoção das estratégias de Redução de danos na época, conforme o relato do Coordenador 1, foi a relação entre profissionais e usuários:

Na nossa visão, Redução de danos é tentar reduzir os riscos que o paciente corre com o uso de determinadas substâncias. Eram feitas trocas de injetáveis, cachimbos e distribuição de preservativos, mas não funcionou por muito tempo. Os profissionais que trabalharam na equipe eram muito independentes, eles só trabalhavam com quem eles queriam, quem eles acreditavam, tivemos muita dificuldade com esses profissionais... E tínhamos uma dificuldade muito grande dessa equipe sair de dentro do Centro para fazer atividades de prevenção, de promoção, de Redução fora da unidade (Depoimento do Coordenador 1).

Com a implantação da Política Nacional de Atenção ao usuário de Álcool e outras drogas, o serviço passou a ter sede própria, mudando o seu nome para CAPSad. No entanto, algumas dificuldades persistiram, segundo depoimento da Coordenador 1:

Embora exista esse espaço específico, os pacientes também deveriam ser atendidos e acolhidos em outras unidades de saúde e até mesmo em hospitais clínicos. Existe muita dificuldade de atendimento desses pacientes em hospitais e clínicas. Eles são mais encaminhados para hospitais psiquiátricos, então a gente tem uma demanda muito grande que são atendidos em hospitais psiquiátricos sem necessidade (Depoimento do Coordenador 1).

Vale destacar que o município não conta com uma coordenação ou área técnica específica para tratar da questão relacionada à assistência ao usuário, sendo a coordenação de saúde mental a responsável por essa assistência, ainda que haja a compreensão da necessidade de ter um suporte através de uma subcoordenação ou de uma área técnica que ofereça subsídios para o enfrentamento das demandas referentes ao uso de álcool e outras drogas.

Olha só, é porque a gente não está conseguindo dentro do ideal. A Saúde Mental ainda não está na agenda de prioridades do Gestor, então a gente mal consegue Coordenação de Saúde no estado. Agora o ideal é que tivesse uma Coordenação para cuidar só dessa parte, mas também a gente não pode perder o ponto de vista de que álcool e drogas têm que estar também integrado a todas as outras ações. Então, se a gente começa a especificar muito vai perder a integralidade, vai perder um pouco da interdisciplinaridade, da multidisciplinaridade, então, por isso, a gente tem que ter esse cuidado (Depoimento do Coordenador 1).

O que assinala o coordenador é importante para a reflexão acerca das políticas públicas e das especificidades e necessidades de integração entre os diversos setores da saúde, levando-se em consideração que embora a política seja de atenção integral, por vezes ocorre uma separação que pode ser perigosa. O usuário, enquanto cidadão, deve ter acesso ao serviço de saúde, tendo a sua individualidade e as suas questões específicas preservadas. Ao dizer que é necessário separar um serviço especializado em saúde mental de outro, fragmentando a assistência, retira-se a responsabilidade da saúde pública de buscar estratégias para lidar com os usuários de SPAs. O pensar pode ser especializado, mas a assistência precisa ser integral e integrada a outros setores.

Com a mudança de Centro de estudos, pesquisa e atendimento ao usuário de álcool e outras drogas para Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas, ocorreu também uma modificação do perfil da equipe, com a diversificação das categorias profissionais envolvidas e a ampliação do número de pessoas que faziam parte dela. Houve algumas perdas no que diz respeito às reflexões que eram feitas antes das modificações acontecerem, conforme relata uma das profissionais:

[...] existia toda uma conversa em equipe embasada cientificamente, porque a gente estudava junto, a gente fazia tudo muito junto. A gente participava daquele processo de construção junto com o paciente, fazendo psicoeducação (Depoimento da Técnica 1).

Por psicoeducação, os técnicos compreendem o processo de transmissão de informações úteis à vida do paciente. Quando ela é considerada enquanto um norte³¹ pelos profissionais da clínica do serviço, é possível que haja uma implicação de valores morais na intervenção. Essa conduta é inadequada, considerando-se as ponderações de Carpanedo: “O que quer a psicanálise é que não se leve a condução da escuta do usuário de drogas com o caráter educativo, onde estão cunhados valores pessoais.” (2006, p. 92).

O diálogo entre os membros da equipe é de fundamental importância para a circulação dos casos, o amadurecimento do serviço e uma melhor assistência ao usuário e, principalmente, para a condução do caso.

³¹ Todo serviço, tipo CAPSad tem liberdade para junto à sua equipe identificar qual é a base teórica de sustentação do serviço. No CAPSad em que desenvolvi atividades, a psicanálise era a orientação seguida.

O CAPSad atualmente conta com uma equipe de 21 profissionais dentre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, pedagogas, farmacêuticos, oficinairos, equipe administrativa e de apoio, além de estagiários de psicologia, medicina e enfermagem. Vale apontar que, no ano de 2008, após eleições municipais, houve uma troca de gestores e quase 90% da equipe técnica foi substituída, tendo essa alteração um caráter político.

5.2 Saúde mental e assistência ao usuário de álcool e outras drogas

Como já foi apresentado reiteradas vezes nesse trabalho, o tratamento dispensado ao usuário de álcool e outras drogas durante muito tempo, não apenas no Brasil, esteve restrito à internação psiquiátrica e às prisões, na compreensão que a única forma possível de relação com os usuários se daria através da não relação, com uma contenção das relações, por meio das medicações ou das grades. Assim, ao adotar a Redução de Danos, na política, o Ministério da saúde aponta para o rompimento com essas práticas.

Redução de danos é uma prática de saúde onde os pacientes efetivamente participam das decisões. Então, o que a Redução de danos faz com as pessoas que usam drogas é trazer essas pessoas para trabalhar junto e valorizar esse outro lado (Depoimento do Coordenador 4).

Neste ponto, vale descrever a minha trajetória profissional e relatar o começo da minha vida profissional, pois foi fundamental para meu posicionamento frente ao usuário de SPAs, posicionamento esse que acredita na importância do diálogo, do respeito à liberdade de escolha e do reconhecimento do usuário de SPAs como cidadão.

Enquanto estudante de Serviço Social, desenvolvi trabalho na Casa de Apoio e Assistência ao Portador do Vírus HIV/AIDS (CAASAH), uma Organização Não Governamental (ONG) que entre o seu público também contava com usuários de álcool e outras drogas. Durante sete anos trabalhei na CAASAH, que presta assistência a crianças e adultos portadores do vírus HIV/AIDS, através da internação. Muitos que eram admitidos na instituição estavam recém-diagnosticados e muitos outros, sendo a grande maioria associado ao uso de álcool e outras drogas, em processo de recaída, devido ao não uso da medicação.

Na CAASAH, o primeiro atendimento ao paciente era fornecido pelo serviço de enfermagem e pelo serviço social – na época, por mim enquanto estudante e pelo meu supervisor –, e a orientação da Direção era para que o paciente entrasse em abstinência do uso de drogas, incluindo o tabaco. Por causa dessa determinação, o destino da maioria dos pacientes era pedir alta, pois aguentar a dor da sua doença, o estar longe dos poucos amigos que lhe restaram e dos seus familiares, em uma instituição com normas e regras rígidas era insuportável. Porém, a repercussão da decisão da alta, por não suportar a abstinência, recaía sobre o próprio usuário que, longe dos cuidados de saúde, psicológicos e sociais, acabavam por ter seu estado de saúde agravado.

Interessante que apenas o serviço social e a psicologia eram contra a determinação de abstinência total – inclusive de relações sexuais – durante o período de internação, e assim as brigas com a enfermagem e com a Direção eram constantes. Apesar da imaturidade, comum a pouca idade que eu tinha na época, e embora eu não tivesse a graduação concluída, não conseguia aceitar o posicionamento da Direção e nem a forma arbitrária do seu procedimento. Nas saídas com os pacientes para resolver questões sociais – documentação, visitas familiares, questões previdenciárias, bancárias, etc., eu não lhes censurava o uso do tabaco. Vale ressaltar que o uso desta substância não traz prejuízo para o tratamento do paciente (diferente do álcool) e ainda propiciava um momento de prazer diante da dor da sua existência.

Com a conclusão do meu curso de Serviço Social, fui convidada a fazer parte da equipe de implantação do primeiro – e até então único – CAPSad de Salvador, que na época, da implantação, funcionava ao lado do CETAD. O CAPSad foi o meu primeiro emprego enquanto assistente social, no qual desenvolvi atividades por quatro anos e pude compreender os fatores de uso e abuso de SPAs. Era inquietante e desafiador. Eu era aprendiz na clínica das toxicomanias e do fazer social frente a estes cidadãos.

Os atendimentos, enquanto Assistente Social em CAPSad, eram sempre pautados no respeito ao usuário que, na relação de confiança, descortinava a sua vida, falava do seu sofrimento, das suas angústias, dos seus medos e das suas frustrações. A escuta era realizada com o intuito de permitir que o usuário ao falar e ao se ouvir falar percebesse seus limites e possibilidades para mudar a realidade

angustiante em que se encontrava. Nos atendimentos do CAPSad, considerava-se necessário um acolhimento diferenciado ao sujeito em sofrimento e o serviço oferecido passava a ser uma referência, “um lugar para onde ir” (ESPINHEIRA, S.R.B).

A fim de apontar a importância das discussões para o fortalecimento da prática, é pertinente relatar que na dinâmica do serviço uma tarde por semana era dedicada à reunião de equipe. Neste turno, não havia atendimento ao usuário e todo o tempo era dedicado para estudos e discussão de casos, leitura de textos, palestras com convidados, etc.. Este era o momento mais esperado e importante do trabalho, pois era quando se podia socializar as atividades desenvolvidas pelos profissionais, ou seja, informar de que forma estava a condução do tratamento dos pacientes. Apoiados pelas discussões, e com olhar interdisciplinar, a conduta frente ao caso era mais tranquila, minimizando algumas dúvidas, angústias, medos e incertezas dos profissionais envolvidos.

No primeiro atendimento ao usuário no CAPSad – que poderia ser realizado por qualquer profissional de nível superior –, eram-lhe apresentadas as seguintes questões: faz uso de quais substâncias, há quanto tempo, qual a que mais lhe preocupa, e o que deseja fazer com ela. Por exemplo: O usuário do serviço definiu que, diante do seu consumo de álcool, crack e maconha, sua maior preocupação era com o uso do crack. Seu desejo era manter o uso da maconha, diminuir o uso do álcool e parar o uso do crack.

Diante deste quadro e de outros fatores psicossociais, a exemplo das relações familiares, sociais e comunitárias, e das estabelecidas com a droga, era construído o projeto terapêutico junto ao próprio usuário. Desta forma, a sua inserção nas atividades grupais e os encaminhamentos para as outras especialidades oferecidas pelo serviço se davam em conjunto – técnico de referência e usuário –, através da discussão da função destas para o seu momento de vida.

Minimizar a dureza do trabalho com essa população e superar as questões morais para o desenvolvimento de uma conduta ética, pautada na liberdade do usuário de álcool e outras drogas, requer habilidades e suporte que tem na socialização em equipe uma importante ferramenta. O assistencialismo ou o olhar repressivo são armadilhas corriqueiras diante de um trabalho tão intenso junto a esse usuário.

Assim sendo, o CAPSad é um serviço que se orienta politicamente pela liberdade, o que está em consonância com as práticas redutoras de danos, mas essa orientação, por si só, não aponta para a utilização de práticas redutoras de danos no serviço. Para tal, é necessário, além de respeitar a liberdade do usuário, trabalhar na comunidade onde ele vive e se socializa, oferecendo-lhe orientação sobre as práticas de comportamentos sexuais seguros e o uso de SPAs. Parte dessas diretrizes é seguida pelo serviço pesquisado.

Outra vez a minha experiência será trazida, nesse ponto, enquanto Assistente Social do projeto “Consultório de Rua” do CETAD/UFBA Para dar início às atividades deste projeto, é necessário trabalhar a comunidade, o território onde ele será implementado. Dessa forma, algumas visitas a unidades de saúde, de segurança pública, prostíbulos, entre outras, foram realizadas. A rede acessada era formada pela formal (instituições públicas ou não) e informal (lideranças comunitárias, etc.) no sentido de compreender a dinâmica da área e apresentar o projeto.

