

Sem desconsiderar a complexa trama que envolve contextos, sujeitos e drogas, os autores mostram que é possível fazer diferente, é possível sustentar propostas contra-hegemônicas de cuidado, outros modos de compreender e se relacionar com pessoas em uso prejudicial de drogas.

As reflexões aqui apresentadas, as experiências aqui relatadas foram construídas a partir do compromisso com a vida, envolvem o respeito às diversidades e às singularidades e também a conquista dos direitos das pessoas que buscam por cuidado. Mostram que é possível e necessário intervir também na formação dos trabalhadores, campo privilegiado de discussão e transformação de práticas para sustentação de uma política cidadã sobre drogas e um projeto solidário de sociedade.

Buscamos, assim, por meio destes artigos, fundamentar, promover reflexões e inspirar as práticas de atenção a usuários de drogas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Boa leitura!

Organizadores



GOVERNO DO ESTADO  
DE MINAS GERAIS



CAMINHANDO  
CONTRA O VENTO:  
Cuidado e cidadania na atenção  
a usuários de drogas no SUS

# CAMINHANDO CONTRA O VENTO:

Cuidado e cidadania na atenção  
a usuários de drogas no SUS

Organizadores:  
Ana Regina Machado  
Daniene Cássia dos Santos  
Maíra Porã Santos  
Rodrigo Chaves Nogueira

Refletir sobre as práticas de atenção a usuários de drogas é o que propõe este livro, um desdobramento do Curso de Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS, realizado na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, que buscou contribuir para a implantação e transformação de práticas, a partir de premissas fundamentais como o cuidado em liberdade, a promoção da cidadania e a redução de danos.

Os artigos aqui reunidos partem das mesmas premissas. Foram escritos por trabalhadores, em sua maioria do SUS, que aceitaram o desafio de compartilhar suas experiências, reflexões e proposições em torno do cuidado às pessoas que têm suas vidas marcadas, ora pelo excesso de sofrimentos e danos associados às drogas, ora pela escassez de cidadania, de dignidade e de possibilidades de existência.

Cuidado que, cotidianamente, exige enfrentamentos e invenções para sustentar caminhos contra os ventos do Proibicionismo, da Guerra às Drogas, da exclusão, da segregação e da morte.



**Organizadores:**

Ana Regina Machado  
Daniene Cássia dos Santos  
Maíra Porã Santos  
Rodrigo Chaves Nogueira

# **Caminhando contra o vento:**

Cuidado e cidadania na atenção a usuários  
de drogas no SUS



Março, 2018



# MG

Estado de Minas Gerais

EST. MG



Governo do Estado de Minas Gerais

Secretaria de Estado de Governo

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Diretoria da ESP-MG

Superintendencia de Política, Planejamento e Gestão em Saúde /ESP-MG

Assessoria de Comunicação Social/ESP-MG

### **Organizadores**

Ana Regina Machado

Daniene Cássia dos Santos

Maíra Porã Santos - Cersam

Rodrigo Chaves Nogueira

### **Revisão ortográfica**

Sílvia Amâncio - ASCOM/ESP-MG

### **Diagramação/Layout**

Paula Hayser

Raphael Ottoni

(Estagiários de Designer da ASCOM/ESP-MG)

### **Fotografia**

Jarbas Vieira de Oliveira - Enfermeiro e Fotógrafo Antimanicomial

Maxwell Vilela - Fotógrafo

Melyssa Fonseca (Estagiária de Jornalismo ASCOM/ESP-MG)

Impresso no parque gráfico da Companhia de tecnologia da Informação de Minas Gerais - Prodemge

todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

C183 Caminhando contra o vento: cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS. / Organizado por Ana Regina Machado ... [et al.]. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2018.

405 p.

ISBN: 978-85-8408-010-6

1. Usuários de drogas. 2. Cuidado. 3. Cidadania. 4. Saúde pública. I. Machado, Ana Regina (org.). II. Santos, Daniene Cássia dos (org.). III. Santos, Maíra Porã (org.). IV. Nogueira, Rodrigo Chaves (org.). V. Título.

NLM WM 270

O título dessa produção segue as premissas da Lei Federal 9.610/1998, art. 46 inciso III da Lei de Direitos autorais.

## Organizadores

### **Ana Regina Machado**

Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Mestre em Saúde Pública pela UFMG. Doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Pesquisas René Rachou (IRR) da Fiocruz Minas. Foi trabalhadora e diretora do Centro Mineiro de Toxicomania – CMT (Caps AD II) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Foi referência técnica em atenção a usuários de drogas da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES MG). É trabalhadora da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), onde desenvolve ações de formação em Saúde Mental, Álcool e Drogas. Foi coordenadora e docente da Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS da ESP-MG. Membro do Coletivo Intercambiantes Brasil.

### **Daniene Cássia dos Santos**

Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Especialista em Educação em Saúde para Preceptores do SUS pelo Hospital Sírio Libanês. Mestranda em Psicologia Social na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG. Psicóloga do CAPSad Centro Mineiro de Toxicomania da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), onde coordena o Núcleo de Ensino e Pesquisa. Psicóloga da Prefeitura de Ribeirão das Neves. Foi trabalhadora da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, onde desenvolveu ações de formação em Saúde Mental, Álcool e Drogas. Participou da organização da Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS da ESP-MG, tendo também atuado como docente do curso. Membro do Coletivo Intercambiantes Brasil.

### **Máira Porã Santos**

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Atenção ao Usuário de Drogas no SUS pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Militante da luta antimanicomial. Trabalhadora do Centro de Referência em Saúde Mental (Cersam) Pampulha e Coordenadora do Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania em Venda Nova na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

### **Rodrigo Chaves Nogueira**

Psicólogo pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), Especialista em em Gestão de saúde pela Faculdade SENAC . Foi trabalhador do Centro de Referência em Saúde Mental Infante Juvenil (CERSAMi Betim / MG), foi representante dos CAPSi no Fórum Nacional de Saúde Mental Infante juvenil, é Coordenador Clínico da Equipe de Saúde Mental de Brumadinho / M.G. É trabalhador da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG). Foi da Equipe Técnica e docente da Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS da ESP-MG.

## **Autores**

### **Adriana Condessa Torres**

Terapeuta Ocupacional da Prefeitura Municipal de Coronel Fabriciano. Especialista em Saúde Mental pela Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (2014) e especialista em Psicanálise Aplicada a Saúde Mental pela UNILESTE/MG (2002). Mestranda em Psicologia pela PUC/MG, na linha de pesquisa Processos Psicossociais.

### **Alcimar Couto**

Enfermeiro do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Especialista em Saúde da Família, Formação Pedagógica e Gerontologia. Titulado em Enfermagem Gerontológica pela Associação Brasileira de Enfermagem. Preceptor da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (Saúde do Idoso - Área Enfermagem) do Hospital das Clínicas da UFMG. Membro Titular do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG. Membro de grupo de pesquisa (GAPESSE) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Orientador de Trabalho de Conclusão de Curso na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de Saúde Pública e Gerontológica.

### **Alessandra Vaneska Cotta Leles Borges**

Especialista em Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas no SUS pela ESP-MG, Terapeuta Ocupacional pela UFMG com experiência na área de Saúde Mental criança, adolescente e adulto. Trabalhadora do Cersam Venda Nova em Belo Horizonte/MG. Coordenadora do Programa Arte da Saúde Pampulha Ateliê de Cidadania em Belo Horizonte/MG.

### **Amanda Drummond**

Advogada com graduação pela UFMG e orientadora da Clínica de Direitos Humanos da UFMG.

### **Ana Marta Lobosque**

Médica e doutora em Filosofia pela UFMG. Psiquiatra da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte, atualmente no CERSAMi Nordeste. Autora de livros e artigos na área da saúde mental. Militante da luta antimanicomial.

### **Ana Regina Machado**

Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Mestre em Saúde Pública pela UFMG. Doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Pesquisas René Rachou (IRR) da Fiocruz Minas. Trabalhadora da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), onde desenvolve ações de formação em Saúde Mental, Álcool e Drogas.

### **Arnor Trindade Filho**

Psicólogo. Coordenador Municipal de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Mestrando em Promoção da Saúde e Prevenção à Violência pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

### **Bárbara Ferreira**

Psicóloga. Coordenadora da Unidade de Acolhimento Transitório de Belo Horizonte. Mestranda em Promoção da Saúde e Prevenção à Violência pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

### **Cláudia Maria Generoso**

Psicóloga da rede saúde mental de Betim/MG. Professora do internato de saúde mental do curso medicina PUC Betim. Mestrado e doutorado em psicologia/estudos psicanalíticos UFMG.

### **Cristiane Cunha**

Médica Pediatra. Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina de Minas Gerais. Coordenadora do Laboratório Janela da Escuta do Centro Internacional de Estudos sobre a Criança (CIEN) do Campo Freudiano. Membro da Escola Brasileira de Psicanálise e da Associação Mundial de Psicanálise.

### **Daniene Cássia dos Santos**

Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Especialista em Educação em Saúde para Preceptores do SUS pelo Hospital Sírio Libanês. Mestranda em Psicologia Social na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG. Psicóloga do CAPSad Centro Mineiro de Toxicomania da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), onde coordena o Núcleo de Ensino e Pesquisa. Psicóloga da Prefeitura de Ribeirão das Neves. Foi trabalhadora da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, onde desenvolveu ações de formação em Saúde Mental, Álcool e Drogas. Membro do coletivo Intercambiantes Brasil.

### **Fernanda Mirella Antunes Naime**

Psicóloga graduada pela UFMG, profissional atuante na saúde mental desde 2008. Atualmente trabalhadora do SUS pelo Caps-AD da Prefeitura Municipal de Betim-MG. Membro do coletivo Intercambiantes.

### **Gabriela Ferreira Oliveira**

Terapeuta Ocupacional formada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Integrada em Saúde Mental do Hospital Municipal Odilon Behrens. Pós-graduada no Curso de Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Atua no Centro de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CERSAM AD) Pampulha

da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e no Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) da Prefeitura Municipal de Ribeirão das Neves.

### **Giovana Sousa Carmo Pieri**

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Trabalhadora do Centro de Referência em Saúde Mental, Álcool e Drogas do Barreiro – Cersam AD Barreiro (CAPS AD III) da Prefeitura de Belo Horizonte e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig).

### **Guilherme Melo**

Historiador formado pela UFMG e integrante da Frente Mineira Sobre Drogas e Direitos Humanos.

### **Jacques Akerman**

Psicólogo pela Universidade Federal de Minas Gerais (1984), especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde de Minas Gerais (1987), e em Psiquiatria Social pela Escola Nacional de Saúde Pública(1987) , mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1998). Atualmente é professor da Universidade FUMEC e exerce atividade clínica de orientação lacanianiana.

### **Jarbas Vieira de Oliveira**

Enfermeiro. Especialista em Saúde Mental pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Trabalhador do Centro de Referência em Saúde Mental, Álcool e Drogas do Barreiro – Cersam AD Barreiro (CAPS AD III) e do Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) da Prefeitura de Belo Horizonte e trabalhador da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig).

### **José Egídio Garcia**

Psicólogo pelo Unicentro Newton Paiva. Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais -ESP- MG. Psicólogo do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras drogas (CAPS ad) de Ribeirão das Neves/M.G.

### **Karoline Cecilio e Alcimar Couto**

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Reabilitação do Membro Superior. Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS/ESP-MG. Trabalhadora da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, atua na atenção primária através da equipe do NASF e no Cersami Nordeste.

### **Kenya Paiva Silva Lamounier**

Psicóloga. Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial de Brumadinho. Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS/ESP-MG.

### **Luciano Elia**

Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Pós-doutorado em

Psicanálise e Criminologia na PUC-Rio (1995), doutorado em Psicologia Clínica pela PUC-Rio (1992) e mestrado em Psicologia Clínica, Especialização em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ, 1982). Professor titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, co-fundador e ex-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise (Mestrado e Doutorado acadêmicos) e coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas, ambos do Instituto de Psicologia da UERJ, Procientista, Pesquisados do CNPq, membro da diretoria da APPEC - Assistência e Pesquisa Em Psicologia Educação e Cultura, Assessor técnico-científico “ad hoc” da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e Analisa Membro da Escola do Laço Analítico Escola de Psicanálise. Tem experiência na área de Psicanálise, com ênfase em Metodologia da pesquisa em Psicanálise, o Inconsciente a o Campo Público, Discurso Analítico e Discurso Científico, Pesquisa clínica em Psicanálise em Instituições Públicas de Saúde Mental.

### **Maíra Porã Santos**

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Atenção ao Usuário de Drogas no SUS pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Militante da luta antimanicomial. Trabalhadora do Centro de Referência em Saúde Mental (Cersam) Pampulha e Coordenadora do Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania em Venda Nova na Prefeitura de Belo Horizonte.

### **Marcela Greco**

Estudante do Curso de Psicologia da Universidade FUMEC, bolsista do Programa de Pesquisa e Iniciação Científica (PROPIC).

### **Márcia Maria Rodrigues Ribeiro.**

Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS pela Escola de Saúde Pública de Minas (ESP-MG). Mestre em Promoção da saúde e prevenção da violência pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Coordenadora de Saúde Mental de Ribeirão das Neves M.G.

### **Maria Wilma Santos de Faria**

Psicóloga. Terapeuta Ocupacional. Psicanalista. Membro da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP) e da Associação Mundial de Psicanálise (AMP). Editora da Revista Pharmakon digital. Coordenadora da Rede de Toxicomania e Alcoolismo do Campo Freudiano (TyA) Brasil. Professora da pós graduação em Saúde Mental do Instituto de Educação Continuada (IEC / PUC Minas).

### **Marina Ribeiro de Melo Oliveira**

Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Trabalhadora do Centro Mineiro de Toxicomania – CMT (Caps AD II) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

### **Max Silva Moreira**

Mestre em Psicologia pela UFMG. Psicanalista. Psicólogo social com trabalhos na

área de saúde mental, saúde mental, álcool e outras drogas, educação permanente em saúde. Membro da equipe do CERSAM-AD Pampulha da Rede Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte.

### **Mayra Gonçalves Canhestro Rafael**

Psicóloga pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG). Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Psicóloga

### **Michelle de Almeida César**

Psicóloga pela Universidade Federal de São João Del-Rei. Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais - ESP MG .Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de São João Del-Rei. Psicóloga na Unidade de Atenção Primária à Saúde de Jeceaba/ MG.

### **Miriam Almeida Nahas**

Terapeuta Ocupacional. Especialista em terapia ocupacional aplicada à Saúde Mental pela Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da UFMG. Mestre em Saúde Pública pela UFMG. Trabalhadora do Centro de Referência em Saúde Mental, Álcool e Drogas do Barreiro – Cersam AD Barreiro (CAPS AD III) da Prefeitura de Belo Horizonte.

### **Natália de Freitas Dantas**

Psicóloga. Mestre em Psicologia Social pela UFMG. Trabalhadora do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) em Belo Horizonte.

### **Nayanne Lopes Figueiredo**

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Trabalhadora do Centro de Referência em Saúde Mental de Venda Nova - Cersam Venda Nova (CAPS III) da Prefeitura de Belo Horizonte. Preceptora de estágio dos alunos do Curso de Enfermagem da UNI BH.

### **Paulo Lobemvein**

Estudante do curso de psicologia da Universidade FUMEC, bolsista do Programa de Pesquisa e Iniciação Científica (PROPIC).

### **Rafael Miranda de Oliveira**

Psiquiatra, especialista em psicoterapia pelo Instituto Raul Soares (IRS) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Mestre em promoção da Saúde e prevenção da violência pela UFMG. Trabalhador da rede de saúde mental da FHEMIG.

### **Renata Cristina de Souza Ramos**

Psicóloga. Especialista em Assistência a Usuários de Drogas. Especialista em Gestão. Mestre em Promoção da saúde e prevenção da violência pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Gerente do Centro de Referência em Saúde Mental de Venda Nova - Cersam Venda Nova (CAPS III) da Prefeitura de Belo Horizonte.

### **Rita de Cássia Espíndola**

Psicóloga pela Fundação Mineira de Educação e Cultura (FUMEC). Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Psicóloga do Consultório de Rua (Equipe Centro Sul) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

### **Rodrigo Chaves Nogueira**

Psicólogo pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), Especialista em Gestão de Saúde pela Faculdade SENAC, Supervisor Clínico Institucional Pela Escola de Supervisores -ESP-M.G, é Coordenador Clínico da Equipe de Saúde Mental de Brumadinho M.G. É trabalhador da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG).

### **Ronnara Kelles Ribeiro**

Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG). Coordenadora do Caps de São Gonçalo do Rio Abaixo/ MG.

### **Rosimeire Aparecida da Silva**

Psicóloga. Mestre em Promoção da saúde e prevenção da violência pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foi coordenadora da Política de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Foi trabalhadora do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do TJMG - PAI PJ. Foi coordenadora do Centro de Referência Regional (CRR) - Ateliê Intervalo de Redução de Danos da Faculdade de Medicina (UFMG). Foi professora em cursos na área de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Foi supervisora de Redes de Atenção Psicossocial. Foi militante da Luta Antimanicomial. Foi docente e orientadora de trabalhos de conclusão de curso (TCC) da Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS da ESP-MG. Faleceu em maio de 2017.

### **Stefania Elias de Faria**

Estudante do curso de psicologia da Universidade FUMEC, voluntária do Programa de Pesquisa e Iniciação Científica (PROPIC).

### **Valéria Costa Pacheco.**

Psicóloga pelo Centro Universitário Newton Paiva. Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Trabalhadora do Centro de Referência em Saúde Mental, Álcool e Drogas da Pampulha– Cersam AD Pampulha (CAPS AD III) da Prefeitura de Belo Horizonte.

## Sumário

|                      |    |
|----------------------|----|
| Apresentação 1 ..... | 18 |
| Apresentação 2 ..... | 19 |
| Prefácio.....        | 20 |

### **Seção 1: Concepções sobre a atenção às pessoas usuárias de drogas**

|   |     |
|---|-----|
| Tratamento aos usuários de drogas: intervenções cidadãs e singulares. Como escreveremos o futuro?<br><i>Rosimeire Aparecida da Silva</i> .....  | 25  |
| Políticas públicas para o uso prejudicial de álcool e outras drogas: avanços e retrocessos<br><i>Ana Regina Machado</i> .....   | 37  |
| Lei de Drogas no Brasil e a atenção às pessoas que fazem uso de drogas: o teor das propostas para o futuro<br><i>Maíra Porã Santos e Ana Regina Machado</i> .....                                     | 45  |
| Desvãos da dependência química<br><i>Arnor Trindade Filho, Bárbara Ferreira e Cristiana Cunha</i> .....   | 65  |
| Um olhar sobre o estigma para desconstrução de posturas estigmatizantes<br><i>José Egídio Garcia e Daniene Cássia dos Santos</i> .....  | 73  |
| Muros invisíveis: os efeitos da separação entre trabalhadores de saúde e pessoas que usam drogas, alicerçados em estereótipos, estigmas e preconceitos<br><i>Márcia Maria Rodrigues Ribeiro</i> ..... | 93  |
| Clínica do singular e Redução Danos: apostando na inventividade dos sujeitos<br><i>Cláudia Generoso e Fernanda Naime</i> .....  | 111 |
| Contribuições da Psicanálise à Clínica das Toxicomanias nos Serviços de Saúde Mental<br><i>Maria Wilma Santos de Faria</i> .....  | 117 |

## **Seção 2: Invenções e enfrentamentos cotidianos: contextos, sujeitos e drogas**

|  |     |
|--|-----|
| Travessia: Dos véus da exclusão ao encontro com os invisíveis<br><i>Marina Ribeiro de Melo Oliveira</i> .....  | 129 |
| Na rua, na chuva, sem casinha de sapê, a construção de vínculo no território:<br>um relato de experiência<br><i>Mayra Gonçalves Canhestro Rafael e Rodrigo Chaves Nogueira</i> .....     | 149 |
| Nunca perder a graça: O riso e o humor como possíveis recursos para lidar<br>com as vulnerabilidades enfrentadas por pessoas que vivem nas ruas<br><i>Rita de Cássia Espíndola</i> ..... | 161 |
| Alucinados, meninos ficando azuis e desencarnando, lá no Brejo da Cruz - O<br>que fazer?<br><i>Luciano Elia</i> .....  | 173 |
| Eu venho desde menino, desde muito pequenino, cumprindo o belo destino,<br>que me deu nosso senhor...<br><i>Rodrigo Chaves Nogueira</i> .....  | 181 |
| Internações compulsórias de usuários de álcool e outras drogas no município<br>de Brumadinho: um desafio colocado à Atenção Psicossocial<br><i>Kenya Paiva Silva Lamounier</i> .....     | 189 |
| Elementos para a discussão da relação entre toxicomania e internação<br><i>Jacques Akerman, Marcela Greco, Paulo Lobemvein, Stefania Faria</i> .....                                     | 199 |
| Mães Órfãs: violência estatal contra mulheres usuárias de drogas em Belo<br>Horizonte<br><i>Amanda Drummond e Guilherme Melo</i> .....   | 223 |

### **Seção 3: A clínica e o cuidado no SUS às pessoas usuárias de drogas**

|   |     |
|---|-----|
| Referências para atos clínicos, organização do trabalho e projetos terapêuticos: construções no Caps AD III.<br><i>Miriam Almeida Nahas, Rafael Miranda de Oliveira, Giovana Sousa Carmo Pieri e Jarbas Vieira de Oliveira</i> .....        | 245 |
| “Procuró uma palavra”: Relato de uma experiência com mulheres em acompanhamento em um Cersam AD de Belo Horizonte<br><i>Valéria Costa Pacheco</i> .....   | 257 |
| Articulação entre serviço especializado e Atenção Primária à Saúde no cuidado a usuários de drogas: um projeto de intervenção<br><i>Gabriela Ferreira Oliveira e Adriana Condessa Torres</i> .....  | 273 |
| Entre curvas e tropeços: possibilidades. Um relato de experiência do Caps de São Gonçalo do Rio Abaixo<br><i>Ronnara Kelles Ribeiro</i> .....   | 293 |
| Construções no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas no Centro de Referência em Saúde Mental Venda Nova<br><i>Renata Cristina de Souza Ramos e Nayanne Lopes Figueiredo</i> .....  | 307 |
| Redução de Danos: uma proposta de intervenção para o portador de sofrimento mental em uso abusivo de drogas no Centro de Referência em Saúde Mental de Venda Nova<br><i>Alessandra Vaneska Cotta Leles Borges e Max Silva Moreira</i> ..... | 317 |
| Ações territoriais na RAPS: garantindo a integralidade do cuidado<br><i>Michelle de Almeida César e Natália de Freitas Dantas</i> .....   | 335 |

## **Seção 4: A formação para o cuidado: Desafios éticos, técnicos e políticos**

|   |     |
|---|-----|
| Trabalho e formação na atenção às pessoas usuárias de drogas: Desafios técnicos, éticos e políticos no SUS<br><i>Ana Regina Machado</i> ..... | 357 |
| Capacitação das Equipes de Saúde da Família para a prática de Redução de Danos<br><i>Karoline Cecílio e Alcimar Couto</i> .....               | 365 |
| Algumas questões sobre a formação em Saúde Mental<br><i>Ana Marta Lobosque</i> .....  | 385 |
| Caminhos e descaminhos da formação em Saúde Mental<br><i>Daniene Cássia dos Santos</i> .....  | 397 |

## Apresentação 1

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, criada em 1946 possui longa história na formação de trabalhadores para o sistema público de saúde, atuando ativamente em movimentos contra hegemônicos, a exemplo da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Essa mesma Escola é também jovem, por sua capacidade de se reinventar e inventar a partir da colaboração entre seu corpo técnico e outras instituições parceiras, que compartilham conosco do ideal da saúde enquanto direito social e do fortalecimento do SUS, ambos considerados por nós dispositivos de construção de cidadania.

É nesse contexto que mais uma vez a ESP-MG lança uma produção que apresenta, em suas entrelinhas, o compromisso dessa instituição com a formação de trabalhadores para o SUS, sempre valorizando o cuidado em saúde que acolhe, produz vínculos e vida.

Que continuemos “Caminhando contra o vento” e que essa leitura traga novas possibilidades de ensinar, aprender e cuidar.

Edvalth Rodrigues Pereira  
Diretor - Geral da ESP - MG

## Apresentação 2

No campo da Saúde Mental, a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) vem investindo esforços há várias décadas na formação de trabalhadores críticos, buscando construir e fortalecer práticas em uma nova lógica de atenção.

Este livro é resultado do compartilhamento de conhecimentos e da construção de vínculos entre alunos e docentes do Curso de Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS, ofertado pela ESP-MG nos anos 2016 e 2017.

Aqui são apresentados artigos, ensaios, projetos de intervenção e relatos de experiência que trazem apontamentos sobre questões teóricas e práticas em torno do cuidado e da construção de cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS. Entremeando a Educação Permanente em Saúde e a Educação Popular em Saúde como concepções político-pedagógicas, e os princípios do SUS, da Redução de Danos e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial como fundamentos, o curso e a produção desse livro demonstram a permeabilidade desse processo formativo às situações cotidianas de trabalho dos alunos-trabalhadores. É nessa perspectiva, de aproximação entre uma formação reflexiva e as vivências no cotidiano de trabalho, que desejamos que a leitura dos textos aqui ofertados possam contribuir para as práticas de trabalhadores que atuam no SUS.

Fernanda Jorge Maciel  
Superintendente de Política, Planejamento e Gestão em Saúde  
ESP-MG

## Prefácio

Não é possível recuar de um assunto tão atual e importante que este livro “Caminhando contra o vento: cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS” aborda com muita precisão e com exemplos vivos do cotidiano desses usuários.

Sabemos que numa sociedade tão ávida pelo consumo, ser consumidor é condição para se incluir na cultura. Até o que não é consumível, torna-se objeto de consumo, em uma engrenagem que envolve questões econômicas, sociais e políticas.

Desse modo, pensar no cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas é tarefa importante e não deve ser limitada, reducionista e ingênua.

O consumo da droga, seja compulsivo ou ocasional, diz respeito a vários aspectos da vida de uma pessoa, não se resumindo a substância. O uso da droga não é o princípio, mas sim um fragmento na vida dos sujeitos que tiveram alguma experiência com a mesma. Antes da substância química, existe o sujeito, sua história de vida, seu contexto social e a sua maneira de viver. Não se trata de eliminar as substâncias que alteram nosso corpo, as drogas, mas sim, de considerar e refletir sobre as diferentes formas de vida que se apresentam, muitas delas diferentes do que a sociedade espera e dita. Muitas delas com extremo sofrimento e exclusão.

Nesse sentido, este livro traz à tona essa discussão, considerando a complexidade, a diversidade, a humanização e, sobretudo, a liberdade para se pensar em uma política pública em saúde para os usuários de drogas, expressa nos diversos textos e experiências transmitidas.

Portanto, a Coordenação Estadual de Saúde Mental – CESH parabeniza a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) por esta publicação.

A construção de uma política pública para as pessoas com sofrimento mental está em curso no Brasil há mais de 30 anos, sustentada pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Esse processo é contínuo e, a cada época, deve pensar e construir uma política pública pautada na integralidade e adequada ao cuidado em Saúde Mental. A construção permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), exige que a formação dos trabalhadores e gestores também seja contínua e prioritária. Além disso, sabemos que este processo só se dá a partir do trabalho cotidiano e integrado dos gestores, trabalhadores, usuários e familiares, nos diferentes territórios.

Destacamos ainda que, as experiências com a saúde mental já nos

apontaram, que tratar pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas em lugares isolados e restritos de liberdade, assim como ocorreu com as pessoas com transtornos mentais internadas em hospitais psiquiátricos (manicômios) – além de ineficaz, excluí, segrega, viola direitos e não segue as diretrizes da Lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Nessa perspectiva, encontramos quatro seções com diferentes contribuições e reflexões, nas seguintes temáticas:

I - Concepções sobre a atenção no SUS às pessoas usuárias de drogas;

II – Invenções e enfrentamentos cotidianos: contextos, sujeitos e drogas;

III – A clínica e o cuidado no SUS às pessoas usuárias de drogas;

IV – A formação para o cuidado: desafios éticos, técnicos e políticos;

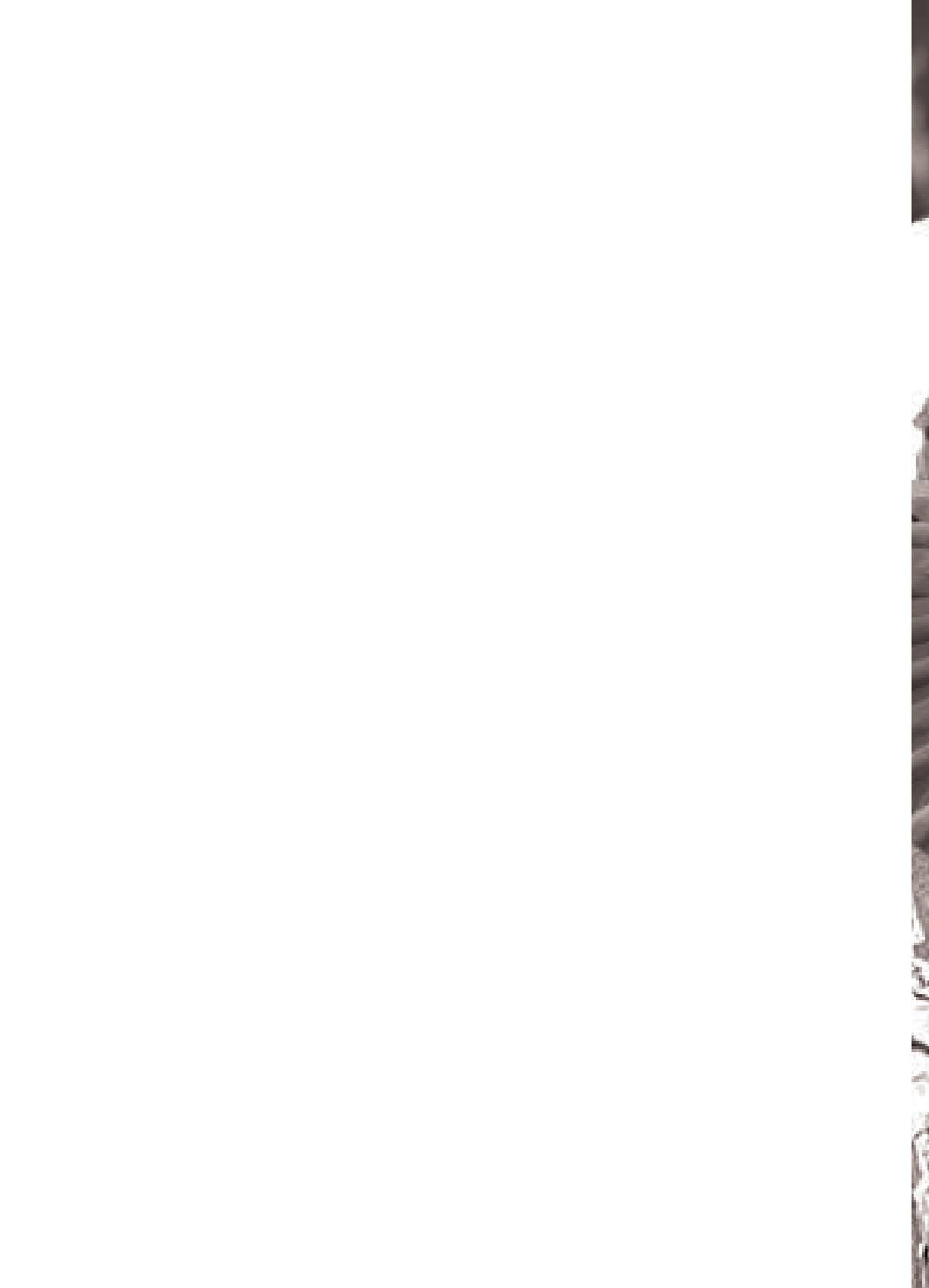
Então, vamos à leitura, que nos convoca a refletir e a contribuir com a política de cuidados aos usuários de drogas! Resistamos sempre!

Janaína Aretha Silva Dornas

Marta Elizabete de Souza

Coordenação Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais/CESM-MG

( Março de 2015/Fevereiro 2018 )



# Seção 1

**Concepções sobre a  
atenção às pessoas  
usuárias de drogas**

Asas para liberdade de ser louco  
Tema desfile: eles passaram, nós passarinho.  
Jarbas Vieira de Oliveira  
18 de Maio de 2016

## Tratamento aos usuários de drogas: intervenções cidadãs e singulares. Como escreveremos o futuro?

Rosimeire Aparecida da Silva

**N**a grande sala de estar do país, onde as conversas superficiais e apressadas, na maioria das vezes, constroem destinos, vemos homens e mulheres agitados, circulando de um lado a outro do imenso espaço televisionado e trazendo nas bocas e cabeças uma mesma questão: o desvario humano. Mas, não se trata de qualquer desvario, não se trata de uma dor sem nome. Ao contrário, o sofrimento está sendo nomeado como crime, como ato que ofende e compromete a vida social e subtraído de sua dimensão subjetiva e social. Primeiro equívoco: o crime é antes de mais nada, uma ação humana. Transposição de fronteiras estabelecidas para margear os limites do viver comum, sempre marcados pelo contexto e valores de cada época histórica. O que antes era crime, pode não sê-lo hoje, assim como o que antes não o era, pode passar a ser. O consumo de drogas é um bom exemplo.

A política proibicionista dirigida a parte do conjunto das drogas, aquelas passadas à categoria de ilícitas, data de 1961<sup>1</sup>. Uma jovem e severa senhora que muitas mortes tem produzido.

Tipificada a conduta como crime, prescreve-se a sentença. No alcance da lei vigente uma frágil distinção tem conduzido à cadeia milhares de usuários. Pobres, evidentemente. Ter drogas para consumo próprio, de acordo com a Lei 11.343 (BRASIL, 2006), constitui delito, ao qual deve-se aplicar penas alternativas à restrição de liberdade. Vários estudos, entretanto, revelam, que opera a engenharia da justiça que confunde tráfico com consumo, dependendo ou variando da classe social.

---

<sup>1</sup> Ano de realização da Convenção Única sobre Entorpecentes pela Organização das Nações Unidas.

Como o que é ruim pode sempre ficar pior, eis que surge uma proposta de alteração à lei cujo teor é o aumento das penas para quem consome e trafica. Como afirma um estudo recente, este texto tem o mérito de reunir em uma mesma proposta todos os equívocos históricos das políticas sobre droga, posto que perpetua a lógica proibicionista, concentra seus esforços na repressão ao tráfico e mantêm a aposta nos tratamentos centrados na abstinência.

Discordar e propor outra perspectiva de análise e tratamento do mal que tanto horror provoca, mostra-se tão ofensivo quanto a prática do consumo, traduzida tal posição em defesa da desordem, apologia ao crime e ao vício. Ou seja, um crime! E dele fomos acusados em público por um dos autores da farsa encenada naquele palco. A acusação põe sobre nossos ombros a responsabilidade pela morte dos que dependem de drogas.

No mínimo curiosa, esta acusação é também paradoxal. Somos culpados da morte de pessoas das quais eles, os arautos da catequese do gozo, e somente eles sabem cuidar. Como isto seria possível?

Pensar é proibido. O cale-se bradado por Chico e Gil no auge da ditadura, se atualiza. O *rapper* Criolo<sup>2</sup> entendeu e traduziu a canção revelando que a ditadura da moral e dos bons costumes é tão feroz quanto a militar. Lembrou a Chico e Milton, cuja as vozes eternizaram esta canção, que ditadura e a repressão são tão reais hoje quanto há trinta anos. Pensar, é proibido! É o que querem alguns dos donos do poder. Mas o cálice de hoje não contém apenas um vinho tinto de sangue. Ele transborda sangue. Sangue vermelho e pobre, cuja constatação faz irromper a emoção no repente do jovem músico, afeta o velho Chico Buarque que se sente convidado a entrar no clube e reatualizar seu grito de protesto em defesa de uma realidade menos morta, em que a mentira e a força bruta não sejam nossas escolhas.

O sangue que transborda, empapa a toalha da mesa deste banquete e suja as mãos dos convidados, tem origem social. Verte, de modo significativo, das veias de vidas esquecidas. Vem

---

<sup>2</sup> Versão do *rapper* Criolo em 2011 para a canção Cálice, composta por Chico Buarque e Gilberto Gil em 1973. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=utJENUg2NJ4>

dos corpos dos meninos falcão, dos aviões que fazem carreira e a correria pela rede do tráfico. É deles o sangue sem importância que serve de moeda no agenciamento de interesses inconfessos, cujo clamor por solução não aponta saídas para a vida. Aos ameaçados desde o berço pela morte em vida, impõe-se uma outra morte: a da exclusão; aos severinos que tentam escapar à fome de cidadania, oferece-se o deserto da reclusão; aos abandonados, o castigo. O apelo ensurdecido silencia sobre a doída realidade: o encontro com a morte prematura é ditado mais pela violência que pelo consumo. O mal que põe fim a tantas vidas, não entra pelas bocas, nem pelas veias ou narinas. Não vem do prazer desenfreado, da dose *over* que ultrapassa os limites do organismo e põe em risco a vida. Morre-se muito menos pela alucinação de prazer e mais pelas consequências de uma política que proíbe e interdita o acesso a este proporcionado por algumas substâncias psicoativas. A morte, em larga medida, chega na forma de projétil e da brutal violência, escrevendo o fim de muitas biografias. O “Mapa da Violência”<sup>3</sup> afirma terem sido quase nove mil os jovens mortos pela violência urbana, que tem no comércio ilícito de drogas um de seus elementos.

Ao lado dos cálices são ofertadas, em baixelas de prata, vasilhames de plástico, pedaços de lata ou toscos cachimbos, múltiplas drogas: comida congelada, bebidas, remédios para todas as dores, *crack*, maconha, cigarro, poder político, cocaína e uma infinidade de guloseimas químicas destinadas a produzir o encontro com a felicidade, o acesso ao jardim do éden do consumo que fez derivar das árvores novas maçãs. Consumir, dita a voz do tempo, é preciso. Viver, talvez não. Drogue-se, goze, seja feliz, são modos de tradução do imperativo, consuma.

Ditando hipocritamente o roteiro da cena, a lei que diz não às drogas. Para guerrear é preciso corpos. Drogas não tem corpo, agem sobre estes. A guerra real então dirige-se a alguns corpos. A política da guerra às drogas é uma solução não civilizatória que autoritariamente desumaniza uma prática eminentemente humana, cria um estado

---

<sup>3</sup> Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/index.php>.

de exceção e põe em risco a democracia. É preciso, alerta Laurent (2011), pensar uma política de civilização que vá além da guerra e das falsas esperanças. Uma política que sustente uma clínica orientada pela “modéstia ativa” e pela humildade. É preciso ainda, segundo ele, estar atento à questão que esta nos coloca: a droga, diz ele, nos confronta com os limites do paradigma problema-solução. Não há receita universal, não há prescrição única e é necessário estar atento e ativo “a mais ampla diversidade e a singularidade para dialogar e intervir nos tratamentos subjetivos com os usuários de drogas” (LAURENT, 2011, p.63).

Orientar-se pelo singular, pelo modo próprio de sofrer e viver de cada usuário é um dos princípios que sustenta a clínica da Reforma Psiquiátrica e um dos pontos de corte e subversão da lógica manicomial. Este é um dos modos de oposição à ditadura manicomial.

A política do mal-estar deve, ao mesmo tempo, ser capaz de ofertar uma clínica cidadã, tratando em liberdade e com dignidade os que sofrem, e intervir sobre a cultura da exclusão que os ameaça. Uma clínica antimanicomial da toxicomania não pode se furtar a questionar os nomes com os quais a sociedade define a drogadição e os sujeitos que se intoxicam. “VICIADO”, drogado, delinquente, criminoso, pecador ou doente são, sem exceção, identidades marginais, e como tais, coladas a um destino previamente traçado: fora da cidadania. Desconstruir tais identidades é condição preliminar para tratar a singularidade de cada experiência de drogadição.

A articulação entre a clínica e a política, pressuposto que há algum tempo nos orienta, novamente mostra sua validade. Campos distintos, porém, conexos, que podem ser mais fecundos se (e quando) perpassados por uma mesma orientação ética. Tratar a drogadição em sua dimensão singular convoca o Estado e a sociedade a adotar e oferecer estratégias e recursos de proteção que reduzam os danos à vida, criando dispositivos de suporte necessário a cada situação, ampliando deste modo as respostas possíveis para o sofrimento, sem, no entanto, ceder à armadilha fácil do ecletismo, do vale-tudo. A complexidade e diversificação necessárias à criação de uma rede de

atenção precisam de eixo e carecem de orientação.

Se ao Estado e à sociedade cabem a tarefa de não optar pelo ecletismo produtor de excesso de ofertas sem orientação, nem tampouco pelo atalho reducionista que adequa os sujeitos a um único lugar, do lado dos usuários também ocorrem mudanças. O convite passa a ser outro: de submisso à norma contra a qual se revolta em sua escolha de satisfação pulsional, este é agora convidado a responder pelo próprio prazer, a encontrar sua medida, seu jeito próprio de minimizar os riscos, aceitando o desafio de “exercer sua liberdade”, como definiu um usuário de *crack*. Coisa difícil de fazer! Fácil mesmo é prescrever, ditar e escutar regras para disciplinar o prazer ou o gozo, ainda que saibamos de antemão que são grandes as chances de fracasso.

No encontro com a loucura do século XXI, a adição, fomos conduzidos à necessidade de realizar um retorno a nossos princípios e fundamentos. E neste movimento, pudemos ler nossa história, as invenções criadas para responder ao discurso da razão sobre a loucura, verificando semelhanças e diferenças nas necessidades expressas pelos novos usuários, mas também identificando nas saídas propostas a reedição de soluções pela via da exclusão que tão corajosamente soubemos recusar. O momento atual confronta-nos com a seguinte questão: queremos correr o risco da liberdade ou realizar a terapia da liberdade negada?

Sintoma social e analisador dos ideais de nosso tempo a drogadição assume a face daquilo que a psicose foi para o século XX e a histeria para o precedente: a expressão da loucura humana. Esta localização nos põe mais à vontade e livres para cuidar, ajuda a estranhar menos o problema posto e os sujeitos e nos convida a lançar, de novo, nosso olhar para além da doença, remetendo-nos, outra vez, a um campo mais fértil e mais instigante. Somos provocados a ir além das ideias da patologia, do crime e do pecado para pensar as relações do homem com seu tempo, consigo mesmo, com seus fantasmas e suas dores sem corpo.

Objetos de consumo, como tantos outros, as drogas lícitas

e ilícitas, são uma promessa de felicidade feita aos sujeitos pela sociedade de consumo.

E aqui localizamos uma primeira diferença entre a loucura que ensejou e determinou a invenção da reforma psiquiátrica e a adição. A questão que nos faz o usuário de drogas é radicalmente distinta daquela que nos orienta em relação às construções com os psicóticos, mesmo quando estes se drogam. O que nos perguntam e pedem estes sujeitos pode ser formulado do seguinte modo: como faço para extrair prazer na vida sem me submeter ao imperativo que afirma goze, drogue-se e assim seja feliz. Como não fazer do laço um nó ou laço mortífero: eis uma singular questão posta pela adição às drogas e a tantos objetos de consumo. Como consumir e viver e não viver apenas para consumir?

Perguntas singulares pedem sempre respostas igualmente singulares e complexas. Para tanto, não há remédio além do trabalho de pensamento, do trabalho psíquico de desejar e representar, de buscar um objeto que já se sabe perdido, de inventar e descobrir outros modos de satisfação pulsional. E aqui cabe um alerta à clínica da Reforma Psiquiátrica e a todos nós: a loucura do século XXI, a drogadição, não nos pede remédio, o encontrou – em sua face de substância tóxica, antes de nós; pede-nos audácia de pensamento e disposição para suportar a frustração de sujeitos que viveram até então afastando esta possibilidade a qualquer custo. Rotelli nos indica que é preciso ser mais sedutores que a droga e saber desencadear circuitos de ampliação não-químicos, concorrentes. Uma substituição do objeto de satisfação, uma troca pulsional de objeto. É vida o que nos pedem estes sujeitos. A ruptura com a experiência totalizante da dependência requer a invenção de múltiplas trocas.

E se não nos pedem outra química, não nos iludamos, não será pelo recurso à força, à autoridade que melhor cuidaremos destes sujeitos e suas dores. O exercício da liberdade, sempre arriscado e árduo, é também terapêutico, como ensinou Basaglia. E não é diferente para esta loucura. Também para eles a liberdade é direito e condição, e potente remédio no trato responsável da dor de se

ver escravo de um objeto, pois o avesso da dependência não é a abstinência – excesso de privação, mas a liberdade.

Se a presença dos adictos na clínica desta política ainda é uma novidade, o objeto, contudo, é velho conhecido. As drogas não são estranhas à clínica da Reforma. Manejamos substâncias químicas lícitas, os remédios, no trato do sofrimento psíquico. E vale lembrar: o adjetivo não anula a substância. Remédio também é droga e é servido no banquete do consumo. Invenção do século XX, os psicotrópicos, assim como qualquer medicamento, têm duas faces inseparáveis: é remédio e é igualmente substância tóxica. E como afirma Laurent, não escapa à sina de virar veneno. “Pelo hábito e a necessidade do novo, faz aparecer uma espécie de *automaton* natural da repetição no organismo” (LAURENT, 2004, p. 34).

