

CAPSad como espaço de resistência, cuidado e afirmação da vida

CAPSad as a space of resistance, care and affirmation of life

Elza Cândido de Farias¹

Resumo

Este trabalho parte da experiência obtida durante estágio no CAPS ad, que se apresenta como espaço de resistência à lógica proibicionista e crenças hegemônicas que impossibilitam o olhar para a humanidade do usuário problemático de substâncias psicoativas. A estada do psicólogo, seja como profissional ou estudante, na Saúde Pública, convida à desnaturalização e rompimento com o olhar proibicionista lançado sobre o uso de substâncias psicoativas, solicitando ainda compreensão ampliada das implicações sociais que emergem na forma da adicção e outros transtornos do comportamento humano, evidenciando as implicações sociais e políticas que aumentam a vulnerabilidade dos sujeitos. Reflete sobre a Reforma Psiquiátrica e suas contribuições para o Sistema Único de Saúde (SUS) assim como sobre os serviços oferecidos pelo CAPS em geral e particularmente pelo CAPSad, que tem como estratégia de cuidado fomentar a autonomia do sujeito e promover sua reinserção social, utilizando para isso, o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares em conjunto com a lógica da redução de danos.

Palavras-chave: Reinserção social; Proibicionismo; Redução de danos; Saúde pública.

Abstract

This work is the result of the experience obtained at CAPS ad, a space of resistance to prohibitionist logic and hegemonic beliefs that blind the humanity look into the problematic user of psychoactive substances. The internship of the psychologist, either as a professional or as a student, in Public Health denaturalizes and disrupts the prohibitionist look into the use of psychoactive substances. The intern needs to expand his/her understanding of the social implications that come up in the form of addiction and any other human behavior disorder, which highlights the social and political issues that increase the vulnerability of the citizen. In addition, this study reflects on the psychiatric movement known as Movimento da Reforma Psiquiátrica and its contributions to the health system (SUS – Sistema Único de Saúde), as well as on the services offered by CAPS, in general, and, particularly, by the CAPSad, whose goal is to promote the citizen's autonomy and his/her social rehabilitation through the development of singular therapeutic projects together with the logic of harm reduction.

Keywords: Social reinsertion; Prohibitionism; Harm reduction; Public health.

¹ Elza Cândido de Farias (elzafarias@yahoo.com) é psicóloga Pós-Graduada em Saúde Mental pela Universidade Federal Fluminense.



Introdução

Ao longo dos últimos dois séculos, o uso de substâncias psicoativas tem motivado debates em praticamente todas as esferas sociais com questionamentos referentes à proibição e à possibilidade de uso adequado. Pois, apesar de não haver notícias de sociedades sem o consumo de entorpecentes, a violência e outros problemas relacionados ao tema nunca foram tão pujantes. Essa violência, no entanto, está concentrada numa parcela da sociedade, em geral, já marginalizada, seja por sua cor ou condições econômico-sociais.

A legislação proibicionista de controle ao porte, uso e comercialização de substâncias psicoativas é também utilizada como instrumento de controle social, na forma do aprisionamento e/ou assassinato de classes intituladas como perigosas. Fazendo com que seja cada vez mais urgente a discussão de flexibilização da legislação como forma de preservação da vida.

Em meio a esse cenário, o Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAP-Sad) apresenta uma postura dissonante à lógica proibicionista, uma vez que busca trabalhar com a reinserção social, criação de vínculos e autonomia do sujeito junto a seu território e comunidade. No entanto, esse dispositivo tem sua atuação dificultada em virtude da lógica hegemônica que ainda demoniza as substâncias psicoativas ilegais e conseqüentemente estigmatiza os adictos, corroborando com a perspectiva asilar que vem sendo atualizada (por exemplo, na forma das comunidades terapêuticas que trabalham com a internação por até 12 meses¹¹), tem a abstinência como meta, aceita internações compulsórias e, em muitos casos, utiliza castigos físicos e a laborterapia como forma de “tratamento” e recuperação do adicto.

¹¹ Embora esse seja o prazo previsto como máximo, há relatos de estadas maiores. Como essas comunidades não trabalham a autonomia dos sujeitos, é comum que esses se vinculem por falta de outras possibilidades sociais.

Diante da tensão que se estabelece entre a lógica da proibição com consequente interdição/aprisionamento e a possibilidade de fortalecimento de vínculos e subjetividade do sujeito que em algum momento pode ter feito uma opção equivocada quanto ao uso de substâncias, o profissional “psi” que compõe as equipes de trabalho vê-se convocado a criar possibilidades de ruptura com a lógica proibicionista e, assim, criar espaços de cuidados, onde há afirmação da vida e inserção do sujeito em seu território e comunidade.

Proibicionismo e controle social

O uso de substâncias psicoativas é recorrente em praticamente toda a sociedade humana da qual se tem relatos. O ser humano busca, amiúde, formas alteradas de consciência e compreensão da realidade. Grande parte das substâncias que hoje são proibidas teve seu consumo liberado ou tolerado em algum momento, ao longo da história em diversas sociedades¹⁵. A preocupação com o consumo e a necessidade de erradicação do uso não medicinal das substâncias psicotrópicas, emergiu, particularmente, no início do século XX²⁷.

O proibicionismo, em relação ao uso de substâncias psicoativas, surge como política mundial encabeçada pelos Estados Unidos da América a partir de acordos firmados em 1914 para vigilância e controle na circulação de drogas¹¹, como passaram a ser chamadas.

Nessa lógica de controle, em 1919, houve a implantação da Lei Seca nesse mesmo país, que resultou num incremento ao tráfico e violência. Ou seja, essa lei proibicionista mostrou-se desastrosa e foi abolida em 1933. Mesmo diante da falência dessa experiência, a política proibicionista se

estendeu e foi aplicada para muitas outras substâncias, que passaram a ser, arbitrariamente, classificadas de ilegais. Vale ressaltar que o uso dessas substâncias proscritas era vinculado a determinadas classes sociais ou grupos imigrantes classificados como perigosos que deveriam ser mantidos sob controle, a exemplo da marijuana pelos mexicanos e do ópio pelos chineses. A rigidez da legislação norteamericana no controle ao uso, porte e tráfico de drogas não tem sido eficiente na diminuição do uso, ou da violência que permeia esse mercado ilegal do tráfico de entorpecentes; antes, tem levado a um crescente encarceramento, chegando Estados Unidos a ser o país com o maior número de presos no mundo, ultrapassando dois milhões de detentos²⁵ (p.62).

O modelo bélico adotado pelos Estados Unidos no combate às drogas serviu de modelo para o Brasil, que constituiu uma legislação dura e penalizadora. Mesmo as reformas ocorridas em 2006 na legislação de drogas⁴, que deveriam servir como uma alternativa à penalização e incentivo à inclusão e ao tratamento do usuário, ou mesmo à distinção do traficante de pequenas quantidades de substâncias, favoreceu um incremento a sua perversidade ao colocar todo o ranço racial e discriminatório existente no Brasil a serviço da justiça: ao não estabelecer critérios objetivos quanto ao enquadramento (quantidades) de uso e tráfico, deixando a cabo do agente policial ou do juiz determinar como enquadrar o sujeito. Dificilmente, em alguma sociedade, critérios tão subjetivos poderiam ser equânimes. Em nossa sociedade, onde é prática constante a criminalização de camadas e etnias da sociedade, isso se tornou ainda mais problemático. O sujeito do delito ligado às drogas passou a ser julgado, não pelo crime cometido – uma vez que a lei não prevê quantidades objetivas –, mas, como diz Foucault, pela sua periculosidade, sendo punido não apenas por seu ato no momento e sim por suas

¹¹ *Harrison Act*, que estabeleceu o controle mais rígido sobre o uso de substâncias psicoativas.

virtualidades: potencial futuro de risco para si e para a sociedade. A pena impingida destina-se, não só, a “sancionar a infração, mas a controlar o indivíduo, a neutralizar sua periculosidade, a modificar suas disposições criminosas”¹⁹ (p.22). O resultado foi um aumento do número de encarceramentos em virtude da aplicação dessa lei. No ano de 2006, momento de entrada em que a mesma entrou em vigor, o aprisionamento em virtude de tráfico representava 15% da população carcerária; já em junho de 2011, esse índice passou para 22,8%²⁸. Entre as mulheres presas esses números são ainda mais alarmantes: até 2005, 34% da população feminina era presa por crimes relacionados às substâncias ilegais, em 2015, essa percentagem já ultrapassa 60% entre o número de presas.

As políticas proibicionistas e sua meta irrealista de abstinência das drogas contribuem diretamente para a marginalização de certos grupos e camadas sociais. Como aponta Hart²⁰, o custo humano dessa abordagem é incalculável, uma vez que centenas de milhares de pessoas são encarceradas ou mortas.

A análise do sistema penal brasileiro demonstra a pouca racionalidade e casualidade com que são tratadas as alterações na legislação que tangenciam o uso e tráfico de entorpecentes. O aumento das penas e diminuição de direitos, a demora e a pouca vontade em aplicar penas alternativas, fazem referência a uma lógica da culpabilização do sujeito que se envolve nesse mercado, reforçando e estigmatizando pessoas pertencentes às classes sociais menos favorecidas. Este quadro perverso se desenha a partir do interesse em manter sob vigilância e controle os elementos suspeitos em nossa sociedade. Se pelo aspecto humanitário e pragmático, a legislação proibicionista não atende a prerrogativa de mitigar os problemas relacionados às drogas, por outro, limpa da sociedade os indesejáveis.

A percepção do uso das drogas como questão penal/judicial, embora hegemônica, não é unívoca; há diversos grupos que defendem sua relação com a saúde e com políticas sociais inclusivas.

Sistema único de saúde: emergência e rupturas

A saúde emergiu como preocupação política do governo brasileiro no início do século XX, a fim de assegurar a produtividade do trabalhador agrário e do imigrante, cuja inserção ocorria, especialmente, na produção de café e alimentos. Tais programas preocupavam-se especialmente em garantir o “controle de endemias e do saneamento básico dos portos e dos meios urbanos”¹⁸, a fim de que as melhores condições sanitárias atraíssem trabalhadores estrangeiros e garantissem a sobrevivência dos trabalhadores locais. Para isso, foram adotados programas compulsórios de controle sanitário, como a vacinação contra a febre amarela e a varíola. Essas eram políticas fragmentárias e emergencialistas, situação em que as “questões de saúde pública eram tratadas pelas autoridades locais”¹⁸, que, muitas vezes, lançavam mão de força policial para levar a cabo seu cumprimento.

Já nas décadas de 1940 a 1950, com a ampliação do mercado de trabalho urbano, ocorreram importantes mudanças sociais, introduzidas durante o Governo autoritário de Getúlio Vargas, tais como a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), a estatização da previdência social e a centralização de políticas de saúde e educação através do Ministério dos Negócios de Educação e Saúde Pública¹⁸.

O modelo de bem-estar social consolidou-se até os anos 1970, assumindo um caráter compensatório, através de políticas assistencialistas e produtivistas, visando o crescimento econômico. Isso tornou possível uma melhoria nos

indicadores de educação, saneamento básico, difusão da rede básica de saúde e vacinação. No entanto, na segunda metade da década de 1970, esse sistema centralizado em nível político e financeiro pelo governo federal entrou em colapso. Nesse cenário e com a redemocratização ocorrida no final dos anos 1980, tornou-se possível a discussão ampla, por parte de setores da sociedade^{IV}, de diversos problemas sociais. Especificamente para a área da saúde foi adotada a Reforma Sanitária^V, que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é sustentado pela Constituição Federal Brasileira de 1988³, sendo garantidor do cuidado integral à saúde e direito à cidadania. Nessa legislação a saúde perde a concepção simplista de ausência de doença e passa a ser entendida “como bem estar pleno”, devendo ser direito de todos, enquanto dever do Estado, garantido mediante “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos”³. Esses termos são ainda ampliados pela Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080⁵ e 8.142 de 1990⁶, que prossegue:

“Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressa a organização social e econômica do País.”

^{IV} Participaram dos debates para estabelecimento do SUS setores da sociedade civil através dos Conselhos e Conferências nacionais, estaduais e municipais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), que reúne os secretários de Saúde dos 26 Estados e do Distrito Federal, e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que conta com cerca de 90% de afiliação dos municípios¹⁸.

^V Reforma Sanitária é um movimento que permanece atuante no cenário nacional e tem como pressuposto a concepção de saúde não restrita à dimensão biológica e individual, apontando para as relações entre os serviços de saúde e a estrutura social, articulando assim, as dimensões técnica e social no que tange a política, economia e ideologia, numa luta contra hegemônica²³.

Parágrafo único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do dispositivo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”⁵.

A legislação do SUS, ao estabelecer o cuidado à saúde, tem como princípios norteadores a universalidade, garantindo acesso a todos; a integralidade, que diz respeito ao direito a cuidados mesmo quando parte de uma minoria em relação ao total da população; a equidade, que garante o direito ao atendimento respeitando as diferenças individuais; e a descentralização, na qual o município, enquanto “ente federado mais próximo da realidade da população, ganha a atribuição fundamental, em recursos para responsabilizar-se pela melhor política de saúde para a população local”¹² (p.6). Esses princípios dialogam com os programas de atendimento ao adicto no país, que, mesmo representando uma pequena parcela da população^{VI}, tem direito aos cuidados oferecidos pelos programas assistenciais de forma inclusiva e potencializadora da vida e da “reinserção” do sujeito na sociedade. Com esses pressupostos, torna-se evidente a clara tensão entre o campo da saúde, que objetiva oferecer cuidado integral, e o campo penal, que contribui para a exclusão de amplos setores da sociedade.

Foi também na década de 1970 que os psicólogos passaram a integrar o campo da Saúde Pública, primeiro com um viés de humanização do atendimento médico, bem como, em virtude de novas formas de adoecimento relacionadas com o estilo de vida e a uma maior atenção aos aspectos sociais como influenciadores da saúde.

^{VI} Os dados agrupam por uso na vida ou em seguimentos, não distinguindo o uso problemático. Ainda assim, a estimativa é de 22,8% da população já utilizou alguma substância psicoativa ao menos uma vez na vida e 10,3% teriam feito este uso¹³. É importante a observação de que os dados não especificam uso problemático de substâncias, tornando o número superior ao observado por critérios mais específicos. Ao mesmo tempo, é notória a subordinação desse órgão de pesquisa ao Ministério da Justiça.

No panorama das políticas públicas brasileira, emergem discussões concernentes ao tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais, uma vez que, até o final dos anos 1970, em geral, apenas grandes centros urbanos contavam com serviço especializado em Psiquiatria. Ainda assim, esses serviços se pautavam na lógica manicomial que excluía o doente de seu meio social por meio da internação asilar.

O movimento antimanicomial, adotado no Brasil no final dos anos 1980, qualificou os serviços de internação psiquiátrica, reduzindo o número de leitos e estimulando a criação de uma rede substitutiva de atendimento de base comunitária em sintonia com os preceitos de Direitos Humanos e de cidadania aos usuários do SUS. Dessa forma, o SUS rompe com a lógica da internação como único meio de tratamento para o sofrimento mental, incluindo, posteriormente, o tratamento para usuários de substâncias psicoativas.

A partir da Reforma Psiquiátrica, foi possível a formulação de novos modos de cuidado em saúde e de novos espaços assistenciais que dialogassem com a territorialidade^{vii}, a fim de fomentar uma direção terapêutica que preservasse a convivência e rompesse com a lógica hospitalocêntrica. Em 1986, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)^{viii} na cidade de São Paulo, espalhando-se em seguida, como modalidade de assistência, para todo território nacional. Esse dispositivo visa ao atendimento do usuário e apoio aos familiares em seu território de vida, através do desenvolvimento de projeto terapêutico singular, da dispensação de medicamentos, do acompanhamento de usuários em

residências terapêuticas e das equipes de saúde e de equipamentos intersetoriais que atuem em seu contexto comunitário de ação.

O CAPS tem valor estratégico para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois seu atendimento diário possibilita a organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Até o surgimento do CAPS, o tratamento ao portador de transtorno mental estava restrito à exclusão social por meio da internação em instituição psiquiátrica, assim como o cuidado destinado ao usuário de álcool e outras drogas, uma vez que não havia políticas públicas de cuidados destinadas a essa população. Para essa clientela, destinava-se apenas o atendimento em instituições, em sua maioria filantrópica,

“...de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência”⁹ (p.40).

Somente em 2002, o Ministério da Saúde reconheceu o uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas como problema de saúde pública e instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, que consiste em um conjunto de políticas públicas

“...situadas no campo da saúde mental, [tendo] como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos”⁹ (p.41).

Para a implementação dessa política de atendimento ao usuário, o principal dispositivo é o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), que opera em consonância com o SUS; ou seja, com o uso efetivo dos conceitos de rede e território e com as práticas ampliadas de redução de danos. Passaremos a examinar, de forma

^{vii} Esses espaços referenciam a questão de territorialidade, que não supõe apenas uma questão geográfica, antes falam sobre um “mundo próprio que associa ambiente-organismo-afeto como singularidade, como sentido”¹¹ (p.141.).

^{viii} Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais. Contam com diversas modalidades para a oferta de serviços específicos a diversas populações, como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad¹¹.

mais detida, as ações desse dispositivo que atua junto aos usuários de substâncias psicoativas.

CAPSad: atendimento terapêutico e social ao adicto

O público que demanda o CAPSad tem em comum, em sua grande maioria, além da adicção, a exclusão social^{ix} e, por vezes, a “loucura”¹. Para esses usuários, é essencial o estabelecimento de projetos terapêuticos individuais que considerem as peculiaridades do sujeito, da sua relação com a substância de uso preferencial ou abusivo, de sua saúde física e mental e de seus laços familiares e com a comunidade. Vale ressaltar que é comum o adicto ter seus vínculos com a família e com a sociedade comprometidos a ponto disso engendrar sua alternativa ao vício.

Não é incomum que alguns usuários ou familiares busquem o serviço acreditando que conseguirão, ou solicitando uma internação como forma de livrar-se do uso problemático de determinada substância. Para eles, ainda atravessados pela crença no “isolamento do doente”, não é evidente que a internação é pouco efetiva nos casos de doenças psíquicas e mais ainda para a adicção. A proposta do CAPSad em distanciar-se do modelo asilar é determinada pela política do SUS e conta ainda com outros motivos para romper com essa lógica: o usuário de substâncias psicoativas precisa exercitar seu empoderamento^x a fim de lidar com situações cotidianas de oferta de drogas; aciona os serviços em rede de apoio para auxílio da pessoa não acionados com a internação que, além disso é cara; considera que a adicção não tem origem unicamente

em fatores biológicos, mas é marcadamente determinada pela história de vida em determinado contexto social, econômico e cultural¹⁶ (p.68).

O CAPS é composto por uma equipe multidisciplinar geralmente formada por médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, além de outros profissionais. Essa equipe de referência atua na oferta de cuidados ao usuário do serviço e de apoio a seus familiares, servindo como porta de entrada para outros atendimentos ou serviços da rede pública. Tal atuação se realiza através de uma rede de serviços como as clínicas e equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), hospitais gerais e dispositivos intersetoriais que se apresentam em permanente articulação. Partem do entendimento de que, nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado em saúde em determinado território, mas que o conjunto de serviços deve criar uma “rede” que sustente o usuário e seus familiares durante ou após o período de atendimento do CAPS. O sistema de saúde em rede e o CAPS, em particular, representam um “espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com o sofrimento psíquico de maneira diferente da tradicional”²², caracterizada pela internação hospitalar como ponto central para o tratamento do usuário de drogas.

No CAPS são desenvolvidas diversas atividades para auxiliar no cuidado ao usuário de álcool e outras substâncias psicoativas, tais como atendimento diário personalizado ao usuário, serviços sob a lógica da redução de danos, oficinas terapêuticas, condições para repouso, terapia individual, em grupo e para a família, e desintoxicação ambulatorial (quando necessário)^{xi}.

Quando da chegada ao serviço, seja por iniciativa própria ou encaminhamento de outro

^{ix} Referência aos distúrbios psíquicos e neurológicos de diversas ordens.

^x Por empoderamento entende-se como o conjunto de estratégias capazes de promover o fortalecimento do poder, da autonomia e da auto realização de usuários e familiares de serviços de saúde, especialmente de grupos em situação de exclusão social²⁴ (p.192).

^{xi} As duas últimas, depende das instalações do CAPSad. Quando não dispõe das instalações necessárias, é possível acionar os serviços do hospital geral.

dispositivo de saúde, ou mesmo judiciário (alguns usuários são encaminhados por determinação de juízes, como tratamento alternativo à penalização), o usuário conta com o acolhimento, momento de sua recepção no serviço e espaço para se conhecer suas demandas, bem como realizar a apresentação do serviço e para começar a traçar um projeto terapêutico individual voltado às suas necessidades. A partir disso, o usuário é encaminhado para os grupos de atendimento que melhor se adequar a sua demanda, que pode ser de medicação, de terapia, ou de reflexão, por exemplo. Todos esses atendimentos têm como objetivo oferecer ferramentas para o ganho de autonomia e responsabilização do sujeito. Os usuários são incentivados a participar da oficina terapêutica, cujo objetivo é tanto o de despertar outras áreas de interesse (como o artesanato, pintura, música), quanto o de fomentar uma possibilidade de renda ao usuário. Durante a participação nas oficinas, são acompanhados por terapeuta ocupacional ou por outros técnicos da casa – enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais –, que oferecem uma escuta ativa e possibilidades de reflexão, mesmo em momentos de descontração.

Periodicamente, são realizadas as reuniões de equipe cujo objetivo é concentrar todos os técnicos da instituição e discutir e dar conhecimento a todos sobre os atendimentos que estão ocorrendo, assim como dar direcionamentos, que se façam necessários, a casos específicos que mereçam maior atenção, seja por necessidade do próprio usuário, seja em virtude de solicitação externa, como é o caso de laudos e pareceres referente à “evolução” de tratamento, solicitados por juízes e equiparados. Semestralmente, é realizada uma reunião com um supervisor que auxilia no funcionamento em rede, pois verifica as demandas de outros serviços, bem como oferece a ponte para o trabalho em equipe ampliada.

Um dos cuidados especiais apresentado pelos serviços no CAPSad é seu foco na família, pela perspectiva de que a adicção, em geral, abala o funcionamento desse grupo; sem perder de vistas, ao mesmo tempo, que a família pode ser um dos disparadores do vício. Para isso, as famílias são incentivadas a desenvolver respostas positivas de natureza afetiva, cognitiva e comportamental para resolver ou reduzir o estresse produzido diante de eventos negativos, como recaídas, crises diversas, baixa aderência ao projeto terapêutico, etc.

Os atendimentos no CAPSad também objetivam devolver a autonomia do sujeito. Nesse contexto, é comum a atuação em parceria com o/a assistente social, no sentido de conseguir benefícios junto à Previdência Social, quando o usuário tem esse direito. Uma vez conseguido o benefício, são traçadas, junto ao técnico de referência – aquele que acompanha mais de perto o projeto terapêutico de determinado usuário –, as formas de administrar os valores recebidos. O objetivo é de que o usuário desenvolva ferramentas de administração de recursos, bem como direcione seu desejo para outros objetivos além da substância química consumida. Para isso, o técnico elabora listas de necessidades, auxilia na abertura de conta em instituição bancária, acompanha o usuário junto ao banco para ensinar-lhe o uso de cartões e máquinas eletrônicas e, muitas vezes, chega a fazer a guarda de valores quando solicitado, sempre visando o desenvolvimento de autonomia, autoconfiança e responsabilidade do usuário.

O trabalho realizado no CAPSad foge à lógica de tutela do usuário, pois objetiva sua emancipação e autonomia para que possa se inserir na sociedade, encontrando novas formas de expressão e vínculo e que prescindam do uso abusivo de uma substância. Para isso, diverge do paradigma de que a adicção é tão somente uma doença genética que assujeita o usuário, tirando-lhe as possibilidades de autonomia. Antes, desenvolve e estimula

ferramentas de subjetivação e autonomia para fomentar novas formas de ser e existir no mundo contemporâneo, apesar das muitas mazelas que assolam amplas parcelas de nossa sociedade.

Por outro lado, os profissionais da equipe costumam ser atravessados constantemente pelas limitações dos serviços. Durante o estágio no CAPSad Macaé (no município de São Paulo), houve situações em que usuários que necessitavam de repouso tiveram que ser deitados no chão por falta de leito. Ou ainda, situações em que foi necessário solicitar internação no hospital geral de referência, pois o serviço não dispunha dos medicamentos e condições mínimas necessárias para atendimento ao público. Em momentos extremos como esses, o técnico se vê dividido entre os ideais de atendimento integral e a possibilidade de internação em um hospital geral, como única forma disponível para lidar com algumas intercorrências diante à falta de recursos do serviço.

No campo da assistência e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas, manifestam-se tensões internas e externas, onde a substância deixa de encarnar um “mal absoluto” para dar lugar a outros atravessamentos que determinam a relação de um sujeito com determinada substância. Uma importante premissa de cuidado utilizada pela equipe do CAPSad, em seu movimento de resistência à lógica proibicionista ao suspender, por exemplo, a abstinência como condição para o “tratamento da droga”, passa-se a propor a estratégia da redução de danos como forma de atendimento ao usuário e como porta de entrada para outros cuidados em saúde.

Redução de danos e sua aplicação na rede de atendimento

Segundo Rodrigues²⁴, a redução de danos pode ser vista como uma “medida pragmática, diferenciada e não excludente”, que pode coexistir

com a proibição, contanto que esta última não tenha o caráter radical observado na atualidade. Conta-se com exemplos do uso de políticas de redução de danos em países como Holanda e Portugal, que, embora não tenham liberado o uso de substâncias psicoativas, optaram por oferecer tratamento integral aos usuários. A redução de danos adota uma política médico-sanitária de prevenção, contraponto à visão exclusivamente combativa, policesca e militar imposta pela “guerra às drogas”²⁵. A adoção dessa medida, porém, só se torna possível com a elaboração de políticas públicas com vistas ao cuidado da pessoa e à necessidade de salvar vidas e proteger a saúde pública e individual; ou seja, faz-se necessário o respeito à singularidade do sujeito e a perspectiva de traçar estratégias mútuas voltadas à defesa da vida, liberdade e da responsabilidade individual.

A redução de danos é considerada uma política racional, pois admite que a meta de abstinência seja irreal para a maioria das pessoas. Diante dessa realidade, cria mecanismos que dialoguem com o uso moderado ou com o menor impacto possível para o sujeito e seu entorno. Reconhece, ainda, que as pessoas continuarão a usar substâncias psicotrópicas, como sempre fizeram ao longo da história, por isso, volta a atenção à pessoa que dela faz uso, garantindo medidas de promoção de saúde, prevenção e bem-estar. A substância deixa de ser protagonista e o sujeito, com todos os seus atravessamentos, ganha foco a fim de obter uma melhor qualidade de vida e ser reinserido na sociedade.

O primeiro programa de redução de danos adotado no Brasil foi realizado em Santos-SP, em 1989, e consistia na troca de seringas e kits para uso de drogas injetáveis e oferta de preservativos. Os usuários de drogas injetáveis (UDIs) foram especialmente visados, uma vez que estavam mais expostos ao contágio de doenças

infecção contagiosa “em decorrência da marginalização social a eles imposta, que leva à ausência de prestação de serviços públicos de saúde [e] à desinformação”²⁴ (p.68). No entanto, uma medida judicial^{XII} impediu a distribuição das seringas. Como alternativa, os agentes de saúde, estimularam o uso de hipoclorito de sódio para desinfecção das agulhas já utilizadas.

Foi só em 1993 que, no mesmo município, foi lançada a figura dos “redutores de danos”, agentes de promoção e prevenção em saúde. Tal ação foi adotada numa parceria entre organizações não governamentais (ONGs) e as autoridades municipais locais. Seu objetivo era reduzir os impactos em decorrência da epidemia de aids que assolou a cidade²⁴ (p.164). A partir de 2002, a política de redução de danos ganhou reconhecimento como estratégia oficial de saúde pública e foi regulamentada pela publicação da Portaria n.º 1.028 de 1º de Julho de 2005⁸.

Com base nisto, é possível definir a redução de danos como um conjunto de intervenções singulares, que faz alusão ao uso protegido, à diminuição do uso de substâncias, à substituição por substâncias menos impactantes para a saúde do usuário, ou até a abstinência no uso – esta última pode ser buscada a médio ou longo prazo, mas não é prerrogativa para a oferta de ajuda –, conforme Cabalero²⁴ (p.69). Nessa estratégia não ocorrem julgamentos morais ou punições quando há uso ou recaídas por parte dos usuários. O programa também se ocupa com estratégias de prevenção na forma de educação, atendimento médico e aconselhamento, entre outras possibilidades.

^{XII} Autoridades policiais e ministeriais enquadraram a distribuição de seringas como crime de incentivar o uso de entorpecentes, previsto no art. 12 §2º, I e III da Lei de tóxicos. Chegou-se ainda a instaurar inquérito contra os idealizadores do programa santista – o Coordenador do Programa de Controle de Epidemia de Aids e o Secretário de Higiene e Saúde da Cidade e Secretário de Higiene e Saúde da Cidade, que posteriormente foi arquivado por falta de provas²⁴ (p.164-165).

Esse movimento, ainda tímido no Brasil, teve início, na Inglaterra, em 1926 quando um grupo de médicos divulgou através do Relatório *Rolleston*, que a maneira mais eficiente de tratar dependentes seria com a administração controlada de substâncias como a morfina e a heroína²⁴.

Em países como a Holanda, onde a redução de danos é amplamente utilizada como estratégia de saúde e conta com narco-salas, ou seja, com lugares abrigados, onde o usuário pode fazer uso de substâncias psicoativas com acompanhamento de profissionais de saúde, tais como enfermeiro. Estas medidas, apesar dos bons resultados obtidos na preservação da saúde e vinculação de usuários a outros tratamentos, continuam a sofrer “oposição da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), da União das Nações Unidas (ONU)”³⁴ (p.71). Alega-se que a abertura de locais de consumo assistido são incentivadores ao uso de substâncias psicoativas, além de ferir acordos internacionais que preveem o combate dessas. No entanto, o que se vê na prática é a possibilidade atual de fechamento das salas de uso, pois a adicção à heroína não vem contando com novos casos na Holanda¹⁸.

Embora a política de redução de danos tenha sido regulamentada através da Portaria n.º 1.028 do Ministério da Saúde⁸, prevendo, além da troca de seringas, medidas de distribuição de preservativos, hipoclorito de sódio, lenços para limpeza do local de aplicação e material informativo como medidas de prevenção, não se tem um avanço maior na discussão e ampliação desses programas. Só houve maior aplicação de medidas de redução de danos ao tabaco, substância psicoativa legalizada no Brasil, realizada através de programas implementados nos CAPSad à população que visa a redução ou à abstinência dessa substância. Esse programa é realizado através de atendimento, aconselhamento e, mesmo, de medicação, quando necessário, para auxiliar

no controle da ansiedade gerada durante o processo de independência do tabaco.

Os programas de redução de danos estão em sintonia com a proposta de atendimento e tratamento oferecidos pelo CAPS-ad, e podem se consolidar através do consultório de rua, que, muitas vezes, é uma opção para a atuação de redutores de danos, possibilitando um primeiro contato com o usuário em seu território e servindo como porta de entrada para o atendimento geral à saúde. Ainda assim, devemos considerar as dificuldades de realização desses programas quando faltam clareza na legislação e investimentos em redutores de danos. Em consequência, é comum a falta de materiais necessários à distribuição à população usuária de substâncias psicoativas.

A falta de investimento na ampliação da rede de CAPSad fica clara quando vemos os números de unidades oferecidas à população. Enquanto foram abertas 308 unidades de CAPSad até janeiro de 2012, o Brasil conta com 1.795 comunidades terapêuticas cadastradas na parceria com o SUS, segundo o Censo das Comunidades Terapêuticas, realizado em 2011²¹.

As Comunidades Terapêuticas são instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Têm como premissa “oferecer gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas”¹⁵. Deveriam ser instituições abertas e a adesão a seus serviços unicamente voluntária, podendo oferecer tratamento de até 12 meses aos residentes, em conjunto com o atendimento psicossocial oferecido pelo CAPSad. No entanto, o que se tem oferecido, na realidade, é a internação em instituições cujas mantenedoras são organizações religiosas, de portas fechadas, que rompem com o trabalho em rede e não permitem o atendimento em conjunto com os demais serviços de saúde pública e atendimento psicossocial. Fazem, em sua maioria, uso dos “12 passos” ou do

método Minnessota^{xiii}. O tratamento, muitas vezes, inclui cultos religiosos, laborterapia^{xiv} e punições físicas e psicológicas. Há relatos de internação obrigatória, por solicitação da família, e desrespeito frente à solicitação de saída por parte do usuário. É comum que o usuário desenvolva um grau de dependência dessas instituições, uma vez que, durante seu tratamento, fica isolado da sociedade que é tida como “tentação” e possibilitadora de uma possível recaída; tendo dificuldade de desprender-se da comunidade, ou sofra recaída ao sair do tratamento e da internação. Isso ocorre porque o trabalho realizado nas comunidades terapêuticas acaba não instrumentalizando o usuário para lidar com os motivos que o levaram à adicção e, conseqüentemente, não desenvolve mecanismos de inserção social e vínculo com sua comunidade e sociedade de forma geral e rede de apoio, diferentemente do trabalho realizado no CAPSad.

O enfrentamento ao uso abusivo de substância obtém sucesso quando se utilizam políticas adequadas que visem, não apenas tirar a droga da vida do sujeito, mas colocar outra coisa em seu lugar; ou seja, busquem fomentar novos rumos, vínculos e possibilidades a esse sujeito, que já vem, em grande parte do tempo, sendo alijado de sua subjetividade e de perspectivas, o que pode ter fomentado a adicção. Não basta tratar a pessoa como doente, impotente e por isso tutelá-la. Antes, faz-se necessário dar autonomia, percebendo que se de uma pessoa que fez uma escolha equivocada, mas que essa escolha não pode rotulá-la de modo a tornar-se a única referência a esse sujeito.

^{xiii} “12 Passos”, modelo adotado pelos Alcoólicos e Narcóticos Anônimos, baseia-se no trabalho realizado em grupos de autoajuda, onde há motivação para a partilha de sentimentos e emoções, de modo a aprender, com o auxílio de outros usuários que já estão em tratamento, a identificar e lidar de uma forma positiva com o uso de substâncias psicoativas. A abstinência é a premissa principal e qualquer recaída pode ser punida, culminando com a expulsão do programa. “Esse tratamento nasceu nos Estados Unidos há cerca de 50 anos no estado de Minnessota”¹⁹.

^{xiv} Referente tratamento em comunidade terapêutica, consultar: <https://www.youtube.com/watch?v=XaogikWaKTQ..>

Considerações finais

A legislação penal brasileira, atendendo aos padrões internacionais, ainda proíbe e criminaliza diversas formas de interação com substâncias psicoativas classificadas como ilegais. Ainda que, em padrões mundiais, seja crescente a discussão quanto à regulamentação de possíveis usos tanto medicinais quanto hedonistas. No Brasil, essa discussão ainda é tímida, havendo proibição a toda a forma de uso inclusive medicinal^{xv}, apesar da comprovada eficácia de vários dos compostos químicos provenientes da *cannabis*, por exemplo.

As políticas proibicionistas vêm mostrando sua total inabilidade para tratar dos problemas, tanto no campo da Saúde Pública, quanto da Segurança Pública. Ainda assim, há uma resistência por parte das autoridades, encabeçadas pelos Estados Unidos, na aprovação de políticas mais eficazes para controle e cuidado dos cidadãos adictos. Ressalta-se que a falha na resolução desses problemas implica, por outro lado, no sucesso do controle social, no aumento de verbas destinadas à criação de presídios, armamentos e “forças-tarefas”; ou seja, representa o enriquecimento de setores da sociedade, além de proporcionar formas de controle social de parcelas tidas como perigosas.

A política proibicionista adotada pelo Brasil apresenta-se como forte entrave à implantação e ampliação de programas já estabelecidos pelas diretrizes do SUS, como a redução de danos, que, muito embora conte com uma portaria que a regulamenta, sofre com a falta de investimento e, portanto, de materiais para sua efetivação. Além disso, a sociedade brasileira demonstra sua postura reacionária e excludente ao apoiar e investir em programas como o das comunidades

terapêuticas, que atualizam práticas manicomiais ao empregar “tratamentos” como a laborterapia, os castigos físicos e o isolamento como formas de cuidado ao usuário. Essas formas de “tratar” rompem com a lógica da inclusão e com a retomada/criação de vínculos com a sociedade e com a família. Ainda assim, recebem mais incentivos e já somam maior número de unidades do que os CAPSad e outros serviços em rede.

A sociedade se encontra diante de um impasse: faz-se necessário romper com a lógica proibicionista para garantir a inserção de parcelas excluídas da sociedade que vêm sendo exterminadas ou encarceradas. Ao mesmo tempo, a flexibilização das políticas de controle às substâncias psicoativas pode ser a saída para aumentar a segurança, pondo fim ao tráfico de drogas. No entanto, falta vontade política para regulamentar essa questão, ao mesmo tempo em que a sociedade se vê como refém de crenças disseminadas pelos meios de comunicação que implantam a lógica do terror e a faz pedir penas mais duras e uma legislação mais conservadora como forma de proteção. Nesse cenário, os profissionais inseridos na Saúde Mental e, em especial, os psicólogos são convocados a criar linhas de resistência, apresentando contribuições para fomentar novas formas de ser e existir aos usuários, formas com maior dignidade e inserção em nossa sociedade.

Referências

1. Alarcon Sergio (organizador). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
2. Araújo T, Erichsen R. Ilegal, a vida não espera. Brasil; 2014. [Documentário].
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados; 1998.
4. Brasil. Lei nº 11.343. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social

^{xv} O documentário “Ilegal, a vida não espera”. apresenta a luta de pessoas que portando doenças crônicas como epilepsia crônica, esclerose múltipla, câncer ou fibromialgia, encontraram no canabidiol (CBD), que auxilia ou alivia os sintomas. Mas têm problemas na importação, uma vez que não há produção no Brasil nem liberdade de importação, uma vez que a legislação proíbe o uso de cannabis para quaisquer fins².

- de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados; 23 de ago. 2006. [acesso em: 26 mai 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm.
5. Brasil. Lei nº 8.080. Sistema único de saúde (SUS). Brasília: Câmara dos Deputados; 19 set 1990.
6. Brasil. Lei nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados; 28 dez 1990.
7. Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público. Relatório nacional da execução da Meta 2: um diagnóstico da investigação de homicídios no país. Brasília: Ministério Público; 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.028. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília; 1 jul. 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília. 2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; 2004.
12. Brasil. Ministério da Saúde Executiva. Sistema único de saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília; 2000.
13. Brasil. Secretaria Nacional Anti Drogas. Observatório Crack, é possível vencer. [acesso em 22 ago 2017]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>
14. Burgierman DR. O fim da guerra: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas. São Paulo: Leya; 2011.
15. Carneiro H. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, MacRae E, Carneiro H. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA; 2008.
16. Cruz MS, Ferreira SMB. Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas: uma visão panorâmica. In: Cruz MS, Ferreira, SMB. (Organizadores). Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA; 2001. p.95-113.
17. Fazenda Salva Vidas. [Site]. [acesso em: 22 ago 2017]. Disponível em: <http://www.fazendasalvavidas.com.br/index.php/o-tratamento>.
18. Finkelman J. (organizador). Caminhos da saúde pública no Brasil . Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002. 328p.
19. Foucault M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1987.
20. Hart C. Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar; 2014.
21. Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia (LABGEO). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Censo das Comunidades Terapêuticas. Porto Alegre: LB-GEO/UFRS; 2011.
22. Onocko-Campos R, Furtado J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(5):1053-1062.
23. Paim JS. Bases conceituais In: Fleury S. (org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.
24. Reis TR. Empoderamento e grupos de mútua ajuda. In: Alarcon Sergio (org.). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
25. Rodrigues LBF. Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. Tese. São Paulo; 2006.
26. Rodrigues TMS. A infindável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. São Paulo em Perspectiva; 2002.
27. Rodrigues TMS. Tráfico, guerra, proibição. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, MacRae E, Carneiro H. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA; 2008.
28. Rodrigues TMS. Narcotráfico, uma guerra na guerra. 2ª ed. São Paulo: Desatino; 2014.