Interessante observar a reação do traficante da área frente à proposta do projeto: ele agradeceu a disponibilidade de “cuidar da minha gente” e forneceu todo o suporte necessário para a realização das intervenções, apresentando a equipe a pessoas “chave” para indicar, inclusive, os locais de maior aglomeração de usuários de drogas. O posicionamento do traficante em apoiar a prática redutora de danos na localidade passa pelo entendimento de que o objetivo desta prática é cuidar da pessoa e não da substância que faz uso, em consonância com o que aponta o Coordenador 3:

[...] a prática redutora de danos, ela não lida com a droga, ela lida com a pessoa, e lida com a pessoa no sentido de proteger a vida dessa pessoa, que é cumprimento do primeiro mandamento da Constituição: proteger a vida. A vida é um bem inegociável... Agora, a lei diz também que você não deve facilitar o uso. Aí é que está o limite. Alguém pode dizer que dar uma seringa é facilitar o uso? Resposta: é facilitar o uso que protege a vida. Novamente a gente vai proteger a vida. É o que do ponto de vista ético e constitucional justifica você dar a seringa. Não dá a droga, dá a seringa à pessoa, você está protegendo o bem supremo maior, que é a vida. Agora alguém pode dizer: mas a pessoa vai injetar a droga e vai morrer. Bom, isso é um acidente. Essa não é a ideia do redutor de danos. A ideia do redutor de danos é que a seringa seja usada para a proteção à vida. Alguém que injeta uma cocaína com teor de impureza elevadíssimo, enorme, ele faria isso com qualquer seringa. Então não seria essa a seringa que facilitou a morte. Mas aquela seringa reduziu a chance dele se contaminar, portanto, com o vírus do HIV e, portanto, de morrer com uma doença incurável (Depoimento do Coordenador 3).

Outro ponto importante da discussão sobre as SPAs foi trazido por Perduca (2005) quando abordou o proibicionismo como um problema e como uma forma de violação de direitos individuais. Este autor compreende a legalização do consumo de drogas enquanto uma “legalização das condutas e/ou posturas” e não como uma “liberalização”. Assim, assegura:

A liberdade é adquirida e salvaguardada com adoção de regras e regulamentos que devem governar a sociedade, sempre que liberdades individuais são infringidas e violadas por outros indivíduos ou pelo próprio governo, e que, ao assim agir, o governo não está autorizado a impor um modelo de comportamento sobre outro. Qualquer outro (PERDUCA, 2005, p. 55).

O autor defende que a legalização traz como consequência positiva a despenalização de condutas de risco, levando a uma possível descriminalização de fato. Também acredita na possibilidade do controle social com economia dos gastos públicos destinados à repressão e possível alocação destes recursos, por exemplo, para políticas de assistência ao usuário e de prevenção do uso. Contrapondo-se ao proibicionismo, o autor afirma:

[...] somente a aplicação dos postulados do estado de direito é capaz de ensejar a efetividade de regulações, e que é sempre melhor permitir que as atividades humanas, inclusive as ‘controvertidas’, se realizem em um ambiente legal do que deixá-las se desenvolver à mercê do mundo ilegal (PERDUCA, 2005, p. 55).

É preciso lembrar que o proibicionismo deixou marcas profundas no que se refere ao acesso dos usuários aos serviços de saúde, que, marginalizados, não buscam pelos serviços e, por vezes, acabam por agravar o dano à sua saúde em decorrência do uso indevido de SPA e das diversas formas de violência aos quais estão expostos na busca pelo “prazer”.

Atualmente, o estado dispõe de uma rede com apenas 13 CAPSad, sendo necessário, apenas para a cidade de Salvador, seguindo o critério populacional, 30 serviços. Dessa forma, esse tipo de dispositivo é a principal estratégia de atenção ao usuário de álcool e outras drogas no campo da saúde pública, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e conta com financiamento ministerial, estando previsto para ser o regulador de todas as ações relacionadas ao uso de álcool e outras drogas em cada região.

Para aqueles municípios que, em função do número populacional, não podem ter um dispositivo CAPSad, o Ministério da Saúde orienta pela implantação dos CAPS do tipo I e do tipo II. Nesse caso, a construção de estratégias para atender a demanda do usuário de SPA é de responsabilidade desses serviços, o que efetivamente não acontece.

A falta de conhecimento específico dos técnicos e a demanda por atenção a paciente com transtorno mental e usuários de drogas no mesmo ambiente solicitam um investimento institucional nos profissionais envolvidos. Esse investimento deve ser dado no sentido de subsidiar esses profissionais a suportar a dureza do sofrimento do usuário de drogas e a melhor compreender as questões sociais relacionadas a este sujeito que busca ajuda, reconhecendo-o enquanto cidadão merecedor de assistência de saúde e não como um marginal.

5.3 O diálogo entre os Princípios: do SUS, do CAPSad e da Redução de Danos

As bibliografias estudadas apontam uma perfeita consonância entre o que prescreve o SUS, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Redução de danos. Essa é uma análise interessante, pois parte da garantia de direitos à saúde para toda a população. Tal garantia, antes do SUS existir era restrita. Porém, ainda que o SUS preconize o acesso universal, este não favorece a acessibilidade aos usuários de drogas, o que é garantido nos serviços do tipo CAPSad, no qual a liberdade do usuário é preservada, como recomenda os princípios da Redução de Danos. Nesse sentido, percebe-se uma triangulação perfeita para favorecer a saúde do usuário.

Há diversos ângulos para se analisar a temática da saúde. Paim, por exemplo, em seu livro, *O que é o SUS* (2009), trabalha a saúde sobre três dimensões: o estado vital, o setor produtivo e a área do saber, as quais sofrem influências econômicas, políticas e culturais, sendo também organizadas segundo as crenças e os valores propagados pela sociedade. Ele a discute enquanto um “*estado da vida*, [...] um modo de levar a vida” no qual se espera que as pessoas consigam levar uma vida com qualidade (PAIM, 2009, p.11). Para o autor, o sistema de saúde é o conjunto de instituições e empresas, e profissionais e trabalhadores “cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações” (PAIM, 2009, p. 13).

Vale ressaltar que a constituição da República promulgada em 1988, em seu artigo 196, estabelece que “A saúde é direito de todos e dever do estado.” Antes disso, conforme Paim, a saúde não era um direito de todos, pois,

[...] antes de 1988 somente os trabalhadores com carteira assinada e em dia com as contribuições pagas à previdência social tinham garantido por lei o direito à assistência médica, através dos serviços prestados pelo Inamps (PAIM, 2009, p. 41).

Em relação ao SUS, o autor argumenta que para entendê-lo não basta compreender a definição da sua sigla – Sistema Único de Saúde – mas analisar o seu significado enquanto uma única palavra, não se esquecendo de que ele “supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminação ou privilégios.” (PAIM, 2009, p. 43).

Sem dúvida, o SUS traz princípios que comungam com os da Redução de Danos quando define a universalidade enquanto garantia de serviços de saúde em todos os níveis de assistência, incluindo a especializada em saúde mental, e contemplando os usuários de drogas em certo sentido.

A definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004, p. 746)³².

A Redução de Danos faz uso de um conjunto de estratégias para aqueles que não conseguem deixar o uso de álcool e outras drogas, buscando oferecer formas de reduzir os agravos e os danos à saúde em decorrência deste uso. No entanto, essas intervenções não eram reconhecidas enquanto direito universal antes do SUS surgir.

Embora o direito à saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, somente quarenta anos depois o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social (PAIM, 2009, p. 41).

³² Disponível em: <http://www.ufpe.br/nusp/projetos/municipios_saudaveis/Avaliao%20de%20politica%20nacional.pdf>. Acesso em: 24 set. 2009.

Quando o CAPSad se constitui como *um lugar para o usuário pode ir se tratar*, sem necessitar de um encaminhamento ou de qualquer tipo de protocolo ou documentação, demonstra a preocupação que o norteia: assegurar a assistência ao cidadão que buscar pelo serviço, desconsiderando quem ele seja ou a representatividade que possua perante a sociedade. Assim, o acolhimento deve ser garantido a todos, independentemente da sua condição de usuário, de traficante ou de sujeito com problemas com a justiça.

Ao relatar a experiência do início da implantação de ações de Redução de Danos na Bahia em entrevista, o Coordenador 3 evidencia a importância da prática redutora de danos, voltada não apenas para a saúde pública, mas para as relações entre os sujeitos envolvidos:

Ao lado da seringa, junto com a seringa, nós colocávamos nosso amor, nosso afeto, nossa alma, nossa palavra, nosso respeito, tudo que se possa pensar que nós teríamos, a gente botava junto com a seringa. A bolacha... aí ele tomava um café e a gente começava a dizer que não era só trocar a seringa, que a gente ia a casa da pessoa, que a gente estimulava a pessoa a buscar um serviço de saúde. As pessoas passaram a fazer exame, algumas que não sabiam se estavam contaminadas ou não faziam exame (Depoimento do Coordenador 3).

O SUS tem como referência a igualdade de direitos sem preconceitos, além da equidade, da regionalização e da concepção, que deve ser destacada como uma das mais importantes para esta dissertação, segundo a qual a liberdade de escolha das pessoas precisa ser respeitada. Concepção essa que se baseia no princípio da autonomia dos cidadãos e está em total sintonia com os fundamentos da Redução de danos, ainda que a existência da norma jurídica não signifique, necessariamente, o seu cumprimento.

5.4 Direito dos usuários de SPAs no SUS e CAPSad

Atualmente existe uma discussão interessante acerca da melhor instância para tratar as questões de saúde relacionadas aos diversos usos de SPAs. Sobre o assunto, o Coordenador 1, em entrevista, depõe:

Eu acho que não, não é a saúde mental que é a área ideal para tratar. A questão da saúde mental, ela traz um estigma da loucura do passado, e a gente sabe que os pacientes são usuários de substâncias psicoativas não

porque tem nenhum tipo de loucura... porque passaram por algum problema ou porque é opção iniciada na adolescência, não é uma questão ligada à loucura. Eu não acho que é o melhor lugar, mas foi o lugar que o Ministério achou para encaixar (Depoimento do Coordenador 1).

Outro ponto relevante surgido nas entrevistas realizadas com os coordenadores, diz respeito às diferentes estratégias traçadas, pelo programa de Redução de Danos, para alcançar os usuários e favorecer a estes o acesso a informações de prevenção às DSTs/AIDS, de cuidados de saúde, de prevenção ao uso abusivo de álcool, e outras drogas e a serviços de saúde e sociais. Um dos entrevistados, por exemplo, ao se referir à prática da RD, quando do seu início na Bahia, afirma:

Depois nós fizemos parceria com alguns traficantes de alguns bairros de Salvador, onde o material descartável, seringas e essas coisas eram guardados na casa de traficantes, onde havia a venda e nós, de alguma forma, nos associamos nesse sentido. O traficante vendia a droga e nós propúnhamos uma atuação na saúde que é uma coisa muito ousada [...] (Depoimento do Coordenador 3).

Também o enfoque universal da estratégia da Redução de Danos foi ressaltado no universo pesquisado, como exemplifica as declarações feitas por um redutor de danos ao ser entrevistado:

Redução de danos é pra todos porque a droga está em todas as camadas sociais. É igual à morte, não foge de ninguém. A mesma coisa é a RD. As pessoas que são mais agraciadas pela RD são os menos favorecidos, porque um rico, um barão, não vai levar ao CETAD, à ALIANÇA³³, não vai. Vai a uma clínica particular, vai a um psicólogo particular, não vai expor o filho. E eu sempre passava a RD, eu dizia pra eles o valor que tinha o CETAD, o valor que tem a ALIANÇA, todos os lugares de atendimento, postos de saúde, que eles podiam usufruir. Que aquilo era importante pra eles utilizarem também, porque se o governo investia, [e] a prefeitura municipal, [para] dar sustentabilidade aquele trabalho, aquele lugar, que era pra ser utilizado (Depoimento do Redutor de Danos).

É importante considerar a figura histórica deste redutor para a implantação da redução de danos na Bahia: ele participou do primeiro grupo responsável pelo projeto de trocas de seringas na cidade de Salvador, sendo este reconhecido como o primeiro PRD do Brasil. A relevância deste Redutor na pesquisa deve-se também à experiência que possui enquanto paciente de um CAPSad: por ter usufruído do serviço, ele detém tanto o conhecimento teórico quanto o prático sobre a Redução de Danos. Na sua concepção, Redução de danos é

³³ Fazendo referência à Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti.

[...] uma política de saúde que envolve vários fatores... Como é o caso que vem acontecendo em algumas unidades de PSF e PACS, estão participando, estão tomando aula, os agentes dos ACS, pra poder aprimorar mais o trabalho, ter mais amplitude. Porque, no início, a RD foi uma coisa muito assim, entre aspas, polêmica... Viabilizava como um incentivo a mais para o uso de drogas, não via o lado da discriminação pelo HIV, e outras DSTs e Hepatite e outras doenças virais... É uma coisa que está sendo feita e que realmente tem valor, porque as unidades de saúde, pra poder saber como atender e dar procedimento ao usuário... Porque, antigamente, o próprio usuário se refugiava entre si, guardava suas doenças, suas dores, seus conflitos interiores, e não procurava nem psicólogo nem nada, por que ele tinha medo, ele era um cara fora da lei, à margem da sociedade (Depoimento do Redutor de Danos).