Usamos remédios para intervir sobre o sofrimento e tratar a dor. E, deste modo, modulamos sua expressão. E, reduzindo o estigma, favorecemos o exercício da cidadania quando o utilizamos com o devido cuidado, ou seja, quando o usamos com rigor ético e moderação.

A sustentação desta posição gera um bom indicador para o cuidado clínico, e é consequência de uma tomada de posição ética e política. Frente a um dos significantes mestres de nosso tempo: o medicamento, não nos curvamos aceitando sem críticas seu poder, e deste modo, fazemos contraposição, ao uso abusivo da medicação.

Sintoma de uma sociedade depressiva e medicalizada, como definiu Maria Rita Kehl (2009), o projeto de uma vida sem dor, exclui, pelo recurso ao medicamento, “as expressões da dor de viver, e acaba por inibir, ou tornar supérflua, a riqueza do trabalho psíquico, o único capaz de tornar suportável e conferir sentido à dor inevitável diante da finitude, do desamparo, da solidão humana”. Tal projeto produz indivíduos anestesiados e vazios; gera uma massa que foge da dor, do conflito psíquico e recusa o trabalho do pensamento. E fugir da dor, cantam os Titãs, é também fugir da própria cura.

É interessante notar o silêncio estabelecido em torno desta face da drogadição generalizada de nossos dias. E aqui não podemos

deixar de observar dois pontos articulados: de um lado, a clivagem legal no campo das drogas que faz das ilícitas signos do mal e das lícitas, aqui incluídos os medicamentos, uma das representações do bem. E de outro, os interesses do capital. O enorme barulho em torno das drogas ilícitas se faz acompanhar de um perigoso silêncio quanto aos danos provocados pelas drogas lícitas. Mudez imotivada? Não acreditamos! Além dos laços com o capital financeiro da indústria farmacêutica e seu interesse de incremento do mercado, vale ainda registrar um alerta de Roudinesco quanto ao poder dos medicamentos do espírito. Trata-se, de acordo com esta autora, de um “sintoma de uma modernidade que tende a abolir no homem não apenas o desejo de liberdade, mas também a própria ideia de enfrentar a prova dele” (ROUDINESCO, 1999, p. 30).

Liberdade e responsabilidade são pressupostos que sustentam e dão sentido à clínica cidadã da loucura. Pontos de subversão e corte com um certo tipo de pensamento e prática social e científica que vê na loucura ausência de obra e responsabilidade, condenando o homem louco à não existência, ao desaparecimento e à morte em vida.

A responsabilidade foi problematizada pela Reforma Psiquiátrica e a grande novidade foi a introdução do reconhecimento da vontade e da responsabilidade na experiência da loucura. Ao modular a internação – artigo 4º da lei, a Lei da Reforma<sup>4</sup> dá à mesma o estatuto de um recurso entre outros e não mais o recurso, a ser usado quando os demais houverem se esgotado. Deste modo, a lei produz um corte em relação às práticas de sequestro da loucura. E indo além, distingue o uso jurídico do terapêutico.

No campo do tratamento, a internação pode se dar em acordo com a vontade do sujeito, voluntariamente, e em desacordo com seu querer, involuntariamente. E este é o ponto da novidade, da subversão: se o ato se faz contra a vontade de um sujeito, é porque há aí o reconhecimento da expressão de um querer, da capacidade

---

<sup>4</sup> Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL,2001).

de manifestar e decidir sobre sua vida e seus atos, mesmo que em crise ou surto. Antes palavra esvaziada de sentido, agora fala dotada de sentido e verdade a ser escutada. Visando minimizar os possíveis riscos de abusos da razão no uso do poder sobre a loucura, o responsável pela decisão que contraria a vontade do sujeito fica obrigado a prestar contas do mesmo, informando-o ao Ministério Público, instância convocada pela lei, a avaliar e decidir quanto a pertinência da decisão e os efeitos que provocou no exercício da cidadania do sujeito à mesma submetido. Este é o sentido dado pela lei da Reforma Psiquiátrica a internação involuntária: um ato possível a ser decidido no interior de uma relação de tratamento e não fora dela.

Completamente distinta é a internação compulsória. Nesta não há manifestação de vontade, mas imposição de pena. Aqui temos um ato jurídico, uma prescrição legal determinada por um juiz e decidida no curso de um processo e nunca fora dele.

A corajosa experiência do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) demonstra as possibilidades e os efeitos éticos, clínicos e políticos de outra articulação entre psiquiatria e direito; parceria capaz de fazer valer a responsabilidade como índice de humanidade. O respeito ao sofrimento do homem, ensina Lacan, implica no reconhecimento de sua condição de sujeito responsável por seus atos; o contrário disto, conduz ao declínio a própria humanidade.

Fora do tratamento ou de um processo legal, não temos nem internação involuntária, nem compulsória, mas simples recolhimento. Medida higienista sustentada por princípios que confrontam a clínica, a cidadania e a justiça.

Temos força para propor alguma coisa confiável e possível, que não seja o atalho? Com o risco da liberdade em um percurso mais complicado, mais articulado, podemos impedir o depauperamento do recurso humano e institucional, impedir que defina a relação entre quem cura e quem é curado? (ROTELLI, 1990).

Questões formuladas por Rotelli no calor do debate feito na Itália, cuja atualidade e pertinência com a nossa realidade impressiona e provoca-nos. Um dos riscos que corremos hoje é de termos a prática clínica submetida à lógica punitiva e como tal, novamente, utilizada. Queremos ser instrumento de punição e castigo ou via de exercício da liberdade?

“O contemporâneo é o intempestivo”, afirma Nietzsche (citado por Agamben, 2009, p. 58). Encontramos nesta afirmação destacada por Agamben (2009) uma localização para a resposta da Reforma a adição: caberá à política saber ser intempestiva! Para bem responder à demanda que lhe chega, ao pedido que à mesma se endereça, o coletivo da Reforma Psiquiátrica precisará descobrir os modos de pertencer a seu tempo, sem aderir a suas pretensões e ideais; precisará saber ser inatual. Destoar do coro dos aflitos e seus lamentos, produzir o intervalo no tempo veloz do consumo generalizado, é condição para não aderir completamente ao ideal de nossa sociedade consumista e depressiva, adicta e dependente de soluções apressadas que querem afastar o mal e podem conduzir, já ensinou Freud, à morte. Mais que ofertar serviços uma política pública pode e deve ser produção de pensamento. E, sabendo ser intempestiva, terá chances de vir a iluminar os escuros de sua época transformando apelos em perguntas para assim se pôr a trabalho e em movimento, inventando e produzindo circuitos desejanter e por isto, vivos e destinados a fazer viver.

Concluimos com as palavras de Lúcia Karam (2009, p. 133): “É preciso sempre respeitar e garantir os direitos fundamentais. É preciso romper com todas as formas de totalitarismo e repudiar a proliferação de proibições, controles, vigilâncias e punições. É preciso sempre desejar e lutar pela liberdade.”

## Referências

AGAMBEN, G. O que é o Contemporâneo? In: *O que é o Contemporâneo?* e outros ensaios; [tradutor Vinícius Nicastro Honesko]. Chapecó: Argos, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social 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. Diário Oficial da União, 24 ago. 2006.

ESCOHOTADO, A. História elementar das drogas. Tradução de José C. Barreiros. Lisboa: Antígona, 2004. In: ESCOHOTADO, A. *O livro das drogas: usos e abusos, desafios e preconceitos*. Tradução de Carlos Szlak. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

KARAM, M. L. Estado penal, novo inimigo interno e totalitarismo. In: OLIVEIRA, R. T; MATTOS, V. (Orgs.) *Estudos de Execução Criminal: Direito e Psicologia*. Belo Horizonte: TJMG/CRP, 2009, p. 127 a 133.

KEHL, M.R. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.

LAURENT, É. Post-war on drugs: Como a psicanálise pode contribuir para o debate político sobre as drogas. In: LAURENT, E. *Loucuras, sintomas e fantasias na vida cotidiana*. Belo Horizonte: Scriptum, 2011, p. 57-68.

LAURENT, E. Como engolir a pílula? In: MILLER, J. A. (Org.). *Ornicar? De Jacques Lacan a Lewis Carroll*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004, p. 32 - 43.

OLMO, R. *A face oculta da droga*. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro, Zahar, 1999.  
ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização de uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países avançados”. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D.; RISIO, C. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.



# Políticas públicas para o uso prejudicial de álcool e outras drogas: avanços e retrocessos<sup>1</sup>

Ana Regina Machado

**P**odemos tomar 2003 como o marco da construção de uma política pública de saúde para usuários de drogas no Brasil. Foi neste ano que o Ministério da Saúde apresentou uma proposta de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), claramente influenciada por duas grandes experiências, a Reforma Psiquiátrica e o Programa Nacional de DST/AIDS, mais especificamente pelos Projetos de Redução de Danos.

Tais experiências permitiram a construção de uma proposta que buscou produzir rupturas com as formas tradicionais de atenção a usuários de drogas, construídas e amparadas por marcos legais, convenções internacionais e por representações sociais que criminalizavam, segregavam, penalizavam e produziam guerras e intolerâncias às drogas e aos usuários.

O Ministério da Saúde, de maneira ousada e não ingênua, buscou incluir a atenção a usuários de drogas no SUS a partir de uma concepção que se distanciava e problematizava o senso comum, alguns setores da academia, a mídia e as leis sobre drogas. Uma concepção que reconhecia e nomeava diferentes formas de uso, que ousou falar em uso seguro, uso prejudicial, dependência... Podemos dizer que a Política, valendo-se de uma lucidez rara até mesmo nos dias de hoje, colocou em suspensão moralismos e fatalismos que comumente entorpecem a razão de quem discute o tema, possibilitou a colocação de várias questões: Há usos que não são prejudiciais? Há usos que são seguros? A abstinência das drogas é meta exclusiva de qualquer prática de saúde? Todas as pessoas que fazem uso de

---

<sup>1</sup> Texto apresentado no Seminário "Uso prejudicial de álcool e outras drogas como sofrimento mental: a lógica de cuidado no SUS", realizado na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, em Belo Horizonte/MG, em dezembro de 2011.

drogas precisam de atenção no campo da saúde? As práticas de saúde podem ter como resultado uma situação de uso não prejudicial ou de uso seguro? Quais as redes e serviços são necessários para o acolhimento e o cuidado à pessoa dependente ou que faz uso prejudicial de drogas? Quais as contribuições da Saúde para pessoas que apresentam sofrimentos e danos associados ao envolvimento com drogas? Tais questões, que foram provocadas ou atualizadas pela Política, contribuíram para fazer surgir, de maneira mais intensa no Brasil, o debate sobre as duas grandes concepções que norteiam as abordagens a usuários de drogas: a guerra às drogas e a redução de danos.

Se é nítida a influência dos Projetos de Redução de Danos na concepção da Política, pode-se afirmar que a proposição de práticas de atenção no setor Saúde recebe grande influência do processo de Reforma Psiquiátrica. A atenção é, então, proposta em diferentes pontos, articulados em redes, em serviços abertos e territorializados, em espaços especializados (CAPS AD a princípio e mais recentemente, a partir de 2009, consultórios de rua, casas de acolhimento transitório) e não especializados (hospitais gerais, atenção primária).

Muitos questionaram os pressupostos e as proposições dessa Política. Nem mesmo no âmbito do governo federal, havia uma simpatia, uma adesão ao que o Ministério apresentava como proposta. O que era proposto causava um certo estranhamento, transcendia em muito o campo da saúde, novas concepções sobre o uso e sobre os usuários (cidadãos/ sujeitos), novas formas de cuidar, novos objetivos para o cuidar. Muitas eram as novidades, mas todas coerentes com os princípios do SUS, com o direito ao acesso às condições que proporcionam saúde, com o direito ao acesso a serviços de saúde.

Nos oito anos de implantação da Política e, mais especificamente, nos dois últimos anos, podemos constatar alguns retrocessos, avanços e continuidades em relação ao que foi proposto em 2003.

Começo pelas continuidades. Destaco aqui uma dificuldade

que persiste e que a concepção veiculada pela Política não foi suficiente para superar; a de dimensionar e identificar o que de fato é problema nas situações de uso de drogas, seja para uma pessoa, para um território ou mesmo para uma sociedade. A complicada presença do *crack* na cena social atual ilustra muito bem isso. Não se trata de negar os comprometimentos/sofrimentos relacionados ao consumo de *crack*, mas de questionar a sua eleição como o novo inimigo que precisa ser vencido. O quê será mesmo que estamos deixando de ver com a visibilidade exacerbada do *crack*? Minayo (2003) nos ajuda a compreender o quê se passa:

[...] a própria sociedade se ‘droga’ com as ‘drogas’, criando sua toxicomania, buscando escapar, sobretudo, de problemas socioestruturais e culturais muito profundos, assim como de angústias existenciais, desemprego, miséria, guerras internas e externas, conflitos geracionais, mudanças velozes na cultura, dentre outras questões [...] Por vezes, tem-se a impressão de que nada mais acontece na sociedade a não ser a droga, a violência e suas consequências (MINAYO, 2003, p. 20).

Por que tanta dificuldade em ver mais além das drogas? Por que não construir respostas sensatas ao que é problemático ou prejudicial nas relações que as pessoas estabelecem com as drogas? Por que a insistência na guerra à droga? Por que não se aproximar dos usuários, compreender melhor o que se passa e buscar construir com eles algumas saídas? Lembro-me aqui de fragmentos, de algumas falas que podem ser encontradas no documentário “Quebrando o Tabu”, dirigido por Fernando Grossein. Destaco aqui um trecho da fala de Ruth Dreifuss, ex-presidente da Suíça, que nos lembra que a opção pela guerra às drogas é sempre uma opção por uma guerra às pessoas, às pessoas que se envolvem com drogas. Dreifuss apresenta a estratégia adotada em seu país de aproximar os centros de apoio social e de saúde aos usuários. É um usuário que apresenta

os efeitos desta Política:

Este sistema permitiu que eu me mantivesse saudável, enquanto consumia drogas. Eu pude evitar riscos graças à existência deste sistema. E assim pude reconstruir minha vida de um modo menos destrutivo. Estou há quase dois anos sem consumir drogas...

Insisto na pergunta por que não se aproximar dos usuários, compreender melhor o que se passa e buscar construir saídas? Por que a opção pela segregação de usuários? Por que, a partir de um “ideal de cura” ou de uma “tirania da saúde”<sup>2</sup>, retirar do nosso campo de visão algumas pessoas embaraçadas com as formas de satisfação que conseguiram encontrar?

Passo agora ao retrocesso. Penso que a onda conservadora que vem se apresentando no debate e nas práticas destinadas às pessoas em situação de uso ou dependência de drogas pode trazer consequências não só para a área de álcool e drogas, mas também para a saúde mental, para o SUS e para a sociedade. Uma certa lógica manicomial parece permear as falas dos ministros, assim como as propostas apresentadas no lançamento do Plano Nacional de Combate ao Crack; consultório de rua como estratégia para fazer internação voluntária, afirmação do financiamento público de comunidades terapêuticas; câmeras na rua para coibir uso e tráfico.

Tal lógica parecer também permear experiências como o acolhimento involuntário no Rio de Janeiro. Tenta-se afirmar a internação como a resposta necessária, “a novidade que faltava”. Lembro-me de um reunião do Conselho Estadual Antidrogas de Minas Gerais, quando um dos conselheiros falava da necessidade de um lugar distante de nós para onde os usuários pudessem ser encaminhados, dizia ele, “não seria bem um hospital, nem bem uma prisão...”. Lembro-me também de uma audiência pública na Assembleia Legislativa de Minas Gerais, em que um expositor apresentava um trabalho bastante arrojado que tinha desenvolvido

---

<sup>2</sup> Expressão utilizada por Arnor Trindade no texto “A Saúde Tirana” disponível em: <http://saude-livre.blogspot.com/2011/10/saude-tirana.html>.

na área de segurança pública, que tinha como uma das grandes conclusões a necessidade de criação de um lugar para onde os usuários/dependentes de drogas pudessem ser encaminhados. De novo um lugar. De novo segregar. Não há dúvidas que, em um cenário alarmista como o atual, a maior parte dos trabalhadores e familiares endossarão o clamor por um lugar de segregação, de internação, como comenta Rafael Gil, redutor de danos:

...os profissionais de saúde e familiares não terão elementos para julgar o que são demandas de internação ou não, eles mais provavelmente desejarão internar a todos, já que não estão recebendo incentivos para pensar outros modos, além de um sensacionalismo antidrogas (GIL, 2011).

Recorro também às palavras de Nery (2011), retiradas de uma entrevista no Jornal “Folha de São Paulo”, que nos adverte sobre os efeitos das práticas de internação - sobretudo as involuntárias:

Voltar 50 anos e fazer uma higienização das ruas das cidades brasileiras me parece um retrocesso para não dizer um absurdo do ponto de vista técnico. Sabemos, após 30 anos trabalhando na área, que quando vamos para as ruas e nos tornamos instrumento dessa internação compulsória, as pessoas fogem de nós como o diabo foge da cruz (NERY FILHO, 2011).

Não podemos afirmar que a rede implantada no Brasil até o momento prescindiu da internação, mas certamente tem construído cotidianamente, de maneira responsável e ética, práticas de cuidado em liberdade que respeitam as particularidades e os embaraços subjetivos, que preservam e constroem laços sociais, que promovem a cidadania das pessoas que fazem uso problemático de drogas.

Introduzo, com estas considerações sobre as práticas de saúde, alguns avanços proporcionados pela política de saúde para usuários

de drogas. Penso que os avanços correspondem à apropriação das concepções veiculadas pela Política de 2003 por trabalhadores, gestores e usuários e à sustentação de práticas marcadas pela produção de solidariedade, de acolhimento, de cuidados e de cidadania às pessoas que se envolveram com drogas. Entendo que a Política nos ajudou a compreender de uma nova maneira o uso e os usuários de drogas. Penso que, apesar das oscilações da política, os trabalhadores de saúde não conseguirão pensar em práticas de atenção às pessoas usuárias de drogas, sem considerar alguns pressupostos e problematizações da Política, até mesmo porque eles estão mais de acordo com as situações que se apresentam. Não há como considerar a exigência de abstinência como condição ou meta exclusiva de uma prática de saúde. O cotidiano dos serviços não deixam dúvidas quanto às diferenças nas relações que as pessoas estabelecem com as drogas, quanto à impossibilidade de alguns de abandonarem as drogas, quanto ao reconhecimento de que as drogas não serão erradicadas da sociedade, quanto à importância do vínculo para viabilizar um cuidado, quanto à necessidade da disponibilidade para a escuta das pessoas que usam drogas, quanto à articulação da rede de atenção. Isto - uma nova concepção apropriada por trabalhadores, usuários, movimentos sociais - certamente contribuirá para sustentar a diferença no “museu de grandes novidades” que se apresenta no campo da assistência a usuários de drogas.

Penso que é um equívoco buscar saídas para problemas atuais, complexos, em práticas antigas, simplistas e reducionistas, sabemos que elas não apresentam boas respostas aos problemas humanos. Não se trata também de adotar a lógica das práticas antigas nos novos serviços. Penso que o vem se apresentando como solução instaura mais uma vez a confusão histórica entre tratar, cuidar, punir, criminalizar e segregar. Certamente é um passo atrás no que vínhamos buscando construir. Talvez o passo adiante caberá a nós, no cotidiano dos nossos serviços, nas mobilizações que estão surgindo, enfim, na luta que é técnica, teórica, mas também é política.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CENTRAL do Brasil. Direção: Walter Salles. Produção: Martire de Clemont-Tonnere e Arthur Cohn. [S.I.]: Le Studio Canal, 1998. 1 bobina cinematográfica.

GIL, R. Para além dos slogans - o que foi prometido e o que poderá ser cumprido norecém-lançado Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack. 2011, disponível em: <http://saude-livre.blogspot.com/2011/12/para-alem-dos-slogans-o-prometido-e-o.html>.

MACHADO, A. R. Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da Saúde Pública: Um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

MINAYO, M C. Sobre a toxicomania da sociedade. In: BAPTISTA et alli (orgs). *Drogas e Pós-Modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: FAPERJ/ EDURJ, 2003. p. 13-29.

NERY FILHO, A. In: SADI, A. Governo erra ao focar o crack, diz médico. Folha de S. Paulo. São Paulo, 11 dez. 2012. Folha Cotidiano, p. 12.

QUEBRANDO o tabu. Direção: Fernando Grostein Andrade. Produção: Spray Filmes, STart e Cultura e Luciano Huck. Disponível em: <https://vimeo.com/23655250>. Acesso em dezembro de 2011.



# Lei de Drogas no Brasil e a atenção às pessoas que fazem uso de drogas: O teor das propostas para o futuro

Maíra Porã Santos  
Ana Regina Machado

## Introdução

**N**o Brasil, as ações de enfrentamento e punição para reprimir o tráfico e o uso de drogas estão em consonância com o modelo internacional de enfrentamento às drogas liderado principalmente pelos Estados Unidos. O modelo proibicionista em seu formato atual foi implantado pela Organização das Nações Unidas (ONU), na Convenção Única sobre Entorpecentes, em 1961.

Para Fiore (2012, p. 9), o proibicionismo “é uma forma simplificada de classificar o paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias. [...] O proibicionismo não esgota o fenômeno contemporâneo das drogas, mas o marca decisivamente”. Tal modelo tem duas premissas principais: “o uso dessas drogas é prescindível e intrinsecamente danoso, portanto não pode ser permitido”; e “a melhor forma de o Estado fazer isso é perseguir e punir seus produtores, vendedores e consumidores” (FIORE, 2012, p. 10).

As marcas do proibicionismo podem ser observadas também nas práticas de atenção à pessoas que fazem uso de drogas Alves (2009) compreende que tais práticas, em uma perspectiva proibicionista, são caracterizadas pela alta exigência e pelo autoritarismo, não havendo nelas tolerância quanto a qualquer padrão de uso: “...a abstinência desponta como condição, meio e finalidade do tratamento” (ALVES, 2009, p. 2311). Além disso, a repressão e criminalização comprometem as vidas das pessoas que fazem uso de drogas, subtraindo-lhes direitos sociais e de cidadania (ALVES, 2009).

Ainda que as leis sobre drogas do Brasil, desde o início do século XX, tenham adotado uma perspectiva repressiva e criminalizadora, pode-se observar o surgimento de um modelo alternativo ao Proibicionismo, o da Redução de Danos, que se caracteriza pela baixa exigência, pela não adoção exclusiva da abstinência como condição e objetivo das ações de saúde e pelo compromisso com a adoção de estratégias de minimização dos danos pessoais e sociais associados ao envolvimento com drogas (ALVES, 2009). Embora contra-hegemônica, a concepção de Redução de Danos está presente na Lei sobre Drogas em vigência, a Lei Federal nº 11.343/2006 e na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004a), bem como em atos normativos do Ministério da Saúde que tratam do tema, como a Portaria nº 3088/2011.

Considerando que a Lei Federal nº 11.343/2006 mantém ambiguidades de concepções e perspectivas em relação aos usuários de drogas e em relação às práticas de atenção a eles dispensadas, este estudo busca identificar os Projetos de Lei que propõem alterações na Lei Federal nº 11.343/2006, bem como analisar o teor de suas proposições, fundamentações técnicas e políticas, características e contribuições para afirmação de modelos de atenção às pessoas que fazem uso de drogas.

Silva e Delduque (2015), em estudo realizado sobre as proposições legislativas apresentadas ao Congresso Nacional, no período de 2007 a 2010, identificaram a penalização do consumo e da distribuição de substâncias psicoativas, incluindo as drogas lícitas, como matiz dos Projetos de Lei em tramitação, o que contraria a Política Nacional de Drogas. Além disso, as proposições ampliam o escopo da patologização do uso de drogas, mesmo de consumidores ocasionais (SILVA; DELDUQUE, 2015). Os autores não encontraram nenhum Projeto de Lei (PL) de conteúdo despenalizador entre os anos no período considerado.

O presente estudo busca, então, contribuir para a identificação e para a crítica das proposições legislativas que pretendem substituir

a Lei 11.343/2006, em tramitação no período de 2010 a 2017, enfatizando elementos relacionados à afirmação de modelos de atenção às pessoas usuárias de drogas. Para o desenvolvimento do estudo realizou-se uma pesquisa no banco de dados do Portal da Câmara dos Deputados Federais, entre setembro de 2016 e janeiro de 2017, aplicando-se os descritores “drogas ilícitas” e “11.343”, buscando identificar Projetos de Lei em tramitação no Congresso Nacional que relacionam a legislação brasileira e atenção ao usuário/dependente de drogas, a partir do ano de 2010. Os dados foram analisados a partir de uma reflexão crítica à luz de produções e estudos científicos que tratam do tema e tendo como referência a Lei Federal nº 11.343/2006. Foram excluídos projetos de lei relacionados exclusivamente ao tráfico de drogas.

### **Leis e políticas de repressão e criminalização ao usuário de drogas e a atenção à saúde: uma breve contextualização**

Pode-se afirmar que a política brasileira de repressão e criminalização é diretamente influenciada por uma política mundial de drogas. O tráfico de drogas é crescente apesar de todo aparato repressor, e é uma das atividades que movimenta altíssimos contingentes financeiros no mundo, segundo o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime<sup>1</sup> (UNODC, 2011).

Em seu livro “A política criminal de drogas no Brasil”, Salo de Carvalho (2016) aponta que a intensa produção legislativa após a década de 1960 se dá diante do intenso pânico moral gerado pelas dificuldades das agências de controle penal sobre a popularização do consumo de maconha e LSD durante a década de 1960, vinculados aos movimentos de contestação. Neste contexto, movimentos sociais repressivos coligados aos meios de comunicação justificaram os primeiros passos para a transnacionalização sobre o controle de entorpecentes, sendo a Convenção Única Sobre Entorpecentes, de 1961, representação desta realidade.

No Brasil, desde o início do sec. XX, constata-se a criação

---

<sup>1</sup> United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).

de um aparato legislativo para reprimir o tráfico e o uso de drogas. As primeiras leis que buscavam reprimir o tráfico e o uso de drogas são estabelecidas na década de 1920. Machado (2006) afirma que foi no interior deste aparato repressivo que o Estado Brasileiro começou a propor e a regulamentar as práticas de assistência aos usuários/dependentes. Em 1971 a Lei Federal nº 5.726 prevê internação hospitalar para tratamento psiquiátrico e recuperação dos “infratores viciados”. Nos anos 80 surgiram os primeiros centros ambulatoriais de tratamento no Brasil, ligados ao poder público direta ou indiretamente, favorecidos pelas orientações legislativas previstas na Lei Federal nº 6.368/1976, que previam o tratamento para pessoas com dependência física ou psíquica em serviços ambulatoriais ou em espaços de internação. Os diferentes dispositivos assistenciais ao usuário de drogas tinham como finalidades salvar, recuperar, tratar e punir.

Tantas motivações ambíguas ainda são constatadas nos dias atuais e se apresentam nas práticas de saúde nessa área. É importante notar que nos primeiros centros de tratamento não eram atendidos alcoolistas, evidenciando que a assistência era primordialmente a usuários de drogas ilícitas, reafirmando compromissos assumidos no plano internacional repressivo e não orientadas pelas necessidades da atenção à saúde (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Na década de 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) começa a discutir e a propor ações de saúde para pessoas que fazem uso de drogas. Tais ações foram inicialmente desenvolvidas em programas de prevenção à AIDS, por meio de projetos de Redução de Danos. O parecer favorável ao desenvolvimento desses projetos emitido pelo Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), órgão responsável pela regulamentação da temática de drogas à época, foi fundamental para reconhecê-los como ações de saúde pública, favorecendo a redução das barreiras legais que permitiam interpretá-los como “incentivo ao uso de substâncias ilícitas”. Os projetos de redução de danos deram visibilidade à quase inexistência de ações de atenção ao usuário de drogas no setor público de saúde, além de fornecerem subsídios técnicos, teóricos e ideológicos para a

formulação de uma política de atenção a usuários de drogas no (SUS) (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Foi também na década de 1990, ainda que sem articulação com a atenção no sistema público de saúde, que se registrou a maior ampliação do número de comunidades terapêuticas no Brasil (BRASIL, 2004b). Com o apoio do Confen as comunidades terapêuticas, empreendimentos pessoais ou de grupos religiosos, expandiram suas ações se aproximando do setor público e do meio acadêmico, se organizando e reivindicando financiamento público (MACHADO; MIRANDA, 2007). Ainda assim, e apesar das pressões políticas, as comunidades terapêuticas não estabeleceram nenhuma articulação mais consistente com o Ministério da Saúde, que mantinha alguma resistência à solidificação de um entendimento que não se pautava por aspectos técnicos e ideológicos, próprios ao campo da saúde.

Em 2000 foi instituído o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), sendo composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (Conad), tendo o Confen sido extinto dois anos antes. Ambos os órgãos foram alocados no Gabinete Militar. O Sisnad tinha a função integrar as atividades de repressão ao uso, tráfico e produção da droga e de prevenção, incluindo tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Em 2003 o Ministério da Saúde publica a sua Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, sem contribuição direta da Senad. A Política propõe que a atenção a usuários de drogas seja feita a partir de uma concepção ampliada de Redução de Danos, em uma rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS): Unidades básicas de saúde, Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps AD) e hospitais gerais. A Senad concentrou seus esforços no campo da assistência na melhoria e na busca de financiamento para as comunidades terapêuticas, com um alinhamento maior ao ideal de repressão ao uso de drogas, e menor com os propósitos e diretrizes do SUS.

A Lei Federal nº 11.343/2006, que substituiu a Lei Federal

nº 6.368/1976, conhecida como “Lei de Drogas”, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Apesar de manter o viés proibicionista, a Lei indica medidas para prevenção, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, baseadas no respeito incondicional ao usuário de drogas, observando direitos fundamentais, princípios e diretrizes do SUS e da política Nacional da Assistência Social; recomenda a atenção ao usuário de drogas e seus familiares de forma multidisciplinar e com adoção de estratégias que considerem suas peculiaridades socioculturais; pede a observância das orientações do Conad e o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social e políticas setoriais específicas.

Na Lei Federal nº 11.343/2006, a redução de riscos e danos é definida como diretriz para atenção ao usuário de drogas, em meio à proposições repressivas e criminalizadoras. Nesta circunstância, Salo de Carvalho (2016) aponta que embora alterações básicas perceptíveis no modelo legal de incriminação da Lei Federal nº 11.343/2006 sejam notadas, mantém inalterado o sistema proibicionista. Desta forma Carvalho (2016) afirma:

Ocorre que os princípios e diretrizes previstos na lei 11.343/06, notadamente identificados com políticas de redução de danos, acabam ofuscados pela lógica proibicionista, não representando senão mera carta de intenções direcionada ao sistema de saúde pública. É notório que em matéria de direitos sociais, sobretudo aqueles relativos às áreas da educação e da saúde, se a legislação não determinar claramente as ações e os órgãos competentes, prevendo mecanismos de responsabilização administrativa, a tendência é de as pautas programáticas restarem irrealizadas (CARVALHO, 2016, p. 225).

Pode-se observar que, em termos de fundamentação técnica e política, a lógica da redução de danos apresenta-se transversal ao texto da Lei Federal nº 11.343/2006. Em seu Título III – Das atividades de Prevenção do Uso Indevido, Atenção e Reinserção Social de

Usuários e Dependentes de Drogas – no Capítulo I, determina-se que as atividades de prevenção do uso de drogas sejam dirigidas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção. No Capítulo II, entre as atividades de atenção e de reinserção social de usuários ou dependentes de drogas e suas famílias, estão aquelas atividades que buscam a melhoria da qualidade de vida e a redução dos riscos e danos associados ao uso de drogas, além de sua integração ou reintegração em redes sociais (BRASIL, 2006).

No entanto, a mesma Lei Federal mantém a criminalização da posse para uso pessoal, estabelecendo pena de advertência, prestação de serviços à comunidade, presença em programa ou curso educacional e, em caso de inadimplência, repreensão e multa, afastando apenas a previsão de pena privativa de liberdade. Para Karam (2008), desta forma, mantém a criminalização da posse para uso pessoal, de forma que no campo do consumo não acarreta nenhuma mudança expressiva:

A Lei 11.343/06 repete as violações ao princípio da lesividade e às normas que, assegurando a liberdade individual e o respeito à vida privada, estão ligadas ao próprio princípio da legalidade, que, base do Estado de direito democrático, assegura a liberdade individual como regra geral, situando proibições e restrições no campo da exceção e condicionando-as à garantia do livre exercício de direitos de terceiros (KARAM, 2008, p. 116).

Alguns estudos de natureza qualitativa assinalam ainda que as leis e políticas relacionadas às drogas ilícitas no Brasil não garantem a segurança, não respeitam os direitos humanos, não reduzem o acesso às drogas e não promovem a reinserção social do usuário (SILVA, 2009; VENTURA, 2009). Quanto ao grau de punibilidade das leis, o estudo de Ventura et al. (2009) enfatiza, a partir da percepção dos entrevistados, que as pessoas devem ser presas quando vendem, se comportam violentamente ou quando traficam, de maneira que as

pessoas não devem ser presas por usarem ou comprarem drogas ilícitas (VENTURA ET ALI., 2009). Os resultados alcançados pelo estudo de Silva et al. (2009) ratificam a influência direta das leis e políticas nacionais nas atitudes e comportamentos dos indivíduos, com a percepção de que houve mudanças recentes em benefício da reabilitação dos usuários apesar do desrespeito aos seus direitos humanos (SILVA ET AL., 2009).

### **As propostas legislativas e os modelos de atenção ao usuário de drogas**

Em análise realizada sobre os discursos presentes nas políticas públicas de atenção às pessoas que fazem uso de drogas no Brasil, Alves (2009) identificou duas principais concepções políticas, o Proibicionismo e a Redução de Danos (ALVES, 2009).

O modelo moral/criminal e o modelo de doença justificam a demanda do consumo de drogas na perspectiva do Proibicionismo. Esforços se concentram na redução da oferta e da demanda de drogas, por meio de ações de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas, e o tratamento dos usuários admite a abstinência como única meta plausível (ALVES 2009).

Um enfoque político alternativo surgiu, a Redução de Danos, apesar da hegemonia do discurso político proibicionista. A ideia de uma sociedade livre de drogas perde completamente o sentido ao se observar que o consumo de drogas na história da humanidade sempre foi e sempre será ininterrupto (RITTER; CAMERON, 2005). Desta forma, passa-se a delinear estratégias para reduzir os danos relacionados ao uso prejudicial, seja para o usuário ou para a sociedade em que se insere. No paradigma da Redução de Danos, as drogas passam a ser reconhecidas como um problema social complexo e deixam de ser referidas como uma ameaça, acolhendo ao usuário considerando seu direito à cidadania, inclusive o direito ao consumo, promovendo redução de danos sociais e à saúde e o acesso aos bens e serviços de saúde pública (ALVES, 2009; TAMMI; HURME, 2007).

Ventura (2011) avalia que existe um “movimento de

liberalização” das leis sobre drogas ilícitas no Brasil, aproximando-se gradativamente das diretrizes dos acordos internacionais que procuram equilibrar os direitos humanos dos usuários de drogas e as políticas de segurança pública e de saúde. Em verdade, “o proibicionismo é um conjunto de leis e políticas que não deslançaram; na realidade, um conjunto de leis e políticas que falharam” (PERDUCA, 2005, p. 61). Em nenhuma parte do mundo ações de repressão à produção, comércio e consumo de drogas ilícitas sobrepujaram estes fenômenos. Pelo contrário, quanto ao tráfico ilícito de drogas observou-se o crescimento e sua repercussão negativa na política e na economia mundial (ALVES, 2009).

Entretanto, ao analisar o teor dos projetos de lei em tramitação, observa-se o retrocesso deste movimento, com propostas proibicionistas e de cunho moral. Na pesquisa realizada no banco de dados da Câmara dos Deputados, foram encontradas sete propostas legislativas, entre os anos de 2010 a 2017, em tramitação, que alteram a “Lei de Drogas” no Brasil em relação à atenção ao usuário ou dependente, conforme o Quadro 1.

Quadro 1- Propostas legislativas que alteram a Lei Federal número 11.343/2006

| PL        | Autor       | Partido                                    | Situação em janeiro de 2017  |
|-----------|-------------|--|--|
| 7663/2010 | Osmar Terra | Partido Trabalhista Brasileiro (PTB)       | Aguardando Apreciação pelo Senado Federal  |
| 6671/2013 | Major Fábio | Partido Republicano da Ordem Social (PROS) | Apensado ao PL 6644/2009 - Apensado ao PL 5857/2009 - Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Segurança Social e Família (CSSF) |

| PL        | Autor            | Partido                               | Situação em janeiro de 2017   |
|-----------|------------------|---------------------------------------|---|
| 6839/2013 | João Rodrigues   | Partido Social Democrático (PSD)      | Apensado ao PL 4941/2009 - Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado (CSPCCO)              |
| 7270/2014 | Jean Wyllys      | Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) | Apensado ao PL 7187/2014 - Aguardando Criação de Comissão Temporária pela MESA  |
| 8016/2014 | Eros Biondini    | Partido Trabalhista Brasileiro (PTB)  | Apensado ao PL 4345/2008 - Apensado ao PL 2085/1999 - Pronta para Pauta no PLENÁRIO (PLEN)  |
| 2580/2015 | Ronaldo Carletto | Partido Progressista (PP)             | Apensado ao PL 584/2007 - Apensado ao PL 434/1999 - Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) |
| 158/2015  | Roberto Lucena   | Partido Verde (PV)                    | Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)   |

Fonte: Elaborado pelas autoras com dados extraídos da pesquisa realizada

O Projeto de Lei 158/2015 do Deputado Roberto de Lucena, por exemplo, acrescenta dispositivo no art. 1.º da Lei Federal nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, renumera o parágrafo único e adiciona o § 2.º que propõe que sejam “consideradas drogas ilícitas a maconha, a cocaína, o *crack* e o *ecstasy* não passíveis de serem liberadas para consumo pelo órgão federal competente” (BRASIL, 2015a, p. 1). Em sua justificativa para tal projeto afirma:

Acredito que a solução mais razoável para reverter essa triste realidade que assombra as famílias brasileiras é considerar definitivamente ilícita e, portanto, não passível de serem legalizadas, aquelas drogas mais populares entre os jovens com alto potencial nocivo à saúde física e mental do usuário, como é o caso da maconha, da cocaína, do *crack* e do *ecstasy*. É o que pretendemos com

este projeto de lei; endurecer a política de combate ao uso de drogas visando preservar a vida dos jovens e as famílias brasileiras que sofrem as consequências dessa tragédia pessoal (BRASIL, 2015a, p. 3).

Neste mesmo sentido, o PL 6839/2013 do Deputado João Rodrigues opera a partir da lógica proibicionista sob a égide do modelo médico-sanitário-jurídico de controle. Tal modelo estabelece um duplo discurso ideológico cuja característica é a distinção entre o usuário/consumidor, a quem se sucede o discurso médico-psiquiátrico, e o traficante, a quem incide o discurso jurídico-penal (CARVALHO, 2016). No primeiro caso, o consumo de drogas é abordado como uma patologia biologicamente determinada e, portanto, seu enfrentamento se dá a partir da oferta de tratamento e reabilitação.

Já para o segundo, o enfrentamento incide no aprisionamento de pessoas consideradas criminosas e imorais (ALVES, 2009). Ao propor “internação, em unidades de saúde especializadas, para tratamento da dependência química, pelo prazo mínimo de seis meses” (BRASIL, 2013a, p. 1), acrescentando o inciso IV ao art. 28 da Lei Federal n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, a proposta promove um retrocesso em relação à lógica presente na legislação atual, ao vincular a internação ao capítulo III – dos crimes e penas. Tal proposição desconsidera princípios democráticos, como aponta Karam (2008):

A simples posse para uso pessoal das drogas qualificadas de ilícitas, ou seu consumo em circunstâncias que não envolvam um perigo concreto, direto e imediato para terceiros, são condutas que não afetam nenhum bem jurídico alheio, dizendo respeito unicamente ao indivíduo, à sua intimidade e às suas opções pessoais. Em uma democracia, o Estado não está autorizado a penetrar no âmbito da vida privada. Em uma democracia, o Estado não está autorizado a intervir sobre condutas de tal natureza, não podendo impor qualquer espécie de pena, nem sanções administrativas, nem tratamento médico

obrigatório, nem qualquer outra restrição à liberdade do indivíduo. Em uma democracia, enquanto não afete concreta, direta e imediatamente direitos de terceiros, o indivíduo pode ser e fazer o que bem quiser (KARAM, 2008, p.116).

Além disso, Pedrinha (2009) e Carvalho (2016) observam que há divergência do discurso jurídico-político-médico, conforme a identificação do indivíduo criminalizado, de forma que ao sujeito de classe média se aplica o discurso médico e do cuidado; quanto aos jovens pobres (negros em sua maioria), aplica-se o discurso penal.

Já o PL 8016/2014 do Deputado Eros Biondini parece desconsiderar direitos fundamentais de liberdade de crença ao “dispor sobre as atividades religiosas no tratamento sob regime de internação hospitalar aos pacientes dependentes de substâncias químicas” (Brasil, 2014a, p. 1), abrindo precedente que autoriza legalmente a imposição de uma ordem religiosa ao usuário em tratamento. De acordo com o PL proposto:

Art. 22 / § 1º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral ao dependente, incluindo atividades religiosas, serviços médicos, de assistência social, ocupacionais e outros serviços que se fizerem necessários em cada caso, visando sempre a recuperação e a reinserção social do paciente em seu meio(BRASIL, 2014a, p).

Deste modo, incorre-se no risco de o serviço ofertar uma assistência que conflita com os princípios e diretrizes instituídos pelo próprio art. 22, inclusive com o direito de não submissão a qualquer religião ou mesmo à fé espiritual, considerados os aspectos socioculturais.

O PL 2580/2015 do Deputado Ronaldo Carletto propõe a criação do Programa Nacional de Prevenção ao Uso de Drogas e estabelece suas diretrizes. Ao propor a inclusão de tal programa na Lei Federal nº 11.343/2016, não estabelece objetivos específicos ou mesmo a responsabilização por sua execução. Baseia-se no

Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (Proerd), ação com enfoque preventivo ao uso de drogas realizado por policiais militares, enfatizando o enfoque criminalizador ao tratar a prevenção no âmbito da segurança pública.

Observa-se que algumas propostas legislativas favorecem uma abertura à terceirização dos serviços de atenção ao usuário de drogas, com enfoque no tratamento baseado na privação de liberdade e de viés moralista. O PL 6671/2013, do Deputado Major Fábio obriga o Estado a custear o atendimento do usuário e do dependente de drogas em instituições privadas, na ausência de serviços de saúde públicos aptos a desenvolver programas de atenção a este usuário. Justifica afirmando a falha do sistema policial federal que não consegue reprimir o contrabando, alegando que a “incapacidade do Estado de cumprir com suas obrigações constitucionais está na base dessa situação” (BRASIL, 2013b, p. 2). Neste sentido, compreende-se que o PL 7663/2010 se contrapõe aos avanços constituídos com a Lei Federal nº 11.343/2006, que enfatiza em seu texto sobre princípios e diretrizes, no inciso III do art. 22, a “definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde” (BRASIL, 2006, p. 5).

Assim como o PL 6671/2013, o PL 7663/2010 do Deputado Osmar Terra destaca a inserção dos serviços privados na assistência a usuários de drogas. Propõe, inclusive, a participação destes serviços na elaboração e execução das políticas de drogas, compondo as instituições do sistema organizacional sob o Título II do PL, “Da Rede e do Sistema Nacionais de Políticas sobre Drogas”. O PL do Deputado Osmar Terra propõe alterações no art. 22, acrescentando os parágrafos 1.º e 2.º. O primeiro parágrafo trata dos objetivos que orientam a atenção ao usuário de drogas, incluído o inciso III, constando “desaprovar o uso de drogas, ainda que ocasional, cooperando com a vontade dos usuários, dos familiares ou com as disposições de sentença judicial advinda do previsto no art. 28 desta Lei, no tocante à submissão ao tratamento” (BRASIL, 2010, p. 20).

O parecer do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre o

PL 7663/2010, adverte: “Qualquer pessoa tem o direito de imaginar um mundo sem drogas, mas não se pode permitir que o País seja submetido a metas irrealizáveis, potencialmente violadoras de garantias individuais, e que serão nova e prodigiosa fonte para o desperdício de recursos públicos” (CFP, 2010, p. 20).

Dentre os sete PL, apenas um, o PL 7270/2014 do Deputado Jean Wyllys, apresenta propostas que não se baseiam no Proibicionismo e no modelo de atenção a ele relacionado. Este projeto divide-se em quatro partes. A primeira trata da regulação da produção e comercialização de *cannabis*; a segunda parte intitula-se “anistia e políticas públicas de redução da violência e da criminalidade relacionadas ao tráfico de drogas ilícitas”; na terceira parte veem-se as alterações à Lei Federal nº 11.343, de 23 de agosto de 2006; e a quarta parte propõe a criação do Conselho Nacional de Assessoria, Pesquisa e Avaliação para as Políticas sobre Drogas. Neste Projeto de Lei o Deputado Jean Wyllys propõe a substituição do termo “uso indevido” por “uso problemático” de drogas, e também troca os termos “usuários” ou “dependentes” por “pessoas que fazem uso problemático” de drogas. Desta maneira subverte-se o conteúdo moral nos termos originais, além de fazer uma distinção clara do tipo de uso ao qual se refere, diferenciando uso problemático do uso recreativo ou mesmo primeiro uso. Conforme consta no texto do projeto de lei (BRASIL, 2014b, p. 50):

O usuário de drogas não é mais tratado de forma preconceituosa como um infrator ou como alguém que precisa ser “reinserido” na sociedade, já que se estabelece a necessária distinção entre uso, uso problemático e dependência química, sendo o primeiro caso um direito individual, o segundo uma situação específica que requer atenção e ajuda porque ocasiona problemas concretos na vida cotidiana da pessoa e é ela mesma que solicita ajuda, e o terceiro uma questão de saúde que requer tratamento, que não poderá ser compulsório a não ser que esteja em risco a vida da pessoa (BRASIL, 2014b, p. 50).

O PL 7270/2014 propõe a descriminalização do uso ou consumo pessoal da *cannabis* com fins religioso, medicinal, recreativo ou qualquer outro. Também prevê ações estratégicas para uma Política de Redução de Danos, incluindo tal política, por exemplo, entre as atividades cuja responsabilidade de articulação, integração, organização e coordenação pertencem ao Sisnad. A concepção de Redução de Danos permeia todo o texto, principalmente ao tratar-se dos aspectos propostos no Título III da “Lei de Drogas” em vigor, alterando o título para “Das atividades de prevenção do uso problemático, atenção e reinserção social; dos direitos das pessoas que fazem uso problemático de drogas; e das políticas de redução de danos”. Além disso, institui no § 3º do art. 20 que “a realização de ações estratégicas de redução de danos, autorizadas por lei, e de outras que poderão ser definidas por regulamento do Ministério da Saúde, não configura ato ilícito de qualquer natureza” (BRASIL, 2014b, p. 22). Pollo-Araújo e Moreira (2008) corroboram:

A história nos mostra que as estratégias de RD [Redução de Danos] evoluíram, não estando mais voltadas somente às drogas ilícitas e aos danos associados ao uso de drogas injetáveis. Também se expandiram, sendo aplicadas a outros contextos que não apenas o médico. Concomitantemente, a RD ganhou lugar nas políticas públicas voltadas para as questões relacionadas às drogas e *status* de legalidade em diversos países e estados. Desde 1998, várias organizações não-governamentais e redes têm sido criadas com o objetivo de apoiar iniciativas de RD e desenvolver atividades nesse campo. Entretanto, há muito que se conquistar. No Brasil, apesar de seis estados disporem de leis sobre o assunto, as ações de RD ainda se apresentam, publicamente, de forma tímida (POLLO-ARAÚJO; MOREIRA, 2008, p. 17).

Em sua justificativa o Deputado Jean Wyllys discute pontos importantes, como a criminalização do porte para o consumo pessoal que viola “o princípio de reserva das ações privadas, ou seja,

trata-se de uma invasão do Estado na esfera íntima do indivíduo, constitucionalmente protegida” (Brasil, 2014b, p. 53). Neste projeto propõe um novo paradigma para ações de prevenção, educação, tratamento de dependentes e outras ações, baseado nos direitos humanos, nos princípios da autonomia, da liberdade e do cuidado responsável da saúde integral.

### **Considerações Finais**

No Brasil as leis e as políticas de repressão e criminalização do tráfico e do uso de drogas são influenciadas pela política proibicionista adotada de uma forma global.

Os resultados deste estudo apontam que as propostas legislativas reafirmam a solução do problema do tráfico ou mesmo do uso problemático por meio da repressão, apesar do fracasso do paradigma proibicionista apontado por alguns autores. A análise das propostas dos Projetos de Lei em tramitação, que buscam alterar a Lei Federal nº 11.343/2006, revela uma tendência de afirmação de uma concepção técnica e política baseadas no proibicionismo e em suas formas de atenção correlatas. Valorizam exclusivamente a abstinência como finalidade, bem como a privação de liberdade e o desrespeito às liberdades individuais como meios. Um único PL, o 7270/2014 do Deputado Jean Wyllys, constitui-se como exceção, ao propor a Redução de Danos como concepção que fundamenta as ações e políticas de atenção a usuários de drogas.

Observa-se um atraso, bem como um retrocesso, nas discussões propostas pelo poder legislativo, ressaltado o avanço das políticas internacionais na direção da descriminalização e regulamentação do uso de drogas, inclusive para fins recreativos, mesmo em países primariamente proibicionistas, como os EUA.

### **Referências**

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

BITTENCOURT, L. Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no Brasil. 1986. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1986.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 158/2015. Altera a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social 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, para excluir a exigência de autorização judicial e da presença do Ministério Público, para considerar como droga ilícita a maconha, a cocaína, o crack e o ecstasy, não passíveis de liberação para o consumo. 2015a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945672>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 2580/2015. Acrescenta dispositivo à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, criando o Programa Nacional de Prevenção ao Uso de Drogas. 2015b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1611552>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 6671/2013. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para disciplinar a obrigação do Estado de prestar assistência ao usuário e ao dependente de drogas. 2013b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=599059>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 6839/2013. Acrescenta o inciso IV e o § 8º ao art. 28 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para fixar pena de internação para tratamento de dependência química, pelo período mínimo de 6 meses, em estabelecimentos de saúde específicos para tal fim. 2013a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=602549>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 7270/2014. Regula a produção, a industrialização e a comercialização de Cannabis, derivados e produtos de Cannabis, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, cria o Conselho Nacional de Assessoria, Pesquisa e Avaliação para as Políticas sobre Drogas, altera as leis n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, 8.072, de 25 de julho de 1990, e 9.294, de 15 de julho de 1999 e dá outras providências. 2014b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=608833>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 7663/2010. Acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências. 2010. Disponível em: < <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483808>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 8016/2014. Acrescenta dispositivo a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre as atividades religiosas no tratamento sob regime de internação hospitalar aos pacientes dependentes de substâncias químicas. 2014a. Disponível em: < <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=623396>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

BRASIL. Lei nº 5.726 de 29 de Outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 out. 1971.

BRASIL. Lei nº 6.368 de 21 de Outubro de 1976. Dispõe sobre Medidas de Prevenção e Repressão ao Tráfico Ilícito e Uso Indevido de Substâncias Entorpecentes ou que Determinem Dependência Física ou Psíquica, e dá outras Providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 out. 1976.

BRASIL. Lei nº 10.409 de 11 de Janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 jan. 2002.

BRASIL. Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Área de Saúde

Mental. Levantamento das Comunidades Terapêuticas. Brasília, DF, 2004b.  
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. 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). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

CARVALHO, S. *A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Parecer do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre o Projeto de Lei nº 7663/2010. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Parecer-Conselho-Federal-de-Psicologia-PL-7663-2010.pdf>> Acesso em: 25 jun. 2017.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos*. São Paulo, n. 92, p. 9-21, 2012.

KARAM, M. L. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, p. 105-121, 2008.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.

MACHADO, A. R. Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

NOVAES, P. S. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 342, 2014.

PEDRINHA, R. D. *Notas sobre a política criminal de drogas no Brasil*:

*elementos para uma reflexão crítica*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.  
PERDUCA, M. Vamos criminalizar a proibição! In: ACSELRAD, G. (Org.). *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 51-63.

POLLO-ARAÚJO, M. A.; MOREIRA, F. G. Aspectos históricos da Redução de Danos. In: NIEL, M.; DA SILVEIRA, D. X. (Org.). *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde*. São Paulo, 2008. p. 11-19. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Dartiu\\_Silveira/publication/230824010\\_Drogas\\_e\\_reducao\\_de\\_danos\\_uma\\_cartilha\\_para\\_profissionais\\_de\\_saude/links/0912f5091662c969f2000000.pdf#page=11](https://www.researchgate.net/profile/Dartiu_Silveira/publication/230824010_Drogas_e_reducao_de_danos_uma_cartilha_para_profissionais_de_saude/links/0912f5091662c969f2000000.pdf#page=11)>. Acesso em: 5 abr. 2017.

RITTER, A.; CAMERON, J. Monograph No. 06: A systematic review of harm reduction. DPMP Monograph Series. Fitzroy. Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2005.

SILVA, M. B.; DELDUQUE, M. C. Patologização e penalização do uso de drogas: uma análise socioantropológica de proposições legislativas (2007-2010). *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 2015.

SILVA, J. et al. Familiares e pessoas conhecidas de usuários de drogas ilícitas: recorte de opiniões sobre leis e políticas públicas de uma comunidade da Zona Oeste do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 803-809, 2009.

TAMMI, T. HURME, T. How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. *International Journal of Drug Policy*, n. 18, p. 84–87, 2007.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Estimating Illicit Financial Flows Resulting from Drug Trafficking and Other Transnational Organized Crimes: Research Report, Viena, 2011. Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Illicit\\_financial\\_flows\\_2011\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Illicit_financial_flows_2011_web.pdf)> Acesso em: 2 out. 2017.

VENTURA, C. A. A. Drogas lícitas e ilícitas: do direito internacional à legislação brasileira. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 560-5, 2011.

VENTURA, C. A. A. et al. Políticas e leis sobre drogas ilícitas no Brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na Cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 810-816, 2009.

## Desvãos da dependência química

Arnor Trindade  
Bárbara Ferreira  
Cristiane Cunha

**M**eu nome é Fulano, sou um dependente químico, sofro de uma doença crônica incurável, reconheço que sou impotente perante a droga... Quem, no cuidado com usuários de drogas, não ouviu esse texto, repetido com profunda identificação e culpa, várias e várias vezes? Essa sequência de sentenças é proferida normalmente por um usuário adestrado num campo discursivo específico. Esse é o discurso da dependência química.

Mas o que é “dependência química”? Seria uma doença, de fato? Um jargão? Um rótulo? Examinemos alguns aspectos relacionados ao conceito dependência química e ao nominativo dele derivado “dependente químico” de modo a ensejar uma compreensão das repercussões dessa nomeação no campo da clínica nos serviços de atenção a usuários de drogas. Importante salientar que um conceito, qualquer que seja, é produzido por um campo discursivo, que engendra uma prática, que produz novos efeitos simbólicos, e que assim se dá, sucessivamente.

A expressão dependência química, amplamente utilizada por muitos profissionais, distingue de outras designações do campo como: toxicomania, drogadicção e mesmo dependência de drogas. No caso da expressão “dependência de drogas”, a preposição “de” faz muita diferença. Ela expressa a ligação entre duas palavras. Aqui a preposição pode incluir na sua sinonímia o “por causa de”, então dependência por causa de drogas, ou com: dependência com drogas ou mesmo dependência pelas drogas e também aquele que se destaca (dentre), dentre as dependências, as drogas. Nenhuma dessas interpretações enseja necessariamente o caráter substantivante da expressão dependência química, que parece estabelecer um

princípio derivativo e constitucional - a dependência é química aponta para o caráter intrínseco à presença do componente químico. Essa concepção abre o campo então para entender o “fenômeno” principalmente e quase exclusivamente a partir dos efeitos químicos das substâncias. Vale destacar também que o termo “dependente de drogas” assinala de um lado um sujeito, o dependente e de outro o objeto, a droga. A expressão “dependente químico” consubstancia, para usar um trocadilho, o sujeito com o objeto. Aí o sujeito desaparece e subsume-se à substância.

A repercussão disso no campo da clínica é enorme. A etiologia da “doença” é buscada e justificada apenas ou principalmente pela ação química no organismo. A partir daí, as concepções que trabalham com esse termo visam uma “cura” que nada mais é o que afastamento do indivíduo (organismo) do agente químico (substância). Esforço esse fadado ao fracasso, já que anuncia de antemão que uma vez dependente químico sempre dependente químico. A ênfase na química vai fazer com que esse movimento busque a explicação para o fenômeno principalmente a partir das substâncias químicas em jogo, destacando na etiologia dos problemas apresentados pelo uso de drogas, as reações químicas promovidas no organismo pela sua administração, ficando em segundo plano todos os aspectos que estão relacionados ao uso de drogas como os históricos, culturais, contextuais e psíquicos. A explicação se torna fundamentação e explica todo o complexo fenômeno das drogas pelo efeito de algumas substâncias eleitas no organismo do animal humano – qualquer um - a partir de bases neurobiológicas. Nesta perspectiva, Garcia (2014) afirma:

A maioria das drogas de abuso, como o álcool, os opioides e a nicotina influenciam a concentração de dopamina no sistema de recompensa de forma indireta, pelo bloqueio do controle inibitório dos neurônios gabaérgicos na área tegumentar ventral. Já a cocaína e as anfetaminas atuam diretamente no núcleo *accumbens* impedindo o processo natural de recaptação da dopamina na

fenda sináptica, aumentando a concentração desse neurotransmissor no espaço extracelular. Esses dois mecanismos causam um aumento do número de impulsos dopaminérgicos no núcleo *accubens*. Essa alteração bioquímica é responsável pelas sensações de prazer e euforia sentidas pelo usuário e é o reforçador positivo para o comportamento de autoadministração da droga (GARCIA, 2014, p. 29).

Todas as drogas psicotrópicas agem no cérebro causando modificações nos neurônios e circuitos cerebrais. Estas modificações causam efeitos sentidos a curto prazo e que passam com o término do efeito da droga. O uso repetido de drogas causa lesões nos neurônios e circuitos cerebrais. Estas alterações podem modificar permanentemente o circuito de recompensa causando a dependência química, que é uma doença crônica caracterizada pela fissura e pela perda de controle inibitório do uso da droga. (GARCIA, 2014, p. 31)

À preponderância e relevância da dimensão química se soma a necessidade positivista de quantificação, numa compreensão meramente quantitativa entre o normal e o patológico. Supõe-se um estado original normal (sem o uso de drogas) e um estado posterior doente (com o uso de drogas). Estabelecem-se, assim, os critérios de diagnóstico a partir da quantificação de dados: quantas vezes usou, que quantidade usou, etc. com um derivativo quantitativo para a dimensão social e relacional do indivíduo: quantas vezes desejou usar, quantas vezes faltou ao trabalho, quantas vezes alguém se queixou do seu comportamento.

No Manual de Abordagem de Dependências Químicas, observa-se os esforços dos autores para tentar definir um campo nosológico com bases científicas de modo a incluir a dependência química no rol de doenças classificáveis. Um dos autores afirma que “A disponibilização de recursos públicos ou privados para a prevenção e tratamento da dependência química depende de algumas premissas.

A primeira é que se reconheça a dependência química como uma doença ou agravo à saúde” (Garcia, 2014, p. 219). Trata-se aqui de um duplo movimento, que não esconde sua estratégia política: reconhecer a dependência química como doença e fazer jus aos recursos públicos e privados (para os serviços que trabalharem com essa concepção, leia-se).

O esforço para definir a dependência química esbarra em diversas contradições: é um problema de saúde, mas tem uma questão moral (é errado), é uma doença crônica, mas pode ser que não tira a possibilidade de escolha do indivíduo, mas os melhores tratamentos são os voluntários, etc. (GARCIA, 2014). Nota-se aí uma grande imprecisão. Portanto não é, a despeito da roupagem científica, um campo confortável e bem estabelecido.

É importante salientar que os manuais médicos e psiquiátricos, muitas vezes citados, não reconhecem a expressão dependência química. O DSM IV e o CID 10, embora também enfatizem o caráter orgânico, não mencionam dependência química ou o equivalente na língua inglesa: *chemical dependence*. Não há, portanto, uma categoria nosológica denominada dependência química, como faz parecer no artifício usado no livro citado e repetido à revelia pelos “especialistas”. Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), a descrição é de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas específicas ou grupo de drogas, categorizando em níveis de comprometimento ou de acordo com os sintomas apresentados, como 1, 2, 3, etc. Assim, dentro de uma classificação geral, a de transtorno mental, há classificações derivativas, relacionadas ao uso de substâncias, e dentre essas as especificações sintomáticas específicas. Não há uma categoria nosológica denominada dependência química, como postulam e querem fazer crer os sustentadores desse discurso.

Há o reconhecimento da insuficiência e imprecisão do termo como, por exemplo, afirma Laranjeira (2004): “A resposta à pergunta o que é dependência química ainda não está clara, apesar dos inúmeros estudos realizados” (LARANJEIRA, 2004, p. 03).

Entretanto, os autores que militam em torno do conceito sustentam o positivismo no discurso. O mesmo autor, em outro momento, afirma “A dependência química pode ser entendida como uma alteração cerebral provocada pela ação direta da droga nas diversas regiões cerebrais” (LARANJEIRA, 2004, p.13).

Uma característica presente nesse discurso, aliada à intenção de certa cientificidade, pautada no recurso à biologia e aos manuais e catálogos médicos, que lançam mão da tentativa de quantificação de atributos psíquicos e de comportamentos variados, relaciona-se com uma concepção maniqueísta das drogas, que faz com que sejam vistas como entes malignos. Ora, essa postura de antemão colocada não corrobora os argumentos de neutralidade científica postulados. Carneiro (2005), em oposição a essa concepção, destaca a multiplicidade de usos e significados das drogas:

Drogas psicoativas podem agir como remédios ou venenos, alimentos ou bebidas, analgésicos ou anestésicos, eutanásicos ou instrumentos pra sonhar, divindades ou demônios, seus usos abrangem o nascimento e a morte, o prazer e a dor, o desejo e a necessidade, o vício e o hábito. Podem despertar e estimular a vigília ou adormecer e acalmar o ânimo. Abrem o apetite ou tiram a fome. São ataçadoras da sexualidade ou anuladoras da excitação. Seus usos múltiplos alimentam e espelham a alma humana. (CARNEIRO, 2005, p. 06).

Ao lado das elaborações de cunho científico, os propagadores da dependência química sustentam uma decisão anterior de destacar os aspectos nefastos que os usos de drogas podem propiciar. Podemos desconfiar aqui da cruzada moral que é mobilizada por traz do discurso (pseudo) científico da dependência química. Afirma-se com persistência o caráter maligno das drogas, expondo o caráter ideológico que sustenta essa construção discursiva, aliando verdades médico-científicas a um fundo lodoso viciado por concepções morais.

Como bem nos alerta Silva “...os saberes médico e jurídico

fazem par com discursos morais, religiosos, policiais e políticos e são, hoje, os representantes autorizados para tratar da questão” (SILVA, 2014, p. 39) A questão que talvez seja relevante levantar é a quem serve esse discurso? Em uma sociedade capitalista, pode-se também interrogar: quem lucra com ele?

No fundo, é uma questão de legitimação de um conceito de forma a cancelar as práticas que dele derivam. Vale lembrar que, além de não se sustentar enquanto conceito, por mais que tente se ancorar no discurso científico, o termo dependência química não é estabelecido no âmbito das políticas públicas. Na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, do ano de 2003, ele sequer aparece, assim como nas portarias e decretos posteriores que estruturam o campo. Na Lei Federal nº 11.343/2006, a lei sobre drogas em vigor no país, a expressão também não é citada.

No âmbito da clínica, o discurso da dependência química parece se opor às concepções formuladas em torno do conceito de redução de danos, esse sim estabelecido como conceito basilar nas políticas públicas. As implicações éticas, ideológicas e metodológicas oriundas desses campos discursivos estão colocados lado a lado. A ambiguidade e o paradoxo, pensamos, nem sempre são percebidos pelos profissionais. É preciso discutir na clínica quais as contradições presentes nas práticas e nos discursos, de modo a produzir uma clínica crítica, e não refém do discurso majoritário, porém equivocado, da dependência química.

## **Referências**

BRASIL, Ministério da Saúde: Saúde Mental nos SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL, Ministério da Saúde: A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 2.ed. Brasília, 2006

BRASIL, Ministério da Saúde: Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília, 2004

BRASIL, Secretaria Nacional Antidrogas: Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2005

CANGUILHEM, Georges: *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 6ed.

CARNEIRO, Henrique: *Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

FIGLIE, Neliana Buzi: *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2004.

GARCIA, Frederico Duarte (organizador): *Manual de abordagem de dependência química*. Belo Horizonte: Utopika Editorial, 2014.

LARANJEIRA R, Ribeiro, M. A Evolução do conceito de dependência química. In: Gigliotti A, Guimarães, A. *Dependência, Compulsão e Impulsividade*. Rio de Janeiro, Rubio, 2006.

LARANJEIRA R, Da SILVA, CLÁUDIO J: Neurobiologia da Dependência Química. In: FIGLIE, Neliana Buzi. *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca, 2004.

OMS, Organização Mundial de Saúde: CID-10- Classificação Internacional de Doenças; tradução Maria Cristina Monteiro. São Paulo: ARTMED, 2007.

RUI, Taniele. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

SILVA, Rosimeire Aparecida da: Reforma psiquiátrica e redução de danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam. 2015. Dissertação. Faculdade de Med. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Belo Horizonte.



# Um olhar sobre o estigma: desconstruindo posturas estigmatizantes

José Egídio Garcia  
Daniene Cássia dos Santos

 O consumo de drogas, presente desde os primórdios da humanidade, tem levantado, na contemporaneidade, questões quanto aos aspectos sociais, políticos e econômicos dele decorrentes, assim como o uso abusivo e a criminalização do seu comércio. Estas questões se manifestam tanto nas formas de cuidado dispensadas aos usuários de drogas, nos acolhimentos das demandas espontâneas ou de seus familiares, como nos encaminhamentos dos serviços da Rede de Saúde, da Educação, da Justiça, do Conselho Tutelar, entre outros. Além das percepções sobre o uso de drogas expressas na ação dos trabalhadores de serviços de saúde em geral, ao chegar ao serviço, o próprio usuário e seus familiares trazem estigmas envolvendo as suas percepções sobre a relação com as drogas, os seus sofrimentos, as suas expectativas, o seu tratamento, as suas escolhas e a construção do projeto terapêutico singular.

A partir do trabalho desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial destinado ao atendimento aos usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD) do município de Ribeirão das Neves (MG), estas questões têm promovido uma reflexão acerca da prática, apontando para a necessidade de trazer à luz reflexões sobre o processo de estigmatização dos usuários de álcool e outros tipos de drogas, bem como em que medida esses processos podem se constituir em barreiras no acesso e na construção do vínculo do usuário no estabelecimento de saúde, influenciando em sua busca por tratamento.

Visões reducionistas sobre os usuários de drogas, muitas vezes alardeadas pela mídia e apropriadas pela população em geral, consideram-nos sob dois vieses: o viés do uso de drogas como

doença e o viés do uso como conduta desviante, um desvio moral, com implicações para o tratamento que, sob estes dois vieses, terminam por valorizar as internações (para o doente), ou o encarceramento (para o desviante). O CAPS AD, ao contrário, constitui-se em um dispositivo de tratamento para acolher seus usuários em crise, sendo também fundamental para oferecer atenção psicossocial ao usuário de álcool e outras drogas a partir de uma orientação que os considere enquanto cidadãos autônomos, sujeitos de direitos, como os demais brasileiros. O enfrentamento do estigma é fundamental para a melhoria do atendimento aos usuários. A portaria que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ratifica a importância deste tema ao incluí-lo entre suas diretrizes, sob o título: “Combate ao Estigma e Preconceito” (BRASIL, 2011).

O Relatório Final da III Conferência de Saúde Mental cita o estigma quando descreve o acesso e a participação em programas de educação, aos serviços de Saúde Mental e aos direitos dos usuários privados de liberdade (BRASIL, 2002). A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas cita os principais fatores que reforçam a exclusão social, sendo um deles a estigmatização dos usuários. Também afirma que um dos objetivos do CAPS AD é trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativo ao uso de substância psicoativa mediante atividades de cunho preventivo e educativo (BRASIL, 2003).

Buscamos aqui identificar os principais estigmas relacionados aos usuários de álcool e outras drogas e trazer contribuições para a reflexão sobre sua expressão no cotidiano e seu enfrentamento.

### **O estigma e os usuários de drogas**

A conceituação de Estigma remonta aos gregos, sendo um termo utilizado para diferenciar as pessoas por meio de uma marca no corpo, feita por ferramentas e fogo, sendo um sinal visível (GOFFMAN, 1988). Quem os via, sabia que seu portador devia ser evitado publicamente. A marca indicava que seu portador pertencia a pessoas que deveriam ser evitadas, como os escravos, os criminosos,

os possuídos, os traidores. Goffman (1988) desenvolveu, a partir do conceito de estigma, o termo Estigma Social. Este, ligado a um atributo depreciativo, confere ao sujeito uma desvantagem social. A estigmatização, enquanto processo sócio histórico, expressa-se de diferentes formas em diferentes contextos, transformando-se ao longo do tempo e adquirindo diferentes feições dependendo da cultura e sociedade onde pode ser observado.

Dessa forma, a estigmatização pode ser compreendida como um processo dinâmico e contextual, produzido socialmente, moldado por forças históricas e sociais, moderado por efeitos imediatos do contexto social e situacional sobre a perspectiva do estigmatizador, estigmatizado e da interação entre os dois (SILVEIRA et al., 2011, p.132).

É fundamental a compreensão de como os sujeitos constroem categorias de estigmatização e como se relacionam com elas, como essas crenças estereotipadas podem gerar consequências sociais nos campos afetivo, cognitivo ou comportamental. (SILVEIRA et al., 2011). Conforme Ronzani et al. (2014, p.25) “o estigma é uma construção social que representa uma marca, a qual atribui ao portador um status desvalorizado em relação aos outros membros da sociedade”.

A estigmatização do usuário de drogas – em especial de drogas ilícitas – é uma construção social, decorrente de diversas forças, presente no discurso hegemônico e também sustentada pelas pessoas sobre as quais os efeitos do estigma são percebidos. Alguns usuários que chegam ao CAPS AD trazem discursos fragmentados e carregados de preconceitos e estigmas. Eles são expressos, muitas vezes, nos acolhimentos como, por exemplo, quando os usuários são perguntados sobre a relação estabelecida com alguma droga, respondem tratar-se de falta de vergonha na cara. Em outras ocasiões, indagados sobre sua perspectiva de vida, respondem que são fracassados.

Os usuários de drogas, conectados ao contexto sócio histórico

em que estão inseridos, podem terminar por reproduzir a mesma concepção estigmatizante em seu cotidiano, submetendo-se às condições de exclusão, depreciação e mesmo morte, como se fossem merecedores, uma vez que fazem uso de drogas. Segundo Ronzani et al. (2014), são concepções negativas trazidas da sociedade, da família e da própria interpretação que os indivíduos tomam para si, o que caracteriza a internalização deste estigma. Trata-se de uma concordância com sentimentos de menos valia que trazem resultados negativos na vida do sujeito estigmatizado. Segundo Felicissimo et al. (2013, p.118) “é uma consequência direta do estigma público, devendo o indivíduo, primeiramente, se conscientizar desse estigma, concordar com ele e aplicá-lo a si mesmo”.

Soares et al. (2011a) constataram que apesar da existência de vários estudos em relação ao estigma, não havia uma forma de avaliar este estigma internalizado pelos usuários de álcool e outras drogas. Estes autores adaptaram e validaram no Brasil a escala “Internalized Stigma of Mental Illness” (ISMI) a partir de trabalho com usuários de instituição pública especializada em tratamento de dependência do álcool e outras drogas e de um hospital público em Juiz de Fora/MG (SOARES et al., 2011b). A escala se constitui em uma ferramenta para avaliar os estigmas subjacentes às concepções dos profissionais de saúde e dos usuários de drogas sobre o uso das mesmas.

Os estigmas trazidos pelos usuários, referentes ao uso de álcool e outras drogas, estão relacionados à concepção que eles têm de si, da relação que se estabelece com uso das substâncias, de uma visão do senso comum, além do tipo de drogas que o sujeito utiliza. Faria (2014), constatou que a comunidade de Ceilândia/DF relaciona o uso de drogas à concepção de doença, à violência e ao desvio moral, sendo os usuários de *crack* considerados por eles como “perigosos”.

Bard et al. (2016), procuraram avaliar estigmas e preconceitos vividos pelos usuários de *crack* na região metropolitana de Porto Alegre (RS). Observaram que estes usuários são percebidos e estigmatizados de formas diferentes, tendo os usuários de *crack* sofrido maior discriminação. Traziam sobre si a marca do uso de uma

droga ilícita, sofrendo efeitos sociais de uma concepção de usuário de drogas a partir de uma perspectiva moral e criminalizadora. Na atualidade, frequentemente são tratados como indesejados, excluídos, e em condição de não exercício da cidadania (BASTOS et al., 2014).

Os próprios usuários também se tornam agentes deste processo de estigmatização, inclusive sobre si. Isso pode ser percebido em seu discurso dentro dos próprios serviços destinados ao seu atendimento, por exemplo, ao enfatizarem somente o uso de álcool, fazendo uma diferenciação de quem faz uso de alguma droga ilícita, como se esta última fosse “droga” e a bebida alcoólica, não. Um usuário de *crack*, durante uma oficina de cultura, em Ribeirão das Neves, corrobora esta postura estigmatizante ao relatar que fica muito incomodado quando os seus colegas de tratamento se apresentam dizendo que usam bebida alcoólica e omitindo o uso de *crack*. Outra fala de um usuário em regime de Permanência Dia<sup>1</sup> remete ao estigma da exclusão quando pede para não fazer a oficina de música na Praça de Neves porque “eles estão sujos, vêm pegar na mão da gente e pedir dinheiro”, referindo-se aos dependentes de álcool e outras drogas que estão em situação de rua. Diante destes comentários recorrentes nos próprios serviços, seja na Permanência Dia, seja nos grupos e oficinas, no CAPS AD, emergem questões relacionadas ao pecado, ao sujo como, por exemplo, na frase “eu estou limpo hoje”, vindo daí a justificativa de que não se deve misturar com os sujos da praça.

### **O estigma do uso de drogas e as famílias**

Em relação ao estigma, torna-se indispensável reconhecer e promover uma reflexão acerca dos estigmas reproduzidos pelas famílias dos usuários que, não raro, foram consideradas também responsáveis pelo adoecimento dos usuários. A família também reproduz concepções do senso comum, orientada pelo discurso moral e tomada pelo preconceito em relação ao uso de drogas ilícitas. Diante disso, algumas famílias tendem a se afastar de seus familiares

---

<sup>1</sup> Espaço físico e abstrato, nos CAPS's, destinado ao tratamento do usuário em período de tempo limitado.

que se envolvem com as drogas, segundo Bastos e Bertoni (2014). A ausência de apoio familiar e medo da discriminação e estigmatização podem influenciar negativamente as perspectivas de cuidado à saúde destes indivíduos.

A Reforma Psiquiátrica e a regulamentação das Políticas Públicas sobre o tratamento do usuário de álcool e outras drogas convocam a família a exercer um papel fundamental no tratamento dos usuários. Melo et al. (2012) debatem alguns desafios deste paradigma, dentre eles, o relato de que a família também é estigmatizada e às vezes sofre mais que o dependente de drogas devido ao sentimento de culpa, vergonha e fracasso que carrega frente aos demais familiares. Em decorrência disso, devido a este contexto estigmatizado, o relacionamento entre familiares e usuários é afetado (MELO et al., 2012). Além destas dificuldades, as questões sociais vêm contribuir de forma negativa, como famílias em vulnerabilidade social, sejam famílias com poucos recursos afetivos, bem como pouco conhecimento em relação ao consumo de drogas e das políticas de tratamento. Estes impasses podem reforçar o processo de estigmatização.

Souza & Pinto (2012) reforçam a necessidade de romper com os estigmas que acompanham o usuário de drogas, estigmas que podem partir também da família. Ronzani et al. (2014) apontam que a família quando atua como fonte de estigma e rejeita o usuário, reforça sua situação de vulnerabilidade. Os usuários do CAPS AD relatam, algumas vezes, que pessoas de sua família não deixam bolsas por perto ao pressupor que serão roubadas, partindo de uma premissa carregada de estigma, de que “todo usuário de drogas rouba”. Outros relatam que quem usa drogas é mal visto pela família.

Silva (2014), em pesquisa realizada com familiares atendidos em um CAPS AD em Salvador (BA), relata que os usuários de substâncias psicoativas, na maioria das vezes, não falam para os seus familiares que usam drogas, não por considerarem que isso seja um problema e sim por medo da rejeição por parte da família e da sociedade. Todo preconceito e estigmatização se reflete na percepção

da família em forma de angústia e desespero. Estes sentimentos são visivelmente compartilhados no grupo de familiares do CAPS AD. Alguns participantes trazem a dificuldade de diálogo entre eles, principalmente, quando se trata de drogas.

Em reuniões com familiares no CAPS AD, é preciso estar atento a posturas que não “dão conta” da situação e, no desespero, demandam do serviço algum tipo de solução. Monteiro (2013) relata que a família sofre estigma e discriminação através de estereótipos impostos pela contemporaneidade. A comunidade onde está inserido o indivíduo exige dele a capacidade de exercer o controle sobre os seus comportamentos e, quando isso não acontece, o trata de forma intolerante e preconceituosa (MONTEIRO, 2013).

### **O estigma e os profissionais dos serviços**

Os estigmas presentes na visão dos profissionais que atendem os usuários de drogas afetam a qualidade do tratamento ofertado. Isto pode ser percebido em comentários como: aqui não é hotel, de novo aquele sujeito, já estou cansado dele, ele não quer nada com a vida. São comentários que se escutam na prática cotidiana. Gomide et al. (2010) investigaram formas estereotipadas subjacentes às atitudes negativas de trabalhadores de um Hospital Geral, comparadas com serviços da Saúde Mental no Município de Juiz de Fora/MG, incluindo os profissionais de nível médio e superior de diversas áreas. De acordo com o estudo, entre outros resultados, depararam-se com o fato de que profissionais de diferentes níveis de escolaridade apresentam diferentes visões em relação aos usuários, em especial os alcoolistas. Acreditam que o fato de que os profissionais de nível superior receberem mais informações a respeito do problema do álcool e outras drogas do que aqueles de nível técnico possa explicar este fato (GOMIDE et al., 2010), o que destaca a importância do investimento em educação permanente em saúde para os trabalhadores.

Segundo Ronzani et al. (2014), as crenças que circulam no senso comum vêm dizer de uma condição de culpa, de fraqueza, de violência, de periculosidade do usuário de drogas e, além de prejudicá-

lo, podem levar os profissionais ao não investimento no tratamento. Quando se faz uma avaliação preconceituosa de que não vale a pena investir nos cuidados com os usuários reforçam-se os estigmas da exclusão, do não merecimento e da manutenção da invisibilidade deste usuário enquanto sujeito.

Amaral (2016) avaliou as atitudes dos trabalhadores do Centro de Acolhimento a dependente de álcool e outras drogas, no município de Vitória/ES. Concluiu que;

apesar de o Centro de Acolhimento ser um serviço especializado para atender a demandas advindas da dependência química, os profissionais relataram que na fase de implantação do serviço apresentaram atitudes estigmatizantes e demonstraram em suas falas certa insegurança quanto ao conhecimento para atuar na área. (AMARAL, 2016. p. 87-88).

A falta de conhecimento pode levar o trabalhador a adotar posturas estigmatizantes. Por outro lado, à medida em que vão se apropriando do serviço, das práticas e, sobretudo, do conhecimento subjacente a estas práticas, os trabalhadores podem começar a ter outro posicionamento diante do usuário e dos cuidados ofertados.

Em estudo realizado por Barbosa (2013) no município de Vitória de Santo Antão/PE, com a equipe de Enfermagem, sobre cuidados com usuários de álcool de um hospital, os resultados evidenciaram que a percepção dos pesquisados era de que o alcoolista era visto como uma pessoa difícil de lidar, indisciplinado, agressivo, que não seguia as regras da instituição. Estes profissionais demonstraram que não estavam preparados para lidar com o usuário de álcool (BARBOSA et al., 2013).

A Pesquisa Nacional sobre uso de Crack indica que:

Habitualmente, usuários de drogas são pessoas marginalizadas, às voltas com experiências de estigma e preconceito que influenciam de forma negativa seu estado de saúde ao dificultar, ou mesmo impedir, o acesso delas a serviços de

As observações e as reclamações sobre os usuários de drogas dão conta de que realmente eles encontram resistência às portas de acesso ao tratamento de saúde, tais como Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais, e outros. Em vários destes serviços há regras como não receber o usuário se estiver sem acompanhante. Se, entre os princípios do SUS está a Universalidade de acesso, cabe questionar a estes serviços, que acesso é este que está restrito a determinadas condições? Às vezes o profissional do CAPS AD tem que acompanhar o usuário para garantir que ele tenha um atendimento que é direito de todos que procuram a saúde. Estas são posturas nas quais está subjacente o estigma em relação aos usuários de drogas.

### **Efeitos da estigmatização**

Segundo Alves (2009) as políticas referentes ao consumo de álcool e outros tipos de drogas fundamentadas no paradigma do proibicionismo que teve seu início no século XIX nos Estados Unidos e espalhou-se pelo mundo, trabalha a lógica da redução da oferta e da demanda por meio de condutas repressivas e de encarceramento. O tratamento dispensado aos usuários de drogas é baseado no “modelo moral/criminoso” e no “modelo de doença”. Estes modelos tomam como parâmetro a abstinência total e cobram dos usuários uma exigência exacerbada que se torna barreira ao acesso no serviço de saúde.

A alta exigência em torno da abstinência implica ainda censuras e recriminações aos episódios de recaída ou reincidência ao uso de drogas, tornando as instituições de saúde espaços pouco acolhedores àqueles estigmatizados como “fracos”, “vagabundos”, “sem-vergonha”, “imorais” (ALVES, 2009, p.118).

De acordo com Amorim (2015), quando se trata da questão de saúde a condição de estigmatização, pode trazer mais danos para o

doente do que sua própria doença.

Os dependentes químicos são rotulados com termos como bêbado, safado, imoral, cachaceiro, viciado, pé inchado, entre outras. Todas essas concepções estão diretamente ligadas a uma avaliação moral, que indica fraqueza, caracterizando o estigma. Um jargão popular sintetiza bem a questão: “uma vez drogado, sempre drogado!”, isso indica um desvio de comportamento pouco tolerado, e reafirma a grande marca recaída sobre os dependentes químicos (AMORIM, 2015, p. 34).

Os usuários de drogas, ao sofrerem efeitos dessas estigmatização, evitam procurar tratamento ou têm dificuldades de adesão ao mesmo devido às intervenções discriminatórias e desumanas por parte de alguns profissionais (RONZANI, et al., 2003 apud AMORIM, 2015). O medo das condutas estigmatizantes é uma das barreiras para o usuário procurar tratamento (CARDOSO et al., 2014 apud AMORIM, 2015).

De acordo com Amorim (2015), a sociedade estigmatiza os usuários de drogas direcionando a eles um olhar atravessado, com desprezo, como se eles não pudessem viver no mesmo espaço em que vivem os não usuários. Andrade (2011), aponta efeitos desta posição em relação ao usuário que muitas vezes não busca o tratamento, ratificando “a exclusão social e a precariedade da assistência à saúde” em que este usuário se encontra (ANDRADE, 2011, p. 4669).

Fontanella & Turato (2002, citados por AMORIM, 2015, p. 36), ao mencionar expectativas e desejos dos usuários em referência às características dos profissionais, receiam encontrar profissionais “inexperientes, ingênuos ou com uma compreensão idiossincrática da questão das dependências”.

O discurso moralizante muitas vezes encontra-se nas falas dos profissionais de saúde. Atribuem à falta de vontade do usuário a dificuldade em cessar o uso de drogas, e manifestam uma visão pessimista em relação ao tratamento dos dependentes de substâncias

psicoativas (AMORIM, 2015). Discursos estigmatizantes, como: com este usuário não tem jeito, ou ele não quer nada com a vida, ou, ainda: mas ele está bêbado, só vem aqui para curar ressaca, são inaceitáveis para os serviços de saúde e especialmente os CAPS AD.

Os efeitos destes discursos influenciam a busca por tratamento e na vida do usuário. Ronzani et al. (2014) ressaltam que usuários que não acreditam que podem se beneficiar com o tratamento apresentam-se sem perspectivas de vida, restrições de oportunidade nas redes sociais, sentem-se rejeitados, tendem ao isolamento, ao desemprego e baixa produtividade.

### **Enfrentando a estigmatização**

O enfrentamento dos estigmas no CAPS AD deve ocorrer de forma sistemática, do acolhimento do usuário no serviço à articulação com a rede, envolvendo profissionais, familiares e a sociedade. Além de enfrentar os estigmas, o usuário de drogas passa pelo processo de reconstrução de sua imagem, dos laços sociais que foram limitados:

A reconstrução do eu, desfeito pelo estigma, perpassa por um longo caminho que precisa ser encarado com todas as forças e ajuda de muitas pessoas, principalmente os familiares e a comunidade local. Todos devem saber o que é o estigma e como se pode combatê-lo, transformar a não pessoa em pessoa completa e repleta de direitos e respeito; devolver a personalidade que lhe foi castrada (MOTTA, 2014, s/p).

Segundo Motta (2014), o estigma não é atributo estático, ele é histórico, mutável, de cunho sociocultural, que traz relações de desvalorização do outro e, pior, pode apresentar um caráter velado que naturaliza o estigma para trabalhadores da rede, familiares, usuários e população em geral.

Se o estigma se expressa de forma velada, pode aparecer a qualquer momento, e para tratar desta ação é preciso uma atenção voltada para os seus sinais – expressos ou velados – nas atitudes e

nas falas dos trabalhadores do CAPS AD. Um exemplo de estigma velado está implícito na frase: “não fale o nome dela porque atrai”, referindo-se a uma usuária. A proposição está dizendo do não desejo de receber a usuária de drogas no serviço. Torna-se necessário o constante de estudo e reflexão sobre as práticas pelos próprios profissionais, bem como a reflexão sobre o estigma sustentado pelos usuários, pelos familiares e pela sociedade em geral.

Para desconstruir mitos e visões estigmatizadas dos usuários de drogas, Bard et al. (2016) indicam a necessidade de educação permanente, de desfazer a imagem criada pela mídia, como por exemplo, a do usuário Zumbi. É preciso que haja destituição do preconceito e prejulgamento, mudança do paradigma cultural da exclusão, do moralismo e do proibicionismo.

Até então as políticas disseminadas pelo proibicionismo contribuíram para o reforço do estigma, como por exemplo, “Guerra às Drogas” a “Lei Seca dos Estados Unidos”. Estas ações além de desencadear efeitos contrários vêm reforçar a opinião pública de que os usuários de drogas devem ser excluídos por meio do encarceramento ou até mesmo do extermínio, em se tratando de traficante. Os autos de resistência<sup>2</sup> vêm dizer dessa prática, mortes à revelia, principalmente nas favelas, sob a justificativa de que o meliante revidou, estava portando armas e drogas (D’Elia Filho, 2015). Não raro o Ministério Público não se interessa em investigar estes casos e às vezes a própria família reforça esta condição com a representação de que “infelizmente ele mexia com drogas”. Se o sujeito for vítima de projéteis de arma de fogo e vier a óbito sem estar envolvido com drogas, a família muitas vezes demonstra certa surpresa ao afirmar “mas ele não usava droga”, passando a ideia de que no imaginário da família aquele que se envolve com drogas pode ser morto. Diante disso pode-se inferir que para enfrentar o estigma é preciso lançar mão de uma posição ousada que é a discussão sobre o proibicionismo e a descriminalização do uso das drogas.

Não se pode deixar de mencionar como estratégia fundamental

---

<sup>2</sup> Termo usado nos boletins de ocorrência sobre ações policiais que resultam em lesões corporais ou morte de civis.

de enfrentamento ao estigma a estratégia de Redução de Danos, que considera o fato de que pessoas usam drogas, lícitas ou não; que as drogas sempre estiveram presentes na história da humanidade, com diferentes usos em diferentes contextos, e são possíveis usos que tragam menos danos à saúde; e que cada pessoa importa, a despeito do uso de alguma droga, tendo garantidos todos os direitos, incluindo cuidados em saúde. A Redução de Danos tornou-se, portanto, uma estratégia fundamental para acolher e cuidar dos usuários de drogas em sua singularidade, diminuindo as barreiras de acesso ao tratamento de saúde, respeitando suas escolhas e amenizando os danos na área da saúde que envolve os aspectos psicossociais (ALVES, 2009). É necessário trazer o olhar para o usuário que tem um uso problemático de alguma substância psicoativa. Desta forma é possível ofertar cuidados àqueles que deles necessitam, ao invés de afastá-lo ou criminalizá-lo<sup>3</sup>.

Outra questão relacionada ao enfrentamento do estigma é trabalhada por Andrade (2011). Trata-se da importância de conhecer a vida das pessoas socialmente excluídas, usuárias de drogas, de favorecer o encontro delas com os serviços de atenção, levando em conta a sua cultura e modo de vida. Essas ações são corroboradas por Bastos e Bertoni (2014):

A adequação dos serviços para o atendimento específico da população usuária de drogas e em situação de extrema vulnerabilidade social se faz absolutamente necessária e premente, o que inclui treinamento e capacitação das equipes desses serviços, aconselhamento e apoio social e psicológico, além de medidas para tornar o ambiente mais acolhedor e reduzir o estigma

---

<sup>3</sup> Cabe ainda uma outra discussão, quanto ao uso de drogas, criminalização do usuário e estigmatização, que é a pergunta: quem é o usuário de drogas em nossa sociedade? A figura do usuário carregado de estigma tem sido aquela construída socialmente e sustentada pela mídia do usuário pobre, em grandes "bolsões de pobreza", fazendo uso de *crack*. A mesma forma de tratar este usuário não é dada àqueles que lotam os bares e casas noturnas dos grandes centros urbanos, embriagados de destilados importados, de espumantes de marca, ou fazendo uso de *crack*, maconha, cocaína ou estimulantes ilícitos, tanto nestes lugares como em festas privadas em bairros de luxo, onde polícia não entra. Esta questão, bem com sua relação com o uso do discurso da criminalização do uso de drogas e a criminalização da pobreza são temas para reflexão e estudos específicos.

e discriminação enfrentados pelos usuários de droga. Estes fatores se mostram essenciais para aumentar a aderência destes usuários aos serviços de saúde e sociais, uma vez que a busca por ajuda e a demanda por apoio e cuidado existe e é verbalizada pelos usuários (BASTOS, BERTONI, 2014. p 115).

Diante destas questões, para enfrentar o estigma é preciso sair do mutismo, denunciá-lo, falar dele. São apontadas algumas sugestões de estratégias possíveis para reduzir as formas estigmatizantes da sociedade e dos próprios usuários de drogas e com relação ao tratamento e as expectativas.

Quando se fala de estigma social, Amorim (2015) e Ronzani et al. (2014) sugerem como abordagem: o protesto, o contato e a educação. O protesto está ligado à mobilização social referente ao uso de drogas, assim como o combate às linguagens pejorativas e imagens negativas veiculadas pela mídia em relação aos usuários de álcool e outras drogas. O contato refere-se ao convívio direto com os usuários de substâncias, o que pode levar a diminuir opiniões negativas a respeito deles. A educação consiste em trabalhar de forma a desmistificar as questões relacionadas ao uso de drogas, por meio de debates, discussões, rodas de conversa, exemplificação, utilização de filmes e outros que fundamentem as discussões em diferentes espaços da sociedade e mesmo dos serviços de saúde, de modo a diminuir o estigma. Ronzani et al. (2014), no caso de estigma internalizado, sugerem ainda a realização de grupos de suporte e de autonomia. Nestes grupos trabalham-se as noções de construção de identidade, experiências mútuas, interação, trocas de informações com objetivo de melhorar a autoestima. A autonomia é uma estratégia que permite trabalhar a promoção da independência e responsabilidade dos usuários em seu processo de tratamento.

Por fim, Parker (2013) aponta o desafio de passar da teoria à prática e a necessidade de se engajar nas batalhas políticas no sentido de transformar as estruturas e os processos responsáveis pela produção e reprodução de estigma, preconceitos e discriminação na contemporaneidade.

Os CAPS AD, enquanto serviços criados para ofertar uma atenção diferenciada a estes usuários, são espaços privilegiados para discussão destas questões com trabalhadores, usuários e familiares, espaços que possibilitam a realização de grupos e oficinas promotoras de autonomia, que debatam a legitimação da cidadania do usuário, acesso a serviços, à rede, e especialmente à garantia de direitos.

### **Considerações finais**

Em se tratando de enfrentamento ao estigma, Gabeira (1997) faz uma crítica ao termo usado na política do proibicionismo referenciado por alguns autores e reforçado pela mídia “a guerra contra as drogas”. Para ele, “A ideia de guerra já é complicada, ainda mais quando dirigida contra uma coisa inanimada: a droga”. Quando se fala em “combate ao estigma” está propondo uma guerra também, como combater uma coisa que não tem corpo e nem voz. O termo enfrentamento ao estigma, no entanto, permite uma reflexão em busca de alternativas para desconstrução de formas estigmatizantes, tão presentes no cotidiano de diferentes sujeitos, e reproduzidas acriticamente por grande parte da sociedade, dificultando ou mesmo impedindo a discussão sobre o uso de drogas e seus reais efeitos, que não podem ser compreendidos sem sua dimensão política e social.

A política do proibicionismo contribuiu para o processo de estigmatização dos usuários de drogas ao enquadrá-los em uma perspectiva de desviante, do desvio moral, da marginalização ou da “doença”. Consequentemente, nesta visão, seriam possibilidades de abordagens a medicalização do cuidado, as internações e/ou o encarceramento por meio das prisões, daí as internações compulsórias com finalidade exclusiva do isolamento e abstinência total. Esta forma de ver e “tratar” os usuários só contribui com a perpetuação do estigma da criminalidade, da violência e da exclusão social.

Por outro lado, a abordagem da Redução de Danos contribui para o enfrentamento às posturas estigmatizantes, pois procura acolher os usuários a partir de uma ética do cuidado, respeitando à

cultura de cada usuário, sua condição de vida, suas escolhas.

Ao analisar o estigma no CAPS AD por meio das produções bibliográficas, no trabalho cotidiano e em pesquisas, há uma preocupação para que ideologias estigmatizantes não venham a se constituir em barreiras do acesso ao serviço de saúde, ou que não sejam reproduzidas de forma sutil no cotidiano do tratamento, a fim de não se tornarem empecilho na vida do sujeito que demanda tratamento e que frequentemente carrega a marca do estigma.

O olhar sobre o estigma precisa se estender aos profissionais, à família, aos usuários, às políticas de tratamento dos usuários de álcool e outras drogas e à sociedade em geral, com objetivo de fazer uma reflexão sobre as formas de enfrentamento das desigualdades e o uso de drogas na sociedade.

A desconstrução das atitudes estigmatizantes está ligada ao conhecimento e mudança de postura, seja por meio de estudos, de educação permanente ou de contato direto com os usuários, desde que não se imponha um discurso de cunho moral. É preciso um olhar para acolher e mãos para ajudar a desatarem os nós dos amarres do estigma.

## Referências

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.11 p. 2309-2319, nov, 2009. Disponível em <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/3558/1/02.pdf>> Acesso em 01mar 2017.

AMARAL, T.R. Atitudes dos profissionais da Rede de Atenção Compartilhada frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista – 2016. 116f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016. Disponível em: <[http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_9821\\_AtitudesRedeAC\\_Tatiana\(01-052016\)VFinal.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_9821_AtitudesRedeAC_Tatiana(01-052016)VFinal.pdf)>. Acesso em 19 dez 2016.

AMORIM, I. O. A importância dos profissionais de saúde na diminuição do processo de estigmatização no tratamento aos usuários de álcool e outras drogas. 2015. 54f. Monografia (Especialização) Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em <<http://bdm.unb.br/handle/10483/11274>>. Acesso em 03 mar 2017.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.12, p. 4665-4674, 2011. Disponível em <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/5451>> Acesso em 12 mar 2017.

BARD, N. D. et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, p. 2680, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf)> Acesso 05 abr. 2017.

BARBOSA, N. L. et al. Cuidado de Enfermagem a pacientes alcoolistas: percepções da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde / Brazilian Journal of Health Research*, 2013. <<http://www.portaldepublicacoes.ufes.br/RBPS/article/view/5679>>. Acesso em 5 abr. 2017.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil?* Rio de Janeiro: ICICT, 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>>. Acesso em 05 abr. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 213p. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf)> Acesso em 7 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf). Acesso em 05 abr. 2017.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 12 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União. 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)>Acesso em 5 set. 2016.

D'ELIA FILHO, O. Z. *Indignos de vida: a forma jurídica da política de extermínio de inimigos na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2015.

FARIA, I. B. A. de. Atitude para com os abusadores de álcool e outras drogas: estigma social. 2014, 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) - UNB, Brasília, 2014. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/8088>> acesso em: 22 Dez 2016.

FELICISSIMO, F. B. et al. Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia: teoria e prática*, v. 15, n. 1, p. 116-129, 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872013000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100010)>. Acesso em 9 dez 2016.

GABEIRA, F. Prefácio à edição brasileira. In: ESCOHOTADO, A. *O Livro das Drogas Uso e abusos, desafios e preconceitos*. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988. Disponível em: <[http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/308878/mod\\_resource/content/1/Goffman%20%20Estigma.pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/308878/mod_resource/content/1/Goffman%20%20Estigma.pdf)> Acesso em 5 de set 2016.

GOMIDE, H. P. et al. Estereótipos dos profissionais de saúde em relação a alcoolistas em Juiz de Fora - MG, Brasil. *Psicologia: teoria e prática*, v. 12, n. 1, p. 171-180, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872010000100014&script=sci\\_arttext&lng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872010000100014&script=sci_arttext&lng=es)>. Acesso em 11 dez 2016.

MELO, P.F., PAULO, M.A.L. A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas. *Saúde Coletiva em Debate*, v.2, n.1, 41-51, dez. 2012. Disponível em: <<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo09.pdf>>. Acesso em 05 abr. 2017.

MONTEIRO, S. (Org.) *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

MOTTA, M.A. Estigma no CAPS AD III: prevenção de marcas indelévels. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem). UFSC, Florianópolis. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167528>> acesso em 27 dez 2016.

PARKER, R. *Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial*. In: Monteiro S, Villela W, organizadores. *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

RONZANI, T. M.; NOTO, A. R; SILVEIRA, P. S. *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. Guia para profissionais e gestores*. Juiz de Fora: UFJF, 2014. Disponível em < [http://www.editoraufjf.com.br/ftpeditora/site/reduzindo\\_o\\_estigma\\_entre\\_usuarios\\_de\\_drogas.pdf](http://www.editoraufjf.com.br/ftpeditora/site/reduzindo_o_estigma_entre_usuarios_de_drogas.pdf)>. Acesso em 05 abr. 2017.

SILVA, C. R. Caracterização do perfil dos usuários que interromperam o acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad). Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Medicina) - UFBA, Salvador, 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/handle/ri/15127>> Acesso em 3 fev. 2017.

SILVEIRA, P. S. et al. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. Estudos de Psicologia, v. 16, n. 2, p. 131-138, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n2/v16n2a03>> Acesso em 2 set de 2016.

SOARES, R. G. et al. A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. Psicologia em Estudo, 2011a. Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/6781/S1413-73722011000400014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 2 set 2016.

\_\_\_\_\_. Validação da versão brasileira da Escala de Estigma internalizado de transtorno mental (ISMI) adaptada para dependentes de substâncias. 2011b. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/2494>> acesso em 9 dez 2016.

SOUZA, L. M.; PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 14, n. 2, p. 374-83, 2012. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n2/v14n2a18.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a18.htm)>. Acesso em 05 abr. 2017.



# Muros invisíveis: Os efeitos de separação entre trabalhadores de saúde e pessoas que usam drogas alicerçados em estereótipos, estigmas e preconceitos

Márcia Maria Rodrigues Ribeiro  
Rosimeire Aparecida da Silva<sup>1</sup>

## Introdução

As drogas sempre foram usadas por todas as sociedades, em diferentes momentos históricos e em contextos distintos, sendo associadas constantemente a algum tipo de discurso, sentido e valor. Ao uso ou abuso dessas substâncias, particularmente, desde a década de 1950 do século XX, vêm sendo agregados alguns modelos de comportamentos, estereótipos, estigmas e preconceitos que informam a sociedade sobre quem são as pessoas que usam, produzem e comercializam as substâncias tidas como ilícitas.

A sociedade vem reproduzindo e sustentando percepções e formas de condutas que não têm viabilizado mudanças significativas na relação com este fenômeno mundial. Guerra (2002) nos chama a atenção e destaca que “[...] a ideia defendida é que tanto quanto se alimentam discriminação e preconceito utilizando-se fatores sociais, afetivos, e cognitivos, também se diminuem com métodos, como a hipótese do contato e a redução da ignorância” (GUERRA, 2002, p. 239). Cria-se assim um “círculo vicioso” com comprometimentos tanto no que diz respeito ao modo de compreender toda a complexidade que este fenômeno impõe, quanto no que diz respeito às possibilidades de cuidado às pessoas usuárias de drogas na atualidade.

A discussão sobre drogas e seus usos sinaliza a importância e a necessidade de uma abordagem da multicausalidade dos

---

<sup>1</sup> Agradecimento: À querida professora “Rosi” o meu sincero e eterno agradecimento pela oportunidade de convivência, aprendizado e principalmente pelo seu exemplo e legado de luta em defesa da vida, da saúde mental, do SUS e do direito das pessoas estigmatizadas.

fenômenos estereótipo, estigma e preconceito, considerando que será indispensável compreender a ação conjunta dos fatores físicos, biológicos, individuais, grupais e contextuais envolvidos no processo (GUERRA, 2002).

Refletir sobre os efeitos que essas percepções e discursos provocam especialmente sobre as equipes e trabalhadores das redes de saúde pareceu-nos não só oportuno, mas útil e potente para analisar as relações de cuidado que envolvem pessoas usuárias de drogas. Tomamos como ponto de partida os conceitos de estereótipo, preconceito e estigma para em seguida extrair da obra de autores como Goffman, Del Olmo e Becker, seus significados e suas relações com a “questão da droga”. Del Olmo nos chama a atenção de forma contundente e precisa para uma vertente do fenômeno “[...] a droga esconde os aspectos econômicos e políticos do continente que impedem a solução do problema e que devem ser estudados com cuidado” (DEL OLMO, 1990, p. 80). Advertência preciosa e que sinaliza a necessidade de uma compreensão ampla e crítica sobre a política e os cuidados ofertados para as pessoas usuárias de drogas no Brasil.

Na sequência, analisamos as legislações e normativas que tratam da questão, suas contribuições e seus desafios. Por fim, concluímos com a reflexão sobre a experiência realizada junto a trabalhadores da atenção básica no município de Ribeirão das Neves /MG e suas possibilidades de ampliação para uma “práxis inovadora” na busca da transformações no cotidiano do cuidado de pessoas usuárias de drogas.

### **Estereótipos, estigma e preconceito em relação às pessoas que usam drogas**

Iniciamos nossa discussão sobre estereótipos, estigma e preconceito em relação às pessoas que usam drogas, partindo do pressuposto de que a relação dos homens com essas substâncias é histórica. No entanto, a sua criminalização um processo recente, datado de pouco mais de 100 anos. Como lembra-nos Silva (2015):

[...] a proibição de parte das substâncias psicoativas é um fato recente na história. As guerras do ópio, no final do século XIX, demarcam o ponto de início de tal processo, que se consolidou ao longo do século XX, ainda que medidas de controle e proibição sejam registradas há mais tempo (SILVA, 2015, p.17).

A autora nos adverte e alerta para o fato de que a construção das políticas sobre drogas no mundo apresenta desde o início “certa obscuridade”, ou seja, com orientações e pontos que não deixam claro seu real direcionamento:

Sob a condução da Organização das Nações Unidas (ONU) e a liderança dos Estados Unidos da América, constrói-se o “controle internacional compulsório cooperativo”, expressão que denuncia certa ambiguidade, uma vez que reúne, numa mesma formulação, termos antagônicos: “cooperativo” e “compulsório” (SILVA, 2015, p.17).

Dessa maneira, se considerarmos que uma das dimensões contemporâneas das políticas sobre drogas é a criminalização seja da produção, tráfico ou consumo, é fundamental “[...] não desprezar as implicações do vínculo entre as políticas a respeito das ‘drogas’ e os saberes e as práticas biomédicas” (VARGAS, 2001, p.205). A história nos mostra a presença do saber biomédico na legitimação. Vargas (2001) fala de uma partilha moral das substâncias de uso ‘lícito’ e as de uso ‘ilícito’. De acordo com o autor:

[...] se tal partilha é instrumentalizada em termos médico-jurídicos, ela é, antes de mais nada, fundamentada em termos morais, posto que está alicerçada sobre certos juízos de valor a propósito do que, entre nós, temos acreditado que deva ser a ‘vida humana’, juízos esses que convém explicitar” (VARGAS, 2001, p. 205).

Portanto, este raciocínio acaba reforçando uma percepção

repleta de juízo de valor sobre o sujeito que faz uso de drogas, principalmente considerando que determinado tipo de consumo da substância é permitido e outro tipo é negado pela sociedade.

Rodrigues (2008) chama atenção para o período da passagem do século XIX para o século XX, quando as autoridades médicas tiveram um papel crucial para legitimar a visão do uso lícito e ilícito da “droga” na sociedade:

O controle e regulamentação do uso de drogas foi parte fundamental da consolidação da autoridade médica no século XIX e princípio do XX, período em que se cristaliza no Ocidente quais são os usos legítimos (pois baseados na ciência médica ocidental) e quais são ilegítimos (práticas tradicionais ou que escapassem, de algum modo, aos cânones médicos). Quando o Estado entra nesse debate, a fixação de leis define o “cientificamente legítimo” como legal e o “cientificamente ilegítimo” como ilegal (RODRIGUES, 2008, p. 97).

No ano de 2017 completamos 105 anos da Convenção do Ópio, em que historicamente sabemos “[...] que começou a instituir o itinerário do mercado ilícito dessas mercadorias” (LIMA, 2010, p.119). Segundo Lima (2010), o Brasil precisa “[...] avançar num caminho minorador da barbárie relacionada ao mercado ilícito e ao uso indevido dessas substâncias” (LIMA, 2010, p.119). É preciso ter clareza do desafio que é considerar o atravessamento dos interesses políticos, econômicos, culturais e institucionais no processo de construção das políticas. Tal desafio se presentifica também, de forma ampliada, no cuidado oferecido às pessoas usuárias de drogas.

Del Olmo (1990), ao analisar as políticas de drogas instituídas a partir da década de cinquenta do século passado, permite localizar um dado sutil e sensível nesse processo: a construção dos estereótipos. Estereótipo, segundo o Dicionário Aurélio, é um comportamento ou discurso caracterizado pela repetição automática de um modelo anterior, anônimo ou impessoal e desprovido de originalidade e de adaptação à situação presente.

Já a palavra “estigma” delimita uma marca ou uma cicatriz

perdurável. De acordo com Goffman (1981):

As atitudes que nós, normais, temos com uma pessoa com um estigma, [...] são as respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição [...] acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano e [...] fazemos vários tipos de discriminações, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: Construimos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social [...] (GOFFMAN, 1988, p. 8).

O “preconceito”, por sua vez, está associado à ideia ou conceito formado antecipadamente e sem fundamento sério ou imparcial.

Estereótipos, estigmas e preconceitos informam a percepção social sobre quem são as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, acentuam e dão ênfase à droga, anulando os sujeitos, suas histórias, singularidades e necessidades. Estas expressões semânticas, historicamente utilizadas transmitem à sociedade valores segregadores e excludentes.

Segundo Del Olmo (1990, p. 23) os estereótipos são “as melhores formas do controle social informal”, são formas que acabam sendo reproduzidas por diversos setores da sociedade, às vezes de forma explícita, à vezes de forma sutil. Estes conceitos se expressam nos discursos sociais que ao produzirem nomeações, nestas imprimem e registram suas concepções e preconceitos, que, por sua vez, e dialeticamente, fortalecem os discursos e estigmas.

[...] ao separar, classificar, nomear e dar rosto à ameaça constituída pelos sujeitos envolvidos com as substâncias tidas como perigosas para a vida social, os discursos sobre a droga produzem marcas e inscrições que incidem sobre os corpos e as vidas desses sujeitos, mas não só. Incidem, também, sobre o corpo da cidade, formatam

políticas que os retroalimentam e dão continuidade à violência, sua causa e consequência (SILVA, 2015, p. 63).

Os estereótipos forjados pela política de “guerra às drogas” – guerra que elege substâncias inanimadas como seu alvo, mas atinge, concretamente, os corpos e extermina vidas – acabam conformando uma percepção distorcida sobre os usuários. Fato ilustrado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas/terapêuticas, consideradas ineficazes que são mantidas e que reforçam a própria situação de uso abusivo e/ou dependência (BRASIL, 2004).

Os estereótipos, contudo, não produzem efeitos e consequências apenas no campo terapêutico. O estereótipo do traficante justifica e legitima muitas vezes de forma explícita o extermínio e o encarceramento de jovens pobres e negros, transformando-os em vítimas de uma guerra que não escolheram, mas da qual são alvo.

No trabalho de Del Olmo (1990), podemos identificar estereótipos estabelecidos pelas políticas de drogas das décadas de 1950 a 1980 do século XX e como estes informam sobre a inscrição social das substâncias e dos sujeitos envolvidos com as mesmas. De acordo com a autora:

Na década de 1950:

“[...] o mundo da droga era visto como um universo misterioso, próprio de grupos marginais - aristocratas ou guetos - que consumia heroína ou maconha. Predominava o discurso jurídico e concretamente um estereótipo moral que vinculava as drogas ao perigo” (DEL OMO, 1990, p. 79, grifo nosso).

Na década de 1960:

“[...] a situação muda nos Estados Unidos, que desde então vão estabelecer as pautas de novo discurso: o consumo (especialmente de drogas

alucinógenas) chega à juventude de classe média, razão pela qual se reforma todo o discurso. A droga passa a ser sinônimo de dependência, a ser percebida em termos de uma luta “entre o bem e o mal” e a ser vista como um “vírus” contagioso. Cria-se assim um discurso médico-jurídico que define o consumidor como doente e o tráfico como delinquente, e em consequência se criam dois estereótipos: o da dependência e o criminoso. E [...] as autoridades tratam o problema, e em especial a maconha, em termos de inimigo interno, de desafio contra a ordem [...] (DEL OMO, 1990, p. 79-80, grifo nosso).

Na década de 1970:

[...] No início da década, e em parte como consequência da perseguição à maconha, surge a epidemia da heroína, a ponto de o presidente Nixon qualificá-la de “primeiro inimigo público não econômico”. [...] surge assim o estereótipo político-criminoso, que é reforçado pelo discurso jurídico-político ao lado do discurso médico que criou com maior ênfase o estereótipo da dependência, pelo lugar destacado que tem na época o problema do consumo (DEL OMO, 1990, p. 80, grifo nosso).

Na década de 1980:

[...] se estabelece o discurso jurídico transnacional e se internacionaliza o controle das drogas, porque o fundamental é impedir que cheguem as drogas do exterior. Declara-se a guerra às drogas. O principal objetivo é controlar o tráfico e ao mesmo tempo a subversão que pode se originar da atual crise econômica e do problema da dívida, razão pela qual toda a atenção recai sobre a América Latina. Cria-se assim o estereótipo político criminoso latino-americano, já que o inimigo neste momento é o inimigo externo, convertendo-se as drogas em um problema de segurança nacional (DEL OMO, 1990, p. 80, grifo nosso).

Ao analisarmos os discursos sobre o fenômeno da droga em cada década, podemos perceber os fundamentos das relações entre drogas e sociedade e o modo como os estereótipos, os estigmas e os preconceitos sobre o sujeito com necessidades decorrentes do uso de drogas foram construídos. Del Olmo (1990, p. 23) citando Carlos González Zorrilla, apresenta três discursos sobre o fenômeno drogas: o discurso médico, o discurso cultural e o discurso moral. Esses vários discursos reforçaram estereótipos, estigmas e preconceitos. Dessa maneira, podemos pensar que:

[...] a estigmatização daqueles que apresentam maus antecedentes morais, econômicos e culturais podem, nitidamente, funcionar como um meio de controle social formal. Pois o preconceito, estereótipo de membros de certos grupos raciais, religiosos ou étnicos tem funcionado, aparentemente, como modo de afastar as minorias de diversas vias de competição [...] (GOFFMAN, 1988, p. 118).

Evidencia-se uma compreensão sobre o fenômeno da droga e seus efeitos na sociedade na qual o sujeito é anulado e reduzido às categorias de doente, criminoso ou desviante. Segundo Becker (2008, p. 22) “[...] o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação por outros de regras e sanções a um ‘infrator’, ou melhor, dizendo [...] o desviante é alguém a quem esse rótulo foi aplicado com sucesso [...]”.

Os estereótipos, como dito anteriormente, funcionam como fator de coesão e informam uma percepção ancorada na lógica binária que reduz a questão à oposição clássica da luta do bem contra o mau. A restrição apontada por essa perspectiva impede a compreensão mais ampla sobre a droga e suas relações complexas.

A análise do modo como os estereótipos, estigmas e preconceitos afetam e interferem no cuidado ofertado constitui-se como uma ferramenta importante e necessária ao processo de desconstrução desta repetição e à retificação da posição dos

trabalhadores no encontro com os usuários e na produção do cuidado.

### **O norte das políticas sobre drogas no Brasil: é possível romper com estereótipos, estigmas e preconceitos?**

Podemos observar no cotidiano dos diversos serviços da rede de Atenção à Saúde (RAS), as consequências e os obstáculos que os estereótipos, estigmas e preconceitos geram na relação de cuidado em saúde. Em outras palavras, é muito difícil encontrar relações de cuidado com o sujeito que faz uso de drogas, sem atravessamentos da percepção e do julgamento moral da questão. Dessa maneira, arriscamos dizer que na relação de cuidado, tais percepções acabam provocando certa “cegueira” que impossibilita o reconhecimento dos sujeitos, passando os mesmos ao segundo plano, o olhar se dirige e se centra na droga.

As discussões sobre a política de drogas no Brasil têm apresentado avanços no que diz respeito à produção tanto de rupturas em relação a velhos discursos, quanto de novas narrativas, em um cenário de disputas e tensões. Proibicionistas, antiproibicionistas, trabalhadores da saúde, políticos, cientistas, movimentos sociais, juízes e religiosos disputam perspectivas. Alguns buscam a instituição de um novo paradigma e outros a manutenção do *status quo*. Segundo Lima (2010, p.103): “[...] essa revisão parece estar identificando atores estratégicos e ideias relevantes capazes de minorar os efeitos danosos do proibicionismo e enfrentar desafios estruturais para a política pública e para a legislação brasileira sobre drogas”.

A construção da política de drogas no Brasil ocorre em meio a um cenário de conflitos no qual atuam diferentes atores que disputam interesses distintos. De um lado, temos os que defendem o compromisso e convenções internacionais, “[...] como o combate ao tráfico e consumo de drogas ilícitas [que] lhe confere um posicionamento de guerra às drogas com adoção de ações repressivas intensamente militarizadas” (ALVES, 2009, p. 2317). E de outro lado, uma discussão que vem se configurando em diversos setores sobre o conteúdo da legislação brasileira “[...] particularmente

no que se refere à abordagem do consumo de drogas lícitas e ilícitas como um problema de saúde pública – e não mero problema jurídico-policial” (ALVES, 2009, p. 2317).

A Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (MS) instituiu diretrizes para atenção às pessoas que usam drogas e é um marco histórico na inclusão da “questão drogas” na pauta da saúde e da Reforma Psiquiátrica. Esse documento explicita os desafios com os quais a política se defronta, dando ênfase aos efeitos do processo de criminalização e à constituição de instituições – as chamadas comunidades terapêuticas – cujo modelo de tratamento acaba por reiterar as referências ou estereótipos forjados pelo discurso de guerra às drogas. Nesse ponto o documento do MS é claro e incisivo.

[...] Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de “tratamento” inspirada em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. Constatamos assim que, neste vácuo de propostas [...], constituíram-se “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência (BRASIL, 2004, p. 7).

É possível constatar que o texto da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas faz um chamado, uma advertência para que se fique atento aos sinais de retorno aos modelos excludentes e segregativos presentes no início da Reforma Psiquiátrica. Tais como:

[...] a associação do uso de álcool e outras drogas à delinquência, sem critérios mínimos de avaliação; o estigma atribuído aos usuários, promovendo a sua segregação social; [...] a ilicitude do uso impede a participação social de forma organizada desses usuários [...] (BRASIL, 2004, p. 24).

Essa política sinaliza que questões relacionadas às drogas,

pela sua “complexidade, reclama ações coordenadas em vários campos, exige a atuação conjunta das políticas governamentais de saúde, justiça, educação, direitos humanos, trabalho, comunicação e cidadania nesta área” (BRASIL, 2004, p. 36). Orientação fundamental que merece ser tomada como eixo da assistência e trabalho nos diversos pontos de atenção da saúde, como também por toda a sociedade. A abordagem à “questão droga” necessita de reflexão interdisciplinar e articulação intersetorial, favorecendo atuações à altura da complexidade da questão. Há necessidade de adoção de uma perspectiva transversalizadora que permita a apreensão do fenômeno contemporâneo do uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas e favoreça o cuidado integral, com oferta diversificada de tratamento, ações preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde (BRASIL, 2004).

Em sentido contrário, a Lei Federal nº 11.343/2006 “[...] não representou uma ruptura radical ao modelo repressivo da intervenção pública, embora tenha previsto “medidas educativas” para quem faça consumo pessoal” (LIMA, 2010, p.114). Mas adequa-se aos propósitos da política internacional de controle de drogas e constitui-se como marco normativo da atual política pública sobre tais substâncias.

Alves (2009), p. 2316 nos adverte sobre o antagonismo da nossa legislação:

“[...] enquanto a política do MS se posiciona em favor da construção de um modelo de atenção orientado pela lógica da redução de danos [respeitando a singularidade do sujeito] a Política Nacional sobre Drogas [Lei nº 11.343/2006] admite e incentiva a coexistência de distintos modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas” (ALVES, 2009, p. 2316).

Nesse cenário, o MS lança a portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e inclui, como seu público prioritário, as pessoas com necessidades decorrentes do uso

de *crack*, álcool e outras drogas. A inclusão desse segmento prevê a criação de serviços especializados na atenção às pessoas que usam drogas, como por exemplo, os CAPS AD, os Consultórios de/na rua, as unidades de acolhimento, além da inclusão de suas necessidades nos demais pontos e dispositivos que constituem a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A Portaria nº 3.088/2011 estabelece diretrizes para a assistência e reafirma a importância de se sustentar um cuidado orientado pela defesa da vida em contraposição à lógica segregativa e proibicionista. Uma política orientada pela Redução de Danos (RD), pelos princípios da luta antimanicomial, da defesa do direito à liberdade e de respeito aos direitos humanos e cidadania.

Apesar das políticas estabelecerem o redirecionamento no cuidado a este público, é forçoso reconhecer a existência de fragilidades na resposta pública às necessidades e demandas de atenção das pessoas que usam drogas, uma distância entre teoria e prática e a permanência, entre os trabalhadores da rede saúde, de referências morais e preconceituosas que afetam e interferem no modo de cuidar desses usuários. Ainda não nos distanciamos – infelizmente – e repetimos, acriticamente, muitas vezes, preceitos estabelecidos pela lógica belicista dos marcos internacionais.

### **Romper estereótipos, estigmas e preconceitos: uma necessidade para cuidar melhor**

[...] “eu não tenho paciência com o paciente usuário de droga, pois tenho um vizinho usuário de droga e ele ameaça todos no lote”; “meu irmão é alcoólatra e quando bebe é muito chato”; “eu já briguei com meu irmão, ele é vagabundo, não trabalha, só bebe e dá trabalho para minha mãe”; “estas pessoas não aceitam Deus no coração, estão afastados da igreja”; “minha filha já namorou com um usuário de droga, e foi um inferno na minha família...”; “vou falar a verdade, é falta de vergonha na cara” [...].

Analisar e ampliar a compreensão da presença de estereótipo, estigma e preconceito no cuidado com o usuário de álcool e outras drogas foi o objetivo que orientou este trabalho e que se apresentou para nós a partir de experiências vividas no Sistema Único de Saúde (SUS).

A fala acima foi extraída do registro de uma oficina realizada com um grupo de trabalho composto por profissionais da atenção básica no município de Ribeirão das Neves/MG. Após as apresentações iniciais, os participantes foram provocados a dizer a primeira coisa que lhes viesse à cabeça ao escutarem a palavra “droga”. A inibição inicial e o silêncio, ao serem superados, revelaram a concepção - unânime - sobre quem são as pessoas que usam drogas. Pudemos ler e reconhecer nas falas ecos do discurso da “guerra às drogas” e sua incidência nas relações sociais, mas, sobretudo, suas consequências e efeitos sobre a prática cotidiana dos serviços e trabalhadores de saúde. Há dificuldades em se compreender que o consumo de drogas é um hábito ou comportamento nos quais prevalece a heterogeneidade. Ou seja, o modo como cada usuário é afetado, ainda que pela mesma substância, é sempre singular e subjetiva, e são igualmente singulares e subjetivas as razões que explicam o modo de uso e os prejuízos possíveis e, por fim, são também singulares os contextos e as circunstâncias de consumo.

Iniciei minha investigação buscando conhecer a etimologia dos conceitos de estigma, estereótipo e preconceito. Estas percepções, atitudes, construções são reproduzidas em nossas relações sociais e acabam influenciando as práticas do cotidiano do cuidado em saúde, promovendo assim um encontro superficial, frágil e de pouca qualidade para o estabelecimento do vínculo de cuidado integral.

O estigma pode-se instaurar durante o período em que o usuário permanece numa determinada instituição, quando esta mantém sobre ele uma influência desmedida. Mesmo após o seu desligamento, pode-se esperar o surgimento de um ciclo específico de encobrimento e sustentabilidade desta posição diante da vida deste sujeito (GOFFMAN, 1988). O conhecimento e clareza dos

estigmas, estereótipos e preconceitos que operam na instituição são da responsabilidade institucional e neste processo podem fazer diferença, na medida em que se percebe o quanto e como a reprodução de determinados discursos afetam e marcam a vida dos usuários e contribuem na reiteração da segregação como resposta.

A Redução de Danos (RD), proposta pelo MS como diretriz ética para o cuidado às pessoas que usam drogas, oferece-nos um caminho promissor,

[...] quando reconhece cada usuário em suas singularidades e busca traçar estratégias que estão voltadas não para a abstinência como o objetivo único a ser alcançado, mas para a defesa da vida deste sujeito. Ou seja, a redução de danos se oferece como um método, e não o único caminho a ser seguido. Método que orienta a direção do tratamento [...] (BRASIL, 2004, p. 10).

Devemos, pois, compreender que cuidar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos no processo de atenção. Implica também, por outro lado, no estabelecimento de vínculos com os trabalhadores de saúde, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos para cada usuário. É necessário um maior envolvimento destes trabalhadores na efetivação na prática dos serviços.

Quando refletimos sobre o campo da política de atenção integral em álcool e outras drogas, observamos que o tema tem sido tratado de modo pontual como se fosse uma proposta à parte do campo da saúde. Um equívoco que tem trazido graves consequências para a atenção integral a esta população.

Nas práticas de cuidado nos deparamos com pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas que não compartilham da expectativa e desejo de abstinência, idealizado pelos profissionais de saúde, o que acaba conduzindo, muitas vezes, ao abandono do tratamento. Ou ainda, esses usuários sequer procuram os serviços, pois não se sentem acolhidos em suas

diferenças e permanecem como populações ocultas e invisíveis para as instituições. Na maioria das vezes, têm seu primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais. Muitas vezes, este profissional:

[...] pouco detecta a presença de acometimento por tal uso, o que tem repercussão negativa sobre as possibilidades de diagnóstico e tratamento. Vemos que, no geral, o foco da atenção está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência – que ocorrem tardiamente – e não para a dependência subjacente (BRASIL, 2004, p.16).

Assim, ainda é comum e frequente encontrarmos baixos níveis de adesão ao tratamento ou às práticas preventivas e de promoção, o que, por sua vez, compromete a inserção social e familiar do usuário. Portanto, diante de tantas variáveis é necessário reforçarmos uma aposta na sustentabilidade de estratégias mais amplas como a RD e o Matriciamento, que potencializam a discussão de casos de forma permanente, garantindo assim uma prática de constante diálogo e construção no processo de cuidado. A integralidade do cuidado – diretriz do SUS – deve ser reafirmada e deve conduzir à quebra de paradigma e à desconstrução de práticas estereotipadas e preconceituosas.

As normativas da RAPS – se é que se possa esperar isso normativas – não têm garantido uma ampla reflexão sobre a dimensão do cuidado às pessoas que fazem uso abusivo de drogas, e sobre os desafios com os quais se defronta essa clínica no cuidado cotidiano dessas pessoas. Desafios que ora paralisam, ora conduzem a decisões precipitadas, quando não equivocadas, e são fonte de angústia para trabalhadores e instituições de saúde.

A realização de campanhas educativas e de sensibilizações que incluam a população, os profissionais, a mídia, os formuladores de políticas e os políticos devem refletir o amplo conhecimento disponível externo e interno sobre a temática de álcool e outras drogas e as

políticas. Tais campanhas, quando bem organizadas, podem reduzir a discriminação, estigmatização e preconceito, além de apresentar à população os pontos de atenção existentes.

Sabemos que ainda encontramos muitos preconceitos, estigmas e associações estereotipadas a respeito desta população vulnerável. Podemos nos perguntar se a estratégia de RD não poderia contribuir e fazer a diferença com suas diversas possibilidades de intervenção na prática do cuidado se fosse mais divulgada e discutida nos diversos pontos de atenção na rede do SUS. É necessário criar espaços para a troca de informações, conhecimentos e experiências, instituir processos de qualificação técnica, teórica e política acerca dos conceitos, técnicas e suas conexões éticas que convidem à reflexão e façam avançar a assistência. A ampliação do conhecimento ou a expansão da consciência podem permitir uma maior aproximação com o tema, a retificação dos pressupostos preconceituosos e a adoção de práticas inovadoras, solidárias de respeito aos usuários e suas necessidades.

Apostar numa mudança de posição e conduta no modo de cuidado, possibilitado pela ampla discussão sobre os conhecimentos disponíveis, pode ser uma estratégia potente na superação da falta de informação e conhecimentos sobre a variedade de apresentações sintomáticas geradas pelo uso prejudicial de drogas, contribuindo para o esclarecimento de diagnósticos e para a ruptura da visão negativa sobre os usuários. Tal mudança de atitude frente a esses usuários e suas necessidades de cuidado, certamente, ensinará uma atitude mais produtiva e menos preconceituosa (BRASIL, 2004).

### **Considerações finais**

Os discursos sobre a droga velam importantes aspectos, tais como a dimensão econômica e a construção de estereótipos e estigmas, que tornam invisíveis os sujeitos e suas histórias, as singularidades e os diferentes modos de uso, tornando universal o que é da ordem do particular. A repetição de comportamentos e atitudes pelos trabalhadores, instituições e sociedade reforça e perpetua estereótipos, estigmas, preconceitos e devem ser problematizados. A

reflexão crítica impõe-se como uma necessidade para que se possa ir além, para que possamos transpor os muros invisíveis e ampliar o debate, permitindo a superação da exclusão e da segregação como modos de respostas às demandas de assistência dos usuários, famílias e sociedade.

As práticas em saúde têm a defesa da vida como compromisso ético. Esta orientação impele a adotar uma posição acolhedora, de respeito às singularidades. Desta maneira, o cuidado pode ser redimensionado, viabilizando novos caminhos e novas construções, sem perder de vista a existência do sujeito. Torna-se necessário produzir novos cenários de encontro e espaços de diálogo com os trabalhadores e usuários. Torna-se necessário construir práticas solidárias e inovadoras visando à inclusão real dos usuários e suas demandas no trabalho em saúde, além da perenização dos princípios da Reforma Psiquiátrica, da Redução de Danos e do SUS.

O esclarecimento, a retificação da percepção do efeito do estereótipo, do estigma e do preconceito sobre os sujeitos e a ampliação de práticas inovadoras de diálogos e de cuidados nos diversos pontos de atenção das redes de saúde podem contribuir para a ruptura de “muros” na relação entre trabalhadores e as pessoas usuárias de drogas.

## **Referências**

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes práticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n. 11, 2309-2319, nov., 2009.

BECKER, H. S. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Tradução: Maria Luiza X. de Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Brasília, 23 de agosto de 2006. Disponível: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20042006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2006/lei/l11343.htm)> jan.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DEL OLMO, R. *A fase oculta da droga*. Tradução: Teresa Ottoni. Rio de Janeiro: Revan, 1990, 1ª reimpressão, mai. 2009. ISBN 85-7106-019-3.

DICIONÁRIO do Aurélio. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/>>. Acesso em 13 nov. 2016.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução: Mathias Lambert. Data Publicação Original: 1988. Data da Digitalização: 2004. Disponível em: <[http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/308878/modresource/content/1/Goffma Estigma.pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/308878/modresource/content/1/Goffma%20Estigma.pdf)> Acesso em 13 nov. 2016.

LIMA, R. C. C. O problema das drogas no Brasil: Revisão legislativa nacional. *Libertas*. Juiz de Fora, v.10, n.1, p.102-123. jan. – jun. 2010 – ISSN 1980-8518.

REGISTRO de uma Oficina: *Conversando sobre drogas*. Oficina realizada com um grupo de trabalho de profissionais da Atenção Básica de saúde em Ribeirão das Neves (MG) em 2015.

RODRIGUES, T. Tráfico, guerra, proibição. In: LABATE, B. C. et al. (Orgs.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

SILVA, R. A. *Reforma psiquiátrica e redução de danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam*. [Manuscrito]. Belo Horizonte: 2015. 199f.

VARGAS, E. V. *Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de “drogas”*. 2001. 600f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 200

## Clínica do singular e Redução de Danos: apostando na inventividade dos sujeitos

Cláudia Maria Generoso  
Fernanda M. Antunes Naime

 questão do uso de substâncias psicoativas é um tema que remete à antiguidade. Entretanto, até hoje, esta questão é algo que nos desafia. Provoca principalmente o profissional que se propõe a atuar no campo do cuidado em saúde. Como promover um cuidado de qualidade em um mundo onde o uso de drogas ainda ocupa um lugar tão complexo? Como fugir de um raciocínio dicotômico simplista (uso/não uso), em que a droga ainda é enxergada como um inimigo, e não há qualquer reconhecimento sobre o lugar do usuário? Diante deste panorama encontramos alguma saída quando nos propomos a sustentar um olhar mais atento ao que nomeamos clínica do singular.

A problemática que envolve o contexto da questão das drogas exige soluções mais complexas que aquelas autoritárias, higienistas, idealistas ou pautadas em protocolos universais. O psicanalista Laurent (2011) nos sinaliza que não há soluções universais, especialmente diante de um impossível que a droga nos confronta, sendo necessária uma dose de humildade em sua abordagem. O autor diz que “Precisamos nos introduzir em uma tolerância em relação ao impossível, sem ceder nem à resignação, nem ao cansaço, diante de uma carreira que concerne ao impossível” (LAURENT, 2011, p. 61). Desta maneira, é preciso uma modéstia ativa para abordar o que surge como impossível, “uma modéstia ativa dos políticos, dos terapeutas, dos psicanalistas, psiquiatras e de todos que estão envolvidos nessa carreira multidisciplinar” (LAURENT, 2011, p. 61) e, acrescentamos, intersetorial.

Na atual legislação brasileira o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas é pautado pela Portaria Ministerial 3088, de 23 de

dezembro de 2011, que 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) (BRASIL, 2011). Esta portaria tem como uma de suas premissas a estratégia de Redução de Danos. Destacamos tal diretriz como fundamental no acolhimento aos usuários, uma vez que possibilita alcançar o que é possível para cada pessoa. Longe de ser uma concepção que seja consensual, a Redução de Danos nos interessa na abordagem a usuários de álcool e outras drogas por alguns princípios que podemos destacar: a tolerância, a diversidade, o direito de escolha e reconhecimento da cidadania dos usuários. Princípios que convergem àqueles das políticas públicas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do SUS.

Nesta perspectiva podemos depreender a concepção de uso de droga como compreendido por Nery (2012, p. 11-12): “como uma questão humana”, saindo da polaridade entre o bem e o mal que este tema frequentemente suscita, resvalando inexoravelmente para um julgamento moral. Segundo o autor, “os humanos usam drogas porque se tornaram humanos”, e acrescentamos aí o que Freud (1930) apontou, que a intoxicação pode ser uma das maneiras para lidar com o mal-estar gerado pela incompletude própria da condição de ser humano. Ao considerarmos a complexidade da condição humana e sua irredutibilidade a se encaixar em soluções padrão, a Redução de Danos se apresenta como um recurso de flexibilização na abordagem clínica. Não é difícil nos depararmos nesta clínica com o sujeito que nos aponta que sente um grande prazer pelo consumo. E é a partir do uso de alguma substância que ele encontrou alguma possibilidade de se encaixar na vida.

Abre-se com esta perspectiva a variedade de tratamentos que se tornam possíveis a partir das soluções que cada sujeito encontrou para suportar a vida, gerando uma flexibilidade de manejo tanto quanto são as singularidades de vida de cada pessoa. Portanto, tomamos a Redução de Danos como uma estratégia que permite considerar a particularidade de cada pessoa no uso de drogas, propondo uma

estratégia de proteção e redução dos estragos à vida, sem impor a abstinência total que muitas vezes é um ideal inviável para alguns indivíduos.

É fundamental, para entender essa abordagem, considerar a complexidade que envolve questões próprias ao mal-estar na civilização, envolvendo sintomas para os quais não há uma resposta única, assim como não se tem uma clareza da resposta a ser dada, como é o exemplo do uso problemático de drogas e suas repercussões sociais e na vida de cada sujeito aí envolvido. Tema que nos mostra “o quanto a coisa não é redutível a uma lógica de campo, a uma lógica de classe; o quanto a questão que é abordada atravessa por suas aporias todos os discursos...” (LAURENT, 2012, p. 23). A questão das drogas envolve diversos campos e setores, como a saúde, a segurança pública, o sistema de justiça em geral, a educação, a assistência social, enfim, as esferas da vida social. Como lidar com a diversidade de discursos e campos envolvidos nesse problema? Como não perder de vista aquele que sofre e é o mais afetado pelo insuportável que experimenta?

Diante dessa complexidade consideramos, juntamente com Hugo Freda (1993) e outros, que a droga não é um problema em si mesmo, mas implica a relação estabelecida por cada pessoa no uso que faz dela e sua experiência de satisfação pulsional. A clínica do singular pode nos orientar junto à estratégia da Redução de Danos proposta pelas políticas públicas, evitando que a mesma não se restrinja a uma pedagogia a ser ensinada, uma mera substituição de produtos e substâncias.

Nesse sentido, conforme a psicanálise nos permite uma leitura, podemos, a partir da estratégia de Redução de Danos, nos orientar pela concepção de clínica da singularidade. Segundo Laurent,

Essa perspectiva, não de cura da humanidade dessas substâncias, nem do abandono da humanidade a esses tóxicos, mas a de redução dos estragos, consoa com a psicanálise. A psicanálise não promete a cura absoluta do sintoma, mas certamente a redução dos estragos, sua

transformação em alguma coisa mais suportável para o sujeito (LAURENT, 2012, p. 25).

Esta concepção de clínica nos parece sensível às diversas respostas que os sujeitos encontram para seu mal-estar, advertindo-nos de medidas disciplinares e higienistas que pressionam o âmbito da saúde. Como exemplo destacamos as internações compulsórias de pessoas usuárias de drogas. Neste caso há, apenas, um deslocamento para o campo da saúde de uma medida que era anteriormente da justiça, o encarceramento de tais pessoas, mantendo com isso a segregação como norte em nome da ordem pública.

Sustentar uma perspectiva clínica nos permite sustentar o protagonismo do sujeito, sendo possível, a partir do seu discurso, criar uma possibilidade de cuidado. É respeitando sua condição de usuário que nos é possível tolerar o insuportável que ele nos aponta e a partir deste encontro abrir portas para um cuidado co-responsabilizado. O usuário de drogas tem algo a dizer sobre si mesmo e sobre o cotidiano que ele cria. Atuar no cuidado a estes usuários é, como nos sugere Safra (2004, p. 34), “uma prática em que o profissional possa estar situado no registro ético, a fim de que possa ouvir a dor do outro no registro do seu aparecimento”.

Ao considerar a singularidade, cada caso nos ensina a sua própria estratégia, o lidar com experiências únicas e, por isso, tão diversas quanto as invenções de possibilidades dos sujeitos, como nos fragmentos de casos apresentados a seguir.

Um jovem inicia seu contato com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD, não para iniciar um tratamento aos moldes de uma terapêutica para seu uso de drogas, mas sim para ajudá-lo em seu projeto de vida na rua, que é a formalização de uma biblioteca que tem na praça onde vive e trabalha. Com isso mobilizaram-se juntamente com o Centro POP Rua outros atores em seu movimento, como profissionais da área da educação, outras pessoas ligadas à cultura musical *Hip-Hop*, e o Museu da Cidade. Enfim, uma diversidade de pontos na rede que compõem a vida desse sujeito, que estava para além da saúde como

uma terapêutica. Pode-se focar no sujeito e suas possibilidades de vida e não na substância droga que ele fazia uso.

Outro fragmento refere-se a Mickey<sup>1</sup>, morador de rua que, ao longo do seu acompanhamento em um CAPS, vai trazendo a dimensão de que estar na rua é sua escolha. A liberdade da rua, sem os muros e paredes de uma casa, é o lugar onde ele se sente melhor. Mas estar na rua tem suas consequências. Uma delas que Mickey julga ser difícil de enfrentar é a impossibilidade de ter uma televisão. Nessa perspectiva de se haver com seus desejos e escolhas, Mickey encontra no uso do tiner as alucinações visuais que lhe permitem “ver desenhos animados” que ele tanto adora. O tiner tem hora e lugar para ser usado, afinal, como ele mesmo pondera, não se vive de assistir televisão. Mickey recolhe sucata, vigia carros e tem uma conta bancária em que administra seu benefício previdenciário. E no manejo de todo esse contexto ainda se permite o uso de algumas pedras de *crack*. Porque no mundo da rua é o que faz torná-lo mais suportável, e ele nomeia como relaxamento, “porque beber, eu não bebo”. As demandas de Mickey estão muito mais associadas às cobranças de juros bancários e as dívidas no Serasa, do que ao consumo de substâncias. E foi através da real escuta de suas demandas que foi possível iniciar algum cuidado aos agravos de vida deste usuário.

Precisamos estar atentos a qual real alívio de sofrimento o sujeito nos convida. A abstinência muitas vezes é intitulada a cura do toxicômano, mas sempre nos resta perguntar, cura real de quem? Do usuário ou de quem o acolhe? Existir nos confronta com diversas angústias, e muitos encontram suas soluções para esse ‘estar no mundo’, saber ouvi-las em sua singularidade nos parece a melhor saída. O sujeito merece seus créditos de inventividade e, do ponto de vista da atuação clínica, teremos alcançado muito se “conseguirmos transformar o sofrimento neurótico em infelicidade comum” (FREUD, 1895, p. 294). Tomamos a infelicidade como o mal-estar inerente à condição do humano de ser incompleto e que é importante ter algum recurso para lidar com isso, ou nos dizeres de Freud, estar “... mais

---

<sup>1</sup> Nome fictício

bem armado contra essa infelicidade” (FREUD, 1895, p. 294).

Por fim, reafirmamos que a política de Redução de Danos não é uma proposta que fala de uma liberação do consumo sem considerar todas as variáveis que esse uso nocivo impõe. Mais do que uma diretriz, podemos ler a Redução de Danos considerando a clínica da singularidade que implica em uma postura de modéstia ativa, uma atitude de escuta das diferenças perante os sujeitos e suas complexidades de vida.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

FREDA, H. Quem lhe disse isso? In: *Toxicomania e Alcoolismo*. Belo Horizonte: Centro Mineiro de Toxicomania / FHEMG, 1993.

FREUD, S. A psicoterapia da histeria [1983]. In: Estudos sobre a histeria. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. II.

FREUD, S. O mal-estar na civilização [1930]. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXI.

NERY FILHO, A. Introdução: por que os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, A., et al (Orgs.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA/CETAD, 2012, p. 11-22.

LAURENT, E. O tratamento das escolhas forçadas da pulsão. Responsabilidades, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 21-31, mar /ago 2012.

LAURENT, E. “Post-war on drugs”? Como a psicanálise pode contribuir para o debate político sobre as drogas. In: Laurent, e *Loucuras, sintomas e fantasias na vida cotidiana*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2011, p.57-68.

SAFRA, G. *A poética na clínica contemporânea*. São Paulo: Ideias & Letras, 2004.

# Contribuições da Psicanálise à Clínica das Toxicomanias nos Serviços de Saúde Mental

Maria Wilma S. de Faria

**D**iferentes dimensões perpassam as políticas de saúde na área de álcool e outras drogas e, com elas, diferentes abordagens, como a Redução de Danos, a Inserção Social, estando também presente a Clínica. A proposta deste artigo é pensar a prática de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na dimensão da clínica, à luz das contribuições da psicanálise.

A palavra *Phármakon* tem etimologia grega, de onde advém a palavra *Fármaco*. Ela pode contemplar tanto a dimensão de remédio como veneno. Ou seja, o efeito *phármakon* aponta para algo que pode tanto beneficiar, ou curar, como envenenar e matar, dependendo da dosagem e do uso. Um ponto a ser destacado logo de início é que são sempre sujeitos que recorrem às drogas e as usam. Daí a importância de desconstruir toda uma dimensão alarmista cujo enfoque se concentra somente nas substâncias, desconhecendo a relação que um sujeito pode estabelecer com estas.

Para aqueles que lidam com a clínica das toxicomanias é consenso que a problemática do consumo, em sua dimensão de excesso, toca prioritariamente o campo do outro social, tornando-se um problema para a família, a justiça, a escola, a saúde, dentre outros. A forma como se vê e como se lida com aqueles que usam exageradamente substâncias lícitas e ilícitas tem gerado toda sorte de enfoques na atualidade, que vão desde o confinamento em espaços ditos de tratamento, chegando à punição, em que se rotulam dependentes como se fossem bandidos, delinquentes, fracos, sem moral, marginais, não merecedores de direitos e conseqüentemente, que precisam ser presos e afastados do convívio.

A psicanálise orientada pela clínica e pelo real tem o que dizer a este respeito, pois leva em conta não o caráter espetacular

do fenômeno, mas cada SUJEITO em sua singularidade. Quando falamos em clínica psicanalítica, a perspectiva do caso a caso está colocada da chegada do usuário aos serviços, a todos os momentos que perpassam o acompanhamento e o tratamento. Assim, não há uma regra de ouro, uma fórmula de como tratar os alcoolistas, usuários de *crack*, ou de maconha, bem como não é possível tratá-los em uma lógica do “para todos”, como se fossem iguais, em um bloco, simplesmente por usarem substâncias.

Ao falarmos de clínica da toxicomania, está posta a importância de uma disponibilidade para se fazer não só a escuta de um sujeito, mas ir além, fazer a leitura de seu sintoma, em sua dimensão de sem sentido (MILLER, 2011). Poderíamos pensar o sem sentido como algo da ordem do real, em uma vertente do impossível de ser entendido, de ser significado, em uma extensão de fora do compreensível, tal como encontramos na clínica das toxicomanias. A psicanálise prioriza sempre o sujeito, sujeito do inconsciente, da linguagem, dividido por ela, sujeito que faz da droga um parceiro exclusivo onde a dimensão pulsional está colocada. Interessa-nos a singular relação que alguém estabelece com a droga, enquanto um objeto externo, que é introduzido no corpo em busca de diferentes efeitos.

Nem Freud e nem Lacan, ao longo de suas obras, se detiveram especificamente nas questões que envolvem as toxicomanias e o alcoolismo. Encontramos, porém, ao longo de suas contribuições, referências tangenciais que nos servem como orientadores. Tais referências continuam atuais e apontam tanto para os efeitos do tóxico no corpo, citado por Freud, quanto, no caso de Lacan, à definição do que é a droga e a relação do sujeito com esta.

Freud (1897/1996a), nos primórdios da psicanálise, em sua Carta 79 endereçada a Fliess, faz referência à masturbação, apontando-a como uma adição primordial e entendida como um grande hábito e um vício primário. Nesta carta, ele afirma que as outras adições, tais como as adições ao álcool, à morfina e ao tabaco, seriam o “sucedâneo e substituto” da masturbação. Desde esta pequena referência se pode extrair algo precioso: a adição, assim

como a masturbação, tem uma dimensão autoerótica. Algo presente na clínica quando escutamos um toxicômano falar que quando está com a droga não pensa em sexo, não pensa nos outros, no amor, no trabalho, na família. Fica ali em um curto-circuito: ele, seu corpo e a droga. Este caráter masturbatório e autoerótico do uso de drogas permite inferir que há nas toxicomanias uma “independência” em relação aos outros e até mesmo como consequência um rompimento com o laço social.

Em 1929 Freud (1996b) aponta que não há como separar a cultura do mal-estar que lhe é inerente. Estar na civilização implica uma tensão constante entre as exigências pulsionais e a vida comum, uma vez que são necessárias, para o alcance desta, restrições e renúncias. Onde há cultura há o mal-estar, que não é fruto de uma contingência, mas algo estrutural, algo que faz parte da constituição do homem.

Segundo Freud, tudo que os homens pedem da vida e se esforçam para obter é a felicidade. Contudo não há nada mais difícil de apreender do que o que é ser feliz. Tal empreitada pode visar “uma ausência de sofrimento e desprazer e por outro lado à experiência de intensos sentimentos de prazer” (FREUD, 1930/1996b, p. 84). Assim, uma divisão está colocada. Se o propósito da vida é o programa do princípio do prazer, este se encontra em desacordo com o mundo inteiro e não há a menor possibilidade de ser executado. Continua o autor: “a intenção de que o homem seja feliz, não se acha incluída no plano da “Criação” (FREUD, 1996b, p. 84).

Para Freud o que chamamos felicidade só é possível em situações episódicas, momentâneas, envolvendo a satisfação, geralmente repentina, de alguma necessidade represada. Quando alguma situação desejada e prazerosa se prolonga, o seu brilho esmaece. Segundo ele, geralmente só extraímos o prazer através do contraste, e dessa forma as possibilidades de se atingir a felicidade é restrita. As palavras de Goethe citadas por Freud caem como uma luva, quando nos adverte de que “nada é mais difícil de suportar que uma sucessão de dias belos” (FREUD, 1996b, p. 84)

Se é impossível alcançar a felicidade, a infelicidade é mais fácil de ser experienciada. O sofrimento nos ameaça a partir de três fontes: o nosso próprio corpo, sujeito a deterioração, à decrepitude, a morte; o mundo externo, a natureza com suas intempéries e nossa fragilidade frente a ela; e, principalmente, nossa relação com os outros homens. Diante de todas essas fontes de sofrimento, não é à toa que os homens com frequência acostumem a “moderar” sua vontade de ser feliz, apelando para uma evitação do sofrimento.

O mal-estar está colocado então para todo ser falante. Assim, frente ao sofrimento que a vida coloca, o homem lança mão de medidas paliativas, lenitivos, que Freud nomeia como: “[...] derivativos poderosos que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela” (FREUD, 1996b, p. 83). A ciência, a arte, a religião, o amor e a sublimação fazem parte também destas satisfações substitutivas. Porém, o que nos interessa aqui é que “[...] os métodos mais interessantes de evitar o sofrimento são os que procuram influenciar o nosso próprio organismo. [...] O mais grosseiro, embora também o mais eficaz, desses métodos de influência é o químico: a intoxicação” (FREUD, 1996b, p. 86). Aqui podemos localizar o valor de “remédio” no uso das drogas, adquirindo assim o estatuto não de problema, como o senso comum tende a colocar, mas muito pelo contrário, uma forma de SOLUÇÃO.

A noção do organismo/corpo também está presente no texto de Freud, ao apontar que:

[...] existem substâncias estranhas, as quais, quando presentes no sangue ou nos tecidos, provocam em nós, diretamente, sensações prazerosas, alterando, também, tanto as condições que dirigem nossa sensibilidade, que nos tornamos incapazes de receber impulsos desagradáveis (FREUD, 1996b, p. 86).

Temos a introdução de algo no corpo, causando efeitos no real do corpo. Freud avança ainda mais ao dizer que “o serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento

da desgraça é tão apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhe concederam um lugar permanente na economia de sua libido” (FREUD, 1996b, p. 86). A eficácia das drogas vai além, ao contribuir para a:

[...] produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio desse ‘amortecedor de preocupações’, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade” (FREUD, 1996b, p. 86).

Tão grandes eficácias podem acarretar o seu próprio perigo e muitos danos, pois esta maneira de tratar o mal-estar pode empurrar o sujeito ao encontro do mal-estar mesmo, em uma circularidade sem saída. Se em um primeiro momento o toxicômano tem algum manejo com as drogas, em muitos casos, logo depois, este consumo pode se transformar em algo insuportável e sem controle algum, quase como se o sujeito fosse manipulado por elas. Extraímos daí que a intoxicação é um método que aponta o real, com este método não há uma operação simbólica, com as palavras, o silêncio, e um vazio de sentido impera. Frequentemente os usuários falam não saber por que usam e há um ponto de não saber. É um método que indica uma certa ruptura no campo do Outro.

Tais conceitos vão ao encontro da prática clínica e podem orientar a direção do tratamento nos serviços de saúde mental. É recorrente a queixa de pacientes dizendo que inicialmente conseguiam controlar o uso da substância e que depois se sentiam controlados por ela. Dizem não querer mais usar, não conseguem mais obter o prazer inicial. A experiência nos mostra que o toxicômano vem se queixar da impossibilidade de parar de consumir a droga: “Eu só penso nela! Acordo querendo usar, fico na correria. Eu quero parar mas não consigo! É algo mais forte do que eu”. Essas falas ilustram a relação de tamanha intensidade à qual estão submetidos, na qual

a droga é quase colocada no registro de uma “necessidade”. Esse “algo mais forte” indica a presença de um imperativo superegoico: quanto mais o sujeito tenta se afastar, mais se sente empurrado ao consumo. Por mais tentador que seja ter a satisfação irrestrita de todas as necessidades, isso, contudo, “[...] significa colocar o gozo antes da cautela, acarretando logo o seu próprio castigo” (FREUD, 1996b, p. 96). Essa passagem é muito significativa, pois aponta que há que se construir e buscar algum contorno ao gozo. Alguma borda e delimitação fazem-se necessárias na vida de um sujeito.

Freud ainda nos adverte de que qualquer técnica buscada como saída, quando se torna exclusiva e única, pode ser um risco. Em suas palavras: “Assim como o negociante cauteloso evita empregar todo o seu capital num só negócio, assim talvez, a sabedoria popular nos aconselhe a não buscar a totalidade de nossa satisfação numa só aspiração” (FREUD, 1996b, p. 91). Parece ser este um interessante orientador clínico para os profissionais das redes de atenção: a distribuição do capital libidinal pode ser incentivada, seja por meio de atividades lúdicas, oficinas, em que novas formas de prazer possam ser buscadas desde que tenham alguma ressonância na subjetividade do indivíduo.

Ainda com Freud sabemos que repetição faz oposição ao princípio do prazer e as pessoas repetem situações que não necessariamente lhes fazem bem. Ao avançar na teoria das pulsões, ele localiza o automatismo da repetição como advindo do além do princípio do prazer e, portanto, próximo da pulsão de morte. Assim, a proibição de usar drogas, a exigência de abstinência como forma de tratar, a pedagogia que tenta ensinar os malefícios do consumo, e mesmo o recurso às internações que tentam conter o toxicômano, evitando o contato com o mundo, esbarram em pontos que não vão incidir sobre a pulsão do sujeito toxicômano.

Devemos entender que entre a época de Freud e a nossa algo se modificou. Na era de Freud o consumo de drogas era um modo a mais para enfrentar o real, era uma época em que se privilegiavam os ideais, apresentavam-se bem delineados os conceitos de certo/

errado, o Nome-do-Pai funcionava como regulador. Mas e hoje, o que se apresenta?

Somos de uma época marcada por um vazio de sentido em que as regras, as normas, os valores cada vez mais dispersos apontam uma crise dos ideais, com a ausência de norteadores que nos deem uma direção. Somos marcados pela prevalência dos objetos de consumo que, na lógica capitalista, veem recobrir o mal-estar com produtos do mercado. Bens de consumo são ofertados a todo instante trazendo como promessa a satisfação, plenitude e felicidade, no esforço de reduzir o desejo no encontro com esses objetos. Compre, consuma e seja feliz! Na contemporaneidade o que vale é o que se tem e não o que se é.

O discurso da ciência tende cada vez mais a classificar, quantificar, enquadrar, nomear. Através de uma busca causal, toda sorte de desordem tem uma explicação metabólica, fisiológica, neuronal, muito distante do sofrimento ou da experiência de um sujeito. Na parceria desses dois discursos o que temos é um sujeito assujeitado, reduzido a transmissores e neurotransmissores, destituído de subjetividade, separado de sua história, tendo ao alcance de sua mão substâncias e objetos que causam efeitos rápidos e efêmeros. A indústria farmacêutica propõe que para tudo há um remédio, há drogas para dormir, trabalhar, estudar, ser feliz, acordar, aumentar o desempenho sexual, diminuir ansiedade e depressão, a ponto de parecer que qualquer angústia, qualquer mal-estar pode ser tratado e tamponado!

A ciência, por meio da técnica, dos procedimentos e intervenções, tenta driblar o mal-estar. A subjetividade de nossa época é marcada por um empuxo generalizado ao prazer sem restrições, em que tudo vale, em que o mercado com tantas ofertas unifica a forma de gozo. Então, todos consumidores! Todos intoxicados! Todos felizes! E assim assistimos a uma nova forma do homem colocar-se no mundo, sozinho, com seus objetos de gozo/consumo, porém tomado pela angústia, medo e insegurança, na tentativa vã de suprimir a falta e a incompletude. Frente a tudo isso, não é de se surpreender cada vez

mais o uso de drogas como um recurso.

A intoxicação pode ser entendida como uma modalidade de gozo que toca o corpo do sujeito. “A droga materializa ou substantifica esse gozo que não é um prazer, esse gozo que vale mais que a vida como função vital” (MILLER, 2016). São inegáveis as implicações químicas e orgânicas alterando a percepção, a consciência, provocando sensações novas, mas interessa-nos indagar qual o real em jogo na relação que cada toxicômano estabelece com a substância, real que muitas vezes coloca a morte no horizonte, como limite e possibilidade. Para aqueles que se propõem lidar com a clínica das toxicomanias não há como desconhecer essas referências.

### **O uso de drogas e o entrelaçamento com a psicose**

Na clínica contemporânea temos nos deparado cada vez mais com casos graves chegando aos serviços de saúde mental em que o uso intenso de uma substância está colocado. Sujeitos que se nomeiam “dependentes”, muitas vezes com intenso sofrimento psíquico, em uma posição de resto, de dejetivo, depauperados, com o corpo degradado. Temos como orientador ético acolher, promover cuidados, mas também apostar na responsabilização de cada um por seu gozo. A maneira que um determinado sujeito usa as drogas bem como o papel da droga em sua forma subjetiva de funcionar pode nos orientar a qual a estrutura psíquica está em jogo.

O instrumento de investigação clínico das psicoses ordinárias tem nos ajudado a pensar as toxicomanias, na medida em que observamos muitas vezes o recurso às drogas como forma de tratar “... uma desordem provocada na junção mais íntima do sentimento de vida no sujeito” (LACAN, 1998, p. 565).

Miller (2012) ensina a localizar essa desordem em relação ao que chama tripla externalidade – externalidade social, corporal e subjetiva. Na externalidade social está em jogo a identificação social do sujeito com uma função social, às vezes uma identificação bem sólida a um trabalho, uma profissão. Por outro lado, há sujeitos que não se adequam a nenhuma função,

iniciam um trabalho, um curso, rompem, abandonam, não sabem o que querem. É o que ele nomeia como identificação social negativa, algo muito presente em casos de toxicomania em que a errância e a impossibilidade de se ajustar se evidencia.

Na externalidade corporal “a desordem mais íntima é essa brecha na qual o corpo se desfaz e onde o sujeito é levado a inventar para si laços artificiais para apropriar-se de seu corpo, para prender, grampear e sustentar seu corpo” (MILLER, 2012, p. 414). Ser toxicômano, dependente, beber, injetar, cheirar, pode ser uma forma de tratar uma desorganização no nível do corpo, fazer um corpo existir para um sujeito que não tem um corpo e também funcionar como efeito de nomeação.

Já na terceira externalidade, a subjetiva, “há um índice do vazio e do vago de natureza não dialética [...] a fixidez da identificação com o dejetivo” (MILLER, 2012, p. 415). Não queremos dizer aqui que todos os toxicômanos sejam psicóticos, mas chamar a atenção para estas situações envolvendo pequenos sinais, vivências de estranhamentos, situações marcadas por uma impossibilidade, e que o recurso ao álcool e as drogas são buscados. Há que se ler o sintoma com cuidado, especialmente quando um sujeito encontra “alguma saída” no uso deste objeto externo que é a droga.

Pensar a toxicomania à luz do segundo ensino de Lacan possibilita atentar para três pontos fundamentais: 1) A relação do sujeito com o Outro, o que pode permitir enlances e desenlaces do sujeito com o Outro; 2) A relação do sujeito com o real, com o gozo e como extrai satisfação; 3) A relação do sujeito com seu próprio corpo. Assim, como dissemos, na clínica contemporânea trata-se de estar cauteloso quanto às sutilezas que as novas modalidades de consumo comportam e, ainda, identificar com maior precisão a função que a droga pode ter para cada sujeito. Sabemos o quão precária pode ser a solução do uso de drogas por um psicótico como tentativa de se estabilizar. Muitos surtos eclodem a partir do consumo de substâncias psicoativas.

Na era do direito ao gozo, quando assistimos à desvalorização do desejo e há um empuxo ao gozo autoerótico, a política da psicanálise

amparada no desejo do analista possibilita aos dependentes de drogas construir saídas as mais diversas e inusitadas possíveis. É nossa tarefa ética possibilitar para cada sujeito um lugar na cidade, na vida, dentro de si, uma maneira possível de caber no laço social.

Nas palavras de Eric Laurent (2012): “A psicanálise não promete a cura absoluta do sintoma, mas certamente a redução dos estragos, sua transformação em alguma coisa mais suportável para o sujeito”. É essa a aposta que a clínica nos deixa como legado.

## Referências

FREUD, S. (1897). Carta 79. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p.323-324.

FREUD, S. (1930[1929]). O mal-estar na civilização. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p.75- 148.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LAURENT, E. O tratamento das escolhas forçadas da pulsão. Entrevista com Eric Laurent concedida à Coordenação da XVII Jornada EBP-MG. @DDito2. Disponível em: <<http://jornadaebpmg.blogspot.com.br/2012/05/ddito-2.html>>. Acesso: 11 out 2017.

MILLER, J-A. Efeito de retorno sobre a psicose ordinária. *A psicose ordinária*. Belo Horizonte: Scriptum, 2012. p.399- 418.

MILLER, J-A. Ler um sintoma. AMPBlog. 01 dez 2011. Disponível em: <<http://ampblog2006.blogspot.com.br/2011/08/jacques-alain-miller-ler-um-sintoma.html>> Acesso: 11 out 2017.

MILLER, J-A. Para uma investigação sobre o gozo autoerótico. *Pharmakon Digital*, n. 1, 2016. Disponível em: <[http://www.pharmakondigital.com/prov/ed002/classicos/pt/miller\\_pt.html](http://www.pharmakondigital.com/prov/ed002/classicos/pt/miller_pt.html)> Acesso: 11 out 2017.

## Seção 2

The image features two figures constructed from everyday objects, set against a dark blue background with white speckles resembling a starry night sky. The figure on the left is made of a wooden clothes hanger, with a yellow string tied around its top and bottom, and a long, thin yellow string extending from its side. The figure on the right is made of crumpled aluminum foil, with a white string tied around its middle and a long, thin white string extending from its side. Both figures have a rectangular base.

**Invenções e  
enfrentamentos  
cotidianos:  
contextos, sujeitos e drogas**

1 - Dom Quixote - Ano: 2016

2 - Sem Título - Ano: 2017

Autor: José Cássio Francisco, escultor, usuário do CAPS AD II  
Centro Mineiro de Toxicomania / FHEMIG.

Obras produzidas em oficinas na unidade.

# Travessia: dos véus da exclusão ao encontro com o os invisíveis<sup>1</sup>

Marina Ribeiro de Melo Oliveira

 dia começa, é hora! O vigia já bateu nas portas, o tempo impassível, passou, agora é ir pra rua, deixar a cama impessoal, fria e povoada de percevejos e sair, mochilas nas costas, sacola na mão, mão no baseado. Na rua pode, apesar de não poder, mas cabe, para suavizar o dia, acalmar a mente, suportar o tempo de voltar para a espera. É hora! Essa via, há pouco de alguns, voltou a ser de tantos, a marquise já não é teto, a loja abriu, agora é fachada, e não cabe mais essa paisagem que assusta de tão real, que não vende nada, só entrega verdades. Coberta no saco, saco no bueiro, garrafa também. Antes um gole, o tremor começa no acordar. Hoje esse teto alto e estreito não foi o bastante para não deixar molhar. Molhou, mas tinha fogo, fumaça e gente. Muitos solitários dividiam o vão, as pedras e a nóia <sup>2</sup>. Para esses não há nem hora, a pedra dá jeito até no tempo, esse impassível. Essas são cenas da vida das pessoas em situação de rua no Centro de Belo Horizonte, condição que revela uma duplicidade de vulnerabilidades: a vida nas ruas e uso de drogas <sup>3</sup>. Vulnerabilidades para as quais olharemos mais de perto.

Vivemos em um tempo dominado pela “moral do individualismo, como valor levada a seu exagero, cada qual trata apenas da sua vida e considera o outro como inimigo e o rival [...]” (BIRMAN, 2014, p.147). Essa moral rege ainda o tempo político atual, marcado pelos retrocessos em relação aos direitos humanos, às causas sociais e ao cuidado com as minorias. Tempo de intensificação da criminalização

<sup>1</sup> O artigo se baseou no Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção a Usuários de Drogas que teve a orientação da Professora Rosimeire Aparecida Silva

<sup>2</sup> termo utilizado pelos usuários de *crack* que descreve a sensação após o uso.

<sup>3</sup> Esse termo será utilizado para referenciar tanto as drogas lícitas quanto as ilícitas, tendo clareza, no entanto, que quando se trata de drogas ilícitas, soma-se, na adição da exclusão social, mais um estigma.

do uso de drogas, do aumento das internações compulsórias para usuários, do incentivo - político e financeiro - por parte do poder público, às comunidades terapêuticas: nova roupagem da institucionalização e exclusão do insuportável à estética da cidade. Essas pessoas têm sido reduzidas a corpos, confundidas com a droga que consomem ou o lixo com o qual convivem.

Neste cenário, sob os véus da exclusão, existem e resistem vidas e histórias camufladas pelo cinza que cobre o urbano. Encobertas pelo estigma com os quais a sociedade os torna invisíveis, essa população vive exposta ao olhar da cidade que se recusa a enxergá-los e demanda ao poder público que os recolham e confine lá onde não seja mais notada. Expostos ainda às inúmeras formas de violência; à criminalização da miséria que é mais uma das formas de tirar essas pessoas de cena, categorizando pessoas em situação de rua como ladrões em potencial ou encarcerando-os, eles são considerados culpados, até que provem o contrário. Atravessamentos complexos em um contexto político e social muito desfavorável marcam a vida dos usuários de droga que vivem nas ruas. A rua e a droga fazem parte da construção da existência dessas pessoas, é necessário considerá-las para perceber essas formas singulares de passagem pelo mundo e pela história, reduzindo os sofrimentos causados pela exclusão e pelo uso de drogas.

## **A vida nas ruas**

“[...] distâncias somavam a gente para menos.

“Nossa morada estava tão perto do abandono que dava até pra gente pegar nele”.

(Manoel de Barros)

Região Centro Sul de Belo Horizonte, Centro da cidade. Passos rápidos, cronometrados, trânsito, cheiro de fumaça, barulho de gente, carro, comércio, lixo. Lugar de achar soluções para as questões importantes da vida. “Cidades são aldeias mortas<sup>4</sup>”, no centro de Belo Horizonte tribos indígenas cortadas por estados,

---

<sup>4</sup> Trecho da música Passarinhos de Emicida.

presidentes, prefeitos, doutores dão nomes a ruas, avenidas, viadutos, praças e parques. Camufladas, invisíveis, desnecessárias, quase mil pessoas vivem nesses espaços, não estão de passagem. Integram a paisagem. Em Belo Horizonte, de acordo com o último censo realizado em 2013, há 1827 pessoas em situação de rua, 44,8% deles vive na região Centro-Sul onde também se localiza o Centro Mineiro de Toxicomania.

Há diversas definições para essa categoria populacional e nos basearemos na utilizada pela Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, que define essa população como:

[...] um grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento. (BRASIL, 2008).

O conceito de desfiliação é trabalhado por Robert Castel e diz do resultado de uma sucessão de exclusões, um “duplo processo de desligamento: ausência de trabalho e isolamento relacional” (CASTEL, p. 23), que faz emergir a figura das pessoas em situação de rua. Este é “o errante, o estrangeiro que não pode ser reconhecido por ninguém e se encontra rejeitado, de fato, por toda parte” (CASTEL, p. 24). Outro autor, Paugam, utiliza o conceito de desqualificação social, que teria como fase última a ruptura dos vínculos sociais que leva a um alto grau de marginalização em que os indivíduos se sentem “inúteis para a coletividade” (PAUGAM, p. 76).

Vida líquida e sociedade de consumidores, conceitos propostos por Zigmunt Bauman (2005), esclarecem o ideal que orienta a contemporaneidade e ajuda-nos a perceber a condição de situação de vida nas ruas, como o resultado de um modelo social orientado para a produção de descartáveis. Dimensão que não se restringe aos objetos e alcança, diretamente, os que não conseguem manter-se no

jogo e são descartados. Restos da sociedade de consumidores, os moradores de rua exemplificam, de modo cruel, essa lógica e são tratados como “refugos humanos, seres excessivos e redundantes” (BAUMAN, 2005. p.12).

A cidade vê o que os estigmas marcam. As categorias com as quais a sociedade classifica essas pessoas as aprisionam em nomes e marcas quase intransponíveis. Vivendo na rua, que para a maioria é lugar de passagem, pessoa em situação de rua é como o “louco” do século XV, personagem da Nau dos loucos narrada por Foucault, é o prisioneiro “no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem” (FOUCAULT, 1972, p.17). A estrada líquida navegada pela Nau levava de uma cidade à outra. A rua é a estrada real, asfalto, piche, repleta de encruzilhadas concretas, simbólicas e existenciais, onde há sempre uma pedra no meio do caminho.

A sequência dos processos de exclusão e vulnerabilidades é contínua para essas pessoas, vivendo na rua são marcadas por inúmeros atos de violência, discriminação, estigmatização, repressão e perdas. Portanto, como bem pontua Rui (2014), as razões que os levaram a viver nas ruas não são as mesmas pelas quais eles permanecem. E ali permanecem. O censo realizado em Belo Horizonte aponta que a maioria das pessoas em situação de rua está nesta situação há quase uma década, e, à sua maneira, essa é a hipótese que tentaremos desenvolver ao longo desse artigo, ali fazem laço, convivem, suportam, resistem.

### **Uso de drogas: desenlaces e enlaces**

O mundo de hoje é o mundo do consumo, a ordem da vida é: “compre, consuma, Goze!”. E não faltam objetos, produzidos incessantemente, e com destino certo: tornarem-se obsoletos e desnecessários o mais depressa possível (BAUMAN, 2005). Somos reduzidos à condição de consumidores exclusivamente. Os laços

sociais são dominados pela lei do mercado, uma lei que segrega. Há os que podem e os que não podem comprar. Nossa “sociedade de consumidores [...] julga e avalia seus membros principalmente por suas capacidades e sua conduta relacionada ao consumo”. (BAUMAN, p. 108.)

Não podem comprar o que a última tendência da moda dita, mas compram. Usuários de drogas que vivem nas ruas seguem a ordem do mestre capitalista e consomem, consomem, consomem. Consumidores falhos, como define Bauman, mas consumidores. Em uma sociedade orientada pelo consumo os usuários de droga exemplificam de maneira dramática a adesão ao discurso do capital e são punidos por atender exemplarmente ao que o mestre manda para todos.

Dos moradores de rua entrevistados no terceiro censo de Belo Horizonte, 51,5% relataram fazer uso de drogas ilícitas e 69,5% declararam consumir bebida alcoólica. Esses números, a princípio nos trazem uma quebra de paradigma – nem todo morador de rua é usuário de drogas; e uma confirmação – são muitos os que lançam mão de substâncias psicoativas e vivem nessa situação de exclusão social.

Em O Mal-estar na civilização, Freud fala do uso de drogas como uma “medida paliativa” para suportar a vida, que “é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis” (FREUD, 2010, p. 28). É como disse Guimarães Rosa “viver é muito perigoso”.

Droga, palavra que remete a muitos sentidos, polissêmica:

[...] na linguagem científica representada pela Organização Mundial de Saúde, a palavra droga significa toda substância que, introduzida em um organismo vivo, pode modificar uma ou mais funções deste. (OLMO, 1990, p.21).

Esse conceito tão amplo abarca uma variedade extensa de substâncias, muitas delas velhas conhecidas da humanidade. As ideias

formadas acerca delas também são múltiplas, mas sempre influenciadas, como tudo na vida, pelos valores da sociedade (ESCOHOTADO, 1997).

Para falar dessas substâncias os gregos utilizavam o termo *phármakon*, palavra que traz consigo uma dualidade, tanto pode ser veneno, como remédio. Pensar a droga sobre essa perspectiva ajuda-nos a entender como pode se apresentar de forma tão diversa para cada um que a consome. Segundo Rêgo e Tavares:

[...] as reflexões e os debates em torno do uso e abuso de drogas traduzem as diversas formas que o humano utiliza para lidar com a dor da sua própria existência. Por vezes, a droga se inscreve na dimensão da pertença, do laço social, do encontro com o divino, da celebração da vida; outras tantas, traduz a face do sofrimento, da dor, da dependência [...] (RÊGO; TAVARES, 2009. p. 07).

Variando de acordo com a medida, com a maneira ou com os atravessamentos da vida, o uso de drogas pode enlaçar ou desenlaçar. Usar drogas como “todas as ações humanas engendram algum potencial de perigo ou dano” (FIORE, 2012, p. 11).

### **Vida nas ruas e uso de drogas: laços e embaraços**

“Existimos – a que será que se destina?” (Caetano Veloso)

As drogas podem ter infinitas funções, uma delas é a de suportar condições miseráveis de existência. É isso o que nos mostram esses fragmentos de relatos de pacientes do CMT: “Tem jeito de não beber doutora? No albergue você se coça todo com aqueles bichos picando a gente, na rua, é a rua. Já experimentou viver nela? Pra ter coragem de dormir sem medo só bebendo mesmo, ontem mesmo mataram um lá no escadão”. “Tô sozinho, não tenho família, não tenho casa, não tenho ninguém, tô morador de rua. O *crack* me faz esquecer, é meu único prazer”.

Ao redor da droga as pessoas se juntam para sociabilizar, na

mesa do bar ou no meio da praça, os que têm e os que não têm casa. A sociabilidade, no entanto, não se dá só através do uso de drogas para quem vive na rua, parcerias e grupos se formam por afinidades, pontos de vista em comum, interesses afetivos, como para todos nós.

Segundo os dados coletados no Terceiro Censo de Belo Horizonte, 30% dos moradores de rua vivem em grupo. O censo realizado em 1998 revelou que 49,60% dos entrevistados ficavam em grupos de duas a cinco pessoas. Taniele Rui em sua pesquisa etnográfica realizada em três cenas de uso de *crack* no estado de São Paulo afirma “poucas vezes vi pessoas consumindo *crack* sozinha. Tratava-se fundamentalmente de uma atividade coletiva [...] alianças parciais eram necessárias”, e completa “tais laços, ainda que fugazes e sempre abertos a reavaliações, são fundamentais para a sobrevivência física dos usuários”. Um ponto possível de se destacar dessas observações é a função de laço que a droga possui, laços precários, mas laços: “afetivos e sociais, de cuidado e proteção [...]” (RUI, 2014, p. 162) entre os tantos possíveis. Valim, Zaluar e Sampaio também em pesquisa etnográfica, essa na cidade do Rio de Janeiro, verificaram que:

[...] muitos, mas não todos, usuários de crack constituem guetos – características historicamente relacionadas ao uso de drogas. De fato, ao analisarmos os guetos formados pelos grupos de usuários de crack em algumas cenas de uso no Rio de Janeiro, percebemos que esses guetos são constituídos não somente com o objetivo de consumir droga, mas também como efeito da exclusão social dos indivíduos (VALIM, ZALUAR e SAMPAIO, 2014, p. 214).

Os desenlaces anteriores ao uso de drogas na vida das pessoas em situação de rua são inegáveis, na família, no casamento, no trabalho, mas, a rua apresenta novas formas de se relacionar, “novas formas de viver, de se comunicar e de se integrar com uma comunidade de pessoas, que pela própria condição adversa de vida, tem sua própria ética e seus próprios códigos de conduta” (TRINO, MACHADO e RODRIGUES, 2014,

p. 33). A rua acaba promovendo um lugar novo, repleto de ambiguidades, mas aonde vai se construindo a existência dessas pessoas:

Mas é justamente no sumidouro da rua que o morador de rua se encontra. É onde o cidadão comum se perde que ele encontra seu lar, seus pares, seus nichos. É nesse tempo e nesse espaço que ele se faz sujeito, que ele se identifica: é no fluído que ele estanca e se faz pessoa (MIZOGUCHI; COSTA; MADEIRA, 2007, p. 40).

Os recortes de fala de frequentadores do Centro Mineiro de Toxicomania exemplificam algo desses laços: “tenho percebido que nem penso tanto mais na minha família, penso mais nos meus colegas da rua que eu vejo todo dia”; diz o usuário, quando questionado porque não procura a família; outro justifica assim suas faltas às consultas “não vim doutora porque tava de acompanhante do meu amigo no hospital, ele quase morreu e eu não podia deixar ele sozinho, ele é meu conterrâneo, nós somos da mesma turma de rua há anos e a gente faz tudo junto”. “Uso sozinho, mas sempre tem gente junto”, afirma um usuário, mostra que às vezes a companhia é mesmo só dos corpos, uma solidão compartilhada, mas que promove certo tipo de proteção.

Expostos na vitrine da rua, no entanto, usuários de drogas ficam mais suscetíveis às diversas formas de violência e violações de direito. A maioria dos pacientes do CMT já teve seus pertences roubados na rua, dormindo alcoolizados acordam sem suas bolsas, sem seus documentos, as carteiras de identidade são refeitas recorrentemente e ultrapassam, às vezes, a 12<sup>a</sup> via. A droga e a bebida são parte constante nas cenas de conflitos que relatam ao explicarem porque chegam ao serviço com o corpo ferido. “Ah tava todo mundo ruim já, o cara falou que eu não podia, nem sei quê que eu não podia, e eu cresci pra ele, ele correu e pegou um pedaço de pau, mas eu bati também”.

Outras vezes a rua, vasta e escura, por isso mesmo escolhida para o uso da droga, acolhe a morte silenciosa de um corpo levado ao

limite. Corpos caídos não são difíceis de serem encontrados nas ruas do Centro da cidade. “Bêbados” são nomeados, mas quem anda não se preocupa em saber se estão vivos.

O encontro da rua com a droga pode produzir vida e morte, sentido e anestesia. Pode favorecer a construção de laços, mesmo que breves e frágeis, ou parcerias duradouras, tal como se dá com os que não vivem nas ruas. Pode colocar em risco e ampliar a desproteção. A ambivalência acompanha os encontros e desencontros dessa duplicidade de vulnerabilidades e marca também a relação dessas pessoas com os serviços que buscam ofertar a elas algum tipo de assistência.

### **Ali, atrás do parque**

Localizado entre as regiões Centro-sul e Leste de Belo Horizonte, o Centro Mineiro de Toxicomania se insere, ao lado, e em meio aos outros serviços de saúde da capital, na chamada região hospitalar. Bem em frente está o Parque Municipal Américo Renné Gianetti, 182 mil metros de diversidades de fauna, flora, recursos hídricos e gente. O parque é também a referência geográfica e de proximidade, adotada pela cultura como sinalizador do caminho que dá acesso ao CMT: “fica ali, atrás do parque”, e é, também, um território importante para os usuários do serviço que vivem na rua. Território concreto, e subjetivo, de proteção, anonimato e laço.

O Centro Mineiro de Toxicomania foi um serviço criado com o objetivo de não segregar, mas de inscrever no campo da saúde mental os usuários de drogas que, naquela época, 1983, tinham o destino marcado da prisão caso fossem surpreendidos em uso de drogas ilícitas. Os psicanalistas Antônio Beneti, Jésus Santiago e José Mário Simil Cordeiro acreditavam que essas pessoas deveriam ser escutadas e criaram um serviço que lhes possibilitou acesso a palavra, para que pudessem dizer por que se drogavam e localizar qual a função da droga em suas vidas.

Em 2002, assim que decretada a Portaria nº 336 que define os Centros de Atenção Psicossocial, o CMT é cadastrado como um

CAPS AD II, o primeiro de Belo Horizonte. Atualmente, na rede de saúde mental da Prefeitura de Belo Horizonte, há três CAPS AD que, juntamente como CMT, realizam o atendimento da população das nove regionais da cidade. O CMT, por ser um dispositivo estadual, atende também as cidades da região metropolitana que não possuem CAPS AD.

Se, há 33 anos, a missão do serviço era dar espaço de fala aos usuários de droga e construir “uma clínica não segregativa com o sujeito dito (pelo Outro social) toxicômano” (BENETI, 2014, p. 28). Atualmente quando se busca uma maior aproximação da rede de cuidados (saúde, assistência social, cultura, lazer, justiça) existente em Belo Horizonte, essa missão inicial é incluída dentro de uma proposta clínica e política de garantir atendimento aos usuários de drogas “pautado pelos princípios da Atenção Psicossocial, da Redução de danos e do Sistema Único de Saúde”<sup>5</sup>.

Como propostas de cuidados são ofertadas no CMT as seguintes possibilidades de atenção: atendimento ambulatorial, em permanência-dia, leito de desintoxicação e observação, pernoites em instituições parceiras, oficinas, reuniões e assembleias com os pacientes.

O cuidado não se faz, no entanto, somente para dentro do serviço, já que o real da vida das pessoas que lá buscam tratamento se faz é pra fora, no território que constroem para si e por onde circulam. Nos laços que fazem e nas muitas outras possibilidades que a cidade apresenta para construção de novas subjetividades e pertencimento, o que nomeamos na prática de trabalho em rede. Visitas domiciliares, institucionais, grupos de trabalho, discussões de caso com outros serviços, atividades externas são algumas formas de incluir o serviço “lá fora”.

Uma importante parcela dos pacientes atendidos no CMT é de pessoas em situação de rua. O levantamento de dados realizado em março de 2017 apontou que o CMT acolheu, no recorte deste mês, 148 pacientes, dentre eles, 33, 1% viviam nas ruas. A permanência-

---

<sup>5</sup> Apresentação do Centro Mineiro de Toxicomania no *site* da Fundação Hospitalar de Minas Gerais.

dia conta, em média, com 90 pacientes semanalmente, 52 estão em situação de rua, referente a 57,1%. “Bolsa moradia”, “minha bolsa minha vida”, eles brincam sobre a vida que carregam nas costas, vida inúmeras vezes roubadas, perdidas, largadas e esquecidas. Diariamente, guardam esse pedaço de vida no armário do serviço, invisíveis sobre as costas, o “acúmulo de fracassos” (PAUGAM, p. 76) pesa sobre os ombros, não importa onde estejam.

Por demanda espontânea, muitas vezes orientados por colegas que já fazem acompanhamento, encaminhados do Albergue Municipal Tia Branca, das Unidades de Pronto Atendimento, do Hospital João XXIII, dos Consultórios de Rua, são muitas as formas pelas quais das pessoas em situação de rua que fazem uso de drogas chegam ao CMT. Muitas vezes, demandam inicialmente o pouco que já não suportam que falte: lugar para ficar, comida, banho. A questão com a droga habita no desejo um lugar muito ambivalente, é problema e solução. É esperado, então, que não se apresente com clareza uma demanda de interromper o uso de drogas, as demandas de tratamento podem aparecer sob diversas formas, assim como o sofrimento, sem nomes claros, sem soluções traçadas em manuais e protocolos.

Para produzir vida é preciso que se faça um trabalho vivo. Um trabalho que convide as pessoas que endereçam ao serviço um pedido a encontrar formas de reduzir sofrimento. É um trabalho que exige inventividade, criação, disposição de quem se propõe a realizar um cuidado psicossocial, singularizado, em liberdade, com diálogo e movimento constantes entre o dentro e o fora do serviço.

## **Travessia**

“Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”.  
(João Guimarães Rosa)

Um morador de rua, usuário de álcool há quase três décadas comparece para o atendimento no CMT. Veio com o Consultório de Rua, a psicóloga e o redutor de danos estão com ele. Já é final da tarde e o serviço fecha às 19h. Foi no tempo possível, tempo daquele

que tem sido visto na rua, sozinho e alcoolizado há muitos meses. Do que dizia, pouco era possível entender. Mas naquele dia falou de cansaço, da barriga que doía, e da cabeça “ruim”. A frente de quem o recebe, um corpo que traz sinais de fragilidade, sujo, mente inquieta, perceptível pela fala confusa perdida no tempo e no espaço.

Grávida do quarto filho, acompanhada do companheiro com quem vive nas ruas há três anos, a usuária chega com um papel “mandaram eu vir me tratar”, é um encaminhamento do Conselho Tutelar, uma determinação judicial para tratamento de “dependência química” de uma mulher que no sétimo mês de gestação teme perder a guarda de mais um filho porque mora na rua e usa *crack*.

O paciente, já acompanhado pelo serviço há mais de cinco anos, chega para a permanência-dia às 16h da tarde. O horário combinado no seu projeto terapêutico era oito da manhã, ele vem direto da pedreira<sup>6</sup> onde esteve desde a noite anterior, “virei pra esquerda ao invés de virar pra direita” explica o rumo que tomou. O albergue onde pernoita fica à direita, o lugar da droga à esquerda. Chega pedindo para entrar, comer, tomar banho e por remédio.

Esses recortes servirão de orientadores para a discussão das questões que atravessam a atenção a essas pessoas e os cuidados que o CAPS AD pode proporcionar.

Trino e outros autores chamam a atenção para a questão da análise das demandas feitas pelos trabalhadores dos serviços no atendimento a esse público:

[...] pessoas em situação de rua só procuram serviços de saúde quando estão em situações muito graves. Nesse sentido nosso conceito de sofrimento e doença precisa ser mais aberto, ampliados. Despir-se do foco no diagnóstico, e abrir os olhos para o que pode estar por trás de uma demanda objetiva. Abrir os olhos, sobretudo para questões relacionadas às múltiplas formas de sofrimento psíquico, para além dos diagnósticos fechados em torno de transtornos mentais, muitas

---

<sup>6</sup> Pedreira Padro Lopes é um aglomerado na região Noroeste em Belo Horizonte onde muitos usuários do serviço vão para comprar *crack*.

vezes incapazes de dar conta da realidade vivida. Os dialetos do sofrimento desafiam o trabalho e os trabalhadores de saúde [...] (TRINO et. al., 2014, p. 37).

O que há em comum a todos que buscam o CAPS AD, não importa a demanda explícita, é o sofrimento que deve ser considerado na diversidade em que se apresenta. Muitas vezes há por parte dos trabalhadores do serviço a demanda de abstinência em relação ao uso de drogas. Espera-se que o usuário chegue com uma demanda clara e que ela seja “quero parar de usar”. A condução do tratamento pautada em um desejo que não é do usuário, esse desejo feito pelo outro, impossibilita o cuidado e tem efeitos importantes na posição do sujeito que, já carregado pela expectativa de quem o atende, não consegue fazer para si uma demanda de cuidado que pode ser que passe por questões mais sutis, como a escolha de uma direção a tomar.

Um dos marcos teóricos-políticos da Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas é a Redução de Danos que nos permite reconhecer “cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida” (BRASIL, 2004, p. 10). Defender a vida é orientação avessa a tratar das drogas. Qualquer vida vai além disso!

No encontro com essas pessoas, pois é de encontros que é feita a clínica, desde o primeiro acolhimento, mesmo que seja determinado por um outro tão distante, às chegadas diárias para permanência dia, ou para os atendimentos, muito pode surgir, “dores, prazeres, desejos, ambiguidades, contradições, alegrias” (TRINO et. al., 2014, p. 42) que ultrapassam o uso de drogas e dizem sobre a vida dessas pessoas, as formas de se relacionarem com o outro, consigo mesmas, com o mundo e também com a droga. Escutar e atuar a partir disso pode “nos levar muito além de qualquer preceito moral que tenhamos, incidindo assim no que de mais precioso pode existir na clínica, que é a possibilidade de criar diferentes sentidos

para a vida”. (TRINO et. al., 2014, p. 42)

Uma das formas de cuidado mais intensivo que o CAPS ad oferta é a permanência-dia, espaço de convivência entre os usuários e a equipe, que favorece o cuidado de muitos, momento de intervalo do uso de drogas e também da rua. É um modo de acompanhar com uma proximidade necessária frente a um sofrimento que impede que a vida corra sem a devastação da droga. Por ser um dispositivo que exige de toda a equipe do CAPS AD, surgem as mais diversas questões e pontuações sobre o manejo, mas nem todas são pelo olhar da clínica do cuidado, muitas vezes o que aparece é o olhar moralista e disciplinador, olhar que não atravessa, paralisa-se frente a crueza da demanda do que mais concreto o CAPS ad pode ofertar: teto e paredes, banho, comida, remédio. A proteção, a escuta, o encontro, esses desejos estão nas entrelinhas, para escutá-los é preciso disponibilidade e saber que umas das funções da permanência-dia é promover intervalos, entre uma dose e outra, entre a fissura e a droga, promovendo pequenos futuros.

Os CAPS AD são responsáveis por tecer a rede local de serviços de atenção a usuários de álcool e drogas de seu território de atuação (BRASIL, 2014). Em outras palavras, é o CAPS AD que deve acionar o que existe no território como forma de promoção de vida para os usuários. Criando novos pontos de travessia, incentivando os já existentes.

Tecer uma rede diz de trabalhar de forma bem articulada com os Centros de Saúde, o Consultório de Rua, os serviços da assistência social de todas as complexidades, os demais dispositivos da saúde mental e aqueles da cultura, educação, esporte, lazer. Promover atividades que ultrapassem o espaço do CAPS AD, que promovam um conhecimento e ampliação do território, esse pensado de forma mais abrangente:

[...] uma concepção de território que ultrapasse a ideia de espaço geográfico. Nesse sentido, o território pode ser considerado um fluxo vivo e intenso de relações entre pessoas, instituições,

espaços físicos, objetos, movimentados por relações de saber e de poder. (SANTOS, 2000 apud KINKER, 2014, p. 33)

O território é “o lugar onde se produz novas subjetividades, novas formas de estar no mundo, e novas verdades” (KINKER, 2014, p.33), e com potencial transformador até mesmo das relações de poder. Cada território é singular, mesmo os compartilhados, apreender essa singularidade nos auxiliará a entender melhor a vivência de cada sujeito e a relação com o uso de drogas e com vida.

Para aqueles que vivem na rua essa é uma função essencial, só existe trabalho possível se olharmos para fora, sem desejar excluir a rua dessas pessoas ou excluí-las da rua, e sim incluir o que há na rua como possibilidade de cuidado e isso diz do que está fora do serviço: os outros dispositivos da rede, o território subjetivo, os atores presentes na vida desses sujeitos, as formas de sociabilidade de sobrevivência.

## **Considerações finais**

“Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura” (João Guimarães Rosa)

Esse artigo pretendia estudar as questões relativas ao encontro da vida nas ruas com o uso de drogas, encontro também das marcas que essas complexidades deixam e então lançar luz sobre o trabalho do CAPS AD com essa população, advertindo que o CAPS AD não existe para cuidar de drogas, é lugar de cuidar de pessoas que fazem uso de drogas e estão em sofrimento. Na clínica da toxicomania, assim como nas clínicas da psicose ou da neurose, é preciso cuidar dos sujeitos, orientar-se por eles.

A droga deve ser considerada, ela agrega sofrimentos que podem ser muito graves ao corpo e a subjetividade dessas pessoas: síndromes de abstinência alcoólica, *overdoses*, desestabilização

de quadros psicóticos, rebaixamento do humor, ideações de auto-extermínio, dentre outros tantos quadros desencadeados por “modos extremos de engajamento” (RUI, 2104, p. 327) com o uso de drogas.

O cuidado com pessoas que vivem nas ruas e usam drogas exige ainda mais, que sejam atravessados os preconceitos, que se reconheça a dinâmica da rua, do processo de desfiliação que expressa tal condição e da positividade da rua: a possibilidade de fazer laço. A orientação dos cuidados deve passar por uma pausa que possibilite parar o olhar nessas pessoas, olhar mais de perto, ver a droga também, mas ver mais além, e então olhar para o CAPS e pensar como pode ser também um lugar de travessia, onde esses sujeitos possam descansar a vida intoxicada por drogas e estigmas, e vivenciarem novos olhares, descobrirem outros nomes e ressignificarem sua existência.

Não existem “soluções pré-fabricadas”<sup>7</sup> para o sofrimento complexo que essas pessoas apresentam, os “encontros e desencontros com a droga [...] são apenas reveladores da nossa condição humana, e por isso a análise dessa temática deve escapar de qualquer abordagem normatizadora”. (RÊGO; TAVARES, 2009. p. 07). A clínica com usuários de álcool e drogas em situação de vida nas ruas demanda que o cuidado ultrapasse os muros do serviço, a clínica deve enlaçar a rua, exige dos trabalhadores a disposição para ir onde “o povo está”, e de realizar um trabalho em rede efetivo que convide a todos a “tomar partido” (RUI, 2014, p. 242) e estar ao lado, junto dessas pessoas.

Realizar um trabalho dedicado depende da disponibilidade e desejo dos profissionais envolvidos, depende de que a prática e o exercício no cotidiano dos serviços estejam em congruência com os orientadores da luta antimanicomial, da lógica de redução de danos, da clínica psicossocial, que são todos eles pautados em cuidados em liberdade, contextualizados, singularizados, cuidados que incluem e promovem novas formas de existir e pertencer ao mundo.

Por muitas vezes chegarão para atendimentos com a

---

<sup>7</sup> Expressão utilizada por Elisa Alvarenga na apresentação de contra capa do livro Tratamento possível das Toxicomanias.

resistência que a vida na rua força a ter, repletos de defesas. Outras tantas só chegarão porque o corpo grita e parece que não vai suportar mais um dia. Não serão poucas as vezes que chegarão intoxicados, mas a droga é só algo a mais no acúmulo de marcas deixadas pelas sucessões de exclusões e estigmas. Quando e todas as vezes que chegarem é essencial lembrar que chega ali uma vida, ainda viva, e que há sempre um cuidado possível a proporcionar e sempre algo a aprender, que desse encontro se crie um convite de que façamos juntos uma travessia pelos véus da exclusão para, então, escutar os invisíveis.

## Referências

BAUMAN, Z. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BAUMAN, Z. *Vida líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BIRMAN, J. *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Relatório do 1º Censo de População de Rua de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 1998.

BENETI, A. A toxicomania não é mais o que era, In: MEZÊNCIO, M.; ROSA, M.; WILMA, M. (Org.). *Tratamento Possível das Toxicomanias*. Belo Horizonte: Scriptum, 2014, p.27-38.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome. Relatório do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua. Secretaria Nacional de Assistência Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Novembro de 2006

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome. Política

Nacional para inclusão social da população em situação de rua. Maio de 2008. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. Caderno CRH: democracia, cidadania e pobreza. Salvador, n.26/27, p.19-40, jan./dez. 1997.

COUTO, L. F. D. Quando o adolescente mata: uma perspectiva clínica. 121f. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, 2016.

ESCOHOTADO, A. *O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios*. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

IORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. Novos estud. – CEBRAP. São Paulo, n.92, p. 9-21, Mar. 2012. Disponível em: <[http://scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-330020120000100002&lng=en&nrm=iso](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-330020120000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 de Abril de 2017.

FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FREUD, S. (1930) O mal-estar na civilização. In: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos. (1930-1936). Obras completas, vol. 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GARCIA, F.D. et al. Terceiro Censo de População em Situação de Rua e Migrantes de Belo Horizonte. Viçosa: Editora Suprema, 2014. Disponível em: <[http://crr.medicina.ufmg.br/project/assets/ckfinder/files/Relato%CC%81rio%20Terceiro%20Censo%20POP%20em%20situac%CC%A7a%CC%83o%20de%20rua%20PBH\(1\).pdf](http://crr.medicina.ufmg.br/project/assets/ckfinder/files/Relato%CC%81rio%20Terceiro%20Censo%20POP%20em%20situac%CC%A7a%CC%83o%20de%20rua%20PBH(1).pdf)>. Acesso em: 13 de março de 2017.

KINKER, F. S. Ferramentas potentes da atenção psicossocial: as redes de apoio à autonomia e o trabalho no território. In: BOING, A. F.; BUCHELE, F. (Org.). *Álcool e outras drogas: da coersão à coesão*. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 33-44.

LANCETTI, A. Os riscos escondidos do crack. Revista Brasileiros. Disponível em:<<http://brasileiros.com.br/2011/08/os-riscos-escondidos-do-crack/>>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2017.

MIZOGUCHI, D.H; COSTA, L.A; MADEIRA, M.L. Sujeitos no sumidouro: a experiência de criação e resistência do Jornal Boca de Rua. *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n. 1, pp. 38-4, janeiro/abril. 2007

NERY FILHO, A., et al. (orgs). *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, 2009, 308 p. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books/about/Toxicomanias\\_incid%C3%A2ncias\\_cl%C3%ADnicas\\_e\\_so.html?id=bl2pCQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&redir\\_esc=y#v=snippet&q=encontros&f=false](https://books.google.com.br/books/about/Toxicomanias_incid%C3%A2ncias_cl%C3%ADnicas_e_so.html?id=bl2pCQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=snippet&q=encontros&f=false)>. Acesso em: 01 de Abril de 2017.

OLMO, R. *A face oculta da droga*. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

PAUGAM, S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais: Uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In SAWAIA, B. (Org.), *As artimanhas da exclusão*. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 67-86.

QUINET, Antônio. *Psicose e laço social. Esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Zahar: Rio de Janeiro, 2009.

RUI, Taniele. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. Terceiro Nome: São Paulo, 2014. 398p.

SILVA, Rosimeire. No meio de todo caminho, sempre haverá uma pedra. *Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 203-214, set. 2011/fev. 2012

TRINO, A.T; PEDRA, M.; BALESTEROS, R. Conceitos Norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: MIRNA TEIXEIRA; ZILMA FONSECA. (Org.). *Saberes e práticas na atenção primária à saúde: Cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec, 2015.

VARANDA, W; ADORNO, RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.1, p.56-69, jan-abr.



# **"Na rua, na chuva, sem casinha de sapê, a construção de vínculo no território": relato de uma experiência com sujeitos do município de Cláudio, que vivem em situação de rua**

Mayra Gonçalves Canhestro Rafael  
Rodrigo Chaves Nogueira

## **Introdução**

 O processo de reestruturação da assistência em saúde mental foi dado a partir da Reforma Psiquiátrica, com a evolução de um modelo de atenção hospitalar para um modelo de atenção diversificada, de base comunitária. Para concretizar a desinstitucionalização dos pacientes, uma rede de serviços substitutivos vem sendo construída, na qual os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem o principal dispositivo (BRASIL, 2004a).

A "Política de Saúde Mental", que foi instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, vem garantindo a consolidação e a expansão da rede de serviços substitutivos (BRASIL, 2004b). Na esteira deste processo, deu-se início à formulação de uma política integrada de atenção ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas, recomendada desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), específicos para o atendimento aos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, foram incluídos, desde 2002, na rede, pelo SUS (BRASIL, 2004c).

O Ministério da Saúde, ao elaborar uma política pública para usuários de álcool e drogas, indica o paradigma da Redução de Danos (RD) como estratégia fundamental, por reconhecer o papel ativo do usuário nesse processo, fortalecendo a concepção da RD "como um

método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada” (BRASIL, 2004a, p. 24).

Assim, as práticas e estratégias da RD foram incorporadas gradativamente à saúde, sendo ampliadas e adaptadas aos seus vários campos. Atualmente, mesmo sendo considerada a política oficial em nosso país no campo do álcool e outras drogas, enfrenta diversas resistências e críticas.

Os Consultórios de Rua, dispositivos de atenção às pessoas em situação de rua, que trabalham na perspectiva da inclusão social, se caracterizam pela participação ativa junto à população de rua, buscando atender as necessidades da população em situação de risco e usuária de substâncias psicoativas, respeitando seu contexto social. Possuem importante papel no que se refere ao encontro dos profissionais com o trabalho na rua (NOTO ET AL., 2004).

A realidade do trabalho em saúde mental nos dias atuais exige que tenhamos, para além de conhecimentos teóricos, uma hábil postura prática, para que sejamos capazes de orientar e ressignificar os desafios diários com questionamentos, afetamentos e muita criatividade. Contudo, perceber que é a partir do encontro com o outro, em meio a tanta diversidade, que se dá a condição para efetivar o cuidado, possibilita resgatar, nos profissionais, o verdadeiro sentido das relações humanas.

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma intervenção de cuidado possível aos sujeitos que vivem na rua e não acessam os dispositivos de saúde, garantindo-lhes, por meio dos dispositivos da saúde mental e atenção básica, acesso, acolhimento e qualidade de vida pautados na lógica da Redução de Danos.

O desejo de refletir sobre a temática que envolve a Redução de Danos a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), para oferecer cuidado no território, surgiu através de reflexões, pensamentos coletivos e, principalmente, frente à necessidade de aprimorar a produção de cuidado no viés da RD. Esse cuidado se dá por meio de ações de promoção e de prevenção, a fim de garantir acesso aos serviços de saúde e de assistência social à população usuária de

substância psicoativa que utiliza a rua como espaço de vida social e moradia.

## **Desenvolvimento**

Cláudio é um município do interior de Minas Gerais, localizado a 170 km da capital, Belo Horizonte, com estimativa de 28 mil habitantes. Faz parte da macrorregião Oeste, que abrange 55 municípios, tendo como sede Divinópolis, e da microrregião de Divinópolis, junto a outros doze municípios.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas de Cláudio está em processo incipiente de construção, contando com os seguintes componentes: Atenção Básica, com sete unidades de ESFs e uma Unidade Básica de Saúde (UBS); Atenção Psicossocial Especializada, com apenas um CAPS I e Atenção de Urgência e Emergência, com um CAPS e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Encontra-se em andamento a habilitação de um leito de retaguarda como o componente da Atenção Hospitalar, e o município conta ainda com um Ambulatório de Saúde Mental, que oferece atendimentos individuais de Psicologia para adolescentes acima de 16 anos, sendo que as crianças são acolhidas e cuidadas pelos dispositivos da rede.

A temática “álcool e outras drogas” nos indica a necessidade de uma ação ampliada, na qual devem convergir distintos saberes e contribuições teórico-técnicas. Esse tema vem sendo associado à criminalidade e às práticas antissociais, bem como à oferta de “tratamentos” de base excludente e modelos que priorizam a abstinência e o isolamento dos usuários do convívio social, bem como a presença de muitas comunidades terapêuticas no município.

Além disso, há uma forte pressão social por soluções rápidas e que deem conta de todas as questões concernentes aos transtornos mentais e, sobretudo, aos problemas relacionados ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas. Assim, não é incomum que usuários e familiares, em vez de assumirem um papel de protagonismo na

proposição de cuidados, acabem atuando junto a alguns profissionais e gestores para a manutenção de tratamentos de base manicomial.

No decorrer das ações de cuidado realizada junto aos sujeitos usuários de álcool e outras drogas no município de Cláudio, que vivem em situação de rua, fazendo uso prejudicial de drogas, e que não têm acesso aos serviços de saúde, foi possível localizar disparadores de pensamento da equipe envolvida, identificar as potencialidades da intervenção e questionar os aspectos ainda frágeis do processo de trabalho, visando contribuir para o trabalho em atenção psicossocial no território, tendo em vista que “a noção de território é compreendida não apenas do ponto de vista geográfico, mas como território-processo, onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura, vive a história” (SILVA IR; ALVES, 2007, s.p.). Para Ceccim e Merhy (2009) os territórios são aquilo que constituímos quando estabelecemos uma relação, sendo de suma importância para a equipe aprimorar o entendimento e apropriar o espaço da rua.

## **A rua**

No município de Cláudio o matriciamento é realizado atualmente nas sete equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), consistindo na discussão de casos de saúde mental com participação de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), CAPS e equipe de Saúde da Família propriamente dita. A partir das discussões são traçados projetos terapêuticos em conjunto, realizadas visitas domiciliares conjuntas, consultas compartilhadas e é promovido o estímulo à formação de grupos terapêuticos nas unidades. Portanto, o matriciamento tem nos indicado um modelo de atenção baseado no cuidado compartilhado entre as equipes dos diferentes níveis de atenção, gerando uma corresponsabilização na coordenação da assistência. São disponibilizados períodos de tempo para os encontros, para a discussão e para conversas sobre os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Essa prática evolui em clima democrático, com espaço à livre expressão de ideias, independentemente da formação e/ou ocupação de cada indivíduo presente.

O surgimento das intervenções na rua se deram em discussões sobre cuidado e atenção a usuários de álcool e outras drogas do local. Constatamos, ainda, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e assistência social por parte dessa população. As pessoas que ficam na rua aparentemente não têm o direito ao cuidado, sendo ignoradas como cidadãos, evidenciando uma invisibilidade social (Soares; Bill; Athayde, 2005). Ao realizar visitas domiciliares rotineiras a equipe notou que, cotidianamente, cruzava com sujeitos em situação de rua e que havia a necessidade de estar junto deles, de ouvi-los a fim de conhecer suas demandas, sendo possível lançar um olhar que não esteja pautado pelo preconceito e pela marginalização.

No território mencionado encontra-se uma “pracinha” frequentada por várias pessoas de diferentes idades, em sua maioria adulta, que, como hábito de vida, permanecem ali grande parte do tempo. Embora tenham algum tipo de residência, sendo que a maioria deles tem família, vão para suas casas apenas esporadicamente, para se alimentarem ou dormirem. Mas, quem são eles, afinal? Quem são estes invisíveis aos equipamentos de saúde e aos profissionais? Pois bem, são muitos, são Marias, Antônio, Josés, Silvias. Não são somente corpos descuidados, maltratados e mal alimentados, são pessoas, quereres, dores, prazeres, indivíduos dos quais em cada ser reside uma história, e junto dela uma atribuição ao sentido de viver ali, na rua. Alguns dizem muito, outros não dizem nada, embora todos falem. Seguem cotidianamente à margem da sociedade, e notavelmente relacionam-se entre si, entre pares, trios, entre aglomerados, dançam na chuva, comem à luz da lua, deitam, dormem e sonham naquela rua.

Dentre os percalços vivenciados pelos sujeitos na rua, notamos a dificuldade de acesso aos recursos de atenção à saúde. No artigo 196 da Constituição Federal, a saúde está posta como um direito universal e está vinculada à redução dos riscos à vida:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas

que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s.p.).

Neste sentido, reunimos os protagonistas do matriciamento, dentre eles, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogos e educadores físicos, e fomos à rua a fim de criar vínculos com os frequentadores da praça. Levamos água, protetor solar, preservativo, café, biscoito e caixa de som. Foi visível o estranhamento gerado por parte das pessoas ali presentes. Aproximamo-nos, apresentamo-nos e pedimos autorização para ficar ali e explicar de onde vínhamos. Surpreendemo-nos ao identificar que havia pessoas que desconheciam a ESF, que é localizada bem próximo à praça. Desconheciam também o CAPS e sua finalidade. Ligamos o som, realizamos um exercício de alongamento e anunciamos que voltaríamos após 15 dias.

Seguimos as intervenções cada vez mais motivados pelo fato de identificarmos adesão de alguns usuários ao CAPS e à ESF. Os encontros eram recheados de expectativas, receios e de uma dose extra de desejo. Conforme previsto, encontramos grande diversidade de pessoas, cada uma com uma história, vivendo um momento específico. Sendo notada, a cada intervenção, uma nova característica, a motivação do grupo se reafirmava no compromisso pelo qual foi lançado. Na rua, onde a vida acontece por vezes nua e crua, a fome, a sede, os ferimentos, a dor e o frio são fatores que geram uma série de adoecimentos, para além do sofrimento mental, sentido, ali, coletivamente, mas vivido na solidão da ausência de familiares presentes, de pessoas que consigam identificar o filho, a tia, o pai, a prima como alguém que precisa de suporte, que não se droga o tempo todo, que é, de fato, um sujeito.

Os desafios dessa ação interventiva são incontáveis, e ela requer, sobretudo, um vasto comprometimento na oferta de cuidado aos sujeitos não vistos, não ouvidos e não acolhidos pela RAPS. Tendo como território um município de pequeno porte, onde não é

contemplado e ofertado o dispositivo de Consultório na Rua, além de vivenciar uma realidade de sobrecarga pelas ESFs, com profissionais insuficientes, alta rotatividade, dentre outros. Conseqüentemente, não há recurso financeiro que custeie a intervenção ou ao menos os insumos nela utilizados.

Diante dos avanços identificados, podemos descrever a iniciativa dos usuários de ir às unidades em busca também de cuidados odontológicos, ginecológicos e médicos em geral. No cotidiano do CAPS atualmente, destaca-se um maior número de usuários na Permanência-Dia (PD) com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tendo em consideração um efeito multiplicador, sendo possível notar que os usuários que já frequentam a unidade trazem um amigo que também está na rua precisando de cuidado. Os efeitos de ordem qualitativa se destacam pelo aprimoramento do acolhimento, pela apropriação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), pelo empoderamento da equipe a partir da educação permanente e dos conceitos de clínica ampliada e, sobretudo, pela vivência da lógica da Redução de Danos.

No âmbito do SUS, nenhum profissional é detentor de todas as ferramentas para exercer o cuidado pleno. Nesse sentido, Cavalcante Filho et al. (2009) afirmam que é necessário o trabalho em equipe. Assim, o cuidado só pode ser desenvolvido sob a perspectiva de compartilhamento e matriciamento.

No município de Cláudio, inicialmente, como ocorre com quase toda nova proposta, houve momentos em que as equipes não acreditaram que o matriciamento pudesse acontecer. Tratava-se de algo muito desafiador para os profissionais do CAPS que, além de sair da unidade, iriam se deparar com toda uma equipe já arranjada em seu próprio modo de produzir saúde. Foi necessário identificar limites, estreitar os laços e se fazer presente, trabalhando em conjunto e não fazendo reuniões e discussões para eles, mas sim com eles. No âmbito coletivo é possível pensar e produzir reflexões sobre os caminhos do PTS, os quais, de maneira isolada, dificilmente seriam encontrados. Dessa maneira, cada equipe de referência torna-se responsável pela

atenção integral do usuário, cuidando de todos os aspectos de sua saúde, elaborando os PTS e buscando outros recursos terapêuticos quando necessário (CAMPOS, 2007).

Observamos ainda que é imprescindível pensar no processo de trabalho em saúde e suas redes. No que se refere ao trabalho em redes dos serviços, a RAPS, de acordo com a portaria GM/MS nº 3.088/2011, consiste em: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do *crack*, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e 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 (BRASIL, 2011). Tendo em vista essa direção, precisamos cotidianamente dos outros componentes da rede, sendo que a ampliação desta representa um aumento na autonomia do próprio serviço, construída pela ação dos trabalhadores na busca por estabelecer um diálogo transformador com seus usuários.

A intervenção realizada na rua permitiu que o trabalho em rede se fortalecesse, gerando autonomia e, conseqüentemente, aumentando a credibilidade dos atos realizados. A pracinha já não é mais a mesma, pois as pessoas ali presentes não ficam mais somente nela, agora circulam nos serviços, demandam cuidados e ações em saúde e multiplicam o que agora sabem. Não raro, pessoas chegam ao CAPS por livre iniciativa; vão sozinhas e relatam que foi o colega da pracinha quem indicou. Também chamam os profissionais quando esses estão do outro lado da rua ou indo em outra direção.

É importante ressaltar que o território em que é realizado o trabalho é o lugar vivo no qual o fluxo intenso de relações acontece, sendo um recurso potente e necessário para a transformação de vida dos usuários (FRANCO, 2003). Essa ideia disseminou-se durante toda a intervenção, pois, na rua, onde a vida acontece, é experimentado o contato real com os usuários, sem os muros das instituições, sem os protocolos formais que burocratizam as relações. Os encontros

com os usuários requeriam delicadeza, pois cada fala ali lançada, cada proposta de interação ali tentada, necessitava, além de grande responsabilidade, um manejo. O trabalho na rua e a linguagem daquele local evidenciou um universo que nos era desconhecido, revelou que a rua, por si só, não representa nada, uma vez que o que há de mais valioso, mutável e intangível ali são as pessoas em suas relações.

Após intensos diálogos e corriqueira apropriação da lógica do matriciamento pela RAPS do município de Cláudio, tem sido possível expandir e aprimorar as técnicas da produção do cuidado em saúde mental por todos os dispositivos. Considerando, imprescindivelmente, que a intervenção é fruto daquilo que pode encorajar e continuar dando sentido ao percurso do matriciamento em saúde mental, fazendo emergir o pensar a partir de outro ângulo, é possível, então, perceber todos os movimentos e a multiplicidade do processo de trabalho.

### **Considerações finais**

É possível perceber que nossa rede territorial apresenta grande potencial no que tange ao agir em saúde. Dessa forma, localizamos a Atenção Primária em Saúde (APS), por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como dispositivo primordial da rede de cuidados em saúde mental, sendo por meio da intervenção na rua que realizamos a oportunidade concreta de consolidar e fazer valer a garantia de acesso à população como um ponto dessa rede.

Os frutos dessa nova travessia estão sendo articulados no trabalho vivo, trazendo para a cena um modo de agir que se realiza sempre a partir do encontro e das relações. Neste sentido, podemos mencionar que a clínica ampliada é também um importante direcionamento para a atuação dos profissionais da saúde. Ademais, consiste basicamente na articulação e no diálogo de diferentes saberes para a compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive na elaboração de seu projeto terapêutico.

Concluimos, então, apontando para a necessidade de se

construir um novo olhar, uma nova escuta e um novo protagonismo para o cuidado baseado no diálogo e na criatividade, pois esses elementos possibilitam a transformação social do papel dos profissionais no exercício da sua prática. Nessa perspectiva, estabelecer intervenção e acolhimento na rua é considerar a importância da construção de projetos de vida no âmbito da participação coletiva, territorial e, sobretudo propiciar cuidado onde os consultórios de ruas não chegaram, seja pela ausência de uma portaria que contemple ou por falta de iniciativa e financiamento dos municípios.

## Referências

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p.

-----. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

-----. Ministério da Saúde. Preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

-----. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

-----. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

-----. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno de

Saúde Pública, n. 23, v. 2, pp. 399-407. Rio de Janeiro, 2007.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 31. Botucatu: Out./Dez. 2009.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 16, pp. 161-178. Botucatu: Set. 2004/Fev. 2005.

FRANCO, T. B. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde, 2003. 213 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003b.

NOTO, Ana Regina et al. Catálogo de instituições que assistem crianças e adolescentes em situação de rua em 27 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID, 2004.

SOARES, L. E.; BILL, M.V.; ATHAYDE, C. Cabeça de porco. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais: desafios e perspectivas. In: MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>



# Nunca perder a graça: o riso e o humor como possíveis recursos para lidar com as vulnerabilidades enfrentadas por pessoas que vivem nas ruas<sup>1</sup>

Rita de Cássia Espíndola

O humor torna o sujeito capaz de rir de si mesmo e mostra que toda verdade é incompleta, que o ser humano é insuficiente, e quando a vida mostra a sua imperfeição e falha, ainda assim vale a pena uma boa risada.

Marília Brandão Lemos Morais, 2008.

## Introdução

O presente trabalho tem como objetivo refletir sobre o riso e o humor como recursos utilizados pelas pessoas em situação de rua, que fazem ou não uso e abuso de álcool e outras drogas, para lidarem com suas angústias e dissabores. Problematicamos o riso e o humor como estratégia, como uma ferramenta para o que pode e deve ser tratado: o sujeito e sua dor. O riso e o humor, como uma possível forma de ressignificar as agruras do viver nas ruas, de sujeitos que, em geral, não são valorizados pela sociedade, com laços sociais, familiares e pessoais rompidos. São sujeitos “marcados pela desumanização e caracterizados por estigmas, violência e segregação, o que os incita a ressignificar sua inserção no andar da vida” (TRINO, RODRIGUES E JUNIOR, 2012, p. 31).

A Política Nacional Para Inclusão Social da População em Situação de Rua (2008) indica que a população em situação de rua:

Pode ser definida como um grupo populacional heterogêneo

---

<sup>1</sup> Este texto é a versão integral da monografia apresentada ao curso de Especialização em Atenção a Usuários Drogas do SUS da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Agradecimentos à minha orientadora Profa. Ma. Alessandra Rios de Faria.

que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento. Naturalmente, existem muitas outras especificidades que perpassam a população de rua e devem ser consideradas, como gênero, raça/cor, idade e deficiências físicas e mentais (BRASIL, 2008, p. 9).

Este trabalho é inspirado em minha prática profissional atual, como parte de uma equipe de Consultório de Rua em Belo Horizonte, e na participação enquanto pesquisadora, em 2013, da pesquisa “Dando voltas pela cidade. Um estudo sobre a trajetória dos consumidores problemáticos de drogas em Belo Horizonte” (MEDEIROS, 2013). Num dos primeiros dias de nosso trabalho de campo, na referida pesquisa, muitos componentes da equipe se mostraram perplexos com algumas cenas, pois de acordo com o imaginário construído, certamente em um contexto apartado daquele, situações que pudessem envolver diversão e riso entre as pessoas em situação de rua eram incompreensíveis.

De acordo com o imaginário social dominante, uma pessoa que vive na rua, se afasta de sua casa, de sua família, do trabalho, faz uso abusivo de drogas e, invariavelmente encontra-se em uma situação desumana, sem endereço fixo, sem cama, sem proteção para dormir e sem lugar para um banho e outras necessidades fisiológicas. Como poderia ainda, nessas condições, achar graça de algo, ser cômico e se divertir? Possivelmente essa saída é uma maneira para esses sujeitos se protegerem, organizarem e neutralizarem afetos e situações angustiantes e perturbadoras no contexto de uma sociedade discriminatória que reforça a desigualdade social e dá sustentação a injustiças e a violações contra eles, reforçando suas vulnerabilidades.

Já a outra experiência a qual me referi, a atuação como profissional em um Consultório de Rua, tem propiciado lugar privilegiado no campo da observação, no qual tornam-se visíveis os constantes impasses que vive o morador de rua. Os Consultórios de

Rua (CR), são um dispositivo do Sistema Único de Saúde (SUS), formado por equipe multiprofissional, composta por Assistente Social (2), Psicóloga (o) (1), Enfermeira (o) (1), Redutor (a) de Danos (1), Arte Educador (a) (1) e Motorista. Com essa composição, os CR's atuam nas ruas da cidade de Belo Horizonte com o objetivo de ofertar cuidado e escuta aos usuários no contexto em que esses vivem, desenvolvendo ações em Redução de Danos (RD) por meio de oficinas, bate papos, passeios e outras atividades com o objetivo de inclusão social, escuta e estímulo a emancipação e protagonismo dos usuários, além de realizarem encaminhamentos para a rede de cuidados.

As reflexões apresentadas neste trabalho, apesar de inspiradas também em minha trajetória anterior, fundamentam-se no trabalho desenvolvido pelo Consultório de Rua cuja região de abrangência em Belo Horizonte é a Centro-Sul (CR Centro-Sul). A política de Redução de Danos é a que orienta o trabalho no dispositivo citado. Por meio dela, os profissionais buscam o vínculo e a aproximação com os usuários para que sejam construídas alternativas que promovam a saúde e a construção de novos caminhos em suas vidas.

Como profissional do CR Centro-Sul, foram coletadas impressões compartilhadas por colegas, após as tantas vezes que, em campo, observamos pequenos grupos de pessoas moradoras de rua nos receberem com gracejos ou narrarem sobre como se safaram de alguma situação embaraçosa entre eles, com a polícia, transeuntes ou comerciantes. É comum dizerem que se não tivessem bom humor e jogo de cintura as coisas poderiam ficar ainda piores na rua. Sorrir da forma que o outro fez "o corre", de como comoveu as pessoas e conseguiu o que necessitava no dia. A dramatização é também algo corriqueiro nas ruas: um brincando de imitar o outro. Riem até de si mesmos, de seus erros e medos. Assim, para lidar com os infortúnios, parece que o riso e o humor se apresentam como estratégias para se resguardarem das dores, do medo, da insegurança, para não adoecerem, para não encararem a doença. É uma estratégia possível diante das separações, da falta de amor, de dinheiro e de alternativas.

Assim vão se tornando aptos para os tropeços da vida.

Diante de uma realidade excludente, com rupturas familiares, sociais e afetivas, em contextos sociais caracterizados por estigmas, violências e segregação, “o sujeito sente a necessidade da busca de mecanismos psíquicos de adaptação que possibilitam conviver com a nova realidade que a ele se impõe, construindo uma resiliência” (TRINO, RODRIGUES E JUNIOR, 2012, p. 31).

A experiência do riso e do humor pode ser uma maneira que esses sujeitos têm de se blindarem ou de se safarem de situações angustiantes e perturbadoras no contexto de uma sociedade cheia de contradições. Muitas vezes, são observados usuários sentados conversando animadamente em meio a todo aquele lixo e sujeira. Parecem ambientados àquela situação, algo que, no imaginário dos que não vivem nas ruas, pode parecer incompreensível. Em geral, é comum escutar, seja pela mídia, nas rodas de conversa ou mesmo entre profissionais dos serviços de saúde, que as pessoas que vivem nas ruas são aquelas sem quaisquer laços ou sentimentos entre si. Que diante de suas mazelas não encontram espaço para se divertir e achar graça da vida. Mas, o fato não se comprova no cotidiano. Essas pessoas são muitas vezes encontradas cozinhando, planejando a forma que irão passar a noite ou contando casos sobre situações que vivenciaram.

### **O riso e o humor como tentativa de pertencimento**

As pessoas em situação de rua parecem incomodar muita gente. Elas estão ali, sem um trabalho formal e, supostamente, sem vínculos e sem pudor. No pulsar frenético da metrópole de Belo Horizonte, os transeuntes vão e vem. Observamos olhares de medo, desprezo e pouca disponibilidade para se falar com as pessoas que moram nas ruas. Tal postura é fruto de um processo de exclusão acentuado em nossa sociedade. Os moradores das ruas são marcados pela rejeição e pelo estigma, como se maculassem e desorganizassem uma determinada forma de funcionamento esperada.

É um fenômeno presente na sociedade brasileira desde a

formação das primeiras cidades, a existência de pessoas em situação de rua, traz na própria denominação 'rua' a marca do estigma e da exclusão a que são submetidas. (CARVALHO, 2002 citado por BRASIL, 2008, p. 3).

Diante do desprezo e da indiferença com os quais estão acostumados a lidar, as pessoas que moram nas ruas parecem desenvolver pela via do riso e do humor, táticas de enfrentamento cotidianas. Buscam alternativas para lidar com a própria miséria. Simbolicamente, o riso e o humor parecem expressar algo sobre o sujeito e o grupo, talvez uma forma de lidar com a insignificância com que são tratados.

A Constituição Brasileira expressa que o Estado deve garantir a dignidade de todos os brasileiros, através do direito à vida, à saúde, à propriedade, à liberdade e ao trabalho (BRASIL, 1988). Nessa perspectiva, as pessoas que vivem na rua, sem os mínimos recursos para sanar suas necessidades básicas, estão incluídas, por serem brasileiras. No entanto, parece um contrassenso que os moradores de rua não tenham direitos básicos respeitados. De alguma forma, parece que o recorrente desrespeito aos direitos desta população como, prisões arbitrárias, pertences destruídos, documentos rasgados dentre outras violências, e que isto produz ações reativas como forma de defesa. Nesse contexto, a equipe do CR faz constantes reflexões sobre a formação de grupos de moradores, suas dinâmicas, as formas de vida e laço social, as combinações e interações, considerando de forma atenta como incide o julgamento sobre eles pela sociedade ou mesmo por profissionais nos serviços de saúde. É comum que se refiram a eles como um problema social quando são levados pela equipe em alguns locais de referência para atendimento em saúde, por exemplo. Sentados ali, à beira do meio fio, enquanto esperam por cuidados, brincam com as situações em que se encontram, um tanto desacreditados sobre um futuro diferente.

Nas oficinas e em bate-papos oferecidos pelo CR, ou em observação livre em campo, percebe-se que mesmo com as dificuldades enfrentadas, os moradores encontram um lugar de

pertencimento social e subjetivo através do riso e do humor. Interação entre si, dão gargalhadas, se desentendem com as brincadeiras, fazem as pazes ou até não se falam mais. Às vezes parece que a brincadeira passa do limite, é quando uma rusga pode separar aquele grupo temporariamente. Mas, há algo que mantém o grupo ligado, talvez a necessidade de sobrevivência. Em outros momentos, há laços genuínos ditos por eles ao se referirem aos companheiros e irmãos de rua. O riso e o humor muitas vezes parecem fazer liga para manter aquele grupo unido. Isoladamente leva a crer que estão mais tristes embora seja esta a escolha de alguns. Como nos aponta Freud (1977) em seu escrito:

(...) um grupo, sejam quem forem os indivíduos que o compõem, por semelhanças ou dessemelhanças de seu modo de vida, seu caráter ou inteligência, o fato de haverem sido transformados num grupo, coloca-os numa posição que os faz sentir, pensar e agir de maneira muito diferente daquela pela qual cada membro dele, tomado individualmente, sentiria, pensaria e agiria, caso se encontrasse em estado de isolamento. (FREUD, 1977, pg. 96)

É comum que os moradores de rua sejam vistos em eventos culturais em praça pública ou na porta de locais onde são exibidos espetáculos. Outros locais de escolha são as praças e Parque Municipal como opções de lazer. Buscam um pouco de paz. Um sossego para aliviar as dores da solidão, do medo e daquele desânimo. É preciso continuar. Vão criando artifícios para suportar a rotina. Dentre elas, o riso e o humor podem constituir-se em saída estratégica e por meio da proximidade com a arte e lazer, buscam alternativas para subjetivação tão necessária para transitar em um mundo tão inesperado quanto propenso a reveses.

Procuramos no CR buscar subsídios para compreender o universo da rua e sua relação com os processos sociais e de subjetivação. Muitas vezes os moradores de rua com suas brincadeiras parecem dar um tapa na cara da sociedade, do tipo “não estou nem

ai”. O humor parece ter um atributo especial que pode neutralizar afetos angustiantes e perturbadores.

Observando os grupos em suas animadas conversas, percebemos ali um paradoxo entre o que, em geral, a sociedade verbaliza sobre os moradores de rua e a forma como eles se apresentam. Faz-nos pensar no que afirma ainda Freud (1977), “o humor seria uma das operações psíquicas mais elevadas. Um dom raro e precioso, um recurso para auferir prazer diante dos embates da vida e da trágica inevitabilidade da morte” (FREUD, 1977 citado por SALLES, 2011, p. 22).

A própria condição dos moradores de rua, pode colocá-los em frequentes desafios. Na rua sem endereço fixo e sem referência simbólica de laços familiares e de trabalho, o sujeito encontra-se em uma situação de vulnerabilidade que pode redundar em sentimentos de angústia e desesperança, o humor como já dissemos, seria nesse caso, uma maneira de reverter ou reinventar a sua realidade. O riso e o humor seriam então uma brincadeira, uma espécie de jogo imaginário, que pode ser compartilhado com outras pessoas podendo dessa forma, desempenhar uma função terapêutica e de socialização ao mesmo tempo. Faz pensar em que medida, com o riso, o sujeito pode vivenciar o prazer de fantasiar o mundo às avessas e questionar as verdades absolutas, além de contribuir para superar o medo visceral da morte inerente ao ser humano. Pode funcionar como consolo para lidar com os afetos e dores físicas e emocionais.

Observamos em campo que aquele sujeito que provoca o riso é alguém que tem lugar privilegiado dentro do grupo. É comum que roube a cena e provoque descontração e estímulo a participação de outros moradores como coadjuvantes nos espaços em que estão juntos. É aquele que com criatividade brinca com a rudeza dos dias na rua. Assim, é respeitado e convidado a estar no grupo em lugar de destaque. E ele parece envaidecer-se com o fato. Aprimora-se a cada dia na arte de fazer rir do que dói. Em meio as palhaçadas, distrai os companheiros e leva a crer que também dribla a própria dor.

Mas, para se compreender os códigos em jogo na promoção

do riso e do humor, faz-se necessário que o sujeito faça parte do grupo. Que compartilhe valores e crenças semelhantes. Os códigos da rua parecem ser estabelecidos conforme a aproximação entre os pares. Muitas vezes a equipe do CR parece boiar em meio as piadas que são inteligíveis em um contexto muito particular do grupo. Ao compreender o que está subjacente ao riso os sujeitos reafirmam seu pertencimento ao grupo. Assim, nós do CR, nos esforçamos muitas vezes em entender a motivação do riso e humor já que estamos meio que externos a esses códigos. Mas sabemos com certeza, que rir de situações que, em tese, provocariam dor e angústia é algo que pode aliviar medos, tensões e dores. Para isto, basta olhar para os moradores de rua que tem o riso e o humor como qualidades vitais no cotidiano. Nos momentos de descontração no grupo, o humor cumpre o papel de tocá-los e criar habilidade para as incoerências da vida. Como nos aponta Driessen (2000, p. 251), o “humor é qualidade vital da condição humana”.

O papel central daquele que faz o grupo rir, nos faz lembrar os tempos em que existia a figura do “bobo da corte”. Essas pessoas faziam um papel importante em um contexto delicado em que podiam apontar defeitos e nuances políticas e sociais de sua época. Eram sujeitos que, no entanto, apresentavam falhas em geral físicas ou trejeitos. Assumiam um lugar ambíguo. Tão ambíguos como aquelas pessoas que nos grupos de moradores de rua desempenham o papel tão importante de provocar o riso. Percebemos nos grupos que as gargalhadas provocadas por esses sujeitos funcionam como uma forma de alívio do estresse e das dores do existir ou até mesmo como um mecanismo de defesa. Ao que parece da mesma forma que com o riso provocado pelo “bobo da corte” os usuários extraem a condição de alívio para suas dores e mazelas, eles encontram uma maneira de lidar com suas próprias questões subjetivas e do sofrimento social.

Conforme observamos, os moradores de rua riem dos outros e de si mesmos. Talvez, essa seja uma forma de lidar com as próprias falhas e a iminente possibilidade de finitude que se apresenta como algo no campo do simbólico que aponta para o real.

Segundo Berger (1977), o humor é como uma espécie de mágica, tendo o poder de subitamente provocar uma mudança na percepção da realidade, para melhor ou para pior. Brincar pode ser então uma tentativa de transformar a qualidade das coisas. Observamos nas relações face a face que os moradores de rua costumam dizer “na lata”, mesmo em tom de brincadeira o que pensam. Nesse sentido, Freud (1977), em seu texto Os Chistes e sua relação com o inconsciente, afirma que em uma “brincadeira pode-se até dizer a verdade”.

### **Considerações finais**

Quando nos deparamos com grupos de usuários que brincam e riem de forma descontraída, nos fazem pensar o quanto pode ser libertador lidarem com suas questões cotidianas usando o riso e humor como viés para enfrentar a dor. Um sinal de vigor e uma alternativa para se pensar na promoção a saúde. O que as pessoas em situação de rua fariam se não tivessem esse expediente do riso e do humor para se organizarem? Essa via pode ser uma saída para a criação de políticas públicas no campo do cuidado. O riso e o humor constituem-se ainda como estratégia de RD, já que através dessa possibilidade, os sujeitos se integram se divertem e transformam a dureza da rua em momentos de descontração, reduzindo danos emocionais e até físicos.

Aqui fica a proposta de que os equipamentos da rede, com seus profissionais, bebam na fonte dessa experiência que pode ser a produção do riso e do humor na vida das pessoas que moram na rua e procuram os serviços. O riso e o humor apresentam-se como aspectos essenciais na quebra de barreiras que separam os profissionais das pessoas que vivem nas ruas. Seu efeito convida os profissionais a exercitarem uma nova forma de aproximação com as pessoas em situação de rua, bem como da maneira de lidar com eles dentro das unidades. Promover saúde pela via da alegria pode ser uma saída.

Assim, é preciso nunca perder a graça! ...

## Referências

BERGER, P. L. *Perspectivas sociológicas: uma visão humanística*. São Paulo, Vozes, 1991.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p.

BRASIL. Política Nacional Para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília, DF, maio de 2008. Disponível em: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/acoes\\_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2017.

CARVALHO, J.M. Bestializados: O rio de janeiro e a república que não foi (os). 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002 apud BRASIL. Política Nacional Para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília, DF, maio de 2008. Disponível em: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/acoes\\_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2017.

DRIESSEN, H. Humor, riso e o campo: reflexões da antropologia. In: J. BREMMER ; H. ROODENBURG (Orgs.). Uma história cultural do humor. Rio de Janeiro: Record, 2000, pp. 251-276.

FREUD, S. Além do princípio de prazer (1920). In: FREUD, S. Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 12-85.

FREUD, S. Os chistes e sua relação com o inconsciente (1905). ESB, v.VIII. Rio de Janeiro: Imago, 1977, p.13-265.

FREUD, S. Os chistes e sua relação com o inconsciente (1905). ESB, v.VIII. Rio de Janeiro: Imago, 1977, p.13-265 apud SALLES, A. C. T. da C. Humor: dor e sublimação. Reverso, Belo Horizonte, v. 33, n. 61, p. 21-27, jun. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v33n61/v33n61a03.pdf>>. Acesso em: 15 abr 2017.

MEDEIROS, R. Dando Voltas pela Cidade. Um Estudo Sobre a Trajetória dos Consumidores Problemáticos de Drogas em Belo Horizonte. Relatório de pesquisa, 2013.

MORAIS, M. B. L. Humor e psicanálise. Estud. psicanal., Belo Horizonte, n.

31, p. 114-124, out. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372008000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372008000100014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 abr 2017.

TRINO, A.; RODRIGUES, R. B.; JUNIOR, A. G. R. A população em situação de rua e seus territórios. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). p. 31-40.



## Alucinados, meninos ficando azuis e desencarnando, lá no Brejo da Cruz - O que fazer?

Luciano Elia



Saudações anti-manicomiais e psicossociais. Clamor pelo retorno da democracia hoje jogada no lixo, por alguma lei de justiça e de justiça social!

Em segundo lugar, um grande agradecimento ao meu amigo Rodrigo Chaves Nogueira, que eu chamo de Manuel, o Audaz (depois explico isso), que, numa conversa que justamente envolviam esses bravos músicos brasileiros que lutaram ativamente pelo restabelecimento da democracia no Brasil (e hoje, perguntamos, prá isso?), teve Cazuzu (esse não lutou não, seu valor é outro) na primeira resposta: Ele me convidou prá vir dar essa aula e eu respondi com Cazuzu: "Mais uma dose? É claro que eu tô a fim". No meio teve Fernando Brant, poeta mineiro, belorizontino, recentemente falecido, e Toninho Horta - os autores de Manuel, o Audaz - , que batiza (e cognomeia) Rodrigo porque é uma letra que traduz, com a bela exatidão da poesia, sobretudo nos versos: Iremos tentar, vamos aprender, vamos lá! - o que é o espírito da atenção psicossocial - e eu asseguro que ninguém mais do que este cara o encarna, este espírito! E por fim ele me responde com uma proposta de título para a aula, com Chico Buarque: Brejo da Cruz, que apresento a vocês. O título, portanto, me foi doado pelo Rodrigo, e eu aceitei de muitíssimo bom grado.

Nada melhor, pensei, do que começarmos por ouvir a música mas com o vídeo. Ele nos introduz no assunto da forma mais viva possível.

**Brejo da cruz**  
*Chico Buarque*

A novidade  
Que tem no Brejo da Cruz  
É a criançada  
Se alimentar de luz  
Alucinados  
Meninos ficando azuis  
E desencarnando  
Lá no Brejo da Cruz  
Eletrizados  
Cruzam os céus do Brasil  
Na rodoviária  
Assumem formas mil  
Uns vendem fumo  
Tem uns que viram Jesus  
Muito sanfoneiro  
Cego tocando *blues*  
Uns têm saudade  
E dançam maracatus  
Uns atiram pedra  
Outros passeiam nus  
Mas há milhões desses seres  
Que se disfarçam tão bem  
Que ninguém pergunta  
De onde essa gente vem  
São jardineiros  
Guardas-noturnos, casais  
São passageiros  
Bombeiros e babás  
Já nem se lembram  
Que existe um Brejo da Cruz  
Que eram crianças  
E que comiam luz  
São faxineiros  
Balançam nas construções  
São bilheteiras  
Baleiros e garçons  
Já nem se lembram  
Que existe um Brejo da Cruz  
Que eram crianças  
E que comiam luz

Comem luz. Usam drogas ou comem luz? Ou usam drogas porque comem luz?

Não se pode comer luz, e a imagem poética do Chico é mais prá chocar que agradar. Se produzir deleite, pensem que algo está errado com vocês.

Gostaria de começar por repudiar um certo modo implícito de significar as coisas, muito presente nos dias de hoje, que consiste em emprestar a toda forma crítica de pensamento o sentido humanitário, algo feminino (no pior e mais ideologizado e preconceituoso sentido deste atributo, que o toma como equivalente de compreensivo, piedoso, tolerante). Paralelamente, pensa-se que a dureza policial, criminologizante, judicial ou punitiva com meninos que usam drogas seria uma forma mais objetiva, masculina (no pior sentido do termo), eficaz de combater o problema.

Queria começar este encontro com um convite a que nos detenhamos por alguns minutos neste ponto, que não passemos rápido demais por ele. Eu não gostaria de apenas denunciar isso, e experimentar o efeito catártico - e portanto infrutífero - de tê-lo denunciado. Vamos analisá-lo.

Na verdade, a posição mais séria, sóbria, científica, diante do uso abusivo de drogas na infância e na adolescência não é aquela que a concebe, por um falso objetivismo, nada científico a rigor, como conduta desviante, tendência à transgressão e ao conflito com a lei, malandragem, agressividade anti-social, etc. Essa visão é de pura ideologia mas desprovida de qualquer crítica (sim, porque a dimensão da ideologia atravessa inexoravelmente toda e qualquer concepção, toda e qualquer produção de saber), é uma visão preconceituosa, pré-conceitual, sub-valorativa, intelectualmente subalterna, ignorante, segregatória, fundada no anseio passional de excluir os "indesejáveis", e, se quisermos, extremamente rudimentar e até pueril.

Um olhar crítico para a complexidade da problemática dos meninos que usam drogas não é necessária nem fundamentalmente humanitária ou humanista, embora eu possa considerar que não há nada de errado em ser humanista, a não ser a crença de que

a humanização de uma *práxis* ou de uma concepção teria o poder de mudar sua estrutura discursiva. Fora este ingênuo equívoco, esta ilusão humanística, o humanismo não é prejudicial ao bom entendimento nem às políticas públicas. Mas ele não é suficiente.

Portanto, não se trata de compreensão versus repressão eficaz, como na vulgata ideativa inicialmente mencionada. Em um plano mais elaborado de discussão, a oposição estaria, para usar a dualidade de Jaspers, entre compreensão e explicação (*verstehen* e *erklären*) - e quem pensa crítica e cientificamente está do lado do explicar e não do compreender. Mas todo aquele que se perfilar do lado de quem acha que é preciso reprimir o uso de drogas na infância e na adolescência, recolher compulsoriamente esses jovens para o encarceramento em internações supostamente terapêuticas (chamadas, de forma irônica e debochada, de comunidades terapêuticas), desintoxicações coercitivas de pretensas dependências químicas que jamais seriam comprovadas por critérios sérios e rigorosos, do ponto de vista científico, estes nem compreendem nem explicam, mas se mantem nivelados no plano do que vou chamar de latidos humanos.

Vou estender este leque (embora distinguindo-lhes algum esforço teórico) aos que, em nome de uma psicanálise politicamente canhestra e teoricamente flébil, pensam este fenômeno psicossocial - o uso abusivo de drogas por crianças e jovens - como toxicomania - caracterizada por uma determinada "modalidade de gozo" de um sujeito suposto como alheio, em sua "estrutura", à complexa trama em que se constitui no campo de um Outro socialmente marcado demais para reduzir-se às marcas invisíveis que o sujeito recebe do significante. Tais marcas, que nós sustentamos como decisivas, requereriam um trabalho preliminar, de ordem psicossocial, para serem só então tomadas em um trabalho propriamente dito de análise, de resto perfeitamente indicado a todos os meninos do Brejo da Cruz, mas para isso os psicanalistas teriam que se dispor um pouco mais do que tem sido capazes de fazer até agora a adentrar os brejos e neles ler as insígnias da cruz.

O que é que o Chico Buarque nos apresenta com essa belíssima

canção? Será que estamos diante de um bando de dependentes químicos que precisam ser medicalizados, desintoxicados? Ou de delinquentes, que precisam ser punidos, regenerados? Não. O que temos diante de nós, se quisermos ser rigorosos como nos exige a ciência e críticos como nos exige a política e também propositivos, responsáveis e consequentes, como nos convoca a posição de estudiosos, pesquisadores e profissionais de um campo que tem como função social tomar essas questões de frente, trabalhar com elas, apontar direções para sua solução ou encaminhar modos de reduzir seus danos, enfim, é uma problemática complexa, resultado de um longo, insidioso e profundo processo histórico de exclusão social, de esgarçamento dos laços sociais a começar pelos familiares, de pobreza, de inexistência de condições mínimas de formação pessoal, intelectual, social, civilizatória, ao que se sucede a falta de condições de trabalho, subsistência, saúde, habitação, condições que se reproduzem interminavelmente há séculos na história do Brasil. Os governos de Lula e de Dilma tentaram mudar, reverter esse quadro, e conseguiram em parte, embora por meios que poderiam ter sido mais efetivos, mas não vamos discutir isso aqui, até porque não foram seus erros que levaram à derrocada de seu projeto, mas as forças conservadoras e neoliberais que destroçaram a democracia e a constituição Brasileira. Passemos.

O fato é que os meninos alucinados, ficando azuis, e que desencarnam (morrem, é claro que vocês entenderam) lá no Brejo da Cruz são os meninos da maioria da população das periferias urbanas brasileiras, todos os brejos, e desafio qualquer pesquisador a me demonstrar cientificamente que um número tão grande de meninos, de diferentes brejos, apresentem curiosamente o mesmo fenômeno somático de uma dependência química a determinadas drogas, ou uma mesma conduta anti-social determinada por fatores endógenos. Isso não é ciência, é pouca vergonha financiada pelo capital internacional que financia a pesquisa anticientífica desde que ela seja atrelada, por cabresto, aos interesses econômicos dos grandes laboratórios farmacológicos (de psicofármacos em particular, neste caso). Aliás,

este cabresto já é a confissão, feita de saída, da demissão científica da empreitada. Mas não tribunal ou júri que a recolha, porque a epistemologia crítica foi devidamente silenciada pelo poder do casamento da "ciência" com o capitalismo, e a Justiça é aliada servil em todo o processo. Como no *impeachment* e na corrupta guerra à corrupção. Não há mais tribunais que recolham as confissões, elas podem ser feitas sem nenhum constrangimento, vergonha, pudor ou temor quanto às suas consequências.

Até aqui o encaminhamento de minha fala foi de desconstrução, do tipo: "não é isso", "não é disso que se trata". Mas seria preciso dar lugar, neste ponto, à discussão com a sala: será que todos concordam com que não seja isso?

E, visto que não é isso que há a fazer, o que é que há a fazer? Vamos ao que fazer? Sabemos, um pouco, o que fazer.

O campo da atenção psicossocial foi criado no Brasil de modo coextensivo aos momentos pioneiros da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este campo, de inspiração basagliana, é no entanto genuinamente brasileiro, *made in Brazil*, pois os operadores da atenção psicossocial, os CAPS, são consideravelmente diferentes dos Centri di Salute Mentale de Basaglia, e, na minha opinião, são melhores (em sua concepção) do que seus dispositivos inspiradores italianos. Há, no seio da indiscutível precariedade brasileira, a incidência de uma centelha inventiva de nosso pensar e de nosso agir que é preciso considerar.

Eu não tenho a menor dúvida de que o caminho para o bom enfrentamento do problema do uso abusivo de drogas em geral, mas em particular na infância e na adolescência, é a via da atenção psicossocial. Mas para isso ela própria, a atenção psicossocial, teria que ser revigorada (e o cenário político demonstra que isso é muito difícil de acontecer), já que vindo sendo progressivamente enfraquecida pelo sanitarismo tecnicista que se tornou paradigmático na própria Reforma Psiquiátrica (protocolos tecno-burocráticos da RAPS, subsunção da atenção psicossocial à atenção básica, perda de seu vigor discursivo - sua inspiração basagliana - se um campo avesso

aos especialismos e à sanitização, trans-sanitário, articulado pelo eixo da subjetividade, da transindividualidade, do coletivo, da cultura, do laço social, da relação sociedade-loucura-drogas, da articulação com o Direito Crítico, anti-punitivo, abolicionista penal, entre outras discursividades convergentes que explodem a protocolização sanitária. O que piora muito quando este processo sanitizante se alia ao neoliberalismo que delega a saúde pública à esfera privada, empresariando a saúde (que assim deixa de ser efetivamente pública), vicissitude que não é intrinsecamente necessária à sanitização (que poderia ser exercida no plano estritamente público), mas que no Brasil tem sido marcado pela sua sistemática aliança com o processo neoliberal de privatização da saúde. Apesar da relativa independência causal entre os dois processos (sanitizante e privatizante), podemos dizer que todo tecnicismo - e o sanitarismo, mesmo "público", não deixa de ser uma forma de tecnicismo, guarda uma profunda relação com o projeto neoliberal, a ponto de podermos interrogar sobre o grau em que esses processos são mesmo independentes.

A rede psicossocial precisa antes de mais nada criar dispositivos de acolhimento de jovens e crianças em uso abusivo de drogas, e isso implica o movimento de ir para a rua. Não se trata exatamente de propor mais e mais CAPS AD, que precisariam ser completamente reestruturados em sua proposta, sobretudo quando voltados para o segmento infanto-juvenil. É preciso criar dispositivos de abordagem, acolhimento e intervenção na rua.

O Consultório de Rua, dispositivo que teve vida curta nas políticas públicas, que era da área da atenção psicossocial e muito rapidamente se tornou um protocolo da atenção básica, mudando sua preposição DE para NA, o que não é anódino, seria um potente recurso para isso.



Eu venho desde menino, desde muito  
pequenino, cumprindo o belo destino,  
que me deu nosso senhor... <sup>1</sup>

Rodrigo Chaves Nogueira

**É o meu guri**  
*Chico Buarque*

Quando, seu moço  
Nasceu meu rebento  
Não era o momento  
Dele rebentar...

Já foi nascendo  
Com cara de fome  
E eu não tinha nem nome  
Prá lhe dar...

Como fui levando  
Não sei lhe explicar...

Fui assim levando  
Ele a me levar...

...  
Chega suado  
E veloz do batente  
E traz sempre um presente  
Prá me encabular...

Chega no morro  
Com o carregamento  
Pulseira, cimento  
Relógio, pneu, gravador...

Eu consolo ele  
Ele me consola...

---

<sup>1</sup> Trecho de poema de patativa do assaré

Boto ele no colo  
Prá ele me ninar..

Olha aí!  
Aí o meu guri  
Olha aí!  
Olha aí  
É o meu guri...

Este texto pretende mostrar um pouco da história de uma família de uma cidade do interior de Minas, em meio às tramas da loucura e do uso de drogas. Melhor, pretende mostrar um pouco da história de Hebert <sup>1</sup>, o caçula dos meninos e o penúltimo da escadinha de irmãos. Também era conhecido como Buscapé. Abaixo dele vinha a última das meninas.

Chico Buarque nos apresenta em “É o meu guri”, de forma poética, chocante - como um potente soco na boca os meninos do Brasil. Buscapé é um dos tantos meninos que foram sujeitados pelo abandono e ausência de políticas públicas eficazes. É mais um que, diante do insuportável constante da vida cotidiana, da vida dos miseráveis, construiu sua história a partir do que talvez tenha sido menos doloroso ou do que tenha sido possível. Não suportou o insuportável, mas não enlouqueceu, construiu outro caminho. Outro caminho, mas igual de tantos outros meninos e dos seus próprios irmãos. Conseguiu desvencilhar-se de sua sina?

Conheci o Hebert bem pequenino, na entrada do CAPS. Talvez tivesse 5 ou 6 anos. Eu estava no plantão e sua mãe, uma usuária já cuidada pela equipe do CAPS há vários anos, estava em permanência-dia. Apresentava-se inquieta, gritava, cantando hinos religiosos. Vinha recusando a medicação. Importante dizer que estava na entrada do CAPS, pois foi ali que Buscapé se posicionou. Ele e sua irmã um pouco mais velha. Não entraram. Dali mostraram sua força, em especial o Hebert, que fazia uma bravíssima defesa da mãe, gritava para que não a machucássemos e nos responsabilizava pelo que estava acontecendo com ela. Parecia não ter ainda a dimensão do que se passava com a mãe, mas percebia que algo não ia bem,

e que ela precisava de cuidados. Nós não sabíamos nada, nossos remédios eram errados, gritava .

O pai era um senhor muito trabalhador e pouco participativo na família. Mas aparentemente era das tarefas que dava conta e se incumbia: trabalhar, encher as latas, comprar os mantimentos para a casa e tentar convencer a esposa a tomar os remédios. Cuidar dos filhos era tarefa da mãe. Alimentar, vestir, os afazeres da escola, corrigir nos deslizes etc. Esta era a divisão de tarefas na casa. À mãe, mesmo nos longos períodos da mania que a levava para a rua, quando quebrava seus recatos e fazia longas viradas de noites pelas ruas, cabia estes cuidados.

Mas algo da função materna lhe escapava. Alimentar e vestir ela conseguia com esmero, o restante não lhe foi possível. Muitas vezes conseguia se desvencilhar das propostas de cuidados ofertadas pelo CAPS e dizia “Vocês não tão vendo que eu estou bem? Eu sou assim... quando estou daquele jeito (calada em casa) é que estou mal... Os meninos não tão bem cuidados? O de comer lá em casa não tá pronto? Isso nunca faltou você sabe, não sabe?”

Como se cuidam bem, se vestem bem, como são bonitos os meninos. Cada um se virou como deu conta ou os mais velhos cuidaram dos mais novos. Aprendizado em família. Na escola cada um cuidou de si.

Um dos irmãos mais velhos iniciou o uso de drogas ainda cedo, a mãe orava e pedia a Deus auxílio e nos períodos de estabilidade do seu quadro, se recolhia no seu silêncio. Buscava ajuda no CAPS, temendo as reações do filho. Este aos poucos foi se recolhendo ao interior da casa, ao interior do quarto, cheio de cismas, perdendo os vínculos sociais, se fechou. A esquizofrenia.

A irmã seguiu a trilha deste, mas fez uma virada, conseguiu novos investimentos na vida, principalmente no trabalho e na religião. Um outro dos irmãos, entrou no movimento e ainda menor cometeu um crime mais grave. Passou alguns anos em medida socioeducativa de internação.

Hebert chegou ao CAPS i por encaminhamento da Promotoria/

Conselho Tutelar. Quase não frequentava mais a escola, muitos conflitos com os adultos que se responsabilizavam por regras e deveres na instituição. Todos na escola e outros pontos da rede sabiam da sua competência, facilidade no aprendizado, mas entendiam também que parecia não ser aquilo que queria aprender. Parece que tinha o tal do tino comercial. Não era muito do espaço escolar - ou mesmo porque os incentivos não eram atrativos, optava por outros espaços.

A princípio Hebert dizia que o pai só gostava dele e da irmã caçula, nem queria que ele conversasse com os mais velhos. Mas isto não durou muito. Na opinião do pai “Virou pivete”. “Tenho muita raiva dele me chamar de pivete”

No CAPS i, muito cedo entendeu que não era doido e que estava ali por ordem da justiça. Era *pivete* em uma cidade média. Era diferente de muitos daqueles outros meninos e era muito mais “safo”. Mas o sofrimento estava posto, a angústia. Não conseguia descrever o que lhe acontece: “Eu não sei, fico nervoso, vontade de quebrar as coisas... meu irmão é pior, pega até faca.”

Foi crescendo e mantendo a “rede de cuidados” (justiça, assistência social, saúde, escola, etc.) a uma certa distância. Assim não era submetido a medidas protetivas mais rigorosas. Mas aos 12 já marcava seu território: “O que você tá escrevendo aí (no prontuário)? Não escreve nada senão não volto aqui...” Por um período, tomava a iniciativa de buscar o tratamento, vários registros de atendimentos por outros profissionais, que não aquele que era referência do seu tratamento. Aparecia quando era o seu momento de aparecer, queria falar, falar da sua vida, da família ou só passar por lá. Chegava com um colega, vinham andando pela cidade. Era atendido pelo plantonista, ou nem era, pois não aguardava. A urgência da vida era maior “Ah... num vou ficar esperando não... fala com ela (a terapeuta) que eu tive aqui.”

Passa a ir de *bike*, uma bela *bike*. Com o plantonista, fala dos seus planos, computação, comprar coisas, uma mobilete, ir morar com a tia, sair para outra cidade (Belo Horizonte). “Acho que vou tomar bomba de novo...” Profissionais da escola se preocupavam,

pois era muito inteligente. “Quando ele quer, ele aprende com muita facilidade...”, diziam.

Volta e meia levava um amigo para conhecer a sua terapeuta. Circulava um pouco pelo CAPS i, até que encontrassem com ela e partiam. Entrava, tomava água, falava oi e partia. Não vinha nos dias agendados, não permitia ser ‘encaixado” em qualquer proposta. Uma resistência (in)consciente. Mas vinha sempre.

A grande preocupação era sempre a mãe, garantir os remédios, que ela estivesse bem cuidada. Aceitou ser um cuidador da mesma, falar dos horários dos remédios, das consultas... Mas era uma parceria de risco, pois por qualquer vacilo, oscilação do quadro da mãe ou das condutas dos técnicos, aquele pequeno Buscapé reaparecia em defesa da mãe. Superprotegia a mãe. Mas também com ela, não conseguia se controlar quando algo saía do normal... “Ele me agrediu, deu socos nas costas...” dizia a mãe.

O movimento foi crescendo, já não negava mais o uso da maconha. Dizia ter ido à favela “comprar drogas... mas eu sou usuário, não trafico não..” Nestas alturas, o comércio dos irmãos já estava se estabelecendo e já eram conhecidos no bairro e arredores.

Um dia chega com mais de uma hora de atraso, com um colega. “Estou aqui porque a justiça mandou. Não tem jeito de sair dessa vida não. Quem entrou não tem jeito de sair. Aqui (a cidade) tá adiantado, tá progredindo, não é cidade pacata mais não” diz referindo-se ao tráfico de drogas. Hebert fala todo o tempo da sua transformação, no poder que tem, nas suas conquistas. Mas a sua fala traz a sua impotência, sua submissão, sua busca por algo... “Tô aqui porque a justiça mandou”. É autônomo, circula pelo território, procura se colocar como senhor do seu destino, mas vem “porque a justiça mandou”. E ele vem. E a equipe não consegue decifrar o pedido de ajuda, fazer uma tradução possível que possibilite a ele ficar mais tempo, produzir outra saída que não seja ir embora rapidamente e voltar alguns dias depois, com a mesma urgência da vida, a mesma angústia.

Ficou conhecido, quase todos no território sabiam do Buscapé,

era tido e havido como usuário e já associado ao tráfico. Então já tinha entrado para o campo de estudo das estatísticas, das políticas públicas, a caminho de outras classificações “inimigo comum”, “peste social”, “zumbi humano”, “mercado para morrer”.

Mas este não era Buscapé. A distância entre o uso feito por Buscapé e a caracterização de uma possível dependência era enorme. Quase se podia dizer que usava porque era preciso. Era preciso diminuir as urgências da vida, era preciso diminuir a angústia, era preciso suportar o insuportável. Parece que a droga sempre foi um remédio. “Tô usando maconha porque ela me acalma. A cocaína me instiga a ficar nervoso, dá coragem.”

Agora vem ao CAPS i de moto. Vem é maneira de dizer. Para a moto na porta, acelera várias vezes, grita o nome da psicóloga, até que ela saia para vê-lo. Bate o seu ponto, marca sua presença, faz a exposição da moto e do motoqueiro e se vai.

“A mulher do CREAS, a loura, ficou falando mal de mim pro juiz, se o juiz fizer algo comigo ela sabe do acerto..”

O consumo e o dinheiro mais fácil. Virou o *Hebert ostentação*. “Só roupas caras, de grife Doutora, cada tênis mais lindo... celular...” Não sei de onde sai”, diz a mãe.

“Olha só Doutora, eles compraram um carro, tá lindo, tiveram que fazer em meu nome porque no nome deles ainda não podia.”

A equipe do CAPS de adultos faz nova parceria com ele e os outros irmãos para os cuidados do mais velho, que estava fechado em casa, com manias de perseguição, morando com a tia. É preciso negociar tudo. Conseguir a concordância de todos, um a um para o tratamento, não parar o carro na porta, ninguém podia ficar sabendo da visita, justiça e polícia nem pensar.... Mas vai funcionando, nos recebem, ajudam na medicação do irmão, aqui e ali colocam questões, querem saber porque a medicação não pode ser interrompida, sobre ele não curar de vez.... Por que esta doença não tem cura? Vai ficar como a mãe, tomando medicação o resto da vida?

E ele some, como já sumiu outras vezes, deixa de comparecer até mesmo nos seus momentos “ostentação”. Novamente a equipe

do CAPS i busca estratégias de cuidados, como visitas domiciliares (desaconselhadas pelo mesmo e pelos irmãos: “Não é pra ficar vindo aqui não”, diziam; “Pelo amor de Deus, não fica indo lá em casa não”, dizia a mãe), bilhetes enviados via mãe, aproximação com a irmã mais velha, por quem tem grande afeto e respeito (ele me escuta um pouco, diz ela.). Todas ignoradas.

Mas ele volta, quando é sua hora de voltar, quando o insuportável está no limite. Hebert nos ensina que não basta uma Escola ou um serviço de saúde, mesmo que territorial, aberto e que lhe dá voz para decifrar o enigma Buscapé. Este, para além do pessoal, está atravessado por outros tantos campos, vetores ou seja lá o que for. Como nos diz Luciano Elia:

Será que estamos diante de um bando de dependentes químicos que precisam ser medicalizados, desintoxicados? Ou de delinquentes, que precisam ser punidos, regenerados? Não. O que temos diante de nós, se quisermos ser rigorosos como nos exige a ciência e críticos como nos exige a política e também propositivos, responsáveis e consequentes, como nos convoca a posição de estudiosos, pesquisadores e profissionais de um campo que tem como função social tomar essas questões de frente, trabalhar com elas, apontar direções para sua solução ou encaminhar modos de reduzir seus danos, enfim, é uma problemática complexa, resultado de um longo, insidioso e profundo processo histórico de exclusão social, de esgarçamento dos laços sociais a começar pelos familiares, de pobreza, de inexistência de condições mínimas de formação pessoal, intelectual, social, civilizatória, ao que se sucede a falta de condições de trabalho, subsistência, saúde, habitação, condições que se reproduzem interminavelmente há séculos na história do Brasil (ELIA, 2017).

E diz a mãe “Olha Doutor, que maravilha, os meninos tão arrumando a casa toda, fazendo mais banheiros, o telhado, colocando

um piso lindo nela toda, porcelanato que chama. Tá lindo”.

“Eles às vezes deixam aquelas coisas lá em cima das camas, já falei que não quero aquilo, além do que, a pequena tá dentro de casa, ela não pode aprender essas coisas”, diz a mãe.

“Outro dia conversei com o Hebert, não quero saber dele ficar levando mulher pra dentro de casa, drogas, afinal nossa irmãzinha pequena tá lá dentro” diz a irmã mais velha (mas ainda uma juvenzinha)... “E ele escutou caladinho.”

“Trazendo a namorada pra ficar lá, olha só, o Hebert é um menino ainda, e ela fica só lá, fechada no quarto, e eu tenho que fazer comida, lavar as coisas, ela não faz nada...”

Chega a mãe, chorosa, exaltada, quer conversar com a Doutora, diz...“Mais um Doutora, mais um... o Hebert tava andando com o amigo dele, a polícia parou e eles tavam com drogas, o Hebert foi preso, tudo de novo, mais um Doutora”.

## **Referências**

ELIA , Luciano da Fonseca. *“Alucinados, meninos ficando azuis, e desencarnando lá no brejo da cruz”*.

# Internações compulsórias de usuários de álcool e outras drogas do município de Brumadinho: Um desafio colocado à atenção psicossocial

Kênya Paiva Silva Lamounier

“É penoso a gente ser  
ainda jovem  
e quase velho  
ainda vivo  
e quase morto,  
quase livre e tão preso”.  
(Rezende, 2014)

## Introdução

 O presente trabalho analisa o tratamento dispensado aos usuários de álcool e outras drogas, com destaque para as internações compulsórias ocorridas na cidade de Brumadinho no ano de 2014. A crescente judicialização das ações de Saúde Mental desvirtua o projeto de uma clínica psicossocial, função primordial dos CAPS e favorece a internação em serviços, como as Comunidades Terapêuticas. Para dar sustentação à lógica psicossocial e fazer enfrentamento às demandas judiciais, foi necessário normatizar as ações de saúde mental no município por meio da criação de uma Portaria Municipal que regula o fluxo de internação para usuários de álcool e outras drogas. Tal Portaria buscou ordenar a rede de atenção psicossocial, reestabelecendo ao CAPS o lugar de referência para cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, articulados com a rede de saúde local.

Este trabalho apresenta o relato de experiência da mobilização no campo da gestão e da atenção para regular as internações compulsórias de usuários de drogas, que resultou na publicação da

Portaria Municipal nº 23/2014<sup>1</sup>. Tal Portaria tem sido um importante instrumento para o enfrentamento do ordenamento jurídico das internações compulsórias em Brumadinho/MG e para a sustentação das práticas de atenção psicossocial na rede de Saúde Mental de Brumadinho.

### **A Rede de Atenção Psicossocial de Brumadinho**

A Rede de Atenção Psicossocial de Brumadinho conta com um CAPS I e um CAPS Infantil que trabalham de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Ao longo dos anos, o CAPS I foi construindo sua história tanto no campo técnico quanto no campo político, tornando-se referência para os casos graves e para as situações de crises e urgências e também para ações de inserção social e cuidados singulares, articulando a clínica com outros espaços da rede assistencial e com outros recursos do território. Compreende-se que o trabalho do CAPS I não se restringe aos limites de um consultório e de um serviço, mas se insere no espaço em que o usuário está na cidade, em toda parte por onde ele circula, nas praças, nas ruas, nas casas, becos, etc.

A clínica no CAPS I de Brumadinho é feita por muitos e a lógica que a orienta é a do caso a caso. O serviço busca se afirmar como um espaço para criar e reinventar formas de cuidados voltadas para a singularidade, para o respeito do sujeito em sofrimento mental e para a promoção de sua cidadania e de sua dignidade. Lancetti (2007) em seu livro “Clínica Peripatética”, propõe que a clínica em Saúde Mental seja orientada pela escuta, pela preservação da singularidade do sujeito e não pelos ditames da moral. O CAPSI busca sustentar suas práticas a partir dessas orientações.

### **A atenção a usuários de drogas em Brumadinho, as internações e a rede de saúde mental: saídas para os impasses**

A atenção em álcool e outras drogas tem se constituído como um campo de disputa no Brasil, sobretudo a partir dos anos

---

<sup>1</sup> Integra da portaria municipal nº 23/2014: *Link*: [www.brumadinho.mg.gov.br](http://www.brumadinho.mg.gov.br) > Secretarias > Saúde > Portarias. Acessado em 06/03/2018.

2000, quando o SUS passa a financiar uma proposta de atenção em sua rede. A questão do consumo, no Brasil, foi durante muito tempo negligenciada pelas políticas públicas e a atuação do Estado centrava-se na repressão ao uso e ao comércio de drogas. A ausência de respostas, em especial, da política de saúde acabou por reforçar a exclusão daqueles que de certa forma já se encontram excluídos de tudo. Tratamentos baseados na internação se fortaleceram ao longo do tempo. A partir de 2003, o Ministério da Saúde começou a implantar uma rede de serviços de atenção às pessoas usuárias de drogas no SUS, baseada em uma compreensão ampliada de Redução de Danos e na Atenção Psicossocial. Tal rede não tem sido, até o momento, capaz de substituir os tratamentos baseados em internações.

Nota-se, mais recentemente, inclusive o recrudescimento de práticas e concepções manicomiais no campo do cuidado às pessoas que usam drogas. Recorre-se à exclusão, ao tratamento asilar e também à internação compulsória. Grande parte desses tratamentos e internações tem sido feita em Comunidades Terapêuticas.

O modelo proposto pelas Comunidades Terapêuticas é assustadoramente contrário à lógica que norteia o trabalho da Atenção Psicossocial e da Redução de Danos. Segundo Rui (2012) as Comunidades Terapêuticas propõem a retirada dos usuários da vida social e familiar, buscando assim afastá-los das substâncias psicoativas (SPA), isso tira deles a possibilidade de lidar com os problemas advindos do uso na vida real. O oposto faz a Redução de Danos, que trata o indivíduo dentro do seu contexto de vida, trabalhando o caso na singularidade do sujeito, sem que a abstinência seja condição ou meta exclusiva do cuidado em saúde. Defende o respeito ao usuário, visando orientar e instruir o uso menos danoso, objetivando um modo de vida mais saudável, para que assim ele possa ser sujeito de direito e deveres.

Em 2014, o CAPS de Brumadinho recebe o impacto do recrudescimento de práticas manicomiais no campo da atenção a usuários de drogas, amplia-se de maneira significativa a demanda por internações. Começam a chegar, em número crescente, determinações

judiciais para internação de usuários de álcool e outras drogas. Os familiares passaram a procurar diretamente o Ministério Público da cidade e lá faziam suas reivindicações de internação. Alguns já com passagem pelo CAPS, onde demandavam somente internação, não aceitavam outra forma de atenção. As demandas de internação estavam vinculadas à retirada do usuário da casa ou do território em função da dificuldade no convívio familiar e de conflitos com a lei ou com o tráfico. Aliás, quando o usuário consentia com a internação, explicitava claramente que necessitava “sair de cena” por questões decorrentes do envolvimento com o tráfico. E todos, sem exceção, não viam o uso de álcool e outras drogas como problema. Com frequência, os familiares expressavam cansaço com os problemas dos usuários e diziam não “suportar a convivência diária”. Buscavam a internação como recurso para descansar dos desgastes gerados na relação familiar.

O tratamento no CAPS sempre foi ofertado, mas não era aceito. A fragilização dos vínculos familiares foi um dos pontos identificados como motivadores da resistência ao cuidado em liberdade. Os familiares se mantinham fechados ao diálogo e completamente presos à ideia de internação, como se fosse a única saída para os usuários, recusando assim todas as propostas do CAPS. Insistiam em se dirigir ao Ministério Público para viabilizar a internação. Este órgão, além de acolher e legitimar o pedido, funcionava como estratégia de obtenção do custeio das internações, pois impunha ao município a obrigação de arcar com as despesas. Dessa forma, foram realizadas várias internações no município. O Ministério Público compreendia ser responsabilidade do município a oferta de internações em Comunidades Terapêuticas. Tal lógica, ainda que contrária à da Rede de Saúde Mental, acabou por pressionar o CAPS na viabilização das determinações para internação.

Estávamos diante de um retrocesso no município, pois a prática manicomial, travestida de cuidado, operava uma mudança drástica no modelo até então sustentado pelos trabalhadores da atenção e da gestão em saúde mental. Vimos o reflexo da judicialização das

questões referentes ao uso de álcool e outras drogas expresso nas ações coercitivas e criminalizantes do tratamento e seu retorno às práticas de exclusão e segregação. A determinação judicial para internação desconsiderava a avaliação dos profissionais do CAPS, o que reforçava o fato de que as internações aconteciam sem critério técnico e que eram somente motivadas por uma demanda familiar. Buscando formas para reverter esse quadro, a equipe do CAPS (psicólogos, enfermeiro, médicos e técnicos) juntamente com o gestor da saúde iniciam uma ampla conversa sobre as questões referentes às práticas realizadas na rede, revendo a lógica das ações em Saúde Mental, reavaliando todo o processo de trabalho e buscando efetivar a lógica técnica e política do CAPS dentro da atenção ao usuário de álcool e drogas. Foi necessário expor as ações realizadas pelo serviço e apresentar os princípios da Reforma Psiquiátrica para que se pudesse refletir sobre as práticas destinadas às pessoas usuárias de drogas. A rede de cuidados em saúde mental, álcool e outras drogas foi pactuada e funcionava conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº 3088/2011 e que cabia aos CAPS dispensar cuidados necessários à sua clientela, sempre de modo singular. Ou seja, estávamos certos de que não havia resposta universal para todos em qualquer dispositivo da RAPS. Cada caso apresenta singularidades tanto nas demandas quanto nos recursos de que dispõe e para cada um faz-se necessário um conjunto de ofertas e recursos.

Diante de um grande número de determinações judiciais, de um cenário marcado por concepções asilares, foi necessário um enfrentamento político/normativo como forma de sustentar a Política de Saúde Mental com os alicerces na Reforma Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial.

No ano de 2014, 13 usuários foram internados compulsoriamente. As internações realizadas, sem exceção, não produziram o resultado esperado. Nenhum dos 13 usuários aceitou manter contato com o CAPS I, após saída da CT. Todos eles, após regresso para casa, voltaram ao uso de álcool e drogas. As famílias continuaram com as mesmas dificuldades. Além disso, como agravante, pode-se observar que o CAPS passou a ser

identificado pelos usuários como lugar de práticas repressivas, lugar para internar. Ora, se a assistência a esses usuários já era complexa no CAPS, após as internações determinadas judicialmente, ela foi praticamente inviabilizada, já que os usuários não aceitavam qualquer forma de contato com os profissionais do CAPS.

Diante desse contexto, em que a ordem judicial imperava como ordenador das ações de Saúde Mental, tendo como pré-requisito a solicitação da família para que a ação judicial fosse deferida, a equipe vê a necessidade de buscar formas legais para enfrentar tal ordenamento. Um ponto de partida foi encontrado em Skromov (2013) que identifica no Código Civil em seu artigo 5º que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”. Ou seja, ninguém, nem mesmo com risco de prejudicar a sua vida, pode ser constrangido a tratamento médico. Ora, se a proposta é cuidar, não caberia violar o direito de liberdade do indivíduo. A liberdade de escolha, inclusive, de ser ou não tratado e como quer ser cuidado. É no respeito à cidadania do usuário tal como estabelece a Constituição Federal que se fundamenta o trabalho do CAPS, mesmo quando a escolha do sujeito seja não estar lá.

Assim é que o paciente, independentemente de seu estado clínico, é sujeito de direitos; não é permitido tratar um paciente contra sua vontade, mesmo que este esteja em risco de vida (Código Civil, artigo 15), assim como não é possível se valer de métodos de tratamento que infrinjam direitos fundamentais ou impliquem em castigo (BRASIL, 1988).

Considerando essa premissa e os resultados obtidos - já esperados - dessas internações, buscou-se fazer um enfrentamento às mesmas, em especial, às intervenções da justiça sobre a definição do tipo de tratamento. A construção de uma Portaria Municipal para regular as internações de usuários de drogas foi compreendida como um recurso necessário para referenciar nossa postura de trabalho, de cuidados e nossa militância enquanto trabalhadores de serviços de Saúde Mental.

A Portaria Municipal nº 13/2014 (Anexo 1) instituiu “... o fluxo para internação de pacientes para tratamento de dependência química” e possibilitou a subversão da lógica que prevalecia até aquele momento. A partir da apresentação da Portaria para a rede assistencial e para o Ministério Público, percebeu-se cair vertiginosamente o número de pedidos de internação, bem como foi possível viabilizar um novo entendimento e posicionamento da Promotoria do município que passou a considerar a avaliação dos profissionais do CAPS como determinante em suas condutas nos diferentes processos.

Por meio desta normativa e de todos os diálogos estabelecidos sobre ela no município, foi possível à rede de Saúde Mental readquirir uma “legitimidade”, voltar a ocupar seu lugar de ordenadora dos cuidados e de coordenação dos dispositivos de tratamentos. Dessa forma, retoma-se a função de responsabilidade da gestão de saúde mental na atenção a usuários de álcool e outras drogas.

As solicitações judiciais ainda chegam ao serviço, mas agora são formuladas como pedidos de avaliação e verificação da necessidade ou não de internação. A Portaria foi publicada em 28 de agosto de 2014 e, de lá para cá, houve apenas uma internação em 2015 e outra em 2016, ambas com indicação técnica do CAPS, após terem-se esgotados todos os recursos da rede.

O município parece ter avançado na compreensão que não existe remédio para o uso de drogas ou uma vacina que imunize e afaste a possibilidade de uma relação prejudicial e que, quando a questão assume a face de um problema que compromete a vida e os laços dos sujeitos, o tratamento deve-se orientar pelo respeito à singularidade, pelo acesso aos dispositivos de tratamento e pela defesa de sua cidadania.

Se se adota tal compreensão, a Redução de Danos pode se apresentar como uma importante estratégia de cuidados que possibilita trabalhar as diferentes realidades e possibilidades. Uma clínica, baseada nessa concepção, potencializa os cuidados, facilita o acesso e os contatos com os trabalhadores e com a Rede, busca minimizar os danos, bem como produzir deslocamentos da questão da

droga para os sujeitos, suas dores e histórias. Ou seja, um tratamento coerente como prediz o código civil ao afirmar que todas as pessoas - e o usuário não está excluído desse direito - são livres para aceitar ou não o tratamento. Cabe aos gestores e trabalhadores de saúde ofertar formas de cuidados que possam minimizar os danos e convidar os sujeitos a responsabilizarem-se por suas escolhas.

### **Considerações finais**

O reconhecimento de que a internação compulsória dos usuários de álcool e outras drogas constitui uma grave violação de direitos fez com que a rede de Saúde Mental de Brumadinho construísse uma alternativa, quando se viu ameaçada por uma avalanche de determinações judiciais para internações. Percebia-se que as internações produziam marcas nas biografias do sujeito, além de uma ruptura com o serviço. Diferentes atores decidiram se movimentar para retomar a função de coordenação e gestão da área de Saúde Mental na rede de saúde municipal no que se refere a atenção a usuários de drogas. .

A criação de uma Portaria que instituiu o fluxo de internação foi a resposta encontrada. Por meio dessa normativa estabeleceu-se um norte para a atenção a usuários de drogas, pode-se legitimar e restituir ao CAPS a função de ordenador da rede, afirmando os princípios do seu trabalho pautado pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial

Essa estratégia envolveu diálogos com o Ministério Público, de forma clara e contundente, quando foram apresentadas a lógica de trabalho, a política de Saúde Mental do município e as diretrizes que as orientam, em particular, a Lei Federal nº 10.216/2001. Os diálogos com o MP se mantêm até o momento, tem sido possível conversar sobre as formas de tratar, incluindo o usuário como ser de direitos e deveres, como cidadão que pode e deve ser respeitado dentro da sua singularidade. O CAPS ainda cria e inventa formas de tratar, sendo importante a atenção à singularidade de cada caso. Com os que usam drogas, assumiu-se a redução de danos como diretriz e caminho para que o usuário possa ser o protagonista do seu tratamento,

convidando-o a encontrar formas de satisfação que apresentem menos danos à saúde, a repensar sua vida e suas escolhas. Entende-se que a abstinência não é a meta exclusiva e deve ser uma escolha, dentre outras a serem feitas, sempre pelo usuário. Mantém-se a perspectiva do trabalho em rede, promovendo articulações que acessem o sujeito e ampliem o leque de possibilidades de vida para os usuários.

## Referências

BIRMAN, Joel. *A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais*. In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumara, p. 71-90, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: Saúde Mental no SUS - Acesso ao tratamento e mudança de atenção. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Compilado.htm). Acesso em: 02 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.bvsmms-saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011-> acesso em: 26 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2003.

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, novembro de 2005.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 9 abr.2001.Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 26 jan. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas.Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

DAMAS, Fernando Balvedi. *Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, Institucionalização e Relevância. Escola de Saúde Pública de Santa Catarina*. Disponível em: - [esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/173/201](http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/173/201). Acesso em: 06 abr. 2017.

FOUCAULT, Michel. *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Tradução de Vera Lúcia de Avelar Ribeiro; organização e seleção de textos de Manoel Barros da Motta. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. (Ditos e escritos I).

LANCETTI, Antônio. *Clínica Peripatética*. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006.

PROJETO de Saúde Mental de Brumadinho - Brumadinho-2002 (inédito).

RUI, Taniele Cristina. *Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2012.

SILVA, Rosimeire. *Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas*. In: *Conselho Federal de Psicologia. Drogas, Direito Humanos e Laço Social*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013, pp. 60 – 72.

SKROMOV, Daniela. *Internações: Aspectos jurídicos, políticos e sua interface com a saúde mental*. In: *Conselho Federal de Psicologia. Drogas, Direito Humanos e Laço Social*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013, pp. 157 – 168.

# Elementos para a discussão da relação entre toxicomania e internação

Jacques Akerman

Marcela Greco

Paulo Lobemvein

Stefania Faria

## Resumo

 O consumo de substâncias psicoativas, apesar de ter estado sempre presente em todas as culturas de que se tem notícia, assumiu desde a modernidade o caráter de adicção. Associadas aos altos índices de criminalidade e violência, as drogas vêm sendo encaradas pela sociedade como um perigoso inimigo que, por representar um problema de saúde e de segurança pública, precisa ser veementemente combatido. Nessa guerra, o Estado conta com a ajuda da mídia na obtenção de legitimidade para aplicar medidas severas de controle e repressão. Entre essas medidas, discutiremos neste artigo, a partir de uma revisão bibliográfica, a internação involuntária e compulsória dos toxicômanos, no sentido de analisar o jogo de poder desta prática que, na contramão das conquistas da Reforma Psiquiátrica, ainda segue preceitos manicomialistas. Por último examinaremos quais são os contornos que a psicanálise dá para o fenômeno da toxicomania, na relação entre os termos sujeito, drogas e ciência. Pretende-se com isso se não elucidar, ao menos poder provocar uma reflexão sobre o que está em jogo nessa forma de tratar o uso compulsivo de drogas no Brasil. O objetivo é fornecer subsídios para essa discussão, de forma a auxiliar os serviços de saúde mental a lidarem com maior precisão e segurança com a pressão social e institucional na demanda por internação, especialmente involuntária e compulsória, para toxicômanos em situação de vulnerabilidade e risco.

Palavras-chave: Toxicomania. Internação compulsória e involuntária. Psicanálise.

## 1. Introdução

A problemática das internações relacionadas à saúde mental e às toxicomanias seguiram, de acordo com Ruiz e Marques (2015), um modelo de exclusão e asilamento dos considerados desajustados desde o seu surgimento, até o advento da Reforma Psiquiátrica que, sustentada pela Lei Nº 10.216/2001, regulamentou estes e outros serviços em assistência psiquiátrica. Possibilitada pelo fim da ditadura, no contexto de redemocratização da época, o movimento de Reforma, que se opunha principalmente ao saber e à prática das instituições psiquiátricas clássicas, começa a ganhar corpo a partir do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental que denunciavam as barbaridades praticadas dentro desses hospitais. A partir daí, consolida-se a desmontagem da estrutura manicomial e a sua substituição pela atenção territorial em saúde mental por meio dos serviços abertos (AMARANTE, 1998). Isso significa que o tratamento passa a ser feito prioritariamente em âmbito substitutivo e que a internação, em qualquer de suas modalidades, precisa ser tomada como última alternativa, quando todos os recursos extra-hospitalares tiverem sido esgotados (BRASIL, 2001).

Essa lógica de tratamento implica a utilização de critérios rigorosos para justificar o isolamento em uma instituição fechada sem ferir os princípios antimanicomiais. Quando se trata de um caso acompanhado pela rede do SUS, esses critérios, devem ser avaliados pela equipe responsável pelo paciente dentro do serviço de referência, bem como de serviços de outras políticas, já que esses casos são, geralmente, multideterminados envolvendo dimensões não só clínicas mas também sociais.

Dessa forma, dentro desses serviços, a decisão pela internação de toxicômanos, diante da demanda de pacientes, familiares ou poder público é vivida muitas vezes com angústia e incerteza. Isso porque, ainda que se questionem sobre a eficácia clínica dessa conduta, muitas equipes se veem pressionadas a cederem às pressões que atravessam sua prática.

Por meio de uma revisão bibliográfica realizada no âmbito

de pesquisa realizada dentro do Programa de Pesquisa e Iniciação Científica da Universidade FUMEC, o presente artigo pretende resgatar elementos, originários de diversos discursos, que fornecem subsídios para essa discussão, de forma a auxiliar os serviços de saúde mental a lidarem com maior precisão e segurança com a pressão social e institucional na demanda por internação, especialmente involuntária e compulsória, para toxicômanos em situação de vulnerabilidade e risco. Para isso, apresentaremos um panorama geral do uso de drogas, incluindo um pouco de sua história e das representações sociais que lhe concernem e faremos uma breve análise das políticas públicas e das leis que regulam o uso destas substâncias. Entendemos que não é possível avançar na discussão sobre os contornos da internação para os casos de toxicomania se não entendermos antes como essas ideias se articulam. Por fim, tomando a psicanálise como referencial teórico, procuraremos discutir sobre a relação do sujeito com o objeto droga. Esperamos com isso, se não elucidar, ao menos provocar uma reflexão sobre o que está em jogo nessa forma de tratar o uso compulsivo de drogas no Brasil.

## **2. Referências para a reflexão**

### **2.1 Internar ou não internar? Eis a questão...**

Sem uma legislação própria que as regulamentem, as internações que se referem aos casos de toxicomania são orientadas pela Lei nº 10.216/2001, elaborada originalmente para o campo da saúde mental e que, em seu artigo 6º define três modalidades possíveis de reclusão em instituições fechadas (BRASIL, 2001):

Art. 6º: A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Para Ruiz e Marques (2015), apesar de a prática das internações involuntária e compulsória terem sido então definidas e regulamentadas, continuam a suscitar muita discussão e a receber duras críticas. Isso porque para muitos, essas medidas representam fundamentalmente uma forma de punição além de, como colocado por Costa (2013), constituírem uma clara violação do direito de liberdade nas situações em que a privação do direito de ir e vir é feita sem motivo justificável, sem autorização judicial e/ou sem a anuência ou vontade própria do sujeito. Alinhado a essa ideia, Castilho (2012) defende que ela nega a própria condição para o exercício da liberdade individual ao negar a capacidade do toxicômano de discernimento e tomada de decisão em função do uso da droga. Castilho (2012, p. 36) afirma que essa conduta representa “a antítese de toda a experiência antimanicomial, pois representa um retorno ao modelo carcerário do passado”.

Outro argumento colocado pelos críticos está relacionado com a ineficácia desse tipo de tratamento. Segundo Castilho (2012) isso acontece, em parte, porque não há convencimento pessoal do sujeito pela suspensão do uso, sendo comuns as situações de recaída após o término do período de reclusão. De acordo com Ruiz e Marques (2015) essa medida pode resultar inclusive em efeito oposto porque, segundo constataram em pesquisa bibliográfica, o sucesso do tratamento depende fundamentalmente de o paciente acreditar na possibilidade de mudança de comportamento em relação às drogas.

Por outro lado, no entanto, para muitos ainda permanece a questão sobre a (in)capacidade de discernimento do toxicômano, já que este pode apresentar, em alguns casos, perda de consciência crítica e autonomia em decorrência do uso constante de drogas (RUIZ e MARQUES, 2015). Nesse sentido, Couto, Lemos e Couto (2013) afirmam que, sob a alegação de que é preciso garantir a integridade física e mental desse sujeito, colocado como um perigo em potencial para si e para os outros, as práticas de exclusão e de internação

forçada tornam-se justificadas.

Mas afinal, a partir de quais referências deve ser pensada a eficácia desse tipo de conduta? Acreditamos que antes de discutir sobre seus efeitos, é preciso entender o que está de fato em jogo nessas interações. Dito em outras palavras, qualquer discussão sobre sua eficácia só se sustenta se antes estiverem claros os objetivos ocultos e explícitos dessa forma de “controlar os corpos”. Para isso, é preciso retomar quais conotações cercam o uso de drogas ao longo da história e como são construídas as representações sociais que lhe concernem.

## **2.2 As representações atuais sobre o uso de drogas: entre a patologia e o crime**

A prática do consumo de drogas é, como coloca Ribeiro (2008), universal e tão antiga quanto a própria organização do homem em sociedade, adquirindo diferentes significados de acordo com a época e a cultura. No entanto, a problemática do uso de substâncias ilícitas é hoje discussão recorrente em diversas áreas do conhecimento, e vem ganhando ampla visibilidade social, em parte graças à atuação da mídia que, via de regra a associa aos altos índices de violência, à delinquência e ao narcotráfico, conferindo às drogas *status* de problema de saúde coletiva e segurança pública (SANTOS e COSTA-ROSA, 2007; ROMANINI e ROSO, 2013; RIBEIRO, 2008).

Sobre isso, Romanini e Roso (2012) esclarecem que, através do processo de midiaticização da cultura, característico das sociedades contemporâneas, formas simbólicas são transmitidas pela mídia, fazendo com que o conhecimento sobre grande parte dos fatos, aos quais não se tem acesso direto, seja derivado apenas da recepção dessas formas pelos espectadores. É sobretudo dessa maneira que as drogas têm sido colocadas como uma ameaça à saúde e à segurança dos brasileiros, produzindo uma urgência por políticas de repressão e controle (ROMANINI e ROSO, 2012). No entanto, é imperativo refletirmos sobre a origem dessa “relação natural” estabelecida entre drogas e violência.

Nesse sentido, compreender a origem dessa representação social associada à droga envolve entender também como significamos o toxicômano, como nos referimos a ele e principalmente como o tratamos. O que percebemos é que na tentativa de decifrar e entender o uso, o fascínio e o horror gerado por essas substâncias, muitos saberes têm se debruçado sobre o tema, produzindo uma diversidade de discursos que tomam como referência desde os direitos humanos até a religião, passando pelo campo da saúde mental e do direito penal, cada um deles definindo o usuário de acordo com sua perspectiva.

Como colocam Romanini e Roso (2013), os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas podem ser designados por diferentes termos, entre os quais estão: “alcooolismo”, “dependência química” e “drogadicção”. Aqui usaremos o termo “toxicomania” em função de sua ampla disseminação dentro do campo da psicanálise, uma vez que este também será o nosso referencial para pensar a relação do sujeito com a droga. Segundo Ribeiro (2008), “toxicomania” é o termo que designa a utilização mórbida de substâncias tóxicas e cuja origem remonta à palavra grega *toxicon* (veneno no qual as flechas eram embebidas).

Neste ponto, faz-se necessário nomear e compreender as diferentes formas de classificar o *pathos* no uso dos psicoativos. Gurfinkel (1996) considera imprescindível que essa diversidade seja reconhecida para que não se corra o risco de reduzir um fenômeno tão variado a um “quadro psicopatológico”. Sobre isso, Santos e Costa-Rosa (2007) colocam que na relação do sujeito com a droga podem ser admitidas várias categorias, incluindo utilização recreativa, abusiva e adicção, o que nos permite pensar que o uso dessas substâncias pode ser classificado, grosso modo, de acordo com a relação que o sujeito estabelece com ela (RIBEIRO, 2008).

Fazendo referência à Gurfinkel (1995), Santos e Costa-Rosa (2007) afirmam ainda que a adicção não deve ser caracterizada como um atributo intrínseco ao sujeito que se droga, e sim como um modo de funcionamento psíquico na sua relação com o objeto. Segundo Gurfinkel (1996), a toxicomania seria um tipo particular de adicção,

cujo objeto de apropriação compulsiva é a droga. Alinhada com essa ideia, Ribeiro (2008) destaca que vários discursos como a medicina clássica, a psiquiatria e as ciências sociais, também diferenciam as modalidades de relação com a droga, no entanto, a psicanálise se destaca por acreditar que essa diferenciação é feita não com base na frequência ou na quantidade utilizada, “mas na relação que cada sujeito singular estabelece com a(s) substância(s) tóxica(s)” (RIBEIRO, 2008, p. 5).

No entanto, fora desses domínios essa diferenciação parece não importar muito. Os discursos jurídicos e a opinião popular, sustentada principalmente pela mídia e em certa medida também pelo discurso moralista religioso, cuidam de colocar os usuários de drogas sobre um único denominador, reservando a eles apenas dois caminhos possíveis: o da patologização, que, fundamentando-se no modelo médico, coloca-o como doente, e o da criminalização, que derivado do sistema normativo do direito penal brasileiro transforma-o em criminoso (NASCIMENTO, 2006).

Em ambos os casos, as políticas fundamentam-se na lógica proibicionista e se direcionam para a punição, ora por meio do aprisionamento, ora por meio da internação hospitalar (ROMANINI e ROSO, 2013; NASCIMENTO, 2006). Isso porque respondem, em última instância, a uma demanda social por políticas de repressão, geradas principalmente pela relação causal estabelecida e reforçada pela mídia entre uso de drogas e produção de violência. Dessa forma, como observam os autores “o consumo de drogas passa a ser, moralmente reprovado, medicinalmente apreendido e juridicamente sancionado” (BERGERON, 2012 citado por ROMANINI e ROSO, 2013, p. 493).

Mas quais são os dispositivos legais usados pelo estado e que o permitem sustentar essa forma de controle? Veremos agora como a regulação dessas substâncias se deu ao longo da história e mais especificamente como a legislação brasileira opera, também como efeito desse processo histórico. Para que a discussão sobre a forma atual que o estado usa para controlar não fique descontextualizada, é

importante entender a trajetória histórica dessa regulação.

### **2.3 Regulação do uso de drogas na história e na legislação**

Em todas as épocas, segundo Ribeiro (2008), as drogas foram utilizadas por seus efeitos estimulantes, sedativos ou extasiantes ganhando contornos sociais e subjetivos. Na Idade Média, dominada pela ética cristã de sacrifício e renúncia aos prazeres da carne, as substâncias tóxicas passaram a ser relacionadas ao pecado por produzirem prazer sem esforço, sendo então lançadas no território da proibição.

Mais adiante, no século XVI, os europeus conheceram, através das Grandes Navegações muitas substâncias psicoativas, introduzindo-as em suas sociedades com fins medicinais e recreativos propiciando a oferta, a demanda e a comercialização desses produtos (ESCOHOTADO, 1995 citado por RIBEIRO e ARAÚJO, 2006). Nesse contexto, a droga deixa de ser um produto de cunho essencialmente cultural para se tornar um artigo comercial (PASSETI, 1991 citado por RIBEIRO e ARAÚJO, 2006). Karam (1998) observa que durante esse tempo e até o início do capitalismo, as drogas não levantavam qualquer objeção moral e não estavam, portanto, submetidas às formas de regulação como observamos hoje. Isso porque tinham uma função importante na acumulação de capital na medida em que a produção advinda das colônias era comercializada pelos países centrais movimentando cifras astronômicas. Ainda segundo Karam (1998), com o avanço do capitalismo e com o declínio do sistema de colônias, as drogas foram sendo qualificadas como lícitas ou ilícitas obedecendo principalmente a critérios econômicos, já que muitas passaram a ser produzidas e exploradas pelos próprios países centrais.

A partir daí, o uso de psicoativos já sem lastro cultural e, sem o controle informal imposto pela utilização ritualística, cresceu desordenadamente em todas as sociedades, trazendo junto uma série de problemas decorrentes do excesso de consumo (MUSTO, 1987 e ESCOHOTADO, 1995 citados por RIBEIRO e ARAÚJO, 2006).

No decorrer desse processo, o uso, naturalizado em outros tempos, foi constituído enquanto prática imoral, condenável e símbolo de marginalidade, na medida em que movimentos contrários às drogas ganhavam força e legitimidade social.

Entre eles, um dos mais representativos é o proibicionismo americano que impulsionado por teorias cristãs e materializado pelo Partido Proibicionista, de 1869, já estava presente no ocidente desde o início século XIX. Nessa época, os Estados Unidos se mostraram organizados e determinados a eliminar as drogas da sociedade através desse movimento de grande força política que começou a se formar com a participação das igrejas locais e que conseguiu grande influência sobre outros grupos da sociedade (RIBEIRO e ARAÚJO, 2006). Já no início do século XX começaram a vigorar legislações que, com claras motivações morais, médicas e raciais, visavam eliminar o uso recreativo de ópio, cocaína e álcool, até que em 1920, as bebidas alcóolicas foram completamente proibidas. Depois disso, por meio de acordos internacionais, as restrições implantadas no país começam a ser amplamente difundidas, de modo que a Lei Seca<sup>1</sup> americana pode ser considerada como um dos movimentos precursores de oposição às drogas em escala mundial.

No Brasil, as primeiras intervenções direcionadas ao usuário de drogas aconteceram, segundo Romanini e Roso (2012, citando MACHADO e MIRANDA, 2007), no início do século XX por meio de uma série de leis e decretos que, desde então, tinham como objetivo o controle do uso e do comércio de drogas e sustentavam a prevalência do modelo asilar que, quando não criminalizava, determinava a exclusão dos usuários do convívio social.

A consolidação das leis penais antidrogas se deu em 1932 e seguiu, conforme Karam (2005), a ideologia proibicionista norte americana. Em 1938, o decreto-lei nº 891/38 (BRASIL, 1938), que trata da fiscalização de entorpecentes é agregado ao artigo 281 do Código Penal de 1940, tornando-se um marco do nosso proibicionismo e fazendo com que o uso e a produção de drogas fossem criminalizados

---

<sup>1</sup> Essa lei proibía o consumo, comercialização e fabricação de bebidas alcóolicas nos Estados Unidos e vigorou de 1920 a 1933.

em solo brasileiro (KARAM, 2005). Esse decreto, foi motivado pelo governo de Getúlio Vargas no sentido de eliminar problemas que tirassem o foco do trabalhador e uma piora na qualidade da mão-de-obra. Desde então, cada artigo e cada lei aprovada teve como efeito punir e aumentar as penas daqueles que de alguma maneira se envolvessem com as substâncias ilegais (WANDEKOKEN e DALBELLO-ARAÚJO, 2015). É necessário assinalar que nesse decreto não há nenhuma diferenciação entre usuário e traficante.

Já em 1976, é assinada por Ernesto Geisel durante a ditadura militar, a lei nº 6.368, que visa não apenas combater o tráfico, mas também o consumo indevido de drogas, esboçando uma diferenciação entre usuário e traficante, ainda que esta não tenha sido seu foco (WANDEKOKEN e DALBELLO-ARAÚJO, 2015). O 10º artigo dessa lei prevê a internação obrigatória do usuário em hospital psiquiátrico, oferecendo a alternativa de tratamento em ambiente extra-hospitalar quando não houver necessidade de reclusão.

No ano de 1980 temos o decreto nº 85.110 que cria o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, submetido ao Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) (BRASIL, 1980). Neste ponto, percebemos que mesmo com o passar do tempo e com a evolução das leis, permanecem as diretrizes baseadas na repressão e na abstinência como caminho para a “cura”.

Em 1987, já como consequência do movimento antimanicominal que emergia na década de 1980, é criado no Brasil o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que constitui-se como alternativa pioneira aos hospitais psiquiátricos da época atendendo à proposta de tratar casos graves de sofrimento mental e toxicomania em serviços abertos (DELGADO, 2011).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores, propõe um projeto de lei que tramita em diversas instâncias e só ganha contornos definitivos, após muitas alterações e articulações políticas em 2001, com a lei nº 10.216 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, representando

o marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2001).

Em 2002 é criada a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) que tem papel fundamental na legislação vigente. A PNAD tem cinco fatores primordiais: 1. Prevenção; 2. Tratamento, recuperação e reinserção social; 3. Redução de danos sociais; 4. Redução da oferta; 5. Estudos, pesquisas e avaliações (BRASIL, 2002a). Em 2002, junto às intervenções da PNAD, é criada a Política de Atenção Integral ao usuário de Álcool e Drogas, que serve de direcionamento para a portaria GM 816/2002, inspiração para a criação de Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

A partir daí, sanciona-se em 2006 a lei nº 11.343, que trata do tráfico de drogas no Brasil (BRASIL, 2006). Apesar de este ser o primeiro dispositivo que não criminaliza o usuário de drogas no país, diferenciando-o em tese do traficante, as formas e possibilidades de tratamento não são regulamentadas por ela. A referência continua sendo a lei nº 10.216/2001, que por sua vez dispõe sobre as formas de atendimento ao portador de sofrimento mental.

Esse pequeno traçado histórico da legislação evidencia os eixos repressão, criminalização e patologização como orientadores centrais da forma de tratar as drogas e seus usuários no Brasil, retirando da cena a responsabilização e a liberdade. Quanto a isso Daniela Skromov de Albuquerque (2012) apresenta outra perspectiva que consideramos mais interessante:

A dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos da República brasileira (CF, art. 1, III) e tem como faceta principal a autonomia da vontade na determinação de seus valores e objetivos; a liberdade é um direito fundamental (CF, art. 5, II). O Código Civil não inclui os “viciados em tóxicos” nem os “ébrios habituais” no rol dos absolutamente incapazes. Nesse contexto, a liberdade pode se estender ao limite de não ser submetido a qualquer tratamento.

## **2.4 Estratégias da Biopolítica: a internação como dispositivo disciplinar**

A breve retrospectiva histórica empreendida até aqui, aponta para a existência de um intrincado campo de forças atuando na regulação dessas substâncias ao longo do tempo, evidenciando principalmente uma dupla determinação na forma como elas são encaradas. De um lado, os preceitos morais defendidos principalmente pelas religiões, constroem a referência do caráter pecaminoso e imoral das drogas, reforçando a ideia de que seu uso é condenável e precisa ser banido. Do outro, motivações econômicas, ainda que disfarçadas, ajudam a ditar as regras sobre proibição-permissão, distribuição e consumo.

Através do que Benevides e Prestes (2014) chamaram de análise genealógica do fenômeno, veremos agora como o governo, apoiado nesses pilares de ordem econômica e moral, encontra sustentação para suas práticas disciplinares. Para isso, partiremos da análise que Couto, Lemos e Couto (2013) fazem, à luz dos conceitos de Foucault, qualificando o exercício da internação forçada como um dispositivo responsável por acionar a prática do biopoder. Segundo esses autores, através da patologização, medicalização e do isolamento, as vidas dos usuários são geridas, sob uma lógica higienista, sem qualquer função terapêutica, em que se pretende governar corpos indóceis para discipliná-los à lógica capitalista, tornando-os mais obedientes e produtivos e ao mesmo tempo fortes e saudáveis.

Mas, no caso das toxicomanias, para que o poder sobre os corpos seja legitimado e exercido, é necessário que a questão do uso de drogas seja antes construída enquanto um problema de saúde e segurança coletiva. E isso é feito em grande parte pelo que Couto, Lemos e Couto (2013) chamam de saber-poder das ciências humanas e da saúde. Segundo Romanini e Roso (2012) dados produzidos por pesquisas científicas são usados para sustentar a relação causal entre drogas e violência, colocando as ciências médico-psi como agentes fundamentais na gestão da conduta dos usuários de drogas, gestão

esta que implica em finalidades biopolíticas e disciplinares (COUTO, LEMOS e COUTO, 2013; BENEVIDES e PRESTES, 2014).

Nesse sentido, o discurso científico testa, verifica e confirma suas hipóteses, produzindo relações diretas de causa e efeito e validando ações que buscam resolver o problema. De acordo com Benevides e Prestes (2014) isso é feito na medida em que confirma-se cientificamente a efetividade das medidas de prevenção e recuperação dos toxicômanos.

Segundo Couto, Lemos e Couto (2013) é como “discurso de verdade” que a ciência assume papel chave na proposição, construção e definição dos problemas sociais, enquanto que de acordo com Romanini e Roso (2012) a mídia se encarrega de anunciá-los, colaborando para estabelecer e manter o que os autores apontam como relações de dominação. Couto, Lemos e Couto (2013) observam ainda que nesse momento acontece a atualização da relação Estado-ciência. Ao que Karam acrescenta que a figura de um inimigo em comum e perigoso, cumpre a conveniente função de “[...] concentrar a hostilidade da maioria, e muito contribui para a coesão social [...]” (1998, pp. 255-256).

Assim, em nome da segurança e da saúde do toxicômano e dos outros supostamente ameaçados, o poder público fica autorizado a exercer, segundo Couto, Lemos e Couto (2013, pp.139-140) “um controle social preventivo por meio do que Foucault criticou como dispositivo de “periculosidade” e seus efeitos na produção do chamado sujeito-criminoso”. A retirada forçada do toxicômano do convívio social presta apoio na gestão do risco-perigo e para isso contam com o que Couto, Lemos e Couto (2013) chamaram de uma rede paralela ao sistema judiciário com função também disciplinar. Entre essas instituições estão a polícia, a escola, o hospital e o asilo. É nesse sentido que Benevides e Prestes (2014), fazendo referência a Rodrigues (2003), argumentam que a patologização das toxicomanias apenas desloca o controle da sua forma mais rígida, representada pelo encarceramento, para outras mais sutis.

É preciso atentar para o fato de que essa classificação de risco/

perigo não se dá sem que esteja presente uma série de preconceitos e racismos de Estado. De acordo com Couto, Lemos e Couto (2013) o racismo de Estado, que mais uma vez se sustenta principalmente pelos saberes das ciências médico-psi, é responsável por fragmentar a população em grupos, classificando-os e provendo legitimidade para a segregação e mesmo extermínio do outro em prol de uma sociedade normalizada. Isso acontece na medida em que, como colocado por Foucault (1999, p. 305): “A morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (do degenerado, do anormal) é o que vai deixar a vida mais sadia; mais sadia e mais pura”. A morte, que Couto, Lemos e Couto (2013) colocam como sendo também uma morte política, é representada pela exclusão e pela rejeição, sendo revelada através de práticas nas quais a disciplina policial-penal alia-se à biopolítica para fazer com que loucos, criminosos, toxicômanos e qualquer outro grupo que, apresentando um perigo potencial, retornem à norma.

Em suma, podemos pensar que o biopoder é sustentando por um saber, aqui colocado como o das ciências médicas e psicológicas e apresentado através de um discurso, veiculado principalmente pela mídia, de forma a sustentar determinada verdade. Esse poder sobre a vida é então materializado por meio de práticas que governam e disciplinam os corpos. De acordo com Assis, Barreiros e Conceição (2013), esse discurso reforça a ideia de que medidas extremas e repressivas são necessárias para a solução do problema das drogas, retroalimentando o imaginário social sobre o caráter “salvador/milagroso” e imprescindível da internação dos toxicômanos.

O caráter político dessa discussão nos permite questionar, ao menos à nível universal, a legitimidade dessas internações não consensuais e produzir um contraponto a partir da reflexão sobre a eficácia dessa conduta ao nível do sujeito que é por elas afetado. Nesse sentido veremos agora quais são as contribuições que a psicanálise tem oferecido à forma de definir e tratar a toxicomania, incluindo uma reflexão sobre o quê nas drogas é capaz de capturar o sujeito.

## 2.5 O sujeito e sua relação com a droga

Como já mencionado, em meio à polissemia de discursos que se autorizam a discutir o tema da toxicomania, a psicanálise se diferencia por priorizar a relação que o sujeito estabelece com a substância tóxica. Isso significa dizer que a toxicomania não é intrínseca a todos aqueles que se drogam, pois, na perspectiva psicanalítica, tal classificação apenas pode ser atribuída a um sujeito de acordo com o lugar específico que a droga ocupa no seu modo particular de satisfação. Nesse sentido, também é possível afirmar que para a psicanálise a toxicomania é, como colocam Beneti *et al.* (2008), um fenômeno trans-estrutural, ou seja, não específico de nenhuma estrutura clínica.

Ribeiro (2008) afirma que Freud, ainda enquanto médico neurologista e antes, inclusive, de fundar a psicanálise, já se preocupava com a questão dos efeitos desencadeados pelas substâncias tóxicas nos indivíduos. No contexto pré-psicanalítico sinalizado em suas correspondências com Wilhem Fliess, Freud, então inspirado por ele, de forma absolutamente inovadora já apresentava os impactos da cocaína como sendo distintos para cada indivíduo. Essa ideia fica clara no texto “Tratamento psíquico (ou anímico)”, de 1905, em que aponta que a dependência deveria ser localizada a partir do vínculo que o indivíduo estabelece com um determinado objeto (RIBEIRO, 2008).

Em “Mal-estar na civilização”, Freud (1930/1996) defendeu que o uso de substâncias tóxicas seria uma das medidas paliativas mais eficazes para evitar o sofrimento causado no homem pela civilização e suas exigências, bem como pela sua própria formação psíquica. Isso porque, ao agirem quimicamente sobre o corpo, as drogas alienam o homem quanto à sua própria desgraça e, portanto, elas podem ser vistas como uma resposta do sujeito ao mal-estar por ele vivido. De acordo com Freud (1930/1996), além de provocarem prazer essas substâncias causam insensibilidade aos impulsos desprazerosos. Nesse sentido

Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau

altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio desse ‘amortecedor de preocupações’, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade (p. 86).

O ponto de vista que compreende a droga como resposta ao mal-estar decorrente da pressão da realidade, apresenta a toxicomania como um “modo de resposta permanente que se substitui à exigência de uma elaboração psíquica e apazigua o sujeito diante de um intolerável” (BITTENCOURT, 1993 citado por RIBEIRO, 2008, p. 41). Em razão da cultura contemporânea ser visivelmente identificada pelos excessos (excesso de objetos, de consumo, de gozo etc.), Ribeiro (2008) chama a atenção para o fato de a droga poder, através da abstinência, propiciar que a falta seja (re)introduzida no sujeito.

Dessa forma, é a relação do sujeito com a droga que vai, como já discutido no início deste texto, classificá-lo como toxicômano ou não. Isso parece estar relacionado com a forma particular em que a sua libido, através da droga, alcança satisfação. Com efeito, apesar da existência de diversas modalidades de uso, não estamos nos referindo a essas enquanto requisito de classificação para a toxicomania, mas como modalidades de gozo, como algo que pode aproximar o sujeito da pulsão de morte. Ribeiro (2008, p. 32) pensa “no gozo mortífero como uma espécie de aposta: se o sujeito sofre com a vida, pode então gozar da morte (com as drogas)”.

Em virtude do sofrimento que a vida suscita no indivíduo, Freud (1930/1996) descreveu a técnica da arte de viver, a qual objetiva fazer o mesmo ser independente do iminente Destino, que é a morte, ao prosseguir, a seu modo, em direção à ela. Ainda em relação a tal técnica, Santiago (2001) enfatizou o fato de que a abordagem clínica, propriamente lacaniana, da droga, se apoia na realidade de que a pulsão pode ser satisfeita por meio de um objeto que seja prejudicial ao sujeito. Essa concepção evidencia a existência de uma condição em que, forçosamente, o sujeito não procura um objeto que lhe traga o bem, mas que seja capaz de produzir uma mudança no real.

Sobre o serviço prestado pelos veículos intoxicantes no afastamento do sofrimento, este serviço de acordo com Freud (1930/1996) é:

[...] tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido. É exatamente a propriedade dos intoxicantes de auxiliar como um ‘amortecedor de preocupações’ que determina o seu perigo e a sua capacidade de causar danos. São responsáveis, em certas circunstâncias, pelo desperdício de uma grande quota de energia que poderia ser empregada para o aperfeiçoamento do destino humano (p. 86).

Para se ponderar a(s) distintas relação(ões) que um sujeito pode estabelecer com a droga, Ribeiro (2008) afirma que os estudiosos da psicanálise concebem, de maneira quase unânime, o conceito de pulsão de morte como sendo de grande relevância. A autora ressalta que, por certo:

[...] é muito evidente a dialética existente entre pulsão de vida e pulsão de morte nos fenômenos chamados de ‘toxicomanias’: se provisoriamente a droga assegura ao considerado ‘toxicômano’ um estado de prazer, por outro lado, a sua utilização revela “uma tentativa por parte do sujeito da abolição da existência, a busca de um desaparecimento transitório, momentâneo, uma pequena morte” (RIBEIRO, 2008, p.24 citando INEM, 2006, p. 299).

Essa análise nos permite pensar no toxicômano como aquele que tenta, através das drogas, escapar das exigências sociais, com “um gozo do corpo, que se não é limitado pela intermediação da linguagem e através da simbolização dos limites, só pode ser limitado pela morte; daí a propensão conhecida dos toxicômanos aos riscos da overdose” (SANTOS e COSTA-ROSA, 2007, p. 490). Neste ponto a primeira grande questão é entender que, para a psicanálise, “o toxicômano faz a droga e não o contrário, como colocado pelo discurso científico” (OLIVIERI, 1998, p.176). Assim, segundo Beneti

(2014) é preciso romper com essa lógica, que coloca todos os que usam drogas como toxicômanos, e compreender que os efeitos químicos produzidos por essas substâncias, não são os principais responsáveis por ligarem o sujeito a elas (RIBEIRO, 2008). Se não nos atentarmos para isso e reduzirmos a toxicomania à dependência química, também reduziremos as formas de intervenção e tratamento exclusivamente à abstinência e à interdição, o que nos levaria de volta à lógica manicomial como única alternativa (ROMANINI e ROSO, 2013).

Sobre as formas de intervenção e tratamento voltadas para a toxicomania, Olivieri (1998, p. 173) ressalta que: “É importante interrogar qual o lugar que a droga ocupa na economia libidinal do sujeito e tal observação é crucial para a orientação no tratamento”. Mediante essa interrogação, admitimos que na toxicomania o efeito que está em jogo ultrapassa a barreira do biológico para, assim, podermos trabalhar com a ideia defendida por Olivieri (1998, p. 176) segundo a qual a psicanálise deve propor uma “desintoxicação do significante droga em vez de uma desintoxicação química”. Isso implica em introduzir o sujeito no campo da linguagem e no gozo do significante, dando a palavra a ele, convocando-o a dizer sobre o que, afinal, ele quer com as drogas, qual a função e a importância desse objeto para ele, não se detendo, apenas, a inquirir sobre o porquê de tal prática (BENETI, 2014).

O processo de introduzir o sujeito no campo da linguagem só se sustenta, segundo Santos e Costa-Rosa (2007), a partir de uma oferta de transferência que possa fazer frente à relação de dependência do mesmo com a droga. Segundo os autores:

a psicanálise visa estabelecer uma relação intersubjetiva, um novo laço social, capaz de possibilitar-lhe transitar da experiência da droga para as suas experiências de sujeito. [...]. Espera-se que, a partir disso, o sujeito possa conduzir-se à via do desejo, marcando sua relação com formas do gozo que suportem a intermediação, a espera e a diversificação (p.490).

Todavia, Olivieri (1998, citando LECOEUR, 1992) chama a atenção para o fato de que a dificuldade em operar a mediação do Outro simbólico é presente no fenômeno da toxicomania. Isso pode constituir um importante obstáculo para que a transferência seja estabelecida no processo de análise.

Sem o intuito de reduzir a complexidade das contribuições que a psicanálise pode oferecer à essa discussão, as ideias sintetizadas neste tópico apontam para a importância de se reconhecer a singularidade da relação estabelecida por cada sujeito com a droga. Os autores também nos advertem quanto à possível ineficiência de uma abstinência enquanto vetor orientador do tratamento, uma vez que o que está em jogo é a desintoxicação do significante e a reintrodução do sujeito no campo do Outro. Assim, essa breve análise nos sugere que a redução do tratamento à proposta de internação não consensual, por sua natureza e princípios, não converge com uma possibilidade efetiva de intervenção na relação tóxica estabelecida entre toxicômano e seu objeto.

### **3. Considerações finais**

A partir da revisão de literatura realizada sobre a toxicomania e o dispositivo da internação compulsória ou involuntária, a primeira questão a ser destacada diz respeito à impossibilidade de lidarmos com o tema enquanto um fenômeno homogêneo e linear. Assim como o ato de drogar-se não é o mesmo ao longo do tempo, nas diferentes culturas e principalmente para cada sujeito, a forma de encarar o toxicômano, e conseqüentemente de tratá-lo, também não deve ser a mesma. No entanto, sabemos que o campo das leis é orientado pela dimensão universal e que o processo de construção das referências legais é sustentado como efeito dos interesses e concepções amparados por relações de poder em luta.

Entre a disciplinarização dos corpos e seu avesso, pode-se considerar o uso de drogas como elemento que subverte, fazendo aparecer um sujeito diante da homogeneização e da massificação dos ideais morais e da subjetividade que sustentam certa ordenação

econômica. Ao mesmo tempo o toxicômano, na sua relação com a droga ao afastar-se do Outro pode responder a esta massificação pagando o não pertencimento à ordem transmitida pelo Outro social com seu próprio corpo. Este não pertencimento pode propiciar condições de imersão num gozo que lhe permite escapar, através do abandono da mediação fálica, dos objetos da cultura que se apresentariam, metonimicamente, como substitutos do objeto perdido suposto de produzir a satisfação.

Neste ponto, uma questão que se coloca é se a política pública decorrente da legislação em vigor garante os meios para o tratamento da relação tóxica que cada sujeito estabelece com a droga. Entre a abstinência e a redução de danos, há no Brasil hoje modelos de atendimento orientados por vertentes éticas e pragmáticas muito diferentes. O toxicômano, entre a doença mental e o crime, é tomado como objeto de intervenção e será direcionado para práticas que visam desde sua exclusão, passando pela sua invisibilidade até a correção moral.

A análise da literatura atual mostra que no Brasil a violência é fortemente associada às drogas e esse discurso é capaz de conformar a opinião pública e sustentar ações cada vez mais repressivas por parte do Estado. Por isso é tão importante que, através de uma postura crítica, sejamos capazes de desmistificar as verdades produzidas sobre essas substâncias (ROMANINI e ROSO, 2012).

De acordo com o que foi exposto, não há garantias de que o tratamento que vem sendo oferecido aos toxicômanos seja capaz de promover ganhos subjetivos. Como colocam Santos e Costa-Rosa (2007, p.501), “seria ingênuo pensar que o sujeito numa abstinência forçada tenha trabalhado suas questões, se é que chegou a produzi-las”. Ainda permanece, portanto, o desafio de estabelecer qual a melhor forma de trabalhar a toxicomania.

Esperamos num próximo trabalho apresentar e discutir os efeitos do tratamento compulsório e involuntário, na perspectiva dos toxicômanos e de seus familiares, como resultado de pesquisa posterior a este artigo, uma vez que acreditamos ser importante dar

voz àqueles que são diretamente afetados por estes dispositivos. Mas o que já nos foi apresentado pela literatura nos permite afirmar que o modelo manicomial, aqui aplicado de maneira compulsória ou involuntária, lida com as questões que cercam a toxicomania, produzindo um ciclo de violência e mortificação.

## Referências

ALBUQUERQUE, Daniela Skromov de. *Internação compulsória: posição contrária*. Jornal Carta Forense, São Paulo, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.cartaforense.com.br/conteudo/artigos/internacao-compulsoria-posicao-contraria/8670>>. Acesso em 03 mar. 2016.

AMARANTE, Paulo (Coord.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ASSIS, Jaqueline T.; BARREIROS, Graziella B.; CONCEICAO, Maria Inês G. *A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica*. Revista latino-americana de psicopatologia fundamental, São Paulo, v. 16, n. 4, p.584-596, dez.2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 jan. 2016.

BENETI, Antônio. *O toxicômano não é feliz*. In FUENTES, Maria Josefina Sota; VERAS, Marcelo (Orgs.). *Felicidade e sintoma: ensaios para uma psicanálise no século XXI*. Rio de Janeiro: Corrupio, 2008. p.145-152.

BENETI, Antônio. *A toxicomania não é mais o que era*. In MEZÊNCIO, Márcia; ROSA, Márcia; FARIA, Maria Vilma (Orgs.). *Tratamento possível das toxicomanias* – Belo Horizonte: Scriptum, 2014. p.27-38.

BENEVIDES, Pablo S. PRESTES, Túlio K. A.. *Biopolítica e governamentalidade: uma análise da Política Nacional sobre Drogas*. Ecos, v. 4, n. 2, p.274-286, 2014. Disponível em; < [www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/download/1333/1049](http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/download/1333/1049)>. Acesso em 05 mai. 2015.

BRASIL, Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil.

Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto-lei n.891, de 15 de novembro de 1938. Diário Oficial da União. Brasília: 1938.

BRASIL. Decreto 85.110, de 02 de setembro de 1980. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 02 set. 1980.

BRASIL. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, 6 abr. 2001.  
BRASIL. Decreto 4.345 de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas. Diário Oficial da União. Brasília, 26 ago. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS 189, de 20 de março de 2002. Regulamenta a portaria n.336 e estabelece a criação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 20 mar. 2002.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Diário Oficial da União. Brasília, 23 ago. 2006.

CASTILHO, Ela W. V., *A eficácia invertida da internação compulsória. In Drogas e cidadania em debate*. Grupo de Trabalho de álcool e outras drogas. Brasília – DF: Conselho Federal de Psicologia. Conselho Regional de Psicologia; 2012. p.35-37. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em 03 nov. 2015.

COSTA, Ileno I. Debate: *Internação compulsória – OAB/DF e CLDF* Auditório da OAB/DF, Brasília - DF, abr. 2013.

COUTO, Artur B. do N.; LEMOS, Flavia C. S.; COUTO, Mariane B.B., *Biopoder e práticas reguladoras do uso de drogas no Brasil: Algumas análises de projetos de leis*. Revista Polis e Psique, v.3, n.2, p.132-150, 2013. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/43680/28737>>. Acesso em 14 out. 2015.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001*. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v.63, n.2, 2011, pp.114-121. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229019298010>>. Acesso em 28 jan. 2016.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. Tradução de Maria Ermantina Galvão. 1.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.  
FREUD, Sigmund. *O mal-estar na civilização* (1930[1929]). In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira / 24 vs. – Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GURFINKEL, Decio. *A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania*. Petrópolis: Vozes, 1996.

KARAM, Maria Lucia. