

# Aproximações entre a Terapia Comunitária Integrativa com a Redução de Danos

## Approaches between Integrative Community Therapy and Harm Reduction

Eroy Aparecida da Silva<sup>I</sup>, Regina Tuon<sup>II</sup>

### Resumo

O objetivo deste artigo foi contextualizar a história do desenvolvimento da Redução de Danos no Brasil a partir dos contextos socio-políticos garantidos na constituição de 1988, com a mudança dos paradigmas de cuidados em relação ao cuidado de saúde mental/álcool e outras drogas, e as aproximações dos pressupostos da Terapia Comunitária Integrativa junto a essa população com a Redução de Danos como prática emancipatória.

**Palavras-chave:** Terapia comunitária; Álcool e outras drogas; Redução de danos.

### Abstract

The objective of this article was to contextualize the history of the development of Harm Reduction in Brazil from the socio-political contexts guaranteed in the 1988 constitution, with the change of paradigms of care in relation to mental health care/alcohol and other drugs, and the approximations of the assumptions of Integrative Community Therapy with this population with Harm Reduction as an emancipatory practice.

**Keywords:** Community Therapy; Alcohol and other drugs; Harm reduction.

### Introdução

De modo geral, Redução de Danos é uma filosofia e estratégia de cuidado com usuários de álcool e outras drogas que tem por objetivo acolher as pessoas em sofrimento garantindo a elas direitos, fortalecendo as estratégias de proteção e a ampliação deste tema no campo da Bioética. Porém, este conceito

não é único nem tampouco consensual, pois advém de diferentes campos e práticas<sup>1</sup>. Especialmente no Brasil, a evolução histórica deste tema e suas *práxis* de cuidado em relação aos usuários de substâncias psicoativas são marcadamente múltiplas, com uma diversidade construtiva de práticas e estratégias<sup>1</sup>.

Passados 30 anos de história sobre a Redução de Danos no Brasil, atravessamos várias ondas, que não podem estar desvinculadas do contexto tanto sociopolítico e econômico que repercutiram fortemente nas práticas, tanto de saúde mental, como nas políticas sobre álcool e outras drogas. Alguns deles são: (1) os

<sup>I</sup> Eroy Aparecida da Silva (eroync@gmail.com) é psicóloga pela Faculdade Paulista de Educação e Cultura (UNIPAULISTANA) Organizadora Paulista de Educação e Cultura (UNIPAULISTANA) Psicoterapeuta Familiar e Comunitária e Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (UNIFESP), membro da Associação Fundo de Pesquisa Psicofarmacologia (AFIP), pesquisadora e ativista social e colaboradora de vários coletivos que trabalham com pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo.

<sup>II</sup> Regina Tuon (reginatun@uol.com.br) é assistente social pelas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Especialista em Dependência de Drogas pela UNIFESP de São Paulo e do Ministério da Saúde.

avanços no campo da Saúde Mental na década de 1980, com a constituição de 1988; (2) o enfrentamento das políticas proibicionistas de cuidado, de forma verticalizada, cuja única possibilidade das propostas de tratamento era a abstinência; (3) a incorporação das diversas propostas de Redução de Danos nas políticas de cuidado em relação ao consumo de substâncias psicoativas; (4) o golpe político de 2016, que trouxe um retrocesso no avanço das estratégias de cuidado em Saúde Mental no geral e consequentemente nas garantias das estratégias de Redução de Danos, nas suas propostas originais de acolhimento, escuta valorização do encontro singular e horizontalizado entre profissionais e usuários.

O objetivo deste capítulo é discutir as oscilações dessas diferentes fases, bem como relacionar avanços de algumas intervenções psicossociais comunitárias que incluem as estratégias de Redução de Danos no cuidado de usuários de drogas vulnerabilizados; ou seja, aqueles que habitam as ruas e, de modo geral, não buscam os serviços formais diretamente. Será dada ênfase também as aproximações da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) com as estratégias de Redução de Danos, propositora de respeito, cuidado humanizado e potencializados de encontros singulares entre as pessoas usuárias de substâncias psicoativas.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil surge a partir de tentativa de reorganização social contra a Ditadura Militar, que matou e torturou brasileiros que se opunham ao governo na década de 1970. Em 1976, com a edição da Lei Falcão, bombas na Associação Brasileira da Imprensa (ABI), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e em várias outras instituições, além da cassação de vários parlamentares, de mortes no Departamento de

Operação Interna e Centros de Operação e Defesa Interna (DOI-CODI) do Exército Brasileiro, do assassinato do operário Manuel Fiel Filho e o espancamento do bispo Dom Adriano Hipólito, um grupo de sanitaristas na cidade de São Paulo se juntam e formam o Centro Brasileiro em Estudos em Saúde (CEBES) e fundam a “Revista Saúde em Debate”, cuja proposta foi debater e defender pública e criticamente as práticas no campo da Saúde Pública e Saúde Mental no Brasil. Paralelamente houve a construção do Movimento de Renovação Médica, a partir do Rio de Janeiro, que levantava bandeiras importantes em relação ao movimento sindical “entreguista” implantado desde o Golpe Militar de 1964, quando houve fechamento das instituições democráticas e a implantação do regime ditatorial.

Em 1978, no Rio de Janeiro, a partir de denúncias significativas de médicos psiquiatras sobre a desumanização em relação às pessoas em situação de sofrimento mental, foi fundado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este se constituiu, em pouco tempo, em uma base importante para a renovação no campo da Saúde Mental brasileira, constituindo assim o forte Movimento de Reforma Psiquiátrica, cuja proposta foi a de combater a institucionalização nas políticas públicas de Saúde Mental; ou seja, a modificação e transformação das internações em manicômios em abordagens psicossociais humanizadas. O Movimento de Reforma Psiquiátrica tomou força a partir das lutas dos movimentos médicos e sociais e conseguiu ocupar o lugar de um processo permanente de construção e transformações rápidas nos campos assistencial, cultural e social, a partir da superação dos estereótipos, estigmas, segregações relacionadas às pessoas em sofrimento mental e psíquico<sup>2</sup>.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica precisou lidar com mais de duzentos anos de práticas desumanizadas no tocante à Saúde Mental em nosso meio. As lutas efervescentes, neste campo, lideradas por sanitaristas, psiquiatras e trabalhadores foram capazes de sustentar as mudanças substanciais dos cuidados hospitalocêntricos e manicomial para o início de modelos paradigmáticos de cuidado baseados nas denominadas abordagens psicossociais, fortalecidas a partir de 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, no tocante a todas as suas dificuldades de funcionamento, passou a garantir o cuidado mínimo de saúde a todos os brasileiros publicamente.

Estudos, entretanto, apontam inúmeras lacunas em relação ao campo de Saúde Mental e as políticas sobre drogas, sendo estas últimas demarcadas por visões hegemônicas, moralistas, antiproibicionistas e judicialistas, ainda na atualidade. No Brasil, sempre houve uma tendência em considerar o uso de substâncias psicoativas como comportamentos delituosos, sujeitos a sanções criminais. Isso foi um dos fatores que produziu “uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas” (p.40). O uso dessas substâncias perde sua complexidade quando é avaliado como uma conduta desviante dos padrões morais estabelecidos; frente a isso, a única solução proposta para a regeneração da pessoa, além da pena, é a abstinência.

Isso é evidenciado, historicamente, e apontado em um importante estudo realizado por Varga e Campos<sup>4</sup>. Neste, os autores fazem uma revisão sobre a trajetória das legislações em Saúde Mental e álcool e outras drogas, de

1900 até 2000, concluindo que, no século XX, a discussão sobre o consumo de drogas psicoativas esteve demasiadamente atrelada às práticas psiquiátricas e ao estatuto da “doença mental”, seja como condicionante ou como resultante do uso de substâncias psicoativas<sup>4</sup>.

Nota-se que as discussões no ambiente científico atual se organizam frente a duas lógicas: a da repressão e proibição, à contenda da segurança pública, e o da Redução e Danos e cuidado no território, a partir da Saúde Mental. Na prática, parece ainda não ter acontecido uma completa fusão entre os dois tipos de políticas públicas nos termos da temática do uso de drogas, até o final dos anos 2000<sup>4</sup>. Atualmente, ainda é visível a influência da Psiquiatria na manutenção e sustentação das ideias repressivas da justiça e da patologização do consumo dessas substâncias; apesar disso, é evidente e inegável que a consolidação da Redução de Danos foi um grande avanço em um movimento nacional, para a mudança de paradigma no cuidado, impulsionando novos paradigmas na criação de uma política sobre drogas democrática, participativa e inclusiva e se opondo firmemente a toda e qualquer forma coerciva fruto das visões moralizantes presentes nos pressupostos da “guerra às drogas”, que, por diferentes interesses, defende a abstinência como única possibilidade de cuidado em nome de suposto cuidado.

Entretanto, a onda dessa consolidação da Redução de Danos como movimento nacional acompanhou toda uma conjuntura política de avanço no campo, tanto da Psiquiatria como da Psicologia democráticas. As primeiras experiências com Redução de Danos tiveram início na Inglaterra, em 1926, onde um grupo de médicos ingleses, preocupados com os riscos advindos do consumo de ópio e pelo sofrimento

e cuidado das pessoas, já naquela época, elaboram um documento que ficou mundialmente conhecido como “Relatório de Rolleston”. Esse documento continha um conjunto de recomendações de uma comissão interministerial, cujo ministro da saúde inglês era sir Humphrey Rolleston. Ficou estabelecido, neste documento, o direito dos profissionais (médicos ingleses) de prescreverem regularmente ópio e derivados a pessoas dependentes dessas substâncias em ocasiões em que a pessoa estivesse sujeita a riscos importantes.

No tocante a todas as questões políticas envolvidas, a preservação e o respeito à vida dos dependentes ingleses no início do século XX, prevaleceu sobre as questões morais, se diferenciando prementemente da política de “guerra às drogas” dos Estados Unidos, a qual o Brasil foi sempre signatário, modelo que trata a questão da dependência de drogas como algo a ser combatido com jurisprudência autoritária, julgadora, estigmatizadora e unicista, que criminaliza e descontextualiza o consumo da sociedade. A droga, na política armamentista americana, é um inimigo que deve ser combatido, na defesa da construção irreal de um mundo sem drogas psicoativas.

Entretanto, apenas no início dos anos de 1980, as ações baseadas nos princípios de Rolleston passaram a ser sistematizadas programaticamente na Holanda, por força e iniciativa de um movimento de usuários de drogas psicoativas, que construíram uma associação, pois estavam preocupados com a disseminação e a contaminação das hepatites virais entre os consumidores. Com o advento do vírus HIV, as propostas de Redução de Danos tomaram força entre os usuários de drogas injetáveis e passou a fazer parte de um novo paradigma ético, clínico e político de cuidado.

No Brasil, em 1989, na cidade de Santos, a epidemia da aids se disseminava entre usuários de drogas injetáveis, o que fez com que médicos<sup>1</sup> e demais equipes de saúde implantassem a primeira atividade reconhecida como atividade de Redução de Danos, com a distribuição de seringas aos usuários de drogas, com o objetivo de reduzir a contaminação do vírus HIV<sup>5</sup> (p.25). Frente a essa iniciativa, o Ministério Público acusou as equipes de incentivo ao uso de drogas e as obrigaram a responder processos a despeito do resultado das ações de saúde ter demonstrado uma diminuição da contaminação pelo HIV entre usuários, após a distribuição das seringas.

O movimento em defesa da Redução de Danos foi tomando força, tanto entre os usuários, como entre os profissionais/cuidadores. Em 1993, ocorreu na cidade de Florianópolis, o I Seminário Nacional Sobre Aids entre os usuários de drogas injetáveis (UDIs). Neste evento, ficou evidenciado a necessidade do cuidado específico em relação aos UDIs. Posteriormente, em 1995, em Salvador, Bahia, através do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) teve início pioneiramente, no Brasil, o primeiro programa oficial de Redução de Danos, que propôs a troca de seringas.

Em 1997, Assembleia Legislativa de São Paulo aprovou a primeira lei que legalizou a troca de seringas<sup>6</sup>, que serviu de impulso para que outros Estados também pudessem promulgar suas leis de forma semelhante; antes dessa, o profissional de saúde que fosse flagrado com seringas podia ser preso e criminalizado como traficante.

É inegável o fato de que o advento da epidemia da aids fortaleceu o movimento em defesa da filosofia e do propósito clínico-ético e

<sup>1</sup> Fabio Mesquita e Davi Capistrano.

político da Redução de Danos no mundo e no Brasil. A necessidade premente de um acolhimento baseado no cuidado preventivo e humanitário às pessoas vulnerabilizadas e usuárias de substâncias psicoativas demandava ações práticas humanizadas e não apenas estratégias ou declarações de adesão a propostas de alta complexidade, como por exemplo, a exigência de abstinência total nos tratamentos ou, ainda, elevados níveis de julgamentos e padrões de moralidade. As estratégias de Redução de Danos, assim, aos poucos foram se mostrando uma importante aliada ao enfrentamento da contaminação pelo vírus HIV, principalmente entre os usuários de drogas injetáveis<sup>7</sup>.

A parte de todas as dificuldades e resistências encontradas, em muitos setores da sociedade, inclusive por parte de pesquisadores e profissionais, os programas de Redução de Danos foram se fortalecendo fruto de uma luta no campo ético-político e clínico dos pesquisadores, usuários e das equipes de saúde e assistência e justiça em todo o país. Estes programas de Redução de Danos e de troca de seringas, paulatinamente, foram se estabelecendo como importantes estratégias e práticas protetivas de saúde<sup>8</sup>.

O período entre 1995 e 2003, foi importante para o campo de Redução de Danos, no Brasil, quando foi possível a construção e a abertura de mais de duzentos programas de Redução de Danos, que impulsionou que os trabalhadores desse campo de atividade se organizassem em associações. Em 1997, foi formada a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA) e, no ano seguinte, a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC).

Conforme proposto no início deste capítulo, esperamos que o leitor possa ir mergulhando nesta onda contextual e política da evolução

recursiva dos cuidados em relação à redução de danos no Brasil, que apontam momentos de “mar muito tempestuoso” e outros momentos de “um mar um pouco mais calmo”. No entanto, em todos esses houve a prática de uma militância ativa para a consolidação de uma rede de cuidado baseada na Redução de Danos, que foi evoluindo e caminhando dos dispositivos de cuidado e distribuição de seringas para o campo da prevenção, com objetivos mais amplos no acolhimento das pessoas usuárias de substâncias psicoativas.

Muitos encontros e vínculos foram construídos nas relações que foram para muito além das trocas de seringas, trocas de parcerias, afetos, acolhimentos, foram se estabelecendo construindo horizontalidade entre os trabalhadores, usuários, dispositivos-casa-rua. Isso ficou evidenciado nos resultados de estudos multicêntricos brasileiros que tiveram projeção internacional, que apontaram uma diminuição do compartilhamento de seringas e da prevalência de HIV, em contraste com o aumento do uso de preservativos por esses usuários<sup>8-9</sup>.

Um fator importante de ser compreendido é que a sustentabilidade das redes e ações de Redução de Danos possuíam bases fragilizadas, pois a maioria estava vinculada a organizações não governamentais (ONGs), com financiamentos de organismos internacionais, dentre eles, o Banco Mundial. Com isso, muitos dos projetos e propostas baseados na Redução de Danos sofreram interrupção ou descontinuidade.

A partir de 2003, várias das ações de Redução de Danos foram transferidas e ficaram sob a responsabilidade do Governo Federal. Este, então passou a repassar verba para a execução das políticas de saúde aos estados e municípios, o que provocou uma redução importante

dos programas de Redução de Danos no Brasil. Segundo Andrade<sup>8</sup>, em 2003, estes somavam 279 e, em 2005, 136.

Com o avanço das lutas, o cuidado aos usuários de substâncias psicoativas passou a ter lugar e espaço ampliados nas políticas de Saúde Mental. Em 2003, a o Ministério da Saúde apresentou a “Política de Atenção Usuários de Álcool e Outras Drogas”<sup>9-10</sup>, incluindo como praxis de cuidado as concepções das abordagens psicossociais defendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e da luta antimanicomial para os usuários de álcool e outras drogas. Nesta ocasião o conceito de redução de danos vinha sendo “consolidado como um dos eixos norteadores da política do Ministério da Saúde para o álcool e outras drogas”<sup>10</sup> (p.43).

Assim, muitas “ondas” e transformações ocorreram no campo das drogas quando o movimento da Redução de Danos saiu da área da prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a aids, e passou para área de Saúde Mental<sup>9</sup>. Embora vários retrocessos tenham ocorrido nas propostas originais da Redução de Danos, quando estas passaram a fazer parte na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, este tema passou a ser um ponto central na construção de um método clínico-político, juntando e atualizando diferentes dispositivos de cuidado em relação à Saúde Mental; colocando como ponto central a desconstrução dos modelos hospitalocentros e a substituição desses pelas intervenções psicossociais como: centros de dispositivos de atenção e cuidado, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS e CAPS-ad).

Em 2011, com a implantação da Rede da

Atenção Psicossocial (RAPS), esta passou a ser centro de atenção às pessoas em sofrimento mental, incluindo os usuários de substâncias. Integrada ao SUS, esta rede é formada por dispositivos diversos tais como: os CAPS e os CAPS-ad); os Centros de Convivência e Cultura (CCC), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral em hospitais gerais e nos CAPS III). Além de ampliar os dispositivos de cuidados em saúde mental “a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências”<sup>11</sup>.

As políticas específicas sobre álcool e outras drogas caminharam sob três vertentes principais que, com o decorrer dos anos, foram amadurecendo e se fortalecendo sob princípios diferentes da política de “guerra às drogas”, bem como do modelo clássico e hegemônico de doença, substituindo-os pela Redução de Danos, sempre acompanhada pelas lutas dos movimentos sociais e de Saúde Mental.

Centros de Tratamentos para dependentes de álcool e outras drogas ligados a várias Universidades foram construídos na década de 1980, assim como associações de classe representativas deste campo, inicialmente a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD), que defendia e ainda defende a concepção de doença das dependências e, mais tarde, em 2005, outro grupo formado por ex-membros da ABEAD e advindos também da Reforma Psiquiátrica, Movimento Antimanicomial e da Redução de Danos, fundando a Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Álcool e Outras Drogas (ABRAMD), que passou a atuar mais no fortalecimento das estratégias de ações clínico-política-bioética da

## Redução de Danos<sup>12</sup>.

Em 2004, no primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, mais mudanças foram incluídas na área de atenção e cuidados aos usuários de drogas psicoativas, em especial, ao crack. Entre elas, houve uma mudança significativa de visão, abandonando o “combate às drogas”, fruto do proibicionismo, para a abordagem de enfrentamento através dos dispositivos de cuidado. A Política Nacional Antidrogas, assim, foi substituída pela Política Nacional sobre Drogas (PND)<sup>13</sup>, salientando a estratégia de Redução de Danos como política pública orientadora das propostas de cuidado.

Em 2010, no segundo mandato de Lula, foi criado o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas”<sup>14</sup>, que se fortaleceu em 2011, no governo de Dilma Russef onde foi lançado o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack”<sup>15</sup>. Estes planos foram bastante criticados por todos os defensores da política de Redução de Danos, pois tira do alvo a problemática das drogas lícitas como álcool, tabaco, medicações psicotrópicas, de incidência e prevalência muito maior que a cocaína e de seu derivado principal no Brasil, o crack.

Com o golpe ocorrido em 2016, que afastou a Presidenta Dilma Rousseff, houve uma clara violação do Estado Democrático de Direito no Brasil, e assume o governo o Vice-Presidente Michel Temer. A partir disso, a política nacional sobre drogas começou a retroceder. Em 2019, com a vitória de Jair Messias Bolsonaro para a presidência do país, o retrocesso dessas política foi evidente. Atualmente temos a política do SUS ameaçada, inclusive a da área de Saúde Mental e de álcool e outras drogas e, conseqüentemente, os cuidados relacionados à Redução de Danos, principalmente as propostas emancipatórias que convidam os

usuários a cuidarem de si mesmo.

Este contexto foi agravado com a pandemia do Covid-19, que “escancarou” o estado calamitoso das políticas públicas de saúde, atingindo a população vulnerabilizada e penalizada, tanto pela desigualdade social quanto pelas necropolíticas impostas pelo Estado. Diante dessas fortes ameaças, tanto nas redes formais quanto informais de encontros entre as pessoas usuárias de drogas, o fortalecimento das intervenções psicossociais são muito importantes, tanto no sentido de garantir o acesso da população vulnerável aos seus direitos propostos pelo SUS, como para ampliação de abordagens inovadoras criativas, inclusivas e de baixa exigência para toda essa comunidade, valorizando a apropriação de suas histórias através do pertencimento, da escuta e do acolhimento humanizados.

## **Intervenções psicossociais e Redução de Danos**

Apesar dos inúmeros reveses, desafios e lutas coletivas ocorridas, ao que avançaram e retrocederam, em defesa de uma política plural, multiversa e humanitária de álcool e outras drogas, baseadas nas propostas de Redução de Danos, conforme contextualizado anteriormente foi possível, ao longo dos anos, observar um avanço do ponto de vista de políticas sobre drogas de uma vertente puramente proibicionista para ampliação de cuidados baseados em estratégias psicossociais com o advento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de álcool e outras drogas (CAPS-ad), implantação dos consultórios de/na rua. Vale lembrar que estes avanços passaram a ser duramente ameaçados no atual governo, que retrocedeu nos avanços de cuidados aos usuários de substâncias, com as propostas de internações em

comunidades terapêuticas como cuidado de atenção primária aos usuários.

Além disso, inúmeras outras propostas de cuidado formais ou informais foram girando em torno dos trabalhos baseados na Redução de Danos. A maioria deles baseadas em abordagens psicossociais, cuja finalidade é agregar e trocar experiências baseadas em ações junto às comunidades, no sentido de que elas próprias estejam implicadas e busquem seus caminhos para resolução dos seus dilemas. Além disso, o olhar psicossocial é uma “luneta”, que ao invés de reduzir ou rotular, amplia e valoriza a existência dessas pessoas, convidando-as para a apropriação de suas histórias, que, na maioria das vezes, é invisibilizada por representações sociais moralistas, estigmatizadoras ou de viés judicializador<sup>16</sup>.

Além disso, as abordagens psicossociais partem dos pressupostos de que a construção da mente é social e de que a comunidade possui seus próprios saberes. Essa visão, transportada para área de álcool e outras drogas, pressupõe que este fenômeno não pode ser encarado de forma isolada, ou “*per se*”; ao contrário, está diretamente relacionado às inúmeras condições suscetíveis nas quais as comunidades estão inseridas e expostas.

A valorização ímpar da construção de vínculos também é um ingrediente significativo para as abordagens psicocossociais, que cuida, ao invés de rotular com diagnósticos pré-estabelecidos ou julgamentos morais. Neste sentido, com o desenvolvimento das práticas psicossociais em Saúde Mental envolvendo o cuidado com as pessoas em sofrimento por uso de substâncias psicoativas, várias intervenções com pessoas vulnerabilizadas foram se desenvolvendo, trazendo importantes contribuições. Aqui terá destaque a prática baseada

em intervenções psicossociais denominada Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Trata-se de uma abordagem brasileira de cuidado que defende que as trocas de experiências humanas realizadas de maneira circular e horizontal contribuem para o enfrentamento das dificuldades a partir do saber coletivo da comunidade<sup>17</sup>. Nosso objetivo, conforme já mencionado anteriormente, é fazer algumas aproximações da Terapia Comunitária especificamente no cuidado de drogas junto à Redução de Danos.

### **Terapia Comunitária Integrativa e as aproximações com a Redução de Danos**

A Terapia Comunitária (TCI) é uma modalidade brasileira de cuidado proposto pelo psiquiatra e antropólogo cearense Adalberto Barreto na década de 1980, do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Airton Barreto, irmão de Adalberto, advogado e militante na área dos direitos humanos, trabalhava na Favela de Pirambu, uma das maiores da região de Fortaleza e encaminhava as pessoas em sofrimentos psíquicos para serem cuidadas na Universidade por Adalberto, que as avaliava e, se necessário as medicava. Entretanto, após alguns atendimentos este psiquiatra avaliou que, ao invés da comunidade ir até a Universidade, deveria fazer o contrário: junto com alguns estudantes de Medicina, foi até a Favela de Pirambu. Lá, observou, junto com sua equipe, que os moradores do local necessitavam muito mais do que medicação: viviam inviabilizadas, desprezadas pelas políticas públicas e descreditadas de suas próprias forças<sup>18</sup>.

Assim, nasceu a Terapia Comunitária Integrativa, que se desenvolveu e passou a ser uma proposta metodológica de ação que permite construir redes sociais solidárias de

promoção da vida e mobilizar os recursos e competências dos indivíduos e das famílias inseridas nas comunidades. Um dos objetivos da Terapia Comunitária é lidar com os sofrimentos da vida cotidiana, reforçando as forças internas das pessoas no enfrentamento das situações desafiadoras, sem se prender em diagnósticos e patologias. O espaço de partilhas e trocas desta terapia, ativa forças individuais e coletivas que auxiliam a lidar com as ansiedades e os estresses paralisadores que trazem riscos tanto à saúde física, quanto à psíquica. O potencial de encontro e trocas coletivas apontam várias estratégias de superação dos sofrimentos e estimula a comunidade a buscar, no seu próprio interior, “saídas conjuntas” para suas dificuldades, troca essa que é mediada por facilitadores, que são as equipes de terapeutas comunitários que, de maneira horizontalizada, valorizam as histórias de vida das pessoas, reforçando as competências locais e culturais, estimulando o abandono da vitimização e valorizando o acolhimento, as trocas e a escuta<sup>18</sup>.

Resumidamente os eixos teóricos básicos da Terapia Comunitária Integrativa estão embasados nos seguintes marcos<sup>18</sup>:

- paradigma sistêmico: relação de interdependência entre as várias partes e o todo;
- resiliência: o enfrentamento conjunto das dificuldades produz um saber para superar as adversidades familiares e contextuais;
- Teoria da Comunicação: todo o nosso ato tem valor de comunicação. Na Terapia Comunitária Integrativa, o interesse está mais no interrogativo do que no afirmativo e nas relações de todos os atos comunicacionais verbais ou não verbais;
- Antropologia Cultural: a cultura é vista como uma verdadeira fonte de riqueza

individual e coletiva e responsável também para construção de identidade; assim é um recurso que permite somar e multiplicar os potenciais de crescimento individuais para o enfrentamento dos vários problemas sociais;

- Pedagogia da ação-reflexão de Paulo Freire: a Terapia Comunitária Integrativa é uma proposta de trocas de experiências aprendidas e advindas do pensamento de Paulo Freire; isto é, as regras que a estruturam asseguram a circularidade e a horizontalidade da comunicação, em que cada um possui o seu saber, respeitando sempre a palavra do outro, deixando-se interpelar por uma nova leitura de uma mesma problemática. A fala do outro desperta em mim a minha história e possibilita que nos aproximemos uns dos outros. Também de inspiração Paulo Freiriana, é a valorização dos recursos pessoais e das raízes culturais, considerando que o aprendizado libertador somente ocorre quando há respeito aos saberes socialmente construído pela experiência de vida.

As rodas de Terapia Comunitária Integrativa são mediadas horizontalmente pelas equipes de terapeutas comunitários e podem ocorrer, tanto em espaços públicos quanto privados, nas comunidades, nas ruas, praças, onde estão às pessoas dispostas a conversar em locais e horários combinados. Nos encontros, nada é pré-determinado ou exigido além da possibilidade de encontrar pessoas e com elas trocar sentimentos. No entanto, essas rodas seguem algumas etapas que são previamente discutidas com todos os presentes, com duração aproximada de duas horas:

- o acolhimento: é a ambientação favorável para que as pessoas possam chegar e se sentir acolhidas; normalmente é formada uma grande roda para que os presentes possam

olhar uns para os outros. No início, as equipes dão as boas vindas, normalmente com uma música sugerida pela comunidade; e há a celebração de datas de aniversários e a discussão de algumas regras, como a de silêncio, quando cada pessoa estiver falando, a de falar da própria experiência usando o verbo na primeira pessoa; não dar conselhos, nem julgar; e respeitar a história de cada um. A roda é um espaço de escuta.

- a escolha: é a definição do tema a ser debatido no dia. Isso se dá no início, quando a equipe de cuidadores pergunta quem gostaria de falar sobre o que está lhe afligindo, tirando o sono e/ou incomodando.

- a contextualização: é a fase em que são solicitadas mais informações sobre o assunto para que o tema possa ser contextualizado.

- a problematização: seguido à contextualização, ocorre quando a pessoa, em silêncio e apenas escutando a reflexão do grupo, sobre quem já passou por situação semelhante e o que fez para superar ou lidar com ela; como, por exemplo, as situações de: perda, traição, vida na rua, relações familiares, prisão, brigas, facções, uso de substâncias psicoativas, abandono, etc.

Esta etapa final propicia que todas as pessoas possam fazer suas trocas de histórias e organizarem suas experiências através da apreciação e valorização e, em seguida, o grupo se prepara para o encerramento do encontro, utilizando rituais de agregação, de conotação positiva e de valorização da força e coragem de cada um, como por exemplo, todo o grupo abraçar em pé as pessoas que trouxeram seus temas, acolhendo-as, etc. Os participantes falam do que estão levando de aprendizado coletivo dessa troca de experiências com a roda.

Temas como tristeza, medo, solidão,

abandono, negligência, violência, tanto inter como intra familiar e consumo problemático de substâncias, mortes por overdose, envolvimento no tráfico, prisões das pessoas com droga são bastante frequentes nas rodas e, quando estes surgem, as equipes precisam estar preparadas para organizar os diálogos sem julgamentos.

Quando o tema do dia escolhido está especialmente relacionado ao sofrimento da pessoa e ou familiares com consumo problemático de substâncias psicoativas, todos os esforços das equipes estão no sentido de trabalhar horizontalmente com a comunidade, exercitando a escuta generosa, sem julgamento, regra, aconselhamentos ou definições de metas e nem focalizando a abstinência, por exemplo; condutas estas semelhantes às das equipes que estão trabalhando com as estratégias de Redução de Danos.

Nesse caso, a pessoa é convidada a falar de si, sempre na primeira pessoa: “eu”. É convidada a falar livremente para o grupo sobre o que está incomodando em relação aos seus vínculos consigo mesma, com os outros e também com as substâncias que utiliza. A ênfase é dada a história de vida dela, com quem vive, do que gosta, de qual é a sua rede social, se está trabalhando e como está os sentimentos dela naquele momento. Ao permitir a fala sobre si mesmas, muitas histórias surgem antes do contato com as substâncias. Após o relato, a equipe agradece a disponibilidade do narrador de sua história e questiona o grupo sobre quem já passou por experiência semelhante a que ouviu e o que fez para lidar com ela. Invariavelmente, no grupo comunitário várias outras pessoas apontam que estão vivendo ou já viveram situações semelhantes e este sentimento de pertença faz com que a pessoa que relatou seu

próprio caso se sinta acolhida e não julgada. Este momento é bastante intenso, a comunidade troca entre si histórias que organizam suas experiências. As narrativas abaixo ilustram como as pessoas são acolhidas em várias rodas de Terapia Comunitária Integrativa, em que o tema escolhido foi o sofrimento relacionado ao uso de uso de substâncias.

*“Eu vim aqui nesta roda pra falar da droga e falei sobre a minha história onde o uso está presente, mas eu não sou apenas isso”; “Eu vim porque me falaram da roda, confesso que vim meio receoso porque já estive muitas vezes no NA, e quando chegava lá eu ficava maluco de tanto ouvir falar de droga, cheguei a sair de lá e ir usar maconha, cocaína ou beber várias vezes, mas quando cheguei cá e falo sempre de mim, e falar na primeira pessoa me ajuda bastante: - primeiro eu preciso me responsabilizar por tudo que faço, sinto e falo; segundo não culpabilizar os outros quando faço uso de crack; terceiro não achar que é o crack que me domina, não, sou eu que vou atrás dele”* (Depoente A)

*“Eu passei a ver as coisas de outra forma aqui na roda, quando ouço os outros falando também dos seus problemas eu percebo que não sou apenas eu o perdido e abandonado. Antes eu me xingava, me dava pontapés, mas sempre depois que bebia a cachaça, de uns tempos para cá eu presto mais atenção em mim, no que é conversado aqui, não é a tentação, sou eu mesmo que aprendi a beber cedo demais com meu pai, inclusive e isso virou um hábito, que eu fazia mecânico”* (Depoente B);

*“Aqui nas rodas eu sinto que não*

*estou sendo julgada porque eu bebo demais, eu sou acolhida, as pessoas não olham para mim como se eu fosse um “pé de cana”, eu me sinto querida mesmo, então este sentimento de ser escutada e valorizada na minha história, me ajudaram muito a parar de beber como eu bebia. Era um buraco ou um vazio que batia dentro de mim, que a bebida ajudava eu não sentir”* (Depoente C);

*“Sabe de uma coisa, eu já fiquei internada, já fui presa vendendo maconha e pedra e em todo lugar que passei tinha gente falando o que era para eu não fazer, ai eu ia e fazia o contrário. Aqui na roda foi diferente, ninguém nunca disse o que eu deveria ou não fazer, em relação ao uso dos troços, se interessaram em saber de mim, da minha pessoa, eu também aprendi sobre o meu próprio eu, escutando os outros, hoje eu diminuí muito o uso, por minha própria conta”* (Depoente D);

*“Eu trabalhei mais de cinco anos na noite, como michê, para pagar minha faculdade e colocar comida em casa porque minha mãe cuida de uma Irma minha que é excepcional, somos nós três, meu pai caiu no mundo”. A vida na noite é bruta, a cocaína me deu força para aguentar trabalhar, eu fui parando sozinho quando decidi deixar de trabalhar na noite, não dava mais, essa roda me acolhe me escuta muito mais do que em casa”* (Depoente E);

*“Eu quero hoje aqui pedir ajuda nesta roda, para um dor que estou sentindo que dói, dói e dói, perdi dois irmãos já por envolvimento com o tráfico, um foi morto por causa de dívidas que foi*

fazendo e o outro no mês passado foi morto em uma briga na porta de um bar, onde ele segundo nos contaram vendia cocaína e crack. Agora ficamos apenas eu, minha irmã e meus pais, sem rumo, porque os rapazes um com 32 anos e o outro com 29 morreram em três anos perdemos eles dois. Estou muito deprimida” (Depoente F);

“Eu quero trazer aqui para vocês o que eu sinto por estar morando na rua: a pessoa que vive na rua usa a droga para continuar viva, comigo foi assim, porque é muita situação triste que a gente vê então o uso é como se fosse uma diversão para aquelas desgraceiras todas” (Depoente G);

“Eu quero conversar com vocês sobre minha família, embora eu saiba que todos em casa, preferissem que eu não usasse drogas, eu uso assim mesmo, não fui destruído por isso, trabalho, não tiro nada de ninguém, compro o bagulho com meu dinheiro e uso, ai eu adotei os meus parceiros de rua como meus parentes” (Depoente H);

“A pessoa que vive na rua de cara já é rotulada como usuária de drogas, vagabunda, desocupada, todos passam e não te vê você é como se fosse um lixo, essa sensação me maltrata, eu nem faço uso de nada, meus colegas usam, mas eu não sonho em sair da rua com minha namorada” (Depoente I);

Os relatos que surgem nas rodas relacionadas ao consumo de substâncias são acolhidos, debatidos e a atenção voltada para a pessoa e não apenas para o uso de substâncias psicoativas possibilita que sua história possa ser contada e valorizada, suportada e dividida

na roda. Várias pessoas dizem que a roda é o único lugar onde ela podem tanto falar, como escutar.

Embora a Terapia Comunitária Integrativa trabalhe com as pessoas em grupos, nas comunidades, acolhendo os temas diversos, especialmente ao tratar o uso de substâncias psicoativas se aproxima de estratégias de Redução de Danos, principalmente no que diz respeito à valorização da pessoa, ao não julgamento, à escuta e ao acolhimento, à baixa exigência em relação à frequência e metas de uso dessas substâncias.

Assim, a Terapia Comunitária Integrativa é um espaço de fala, de acolhimento e escuta generosa e, desde 2004, através de uma parceria realizada como Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), capacitou mais de 800 trabalhadores da área de álcool e outras drogas e passou a fazer parte da Rede SUS e da Estratégia de Saúde da Família. Várias equipes que estão nos consultórios de rua são também terapeutas comunitários.

A Terapia Comunitária Integrativa ganhou, finalmente, *status* de Política Pública do SUS, em 2017, com sua inclusão Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC)<sup>19</sup> e na Portaria GM nº 849<sup>20</sup> do Ministério da Saúde. A Terapia Comunitária, juntamente com outras 19 práticas “ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maiores integralidade e resolutividade da atenção à saúde” (p.08).

### Considerações Finais

Terapia Comunitária é uma estratégia de atenção à saúde referência territorial, considerando o território não apenas um ponto geográfico, mas um local de pertencimento do indivíduo, aonde estão seus familiares, amigos,

colegas e outros vínculos importantes para ele; enfim, todas as suas subjetividades. Isso já é um ponto de partida para mudar a lógica do cuidado, tradicionalmente centrado nos dispositivos de isolamento e segregação social, como hospitais, clínicas confessionais ou prisão.

Nas Terapias Comunitárias não há hierarquia de papéis e as pessoas são apenas pessoas desprovidas de rótulos. São rodas de conversa entre pessoas que compartilham suas angústias e sofrimentos, mas também suas potências, conquistas e resiliências. Tudo isso, dentro de um contexto em que se pactuam escuta generosa, não julgamento, respeito e a atitude de colocar-se no lugar do outro. As principais metas dessa abordagem são os desenvolvimento do autocuidado, da responsabilidade individual e coletiva e a transformação social.

### Referências

1. Souza TP. Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento. [Dissertação]. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro; 2007. (on line). [acesso em: 15 mai 2020]. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/2007\\_d\\_Tadeu.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/2007_d_Tadeu.pdf) .
2. Amarante P, Nunes MO. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018. 23(6):2067-1074. (on line). [acesso em 9 out 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2002. (on line). [acesso em 9 out 2020]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf)
4. Campos MM, Vargas A. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. *Ciênc. Saúd Colet.* 2019; 24(3):1041-1050. (on line). [acesso em 9 out 2020]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000301041](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301041)
5. Mesquita C., Fábio “AIDS entre usuários de drogas injetáveis na última década do século XX, na Região Metropolitana de Santos São Paulo Brasil. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2001. (on line). [acesso em: 9 out 2020]. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-31032020-110246/publico/DR\\_462\\_Mesquita\\_2001.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-31032020-110246/publico/DR_462_Mesquita_2001.pdf)
6. São Paulo. Lei nº 9.758. Autoriza a Secretaria da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas”. *Diário Oficial do Estado de São Paulo.* 1997; 179(107):seq1. (on line). [acesso em: 9 out 2020] Disponível em: <http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=19970918&Caderno=Executivo%20I&NumeroPagina=1>
7. Cruz M. Redução de Danos no cuidado do Usuários de Drogas. *Revista Aberta SENAD.* Brasília; 2011. (on line). [acesso em 9 out 2020]. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094500-001.pdf>
8. Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. e Saúde. Colet.* v. 2011; 16(12):4665-4674; 2011. (on line). [acesso em 9 out 2020]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300015](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015)
9. Souza TP . A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). [Tese]. Universidade Estadual de Campinas. Campinas; 2013.
10. Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. 2a ed. Brasília; 2004.
11. Brasil Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011. (on line). [acesso em: 8 set 2020]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

12. Silva FFL. Afirmar a clínica com pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência. In: Ramminger T, Silva M. (orgs.). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

13. Brasil. Ministério da Justiça. Resolução no 03/GSI-PR/CH/CONAD. Aprova a Política Nacional sobre drogas. Brasília; 27 out 2005. (on line). [acesso em 8 set 2020]. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/2011legislacaopoliticaspublicas.pdf>

14. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7.179. Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor” Brasília; 20 mai 2010. (on line). [acesso em: 8 set 2020]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7179&ano=2010&ato=602ETRU5EMVpWT8d6>

15. Brasil. Casa Civil. Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas. Brasília; 7 dez 2011.

16. Silva EA, Ronzani TM. Prevenção como responsabilidade coletiva: a importância de políticas públicas e a redução de danos. In: Diehl A, Figlie NB. Prevenção ao uso de álcool e drogas, o que cada um de nós pode e deve fazer. Porto Alegre: Artmed; 2014.

17. Barreto AP. Terapia Comunitária passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR; 2005.

18. Barreto AP, Barreto MCR, Oliveira D, Barreto IC, Abdalla MP. A inserção da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na ESF/SUS. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza; 2011. 82p.

19. Brasil Ministério da Saúde Manual de Implantação de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília; 2018. p.8. (on line). [acesso em: 8 set 2020]. Disponível em: [89.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_implantacao\\_servicos\\_pics.pdf](89.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf)

20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 “Inclui a Terapia Comunitária Integrativa à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília; 2017. (on line). [acesso em: 8 set 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html)