O Redutor de Danos revela ainda que a Redução de danos considera o usuário de drogas lícitas ou ilícitas como um sujeito que, enquanto cidadão, deve ser atendido nas suas necessidades:

Medo da receptividade, porque as pessoas o viam como um marginal, não via como um dependente químico, né?, como hoje você vê. Como antigamente o tratamento para usuário de drogas era o quê? Manicômio judiciário e outros lugares. Mas, hoje em dia, vê o sujeito como um dependente [...] que precisa ser tratado com respeito e seriedade. Daí o sujeito ter um contato mais amplo [com] a sociedade, [e poder] se reintegrar à sociedade (Depoimento do Redutor de Danos).

Enquanto alguns entendem a distribuição de material informativo e a entrega de preservativos, por si só, como uma estratégia de redução de danos, outros procuram mostrar que a redução de danos vai além destas ações. O Redutor, por exemplo, indica que é também na relação do profissional com o paciente que essa prática pode ser encontrada:

Eu acho que não provém apenas da entrega de um preservativo ou da entrega da seringa... [é preciso] mostrar também a desigualdade social, mostrar o respeito pelo outro. Então o técnico vê o sujeito sujo, mal vestido, cabelo “desgrenhado”, aí olha assim pra dar o atendimento [...]. Antigamente a pessoa era valorizada pelo que a pessoa vestia, a pronúncia da pessoa. Aí aquele sujeito tinha atendimento (Depoimento do Redutor de Danos).

Ao tratar de aspectos relacionados com os desprovidos de proteção para o HIV/AIDS, Castro e Silva aborda uma questão central para a população usuária de drogas:

Trata-se daqueles cujas condições de vida os tornaram camuflados e, a sociedade, cega, se nega a reconhecer. Invisíveis pela vida à margem, pela sua exclusão do sistema de saúde, do sistema educativo, do sistema de

moradia, dos meios de comunicação ou de qualquer outra modalidade de participação social, legal ou ilícita, constituem um amontoado de homens, mulheres, crianças, jovens e idosos cuja voz não consegue ser emitida. Esses grupos, em permanente vulnerabilidade estrutural, precisam sair à luz para que seu ocultamento e seu silêncio sejam quebrados com novos métodos de inclusão social (2005, p. 80).

A pesquisa realizada no mês de novembro (2009) nos dois jornais escritos de maior tiragem do Estado demonstra a questão do acesso à informação como elemento de formação de opinião e de construção do lugar da droga e de seus usuários na sociedade. A Tabela 4 sintetiza os dados encontrados:

Tabela 4 - Notícias relacionadas às drogas veiculadas durante o mês de Novembro de 2009

<i>Relacionadas à repressão, com apreensão de drogas e prisão de traficantes e/ou usuários</i>	
Números do Jornal A: 10	Números do Jornal B: 10
<i>Relacionadas à morte de usuários e/ou traficantes</i>	
Números do Jornal A: 01	Números do Jornal B: 04
<i>Referentes à violência relacionada à disputa por pontos de tráfico e por quadrilhas de traficantes</i>	
Números do Jornal A: 05	Números do Jornal B: 03
<i>Relacionadas a questões de educação, informação e saúde.</i>	
Números do Jornal A: 05	Números do Jornal B: 01

Nessa pesquisa, fica evidente que as questões relacionadas ao cuidado em saúde não representam relevância para a mídia, tendo maior destaque e enfoque nos noticiários locais as notícias referentes às questões do tráfico.

A informação é privilégio do aparelho do Estado e dos grupos econômicos hegemônicos, constituindo uma estrutura piramidal. No topo, ficam os que podem captar as informações, orientá-las a um centro coletor, que as seleciona, organiza e redistribui em função do seu interesse próprio. Para os demais não há, praticamente, caminho de ida e de volta. São apenas receptores, sobretudo os menos capazes de decifrar os sinais e os códigos com que a mídia trabalha (SANTOS, 2007, p. 155).

O acesso à informação correta e de qualidade é fundamental para a construção de um sujeito autônomo. Para que os usuários possam diminuir os riscos de morrer em decorrência de AIDS, sífilis, hepatite ou outras doenças infecciosas, precisam de informação e de insumos. Insumos, aqui, significam: seringas novas, de forma que não se contaminem com o HIV; preservativos e cachimbos, para que possam se proteger quando usarem crack, não machucando seus lábios. As informações são necessárias para evitar as overdoses, para impedir que sejam pegos pela polícia ou virem reféns dos traficantes, e, especialmente para os mais jovens, elas são imprescindíveis uma vez que cair nas mãos da polícia pode provocar mais danos que o uso da própria droga.

5.5 A prática redutora de riscos e danos do CAPSad

*Ficou a persistência em buscar o que já não se sente,
mas a que está preso;
Uma necessidade tornada inelutável.*

Gey Espinheira

O CAPSad pesquisado totaliza 3.255 pacientes cadastrados desde a sua implantação (enquanto serviço de estudo e pesquisa) até novembro de 2009. Para ilustrar a sua visão diante da temática da redução de danos, tomando como pilares a liberdade e a cidadania, foram entrevistados 05 pacientes, sendo 04 do sexo masculino e 01 do sexo feminino, com idades entre 24 e 38 anos, com tempo de tratamento no CAPSad entre 3 meses e 3 anos, sendo a maioria usuários de múltiplas drogas, conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes por substância utilizada

Substância	nº
Álcool apenas	03
Álcool e outras drogas	02

A busca pelo prazer encontrado no primeiro contato com a droga se perde ao longo da relação com a substância, já que na tentativa do deleite o usuário de SPAs

depara-se com a dependência. Diante da necessidade de se obter novas formas de “gozo”, o CAPSad apresenta-se a esse usuário como uma possibilidade de encontro. Entrevistas realizadas com pacientes permitem que se possa ter uma amostra da percepção destes em relação ao tratamento em CAPSad, tendo como base o serviço pesquisado (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição por percepção dos pacientes de modificações na vida após o início do tratamento no CAPSad

Modificações após o início do tratamento	nº
Melhora no quadro de saúde física e emocional	04
Manutenção em abstinência ao uso da substância e melhora no quadro de saúde física e emocional	01

O CAPSad, para a Coordenação, tem a “função de re-inserir esses indivíduos num contexto de dignidade [...de] dar um apoio, um suporte dentro da necessidade do indivíduo” (Depoimento do Coordenador 2). A Redução de Danos em CAPSad objetiva também a promoção de um novo lugar social para o sujeito que faz uso de SPAs, em concordância com o que diz o Redutor de Danos:

[...] acho que dá uma noção de consciência de cuidar nele mesmo, porque, uma coisa engraçada, ele não pensa no outro. Essa problemática agora do crack... Foi muito bom, quer dizer, o negócio do cachimbo distribuído, no início foi meio polêmico, porque não foi aceito nem pelos usuários, a distribuição do cachimbo. O sujeito não sabia o que era um herpes labial, o sujeito não sabia o problema do BK, não sabia que podia causar fissura na língua, nos lábios, tudo a gente passou. Nada disso ele tinha conhecimento, então foi muito bom para o usuário se precaver, pra si próprio, de se cuidar. Porque eles hoje dizem: *‘ah não velho, procure seu cachimbo, o meu não’*. Alguns hoje em dia compartilham, mas muitos têm aquele negócio do eu, que é do cuidar. E o que foi que promoveu aquilo? Foi a informação, foi o conhecimento, um mostrar. A RD... Acho que a base de tudo está na informação (Depoimento do Redutor de Danos).

A modificação da forma de vida de um usuário do serviço, através de intervenções ancoradas na Redução de Danos, concretiza-se em inúmeros casos. Um deles, o do paciente J., será relatado a seguir para ilustrar como elas se processam³⁴.

³⁴ Mais uma vez, o relato da minha experiência em um CAPSad será utilizado.

O paciente J., com idade superior a 50 anos, procedente de Aracaju, natural do Rio de Janeiro, usuário de múltiplas drogas, procurou espontaneamente o serviço, em busca de ajuda para lidar com o uso das SPAs e assim promover uma reaproximação com os seus familiares. Apesar de ter renda mensal de R\$1.200,00, referente a uma aposentadoria por invalidez, ele morava na rua e se apresentava com higiene precária, tendo a barba descuidada, e outros aspectos que denotavam a falta de cuidado consigo.

J. iniciou o tratamento e em determinado momento dele³⁵ se deu conta da condição de pobreza em que vivia e solicitou auxílio para que fosse possível modificar a sua condição social, que estava diretamente relacionada ao consumo da droga. Nesse sentido, após o seu caso ser discutido, J. percebeu que precisava diminuir os gastos relativos à aquisição das drogas para poder se estruturar. Assim, traçou a seguinte estratégia, visando conseguir sustentar a sua decisão:

- Um quadro com a relação das substâncias que ele fazia uso, o valor de cada “dose” e a quantidade consumida por semana foi feito com lápis e papel;
- Em seguida, foi tomada a decisão de abandonar o uso da cocaína, enquanto substância que mais lhe causava danos financeiros, por ser cara;
- Assim como decidido diminuir o consumo do crack;
- Ou substituir o seu uso pelo da maconha, uma vez que o crack era a substância que mais lhe causava dependência, prejuízo para a sua saúde e ainda interferia em relação ao seu convívio social (o que se apresentava com extrema delicadeza, pois se fez uma estimativa da quantidade de maconha que usava por semana para que ele pudesse ter noção das “doses” e do custo destas. Porém, tratava-se da substituição do uso de uma droga ilícita por outra ilícita. Entretanto, ancorada pela posição ética frente ao usuário e em favor da sua vida, tal procedimento de substituição foi indicado);
- Por fim, decidiu-se pelo abandono do uso do crack e da cocaína, pela diminuição sensível em termos de quantidade do consumo da maconha e do álcool, e pela manutenção do uso do tabaco.

³⁵ Eu o acompanhava enquanto técnica de referência. Técnico de referência pode ser qualquer profissional de nível superior, designado devido à necessidade específica do paciente (psicológica, social, etc.) ou através do estabelecimento de vínculo transferencial e que tem a função de acompanhar o caso do paciente de forma integral, sendo responsável pelas discussões do projeto terapêutico com o paciente, por avaliar a sua evolução nos grupos e oficinas, e por provocar discussão de caso, etc.

Nesse estágio, J. já havia sanado parte das dívidas referentes à aquisição das substâncias, porém sentia-se vulnerável a retroceder, principalmente devido à questão financeira. Dessa forma, solicitou que se guardasse o seu cartão bancário, o que demandou discussões intensas com profissionais diretamente ligados ao caso e com o próprio usuário, a fim de analisar a função desta intervenção na sua vida e na relação com as drogas. Por fim, estabeleceu-se um período para que o cartão permanecesse no prontuário, o que não significou a transferência de responsabilidade quanto à destinação do valor referente ao seu benefício. Após o pagamento de dívidas com diversos referentes à aquisição da droga, além de empréstimos bancários com débito em conta, J. solicitou ajuda para deixar as ruas.

No centro da cidade, onde existem pousadas que alugam quartos por temporada, J. identificou-se com uma delas e se instalou, pagando antecipadamente pela hospedagem e solicitando o seu cartão bancário de volta. No dia seguinte, J. apareceu no serviço com a higiene preservada, a barba feita, usando roupas novas e com um desejo de modificar as suas relações pessoais e se aproximar dos seus familiares. Nos atendimentos subsequentes, relatava melhorias na sua saúde (relacionadas ao quadro respiratório) e no convívio social.

Nesse caso, os profissionais do serviço apresentaram, através dos atendimentos de psicologia e de terapia ocupacional, das oficinas e de grupos diversos, uma possibilidade para que o paciente desejasse uma nova forma de estar no mundo, respeitando seus limites e possibilidades e, principalmente, o acolhendo na sua demanda.

É importante ressaltar que o profissional deve ter sensibilidade no que concerne ao trabalho junto ao usuário e na adoção da redução de danos, a fim de não desejar pelo paciente e nem buscar enquadrá-lo a partir dos seus referenciais sociais. Por vezes, os profissionais caem na armadilha de acreditar que existe uma única forma de se fazer existir no mundo: através de uma carreira, de estudos, da construção de uma vida familiar, de uma casa fixa, etc., o que muitas vezes não corresponde ao desejo do usuário. Sobre essa sensibilidade e respeito ao tempo do usuário é que fala o Redutor, fazendo referência à transmissão das informações, principalmente na ida a campo, no local de circulação do usuário:

[...] aí é que entra a abordagem no horário certo, porque se o sujeito estiver sobre o efeito da substância, você vai, fala a ele de bife e ele vai entender

lasanha. Ele está outro universo, ele está na viagem. Agora, se você pega o sujeito, ele são para fazer a abordagem e passa informações, ele vai assimilar aquilo. E também o que vale é a frequência. Não é você ir lá no campo e falar com o usuário, e [achar] que ele vai entender tudo da primeira vez e nem que ele vai absorver nada. Você não vai pegar um álbum seriado e dizer “isso é aquilo”, tem que ir por partes, “olhe, vou te mostrar hoje o que é um Condiloma, doença pouco comum no Brasil, o que ela provoca”, mas você tem que estar preparando, [...] o uso do preservativo, tal. Na outra vez, você já recapitula, e mostra outra [coisa], não é assim jogar tudo. O cara já está a mil por hora e você joga tudo em cima dele?! É como se fosse uma sabatina, você tem que estar repassando aquilo sempre ao usuário (Depoimento do Redutor de Danos).

Tanto a citação quanto o relato anterior demonstram a importância das estratégias redutoras de danos na promoção da saúde e do bem-estar do usuário de SPAs e as mudanças que elas podem provocar nele.

Eu acho que sim, ele se sente mais valorizado quanto indivíduo, até as outras questões de saúde ele quer tratar nos CAPSad. No CAPS, eles não se sentem excluídos (Depoimento do Coordenador 2).

No entanto, conforme os pacientes declararam nas entrevistas realizadas ao longo da pesquisa, o desejo de alcançar a abstinência através do tratamento é um dos principais motivos para que busquem os serviços do CAPS, como se vê na Tabela 7.

Tabela 7 - Objetivos do tratamento

Objetivo	nº
Parar o uso da substância	04
Melhorar como pessoa e ter autoconhecimento	01

Muitas são as motivações para que o usuário não procure os serviços de saúde após perceber que o uso está afetando a sua vida, quer seja através de agravos à sua saúde, quer seja nas relações sociais, com a família, com o trabalho ou com a comunidade onde vive. Em relação a essa questão, os pacientes entrevistados apontam que a crença no autocontrole foi a principal motivação para não buscar por serviços especializados.

Tabela 8 - Distribuição de motivos explicitados pelos pacientes para nunca terem buscado tratamento para o uso de SPA, antes do CAPSad

Motivo explicitado	nº
Acreditava no autocontrole	03
Não respondeu	02

Também se acredita que outro motivo para que não se procure o auxílio do CAPS advém do seu desconhecimento em relação existência do serviço na região e à com relação à sua especificidade. Essa crítica no que se refere à ausência de uma atividade no território foi feita pelo Coordenador 4:

Em princípio os CAPS que eu conheço funcionam diferente de um hospital psiquiátrico, mas essa ação em si está longe de ser o que é preconizado no CAPS, a essência está no campo. Eu acho que o CAPSad tem que ter ação no território, tem que ter um conhecimento da especificidade da população num nível de investigação passível de nortear ações (Depoimento do Coordenador 4).

De fato, não foram percebidas efetivamente no serviço pesquisado a ida a campo, para mapear os serviços e fazer a atividade de matriciamento dos casos de saúde do território, bem como para a realização de ações de redução de danos.

5.5.1 Formação da equipe

Historicamente, os usuários de drogas eram tratados por policiais e médicos, principalmente psiquiatras. Com a Política Nacional, o perfil policialesco e de troca zero com os pacientes deixa de ser o esperado e o que se preconiza é a constituição de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional. A interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade se dá pela necessidade da construção de um trabalho coletivo, pressupondo interação e diálogo entre as diversas disciplinas.

Não é possível analisar o trabalho de uma equipe sem contemplar as questões relacionadas ao processo de trabalho, à precarização do trabalho e à dimensão social e subjetiva dos sujeitos participantes. A maneira como a equipe está constituída, a partir da relação profissional e não política, envolve a forma como esta se compromete com o serviço.

Como já foi apresentado no início deste capítulo, muitos dos profissionais do CAPSad estudado foram substituídos com a mudança do Prefeito do Município, apontando que a relação de poder político está diretamente ligada à forma de contratação dos profissionais deste Centro – através de contrato de prestação de serviços –, fazendo com que eles aumentem a sua carga de trabalho desempenhando outras atividades, devido ao receio na mudança de quadros.

Devem ser problematizadas os impactos da terceirização e da subcontratação da mão-de-obra a partir do modelo neoliberal entre os profissionais da saúde mental, em específico do CAPSad em questão, enquanto fator de risco não apenas para a sua saúde, mas para a eficácia das estratégias traçadas pelo serviço. A correlação da atividade profissional com a forma de organização no modelo neoliberal traz ao trabalhador instabilidades, levando-o, muitas vezes, a recorrer a estratégias que afetam diretamente a sua saúde física e emocional, como: recurso para lidar com a sobrecarga de trabalho, aumento da renda familiar e manutenção da sua vida. A discussão dessa temática encontra-se respaldada em dados que apontam para a urgência da reflexão e de ações preventivas direcionadas ao contexto do trabalho e do trabalhador em saúde mental, conforme coloca Paim ao analisar os trabalhadores da saúde,

[...] eles detêm certos graus de liberdade no exercício de suas atividades. A confiança e o vínculo estabelecidos entre os que prestam serviços de saúde e as pessoas que precisam do cuidado são fundamentais para a garantia da qualidade e do sucesso desse encontro entre seres humanos, que não se reduz à técnica e nem à ciência (PAIM, 2009, p. 15).

Enquanto no CAPSad o acolhimento e o vínculo são de fundamental importância para o tratamento do usuário, a rotatividade de profissionais provoca efeito negativo no mesmo. Os pacientes apontam, também, a necessidade de maior qualificação dos profissionais, conforme demonstrado na Tabela 9.

Não se pode perder de vista que o espaço físico da instituição favorece a relação de poder, em função da verticalização na tomada de decisão e do comprometimento da interdisciplinaridade, com a restrição dos espaços de circulação dos usuários e com um número elevado de psicólogos em detrimento de outras categorias profissionais.

Porque a Redução de danos trabalha na horizontalidade no momento que toma a pessoa que usa droga injetável ou não como protagonista, e o técnico da área de saúde é apenas um facilitador desse processo (Depoimento do Coordenador 4).

Tabela 9 - Percepção dos pacientes quanto à qualificação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento ao usuário de SPA

Percepção dos pacientes	nº
Não estão preparados	04
Estão preparados para atender a questões clínicas de alcoolistas	01

Compreende-se o quanto é importante valorizar o conhecimento popular, e a Redução de Danos não está imune a essa percepção, se colocando contra a hierarquia do saber e valorizando a sabedoria de qualquer cidadão, em conformidade com os princípios do SUS.

Dessa forma, ele perde o lugar de muito destaque do profissional que teria todo o mérito em dizer o que o outro deve fazer, o que é bom para o outro, o que é ruim para o outro. É uma ação construída na horizontalidade aonde a gente vai até onde é possível o outro ir. A pessoa vai caminhar junto, essa pessoa vai tendo acesso a serviços, vai percebendo que ele tem direito como cidadão. O próprio ato de entregar uma seringa a alguém, um preservativo, um cachimbo para ele usar crack é uma forma de dizer: “olha você tem valor, estou preocupado com a sua saúde”. Então isso daí eu acho que constrói a cidadania (Depoimento do Coordenador 4).

Os profissionais, enquanto agentes de saúde e sujeitos autônomos, são ligados aos serviços a partir de contratos, convênios ou através de nomeação após a aprovação em concurso público. Esta última modalidade é a que menos ocorre na atualidade, gerando insegurança e precarização do trabalho por meio de vínculos empregatícios que não favorecem a estabilidade do trabalhador. A questão relacionada à fragilidade dos vínculos de trabalho é um problema que interfere diretamente na assistência.

A formação de pessoal especializado para tratar do usuário pautado nos princípios do SUS, reconhecendo a RD como estratégia eficaz, com atendimento não apenas no serviço, mas no seu local de convivência e circulação, com ida a campo, é um importante fator para a assistência ao usuário. A inexistência de uma política de formação continuada, a fim de munir os envolvidos no tratamento com fundamentação teórica que permita ao profissional realizar intervenções pautadas no conhecimento técnico/ científico, independente das variações estruturais e políticas,

e de quadro de direções, impossibilita a garantia de continuidade do projeto e da assistência.

Na pesquisa, não foi percebido um investimento por parte do estado ou do município na formação especializada dos profissionais do serviço, buscando estes, através de recursos próprios, a sua qualificação.

Não podem faltar nos CAPSad os técnicos, uma boa formação. É preciso ter um bom suporte técnico do ponto de vista farmacológico mesmo, ter boa retaguarda para efeito de internação. Nós não temos. (Depoimento do Coordenador 4).

Outro ponto investigado foi a formação recebida pelo profissional para atuar segundo a lógica da Redução de Danos e, conforme a Tabela 10, apenas 1 profissional recebeu capacitação.

Tabela 10 - Distribuição por profissionais que foram capacitados para atuar na lógica da Redução de Danos

Distribuição	nº
Não recebeu capacitação	09
Recebeu capacitação	01
Não respondeu	01

A formação se dá no sentido não apenas de conhecimentos acerca de conceitos, mas no intuito de construção de um novo lugar social, o que só poderá acontecer na medida em que os profissionais conhecerem a socioantropologia das drogas. O Coordenador 1 pondera que para a atuação em um serviço CAPSad é necessário “uma capacitação e uma desmistificação a respeito do usuário de álcool ou drogas, [pois] há muito estigma em relação a isso [...] qualquer pessoa não se sente preparada a isso.” (Depoimento do Coordenador 2).

Considerando-se a precariedade na formação profissional, são percebidas distorções na adoção da intervenção redutora de danos no cotidiano de trabalho. Numa clínica de CAPSad é necessário orientar o usuário quanto ao uso correto das medicações. A realização de sessões psicoterápicas, grupos e oficinas não

necessariamente são ações de redução de danos, porém, o que se nota, é uma tendência de atribuir à Redução de Danos o fazer que é de competência de cada categoria profissional, como exemplificado na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição a partir da forma de utilização da Redução de Danos no Processo de trabalho dos técnicos

Distribuição	nº
De forma individual, no processo psicoterápico	03
Orientação do uso de medicamento correto	01
Discutindo com os pacientes as ações que possam minimizar os efeitos negativos do seu uso quando ele não está dando conta de parar de vez ou não quer/ pretende parar com o uso/ Através da análise dos prejuízos.	03
Ofertando a proposta de redução de danos como forma de tratamento	01
Entendendo a limitação que este indivíduo tem	01
Ações extramuros em festas populares	02

Apesar de reconhecer os limites dos profissionais para a utilização da Redução de Danos, é preciso destacar também os avanços de alguns outros, lembrando o trabalho exitoso desses profissionais, como procede a Redutora de Danos:

[...] tem alguns profissionais que conseguem além de passar o que é RD para o usuário. Ele faz uma RD de caráter psicológico, tocar, sensibilizar pro cara se tocar daquilo e também para ele [ver] como está vivendo. O ambiente onde ele está, como ele está, faz ele refletir. Ele ver que a droga, o consumo dele, saber qual a droga que ele consome, que ele por ser usuário é um cidadão... Tem profissional que atende muito bem (Depoimento da Redutora de Danos).

A intervenção do Redutor de Danos e do profissional capacitado para esta abordagem, quando realizam o trabalho de campo, desenvolvendo uma intervenção na vida comunitária, diminui as barreiras entre os usuários de drogas ilícitas, comumente vistos como marginais, os usuários de outras substâncias e os não usuários da comunidade. O fornecimento de informações para o cuidado com a

saúde, as indicações de locais de tratamento, e a distribuição de insumos³⁶ de forma responsável, através da orientação quanto ao seu uso e da importância deste para evitar agravos à sua saúde, são extremamente relevantes, pois é uma maneira de a comunidade sentir-se cuidada.

Recordo do período em que desenvolvi atividade, enquanto assistente social, do “Consultório de Rua”-CETAD: a atividade consistia em levar atendimento através de equipe multidisciplinar móvel aos locais de maior circulação e convivência de crianças, adolescentes e jovens adultos usuários de drogas na cidade de Salvador. Este se dava em local e horário pré-determinado, mediante acordo com a comunidade.

Os usuários relatavam saúde frágil devido ao repertório de uso da droga, abdicando do convívio familiar e em sociedade. O que chamava a atenção era o momento, por exemplo, em que o usuário parava o uso do crack na minha frente para desenvolver um diálogo: neste instante, estava acontecendo uma intervenção redutora de danos. O interessante era o aumento do tempo que o usuário destinava a troca, em detrimento do uso da droga. Por alguns instantes a intervenção verbal produzia uma possibilidade de reflexão. Estes momentos eram importantíssimos para que o usuário pudesse ser apresentado a outras formas de existência no mundo que não fosse “colado” na droga, nesta relação em que não havia espaço para mais nada.

Ao tentar iniciar um trabalho pautado na experiência do “Consultório de Rua”, estive à frente de um projeto do CAPSad que também se propunha a ir à comunidade e, nesse caso, a comunidade de um dos distritos mais violentos de Salvador, com uma equipe multidisciplinar³⁷, desenvolver ações de redução de danos. No processo de abertura de campo, foi possível transitar pela comunidade no intuito de conhecer a sua linguagem, os seus líderes e o seu cotidiano.

Durante um período de aproximadamente três meses, em parceria com os agentes comunitários – parceiros fundamentais para atividade desta natureza –, a equipe inicial de cinco pessoas³⁸ circulou pelos becos e avenidas do bairro do Beiru uma tarde por semana. Sentávamos no meio fio, embaixo de árvores, visitávamos escolas, Centros comunitários, postos de saúde, vizinhanças com perfil de liderança,

³⁶ Preservativos, cachimbos, lenço umedecido, etc.

³⁷ Do Beiru, 2008.

³⁸ Eu, enquanto Assistente Social e coordenadora de ações comunitárias do CAPSad, um Redutor de Danos, um técnico de enfermagem, uma terapeuta ocupacional e um motorista agente de saúde.

enquanto processo de abertura de campo para o trabalho. Nestes encontros, nos apropriávamos da realidade local, ao passo em que fornecíamos suporte para a escola, posto de saúde e moradores locais. Os moradores já nos aguardavam com novas informações como: ponto de uso de drogas, ponto de venda, o responsável pelo tráfico local, indicando pessoas que nos apresentavam a familiares em sofrimento devido ao uso de drogas de terceiros, levando pessoas para nos conhecer, intermediando nossa apresentação a outros moradores com algum engajamento social na comunidade.

Devido a questões político/administrativas e após a “aprovação da comunidade”, a atividade de Redução de Danos não pôde ser concretizada. Os profissionais, com vínculos precários, com três meses de salários atrasados (e sem previsão de pagamento) e com a eminência de demissão em massa, optaram por suspender o trabalho, embora ele tivesse “tudo para funcionar”: profissionais qualificados e engajados na atividade, rede de suporte social mapeada e acessada, comunidade desejosa por ações de cuidados com a saúde (principalmente para os usuários de drogas, que não buscavam os serviços de saúde). Nesse caso, as visitas à comunidade tiveram que ser interrompidas, sendo que a população mostrou cumplicidade no processo de paralisação das atividades, tendo, assim, referenciado o serviço. Três meses antes da paralisação das atividades, duas vezes por semana, enquanto coordenadora de ações comunitárias, eu visitava os locais de maior socialização dos moradores do distrito, as unidades de saúde, as instituições religiosas, escolares e sociais, os campos de futebol, os bares frequentados pelos moradores, as lideranças locais, enfim, a rede de suporte social formal e informal.

Nesse breve relato, não é percebida nenhuma ação direta de redução de danos. Porém, o resultado deste trabalho de campo possibilitou a construção de um espaço de discussão sobre o álcool e outras drogas e a aproximação do CAPSad com a comunidade do Distrito, fato que favoreceu a intervenção com os usuários de SPAs, abrindo portas para atuais intervenções redutoras de danos na comunidade.

Deve-se levar em consideração a importância do envolvimento dos profissionais com o seu trabalho. Importância essa que não deixou de ser salientada por um Redutor de danos:

É você se despir do que você própria é, (...) é poder te entender, te dá toque... saber tratar com respeito o sujeito que é um outro ser humano. Que

...você passe pelo usuário (...) se ele tiver um vínculo de amizade com você, porque isso facilita o trabalho com você. Outros até conseguem. (...) Você chega num lugar, encontra um profissional que trata você marginalmente. Você chega aqui, Andréa, [dizendo:] “é isso, aquilo e aquilo outro”, não vai funcionar. Na RD, não é assim (Depoimento do Redutor de Danos).

Não é possível ponderar sobre a condição que o profissional dispõe para realizar as suas atividades. A dureza subjetiva que o trabalho com o usuário de álcool e outras drogas impõe também deve ser objeto de consideração no fazer do profissional. A necessidade de ter múltiplas atividades que lhe confirmem uma remuneração satisfatória faz com que muitas vezes os profissionais não cuidem da própria saúde mental. Tais profissionais, possivelmente, possuem nas suas relações pessoais, familiares e amigos que são usuários de SPAs com problemas relacionados ao uso, e a proximidade com esta realidade pode trazer conflitos.

É importante que os profissionais do CAPSad detenham informações e conhecimentos para lidar com as questões relacionadas ao tratamento do usuário, e fundamental que recebam suporte emocional. Por esse motivo é que o valor da reunião de equipe, enquanto um importante suporte, principalmente para aqueles que não dispõem de recursos para manter um acompanhamento psicoterápico foi ressaltado anteriormente. O Redutor informa como deveria ser a intervenção:

Você chega e diz: “Ô Andréa, a RD é assim e assim, vai ser tão legal você se cuidar”. “Olhe, estou aqui, trabalho em tal instituição”, mostra que tal instituição..., “que eu vou fazer isso por você” (...) [é preciso ter] sabedoria, o que posso prover... Não vou prometer mundos e fundos, mas vou prometer que você pode se tornar um cidadão. Vou prometer que você pode continuar um usuário, mas reduzindo, saber como usar, como diminuir os seus riscos, os riscos também que não explícitos agora (Depoimento do Redutor de Danos).

A informação dos lugares de tratamento quando se está em campo é bastante relevante, pois os vínculos formados na atuação no território, no contato com o profissional, poderão garantir ao usuário sentir-se seguro e confortável para buscar a assistência necessária em um serviço CAPSad. Esse aspecto é abordado por um redutor de danos:

Mostrar o lugar que você pode se beneficiar. Que eu posso estar aqui pela comunidade com você. Mostrar que você, mesmo como usuário... como tem que se fazer e para os outros usuários te valorizarem pela comunidade, e dar um bom dia, (...) é ter um trato de respeito pelo outro. Redução de danos implica pra mim nisso tudo. (...) Não é dizer que eles tiram do bolso pra dar não, mas é de conhecimento, de informação, eles esbanjam e dão

essa sustentabilidade. (...) uns abraçaram a causa e outros ficaram parados assim. Uns com medo de ir naquele local, [pensando] “Eu vou lidar com marginais?”. Era o primeiro ato ao ver o usuário de drogas. Porque tem usuário de drogas que não rouba, tem usuário de drogas que quem banca é a mãe e o pai e convive com a droga e não é tachado de marginal, entendeu? (Depoimento do Redutor de Danos).

A formação profissional é fundamental para a intervenção, quer seja intramuros, quer seja extramuros, porém o suporte necessário para a realização da intervenção não é apenas técnico, mas também psicológico:

Existem profissionais, sim, que têm todo o suporte para a RD. Porque você também não pode se doar de corpo e alma, você também tem que colocar assim, tipo uma barreira. Tem limites. Tem que saber ter limites. E saber se impor perante o usuário. Mostrar que você está ali como amiga, como profissional, mais como profissional que como amiga, e mostrar a eles que você veio e o que se propõe a fazer (Depoimento do Redutor de Danos).

A Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) fornece gratuitamente a profissionais de diversos seguimentos – saúde, educação, conselheiros municipais – cursos de extensão universitária dentro do modelo Educação a distância (EAD). Muitos profissionais do serviço pesquisado utilizam-se desta ferramenta para melhorar a sua qualificação profissional, na ausência de um projeto de formação profissional eficiente no âmbito municipal e/ou estadual. Tais cursos fornecem suporte através de tutores e supervisores que estão disponíveis para tirar dúvidas e prestar esclarecimentos pelo telefone 0800, ou de espaço de interatividade em portal na internet. Porém, temas que exigem debates mais aprofundados como os referentes aos que sofrem estigma, ou seja, temas que necessita, mais do que informação, de reflexão e desconstrução de valores, na modalidade EAD não parecem funcionar. É possível através destes, passar informações quanto a padrão de consumo e formas de tratamento, mas existem questões que não estão postas na leitura individualizada,

[...] porque o médico conhece teoricamente. Mas a praticidade, o corpo a corpo, o dia a dia, os conflitos, a miséria, a fome, perseguição policial, tudo que se passa, o usuário é que sabe (Depoimento do Redutor de Danos).

A equipe pesquisada tem um número elevado de psicólogos, que, em sua agenda de trabalho no Centro, concentra a sua carga horária em atendimentos individuais, em detrimento das atividades em grupo. Essa concentração em

atendimento individual apresenta desarmonia com uma das diretrizes do CAPSad que preconiza a adoção de estratégias grupais. Ao relatar a experiência de Redução praticada por um projeto de intervenção móvel a usuários de drogas nas ruas, o coordenador fala da dureza do trabalho de campo, apontando um dos caminhos para a adoção do atendimento individualizado no Centro:

Agora, ao longo de um tempo eu acho que a experiência ficou muito dura e os olhares foram reduzidos, no final ficou quase que praticamente um olhar de psicólogos (Depoimento do Coordenador 3).

A maior tecnologia que um CAPSad pode ter são os seus profissionais, sendo estes fundamentais para uma assistência ao usuário de SPAs numa perspectiva da humanização e da valorização do sujeito. Porém, para tal, é necessário que sejam valorizados e encarados pelos seus gestores de forma também humanizada.

5.5.2 O lugar do CAPSad e da Redução de Danos para o usuário do serviço

O lugar da Redução de danos no CAPSad e no SUS está posto em leis, portarias e decretos, porém, a maneira como os pacientes a concebem está diretamente ligada à forma como os profissionais a utilizam no seu cotidiano de trabalho. Conforme foi apresentado em capítulos anteriores, esse conhecimento é distorcido, sendo considerada toda e qualquer intervenção utilizada no serviço como uma prática da Redução de Danos.

Durante a assembleia de pacientes realizada por técnicos do Centro em que se discutia a Redução de Danos, foi possível perceber o pouco conhecimento dos pacientes quanto aos aspectos relacionados à estratégia de Redução de Danos, sendo que a maioria deles a compreendia enquanto forma de se chegar à abstinência do uso de SPAs. Essa compreensão inadequada da Redução de Danos por parte dos pacientes será ilustrada a seguir, na Tabela 12.

É imprescindível ter em mente que tratar o usuário com respeito e dignidade em si não se configura como uma estratégia da Redução de danos, mas, sim, como um princípio do SUS e uma posição ética que, embora seja similar ao que a RD se propõe não é efetivamente uma RD.

Por outro lado, a Redução de danos, por vezes, é encarada como uma permissividade, o que exemplifica a dimensão moral envolvida no assunto em

questão: o moralismo que se impõe na sociedade diante do uso de drogas ilícitas faz com que certas pessoas não tolerem a possibilidade de haver pacientes que não consigam parar o uso, mas que ainda assim, enquanto cidadãos, tenham direito à assistência digna.

Tabela 12 - Compreensão do que é Redução de Danos por pacientes

Compreensão por paciente	nº
Estratégia para chegar à abstinência	03
Não sabe falar	01
Diminuir os danos à saúde em decorrência do uso de álcool	01

É provável que esse conhecimento distorcido em relação à Redução de Danos por parte dos pacientes, por sua vez, tenha sido absorvido através da má compreensão dos profissionais quanto ao significado dessa estratégia e da sua má utilização na assistência ao usuário.

5.5.3 CAPSad e Redução de Danos = liberdade e cidadania?

“Nascemos condenados a ser livres”

Jean-Paul Sartre

Apesar desta afirmativa do filósofo Sartre, a liberdade está diretamente ligada a formas de vida, ao acesso à informação e à autonomia, e a possibilidade de se realizar escolhas baseadas na própria percepção.

Em nosso mundo atual, quando os grandes progressos científicos e técnicos não foram ainda igualados pelo conhecimento intrínseco do homem, temos razão para ter medo, pois o processo de trabalho, isto é, da produção, é também objeto de coisificação (SANTOS, 2007, p. 67).

O usuário de drogas deve ter o direito à liberdade de escolha não apenas para decidir a forma de lidar com as drogas, como também para fazer este uso ou não. Tal discussão é pertinente tanto no que concerne à assistência em um serviço da rede pública de saúde, quanto na adoção da redução de danos. Apesar de reconhecer a necessidade de respeito a essas escolhas, é preciso ter em mente

também que o usuário, muitas vezes, não dispõe de elementos socioeconômicos para exercer tanto a sua liberdade quanto a sua cidadania, sendo, assim, uma *maldita liberdade* à qual está condenado a lidar sem, muitas vezes, saber o que fazer com ela.

Neste mundo, onde, para nascer, as coisas já estão desenhadas como mercadorias, planejadas com símbolos, a alienação não é apenas resultante, mas já nasce também quando o homem nasce. O próprio quadro de vida, a natureza e o encontro humano, carregado de significações sobrepostas, cheio de artifícios, é uma tela de enganos (SANTOS, 2007, p. 68).

Embora o acesso ao SUS seja universal, a sua utilização, a despeito do CAPSad, se dá em sua quase totalidade por cidadãos de classes populares. Esses dispõem, em sua maioria, de precário acesso ao sistema de educação. Educação compreendida não apenas como formal, mas das relações e do acesso a serviços que permitem a ampliação dos horizontes de análise do indivíduo, como o acesso a bibliotecas, filmes, teatros, etc.

Para o exercício de liberdade que valha esse nome, é necessário que o sujeito haja voluntariamente, sabendo o que está escolhendo. Existe uma maldita liberdade, na qual o sujeito acredita que está escolhendo por conta própria, esquecendo-se de que existem circunstâncias que favorecem suas escolhas, ainda que seja sua a decisão final. Neste ponto, reside, então, a *(mal) dita liberdade*, pois só existe liberdade na escolha.

Entre a liberdade dos sujeitos e o exercício da cidadania estão as instituições que organizam a vida em sociedade, que é regida por leis, portarias, que podem ser das diferentes esferas governamentais (federação, estado e município), mas também pelas relações interpessoais. O Redutor de Danos pesquisado faz uma análise destas possibilidades:

Aí tem duas vertentes. A liberdade dele é ele mesmo quem faz. [...] Tem aquele usuário que se refreia. Ele sabe até onde vai a sua tolerância com a droga, quando ele já está naquela fase assim, da tolerância, ele busca. Assim, se ele não for no CETAD, se não for na Aliança ou em outras instituições, [se] ele for a uma igreja, [há] vários âmbitos aí para ele procurar, mas tem alguns [usuários] que não. Dizem: “eu já estou no fundo do poço e eu agora já estou lenhado e vou acabar de me lenhar mesmo” e não te dá ouvidos [...]. Às vezes está acabado, perdeu a família, perdeu a mulher, perdeu o vínculo com isso, aquilo e aquilo outro, então ele se joga ainda mais e mais, e tem aqueles que não (Depoimento do Redutor de Danos).

Nesse sentido a Tabela 13 expõe a percepção dos profissionais quanto à liberdade de escolha dos usuários para saber como lidar com a substância a qual fazem uso.

Tabela 13 - Análise dos técnicos quanto à capacidade de decisão do usuário em relação à substância que utiliza

Capacidade de decisão	nº
Sim	03
Dependendo do grau de dependência	04
Dependendo do grau de esclarecimento	02
Depende de uma série de fatores: da personalidade, do ambiente, do trabalho da equipe com o paciente, etc.	01
Apenas pacientes adultos	01

Existe uma compreensão dos técnicos do serviço de que o seu papel é o de fornecer a informação necessária para que o usuário possa tomar a decisão, munido da informação. Porém, é necessária uma análise da subjetividade dos trabalhadores que, como já foi dito antes, não dispõem de condições efetivas para estar desenvolvendo as suas atividades com tranquilidade, devido às suas relações trabalhistas, às quais não afetam só a sua subjetividade, mas também as suas percepções morais conscientes ou inconscientes, levando-se em consideração o que relata o Redutor de Danos ao se referir aos usuários de drogas como sendo “muito mal vistos” e ressaltar que “A droga é a substância em si, o sujeito consome, ele é consumidor” (Depoimento do Redutor de Danos).

O Coordenador do CAPSad pesquisado considera que o serviço tem o papel “de orientar e esclarecer a respeito das modificações que a droga faz, e ele, [o paciente, de] tomar uma decisão. A decisão é dele” (Depoimento do Coordenador 2). Porém, o horizonte de análise e de conhecimento é fundamental para a tomada de decisão. Uma vez que o uso de qualquer SPA está na esfera do desejo, então, não vale apenas informar o que faz mal ou menos mal nesse uso, mas trabalhar os desejos do usuário diante da análise das suas condições trabalhistas e sociais.

Não conheço outros CAPSad além do CAPSad de Pernambués. Contudo, minha impressão é que se denomina RD intervenções muito genéricas além de confundí-las com redução de riscos. Exemplifico: Se atravesso na faixa de pedestre reduzo o risco de ser atropelado por um veículo (nos lugares em que se respeita a faixa, claro); se uso capacete, reduzo o risco de ter trauma craniano importante. Redução de Danos não é a redução de uma probabilidade, mas de um dano efetivo: usar sutiã reduz o efeito permanente da gravidade sobre as mamas, podendo mantê-las mais firmes; se alguém fuma 80 cigarros/dia e passa a fumar 40, o impacto físico certamente será menor; o uso de seringas limpas para injeção de SPA segue a mesma lógica. Para que os profissionais de CAPS utilizem melhor a estratégia RD, é necessário que compreendam bem seus princípios e se apoiem, fundamentalmente, no respeito à liberdade do outro (Depoimento do Coordenador 3).

Os profissionais, por vezes, não têm condições de sustentar a decisão do usuário e acabam por direcionar, de alguma forma, o tratamento para que ele tome a decisão pela abstinência e adote um comportamento que se adéque, não apenas às necessidades institucionais, mas às do profissional que o acompanha e às da sociedade, numa tentativa de apaziguamento da vida em comunidade (Tabela 14).

Tabela 14 - Análise dos pacientes quanto à capacidade de escolher a forma de tratamento e de relacionamento com a droga que utiliza

Capacidade de escolha	nº
Não tem capacidade de decidir	02
Sim	01
Sim, “por conta da dependência, ele se torna inativo, violento, portanto não adianta ele ser obrigado a se tratar, pois não adianta fazer nada obrigado, forçar contra a vontade não funciona”	01
“Eu acho que ele tem, pois o serviço não trata de uma droga, ele trata de várias drogas”	01

A capacidade de decisão não está relacionada apenas à substância que o sujeito faz uso, mas ao vínculo que estabelece com o contexto social no qual está inserido, para o legítimo exercício cidadão. Como reflete o Coordenador 3 em sua análise quanto a essa capacidade de escolha:

Os usuários eventuais sim; os dependentes, nem sempre. Em muitas circunstâncias é como perguntar se alguém esfomeado escolheria o que comer ou comeria o que quer que lhe caísse nas mãos. Algumas pessoas

diante de circunstâncias monstruosas (sociais, psíquicas, afetivas, etc.), utilizam substâncias monstruosas; outras, podem "planejar", um tanto, os riscos...; outras utilizam SPA de acordo com as necessidades circunstanciais especiais, como na adolescência (Depoimento do Coordenador 3).

Essa capacidade de escolha está diretamente ligada, também, a questões de cidadania, e neste ponto a concepção de cidadania do Coordenador 3 merece ser transcrita e observada:

Cidadania pra mim é a condição na qual cada pessoa tem seus direitos fundamentais respeitados (definidos em Lei e nos costumes), e cumpre com seus deveres em cada função que desempenha. Creio que os usuários de produtos ilícitos, em geral, são vistos como desviantes e de segunda categoria; uma ameaça social (Depoimento do Coordenador 3).

Nessa perspectiva, é necessário enfatizar que os direitos, que são conquistas históricas, estão diretamente ligados à cidadania, e que as pessoas em situação de pobreza, privadas do acesso à informação, a exemplo de muitos usuários de drogas, estão incapacitadas para exercê-los. Não se pode perder de vista que o exercício de cidadania está diretamente ligado, também, às responsabilidades individuais e as relacionadas à comunidade em que se vive.

O Redutor de danos aborda em seu discurso a cidadania pautada no empoderamento do sujeito, que possibilita a integração comunitária, a capacidade de negociar e de tomar decisões, além de ser um poderoso meio de combate às desigualdades:

Cidadania pra mim é o direito de ir e vir, ter todos os documentos, é ter direito à educação, ter direito à saúde. Principalmente a saúde é importante, mas mais importante é a educação. Se muitos tivessem educação... A educação dá discernimento ao sujeito, faz pensar duas vezes, "vou fazer isso ou não". [...] Num presídio, por exemplo, você vê que muitos só tiveram o primário, muitos não tiveram o fundamental, o segundo grau nem nada. Nada. E esse trabalho de resgate de cidadania é muito importante porque o sujeito depois que cumpre uma pena, ele por mais que queira se reabilitar cá fora, tem sempre um olhar voltado para ele como marginal ainda (Depoimento do Redutor de Danos).

O caráter transformador do exercício de cidadania de grupos específicos, a exemplo dos usuários de SPA, confere poder, principalmente o relacionado à liberdade. Esse exercício pode transformar e mudar a opressão sofrida por grupos dominados e discriminados, e o empoderamento deles exerce papel crucial para o seu desenvolvimento.

Muitos usuários dos quais a Redução de Danos tem grande poder de alcance vivenciam situação de pobreza e de restrição de direitos individuais. As exclusões que vivem lhes impossibilitam o desenvolvimento da cidadania ativa, significando um desrespeito à sua dignidade humana.

Igualdade, liberdade e democracia para os usuários de álcool e outras drogas, mas, principalmente, para os usuários de drogas ilícitas, é algo falacioso na sociedade brasileira, uma vez que é possível constatar que eles são destituídos dos seus direitos sociais, tendo violadas as suas necessidades básicas. A falta da liberdade e a violação de direitos fazem com que muitos usuários não usufruam de condições de vida minimamente satisfatórias. Nesse caso, a SPA apresenta-se como um bálsamo para a realidade que vivem.

É por defender o pleno direito à vida, à igualdade e à liberdade que se acredita, assim como o Coordenador 4, que “o exercício da cidadania está na essência da Redução de Danos”, uma vez que essa estratégia amplia a possibilidade de cuidado e de acesso a bens e serviços de saúde e sociais, num exercício de empoderamento das pessoas afetadas pela miséria e por suas escolhas.

Essa Redução promove e, por meio do CAPSad, amplia o poder dos usuários de SPA, reduzindo a falta da legitimidade de cidadania que os caracteriza. Ao promover tal mudança, o serviço, através da utilização da redução de danos pelos profissionais, efetivamente desempenha papel vital para os usuários. No entanto, não deverá ser o único responsável por atacar o preconceito e a intolerância da sociedade ao uso de SPAs.

Embora o SUS tenha como princípios a integralidade, a equidade e a igualdade, a fim de garantir a assistência à população de forma igualitária e sem preconceitos, ao tratar da cidadania, o Coordenador assinala como a prática exercida é oposta ao que se teoriza ou defende o SUS.

Cidadania é você garantir o direito de atenção dentro do sistema de saúde, que todo mundo tenha acesso universal, equidade igualitária e isso a gente não consegue para o usuário. A gente vê até a questão da discriminação quando chega alguém alcoolizado em algum serviço de saúde: “é um bêbado, um drogado? Então deixa aí. Vai ficar aí sofrendo”. Quando o paciente é alcoolista, não considera mais emergência ou urgência porque alcoolismo é normal. Esses são alguns fatos de profissionais de saúde que a gente ainda vê (Depoimento do Coordenador 2).

O conceito de cidadania possui várias definições na literatura científica, assim como na compreensão dos profissionais e pacientes, porém, o que parece ser semelhante nas diferentes concepções é a relação entre direitos individuais e coletivos e a inclusão social dos usuários. É a partir da aplicação do conceito de Cidadania que é possível compreender como as representações sociais se dão no nível institucional. Veja-se a compreensão dos pacientes quanto à cidadania na Tabela 15.

Tabela 15 - Compreensão do que é cidadania por pacientes

Compreensão	nº
Relação com direitos e deveres	03
Ter direito de ser feliz, de documentação, de estudo adequado	01
Resposta insuficiente (“é ser cidadão”)	01

Concebe-se a cidadania dessa população em específico à luz do direito individual, trazendo a noção dos seus direitos a partir das informações que possam promover a sua emancipação e lhes possibilite posicionar-se diante das coisas do mundo de forma singular. A Cidadania concedida ao usuário, por meio da Carta Magna, e não à substância a qual faz uso, só pode ser efetivada a partir de múltiplas estratégias, como a redução de danos que, conforme traz Lancetti, injeta “vida na veia” (2007, p.63).

6 INFERÊNCIAS E REFLEXÕES FINAIS

Enquanto considerações finais, alguns dos aspectos abordados neste estudo, que teve como objetivo principal analisar a coerência entre o modelo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, baseado na estratégia da RD, e a prática dos profissionais que atuam em um CAPSad no estado da Bahia, serão expostos a seguir.

6.1 Modos de uso de drogas: assistência ao usuário de álcool e outras drogas na agenda política

Na atualidade, os usos de SPA vêm provocando um mal-estar social, devido, em parte, à pobreza, exigindo dos poderes públicos não apenas a criação de leis e políticas apropriadas, mas a de mecanismos de concretização destas através de um comprometimento efetivo.

O movimento da reforma sanitária, e posteriormente o de reforma psiquiátrica, constituiu-se enquanto um avanço considerável ao dar lugar ao tratamento ao usuário de drogas no SUS, respeitando a sua singularidade. Porém, a existência deste dispositivo ainda não significa um respeito aos que escolhem na droga uma forma de vida, sendo esta uma opção contrastante aos modelos tradicionais e desejados pela sociedade. Tais indivíduos por vezes representam a parte “suja” da sociedade, gerada em parte pelo sistema econômico perverso e excludente. No entanto, essa mesma sociedade não reconhece a sua parcela de responsabilidade por aqueles que encontram na droga uma forma de se fazer existir, de se fazer notar, de se fazer cidadão.

Como foi relatado em capítulo anterior, o clientelismo e as relações políticas mobilizam não somente os profissionais, mas também afetam diretamente a assistência prestada aos usuários, devido à fragilidade dos vínculos entre profissionais e usuários do serviço, uma vez que os profissionais trabalham inseguros quanto à manutenção do seu emprego. Deve-se esclarecer que a rotatividade de profissionais no serviço é grande, e é causada, entre outros fatores, pela modificação no quadro de empregos gerado a cada eleição municipal.

É por isso que o serviço público deve ser garantido através de profissionais e funcionário concursados, que possam estabelecer vínculos com o serviço e com a

comunidade e que possam, também, receber constantes investimentos na sua formação, direcionados à especialidade do serviço ao qual estiver vinculado. O trabalho no campo da saúde mental e, especificamente, na clínica das toxicomanias, deve ser realizado por um corpo de profissionais e funcionários com perfil para lidar com as diferenças, com os limites da intervenção, com as recaídas dos pacientes e, principalmente, com o rompimento dos seus próprios limites e preconceitos.

Na medida em que a saúde mental não é prioridade no município (e nesse sentido, faz-se referência a uma vontade política que está além da esfera municipal, conforme foi apontado pelo Coordenador 1 em entrevista), a Política com os seus pressupostos correm o risco de ficar no papel, pois, apesar de a política indicar, quem de fato faz a reforma psiquiátrica e torna os serviços verdadeiramente substitutivos ao modelo jurídico e moral são os trabalhadores. Trabalhadores esses que precisam ser valorizados enquanto responsáveis por uma mudança de conduta ética frente a uma relação tão forte e complexa, como é a existente entre os usuários que apresentam problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas e os profissionais que lidam com eles.

6.2 Sociedade capitalista, relação de consumo e SPAs

É possível concluir, a partir do exposto anteriormente, que os fatores socioeconômicos são fundamentais para definir os modos de vida em sociedade, uma vez que são determinantes das formas com as quais as pessoas lidam com as situações adversas. A condição de pobreza na qual parte considerável da população brasileira está e a ausência do estado de bem estar social favorecem o tráfico e o consumo de drogas ilícitas no país. Também é preciso reconhecer que a sociedade brasileira, que segue o modelo capitalista, é regida pela relação de consumo e, sendo assim, enquanto alguns de seus cidadãos compram carros, celulares e roupas da moda a partir do seu ganho salarial, outros encontram na venda da droga ilícita a possibilidade de adquirir esses bens.

Outro aspecto que merece ser enfatizado é o fato de tanto o que vende as drogas quanto o que a consome ser estigmatizado pela sociedade que, por vezes, desconsidera a condição de cidadão deste usuário ou vendedor. Embora seja preciso ressaltar, entretanto, que a sociedade brasileira também vem negando a cidadania a outros cidadãos, que nem vendem e nem consomem drogas. Em

relação aos usuários, é notória a visão preconceituosa da sociedade que não procura compreender as múltiplas motivações existentes para o uso das drogas e, sobretudo, não entende que nem todos os usos trazem prejuízos sociais e à saúde.

A exclusão social, a ausência de cuidados básicos à saúde e ao bem-estar e o infortúnio da pobreza aos quais estão expostos muitos usuários de drogas limitam-lhes o exercício da liberdade e cidadania. No que se refere ao usuário de álcool e outras drogas, tal exercício torna-se ainda de mais difícil alcance. Porém, é necessário analisar a necessidade de assegurar o direito de acesso aos serviços sociais e de saúde aos que buscam ajuda profissional por apresentar alguma questão relacionada ao uso de SPA, salvaguardando tanto a sua liberdade individual quanto o seu acesso a bens e serviços públicos.

6.3 A ação territorial e a ida a campo

A ida a campo pode ser analisada a partir de duas óticas complementares: a primeira relacionada à articulação com a rede e a segunda referente à ida ao encontro daqueles que não chegam ao serviço.

A articulação com a rede de suporte social é uma importante ferramenta para desmistificar questões relacionadas ao uso e ao usuário de drogas, na medida em que convoca as pessoas a refletirem sobre o seu papel frente aqueles que buscam ajuda ou aos cidadãos que vêm seus direitos não garantidos em função do seu exercício de liberdade individual, nesse caso, configurado pelo uso da droga. A perspectiva é de envolvimento dos múltiplos equipamentos e atores na problemática dos usos de álcool e outras substâncias psicoativas, enquanto um problema que não será resolvido marginalizando ou prendendo o usuário em manicômios ou unidades prisionais.

Tal articulação demonstra ser necessário dialogar com os diferentes modos de vida das pessoas. Ao se referir à ação “fora dos muros”, Lancetti (2007, p. 103) observa ser preciso tanto da “entrega do terapeuta à causa” quanto da sua “disponibilidade para trabalhar em ambiente não protegido.”

Nesse sentido, para realizar a inserção social do usuário é fundamental estar em seu território, no local onde ele circula, assim como para trabalhar a cidadania é de extrema relevância trabalhar a reinserção social a partir dos equipamentos de

saúde, sociais e comunitários que existirem ali, a exemplo de postos de vacinação, bibliotecas públicas, associações de moradores, etc.

Sendo o CAPSad o articulador da rede em cada território, seu trabalho é de fundamental importância, a fim de ampliar as possibilidades de reinserção social. Tal ação está diretamente relacionada aos pressupostos da Redução de Danos. Assim, quando for a campo, o profissional deve ter na sua “bagagem” informações que possam orientar o usuário quanto a suas necessidades. Essa disposição não apenas aponta para a existência da assistência do SUS no campo, mas para a atenção integral que envolve seus diversos mecanismos.

Por vezes, o usuário de álcool e outras drogas é reconhecido apenas por esse uso, sendo esquecido enquanto cidadão que possui múltiplas necessidades. O profissional do CAPSad ao ir a campo não deve estar imbuído do desejo de “dar conta” das necessidades do usuário ou de satisfazê-las, nem tampouco da ideia de “salvação”, uma vez que, de alguma forma, há uma escolha do usuário em estar no local em que se está e vivendo o que se vive. Tal compreensão não nega as questões socioeconômicas externas à vontade humana que fazem parte de um contexto mais amplo, mas, ainda assim, e apesar delas, acredita que existe uma decisão pelo uso ou não das SPAs.

A intervenção do CAPSad no território também é relevante para romper barreiras entre os usuários de drogas e os serviços de saúde, a comunidade e a família. A intervenção direta feita aos usuários de álcool e outras drogas no território ocorre nos mais diversos espaços públicos em que ele se encontra, bastando que ele se disponibilize a desenvolver uma troca com o profissional, quer seja em um banco da praça, embaixo de uma árvore ou no chão da rua.

Nestas ações, o que está sendo priorizado é a assistência àquele que não busca os serviços de saúde por medo, por estar tão “colado” na droga que não consegue perceber outros horizontes além desse “casamento”. Nesse sentido, o papel do profissional é crucial para assegurar a atenção a esse usuário, que vê no técnico uma possibilidade concreta de cuidado, pensando: “ele saiu da sua sala confortável para vir até a mim ver se preciso de algo. Alguém se importa comigo.” É esse o papel primordial do profissional: ir ao encontro de alguém que está esquecido pela sociedade e não consegue vislumbrar qualquer perspectiva para a sua vida.

A construção da relação de confiança e o estabelecimento dos vínculos é um passo importante no processo da intervenção redutora de danos. É possível estabelecer uma relação de troca com o usuário, o que favorece essa intervenção, através de diversas orientações, seja na indicação de instituições, no encaminhamento para a realização de consultas e exames, no auxílio do providenciar da documentação, na orientação da troca de uma droga mais pesada por uma mais leve, dentre as que ele faz uso, enfim, há um leque de possibilidades que se abre a partir da ida a campo. Porém, o mais importante do ir ao encontro do usuário é buscar ouvi-lo sem a expectativa de querer mudar o seu cotidiano ou a sua vida. É ir ao encontro do “diferente”, o que depende invariavelmente da atração do profissional não apenas capacitado, mas imbuído do cuidado com esse “diferente” e pela possibilidade de promover o desejo de mudanças, através desse encontro.

Encontro esse capaz de favorecer a convivência entre as diferenças, de suscitar o desejo de busca por ajuda ou simplesmente de fornecer escuta àqueles que não têm voz nem vez. Os invisíveis, utilizando o termo comumente referido pelo Professor Nery Filho. Embora a intervenção do profissional do CAPSad possa se dar em diversos contextos é em uma clínica que ele deve trabalhar substancialmente.

É preciso reconhecer, porém, a dureza do ir ao encontro daqueles cuja vida está exaurida, com a felicidade sufocada, que se apresentam mal trajados, mal cheirosos, possuindo um linguajar empobrecido, enfim, das pessoas que a sociedade, em geral, tem medo, exclui, agride e busca tornar invisível. A sociedade e, nesse caso, os profissionais enquanto parte dela, estão preparados para se relacionar com os que podem comprar e vender, os que produzem e geram riqueza:

Os miseráveis, os pobres, os favelados, esse grupo de pessoas, que é enorme e que está na periferia da alma da gente, não têm o que vender e não têm como comprar nada, então a sociedade não é para eles, e por isso eles estão fora. [...] a vida deles está excluída de um sistema que não existe para eles (LANCETTI, 2007, p. 58).

O belo que se apresenta no ir a campo acontece no instante em que o paciente interrompe o uso de drogas, no momento em que, ao ver o técnico com quem fez vínculo, pára para lhe dar atenção: é quando, por exemplo, o paciente morador de rua arruma seu canto com um papelão para receber o profissional. A beleza está justamente na construção das relações entre o profissional e o paciente. O objetivo neste ir ao encontro não é fazer com que o usuário deixe de usar a

substância, mas fazê-lo perceber que existem possibilidades menos danosas dele se relacionar com ela e cuidar da sua saúde.

A clínica em movimento, possibilitada pela ida a campo, coloca os profissionais frente à miséria humana, a situações de extrema pobreza e, principalmente, os obriga a lidar com a dureza de saber que a maioria dos que assistem permanecerá na mesma miséria, independentemente da qualidade do atendimento. Porém, isso não faz com que o trabalho em redução de danos no campo perca o seu valor, pois o cuidado foi fornecido assim como a atenção e orientação sobre as práticas menos danosas também. É importante ressaltar que, embora alguns usuários de drogas com este perfil possam buscar o CAPSad, a maioria não o fará, certamente, permanecendo fora dos muros institucionais e, dessa forma, carentes da assistência. Também é preciso evidenciar que apesar de os profissionais do CAPSad reconhecerem a importância do ir a campo, muitas vezes não podem empreender tal ação devido à indisponibilidade de tempo para realizar a articulação com a comunidade e para desenvolver ações junto aos usuários no território.

A direção e os profissionais do município admitem que exista um número grande de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas que estão nas ruas e que não buscam o serviço por diversos motivos, por isso reconhecem ser necessário o desenvolvimento de atividades no território, embora estas, efetivamente, ainda não estejam acontecendo. Vale registrar, entretanto, que na época da visita para a coleta de dados, estava sendo iniciado um projeto de trabalho em uma comunidade com número elevado de alcoolistas, atendendo a um pedido da secretaria municipal de saúde, através do PSF e com uma instituição que realiza medida socioeducativa com menores infratores.

Quando o Ministério da Saúde traz à luz a Redução de danos enquanto âncora da clínica do CAPSad, é na perspectiva da valorização do trabalho de encontro dos técnicos com os usuários no seu local de permanência e com a comunidade, numa sinalização de respeito aos diferentes contextos e modos de vida, na perspectiva de inserção social dos “desfilados”, segundo denominação dada por Castel (1998, p.14), ou daqueles que sempre estiveram à margem da sociedade.

6.4 A adoção da Redução de Danos na prática profissional do CAPSad

Através das discussões desenvolvidas ao longo dessa dissertação, é possível perceber um hiato entre a proposta da redução de danos e a efetivação desta no cotidiano de trabalho dos profissionais do CAPSad estudado. Essa desarmonia pode ser analisada como uma consequência de vários fatores, incluindo a formação dos profissionais, que é frágil e superficial. Além disso, o atendimento aos usuários do CAPSad não é algo simples a ser feito, pois envolve uma relação direta com os excluídos, com os que não têm as suas escolhas respeitadas, com aqueles que os familiares não suportam mais.

É um atendimento que requer saber lidar com a dor do outro e, ao mesmo tempo, conseguir identificar as suas próprias limitações no que se refere à intervenção. Dessa forma, é preciso compreender, ainda, que a sensibilidade necessária para tratar na clínica do CAPSad não se adquire em livros, cursos ou em seminários. Entretanto, uma formação que dê conta dos conhecimentos quanto aos pressupostos do CAPSad, do porquê da sua existência e do contexto em que se insere o serviço no universo do SUS é de fundamental importância para o fortalecimento da assistência pautada na liberdade e cidadania. É imprescindível fortalecer as equipes não apenas em relação ao quantitativo de profissionais, mas no sentido de fornecer uma formação condizente com as necessidades e especificidades do serviço.

É uma lástima que o Estado, que tem a função de regular e formar os trabalhadores, ofereça apenas cursos introdutórios para profissionais de CAPSad, geralmente com duração de três dias, que não aprofundam as discussões e nem formam efetivamente os profissionais. Essa Formação disponibilizada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) deixa a desejar, uma vez que ela se dá de forma distante do cotidiano dos municípios, não estando ancorada nas necessidades e dificuldades específicas de cada um deles, com as suas características próprias no que se refere ao perfil populacional e à formação socioeconômica. Diferenciações essas que devem ser levadas em conta nas ações de formação dos profissionais.

A efetivação de uma política pública não se dá pela construção de serviços, mas pela garantia da manutenção deste com profissionais formados adequadamente para a garantia da assistência integral ao usuário de SPAs no SUS. Na falta

de um aparato teórico, o risco de o profissional recorrer a uma assistência pautada nos seus conceitos morais e individuais é grande, o que inviabiliza a assistência recomendada pela Política de Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde. Vale lembrar que o que está proposto na Política de Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas está diretamente alinhado com a proposta de redução de danos à saúde e sociais.

Nesse sentido, a adoção da redução de danos enquanto estratégia, mediante a fragilidade da formação dos profissionais, acentua o distanciamento entre o que preconiza o espaço de tratamento ao usuário e a forma com que este realmente se dá. Existe um hiato entre o que se diz e o que de fato é efetivado nos serviços, no que toca a utilização da Redução de Danos.

O próprio conceito da Redução de Danos traz conflitos sociais e institucionais, pois para utilizá-lo é indispensável reconhecer a limitação do usuário e sustentar a ideia de que a sua transformação só pode acontecer a partir do seu próprio desejo, sendo o profissional apenas um facilitador para tal quando assim for requisitado.

É necessário tanto a internalização desse conceito no sistema SUS quanto o seu emprego efetivo. Deve ser reconhecida, entretanto, a complexidade da sua utilização no CAPSad não em função dos seus pressupostos, mas sim, devido à teia de complexidades que envolve o serviço. Assim, nesse sentido, é preciso avançar nas discussões até que a proposta possa ser utilizada.

O manejo dos procedimentos no espaço terapêutico pode ser direcionado para a garantia de cuidados ou para a sua exclusão. Uma plêiade de fatores relacionados aos profissionais de serviços de saúde e às suas condições de trabalho mostra-se relevante para lidar com o usuário.

O CAPSad, tendo como referência essa Política, que traz a Redução de Danos enquanto uma das diretrizes a ser seguida, é um serviço que está ancorado no respeito à liberdade do usuário e na perspectiva de favorecer a sua cidadania. Sua proposta também está articulada com a perspectiva de desconstrução do modelo tradicional direcionado aos usuários e tem o importante papel de desmistificar os diversos tipos de usos de drogas e os seus usuários perante os conceitos pré-concebidos pela sociedade.

Diante do que está posto na Política e dos pressupostos da Redução de Danos, é possível concluir que ainda existe uma distância entre a proposta do

Centro e a proposta clínica pautada na redução de danos, referente ao que o serviço realiza efetivamente. Apesar desta distância entre a teoria, o discurso e a prática, foi possível perceber, por outro lado, como os profissionais estão imbuídos do desejo de desenvolver o trabalho na lógica redutora de danos, ancorados na liberdade e cidadania.

Vale ressaltar que não existe uma negação da proposta ou do desejo em trabalhar na direção da Redução de Danos. Dessa forma, perante a complexidade das questões relacionadas aos modos de uso de drogas e da assistência àqueles que apresentam problemas derivados deste uso, pode-se observar como este tema, que apresenta controvérsia na sociedade, deve ser tratado com a atenção merecida. Sendo assim, é necessário haver uma maior reflexão e discussão sobre a redução de danos, prioritariamente, entre os profissionais de saúde, para que esta possa ser melhor elaborada não apenas por eles, mas pelos próprios usuários.

A execução da política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas pelos profissionais do CAPSad, na perspectiva da inclusão do cuidado, feita de forma a impossibilitar os estigmas e preconceitos, ainda se apresenta enquanto grande desafio para as políticas públicas de afirmação da assistência ao usuário de SPAs no SUS, sendo necessária ampla discussão sobre o tema. Também é imprescindível que se dê a devida importância ao fortalecimento das equipes dos serviços para que estas possam operar na interdisciplinaridade e, principalmente, em cada território de maneira específica e respeitando suas singularidades.

Existe um campo vasto para estudo nesta clínica no que tange à Redução de Danos, mesmo porque este é um tema pouco analisado, que requer mais discussões para a sua efetivação no SUS.

Com esse trabalho, acredita-se, que possibilitará que gestores e profissionais analisem as intervenções nos CAPSad, refletindo sobre o seu papel social frente à mudança de paradigma da Redução de Danos e da assistência ao usuário, para que enfim seja possível à sociedade compreender que a intervenção não se direciona para a substância, mas sim para os sujeitos que as consomem. Espera-se também que a pesquisa empreendida possa contribuir na implementação de uma política de atenção ao usuário de drogas do estado da Bahia, auxiliando, assim, na construção do Plano Estadual de Atenção ao usuário de álcool e outras drogas do estado.

REFERÊNCIAS

- ACSRELRAD, G. A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre drogas. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 183-212.
- ALVES, V. S. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad**. 2009. 365 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARANA, X.; HUSAK, D.; SCHEERER, S. (Org.). **Globalización y drogas. Políticas sobre derechos humanos y reducción de riesgos**. Madrid: Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati Dykinson, 2003.
- ATUALIDADES EM DST/ AIDS. REDUÇÃO DE DANOS. Junho de 1998 ano I, número 5. (livro CETAD)
- BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um Manual Prático. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BERTOLETE, J. M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A Contribuição dos estados multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil - 10 anos de Pesquisa e Redução de Danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Redução de Danos**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e Redução de Danos: uma abordagem para países em transição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRAVO, O. A.. **Discurso sobre drogas nas instituições do Distrito Federal**. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2000.

BRITES, C. M. Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da Redução de Danos. 01/12/2006. 148 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BUCHER, R. **Drogas e sociedade nos tempos de AIDS**. Brasília: Editora UnB, 1996. 132 p.

CAIAFFA, W. T. Projeto AJUDE-BRASIL. **Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos de Redução de Danos (PRD) Apoiados pela CN-DST/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CARPANEDO, Nádia Almeida. Do Conceito de Saúde e Doença à Subjetividade no uso de Drogas. In: SIQUEIRA, D. J. R. (Org.). **Mal (dito) cidadão numa sociedade com drogas**. São Paulo: King Graf, 2006. p. 66-101.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes: 1998.

CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. **Respostas aos desafios da Aids no Brasil**. Brasília: UNESCO-Brasil, Ministério da Saúde, 2005.

CASTRO, M. G. ABRAMOVAY, Miriam. **Drogas na escola**. Brasília: UNESCO, 2002.

CHAUI, M. Política em Espinosa. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

COTRIM, B. C. A prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas. In: SUDBRACK, M. F. O. (Org.). **Prevenção ao uso indevido de drogas**: diga sim à vida. v. 1. Brasília: CEAD/Unb; SENAD; 1999. p. 58-67.

CRUZ, M. S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos. In: CIRINO, O; MEDEIROS, R. (Org.). **Álcool e outras drogas**: Escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 131-24.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DELGADO, P. Drogas: o desafio da saúde pública. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer**: drogas, AIDS e direitos humanos. São Paulo: Fiocruz, 2005. p. 165-182.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. Experimentação, uso, e uso e dependência de drogas. In: *Prevenção ao Uso indevido de drogas: Curso de capacitação para Conselheiros Municipais*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

FONSECA, E. M. Políticas de Redução de Danos do Uso de Drogas. O Contexto Internacional e uma Análise Preliminar aos Programas Brasileiros. 01/08/2005. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública Sergio Arouca Rio de Janeiro, 2005.

FONSECA, E. M.; BASTOS, F. I. Política de Redução de Danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD, G. **Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

KANT, E. **Crítica da razão pura**. São Paulo: Edições e Publicações Brasil, 1959.

KARAM, M. L. Legislação Brasileira sobre drogas: História recente - a criminalização da diferença. In: ACSELRAD, G. **Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LAGO, M, A. "Da marginalidade à tolerância. Reflexões éticas sobre a estratégia de redução de danos". 01/06/1999. 147 f. Tese de Mestrado em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 1999..

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2007.

LINS, E. V. A nova lei de drogas e o usuário: a emergência de uma política pautada na prevenção, na redução de danos, na assistência e na reinserção social. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). **Toxicomanias, incidências, clínicas e socioantropologias**. Salvador: EDUFBA/CETAD, 2009. p. 243-267.

MACRAE, E. **Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias**. Salvador: EDUFBA; UFBA/CETAD, 2000, 2004.

MAPEAMENTO das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007: Relatório. Coordenação Geral Denise Bomtempo Birche de Carvalho - Universidade de Brasília. Supervisão Técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte - Senad. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

MARLATT, G.A. **Redução de Danos**. Estratégias práticas para lidar com comportamento de alto risco. Porto Alegre, ARTMED, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1994. 269 p.

MONTEIRO, Luiz Felipe Campos. O uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes em situação de rua: uma leitura Winnicottiana. In: NERY FILHO, Antonio et al. (Org.) **Toxicomanias, Incidências, Clínicas e socioantropologias**. Salvador: EDUFBA/CETAD, 2009, p. 61-96.

MORAIS, M. **O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais**. 2006. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC)/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

MORAIS, P. C. C. Proibição, consumo de drogas e desenvolvimento humano. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (Org.). **Álcool e outras drogas: Escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 181-188.

MOTA, L. A. **Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?**. São Paulo: Paulus, 2007.

NICASTRI, S. Drogas. Classificação e efeitos no organismo. In: Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

PAIM, J.; TEIXEIRA, C. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública**, v. 40, p. 73-8, 2006. (Número Especial)

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PERDUCA, M. Vamos criminalizar a proibição!. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 51-64.

PINHEIRO, R. M. Redução de Danos e psicanálise aplicadas à toxicomania. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (Org.). **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 25-32.

POLLO-ARAUJO, M. A.; MOREIRA, F. G. Algumas histórias de drogas. In: MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; DA SILVEIRA, D. X. (Org.). **Dilemas modernos: drogas, família e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 3-12.

REALE, Miguel. **Nova fase do direito moderno**. São Paulo: Saraiva, 1990.

REGHELIN, E. M. Redução de Danos: Prevenção ou Estímulo ao Uso Indevido de Drogas Injetáveis?. 01/06/2001. 386 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

RIBEIRO, M.; ARAÚJO, M. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 457-468.

RIBEIRO, M. M. Aspectos legais. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 469-476.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007.

SENAD, Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

SIQUEIRA, D. J. R. Prefácio. In: SIQUEIRA, D. J. R. (Org.). **Mal (dito) cidadão numa sociedade com drogas**. São Paulo: King Graf, 2006.

TRINDADE, S.; CORDEIRO, C. **Produção do espaço e uso do solo urbano**. Belém: NAED/UFPA, 1997.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa científica em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 107 p.

VALÉRIO, A. L. R. **Articulação com a rede de suporte social**: reinventando novas práticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. SALVADOR: UNEB, 2007.

VIDAL, S. A regulamentação do cultivo de maconha para consumo próprio: uma proposta de redução de danos. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.) **Toxicomanias, incidências, clínicas e socioantropologias**. Salvador: EDUFBA/CETAD, 2009. p. 61-96.

WEINGARDT, K. R.; MARLATT, G. Alan. In: MARLATT, G. A. **Redução de Danos**. Estratégias práticas para lidar com comportamento de alto risco. Porto Alegre, ARTMED, 1999.

Páginas acessadas na internet:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>. Acesso: 9 jul. 2009.

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>. Acesso: 13 nov. 2009.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm. Acesso: 9 jul. 2009.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10409.htm. Acesso: 9 jul. 2009.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6368.htm. Acesso: 9 jul. 2009.

<http://www.reduc.org.br/index.php>. Acesso: 12 ago. 2009.

www.abordabrasil.org. Acesso: 21 abr. 2009.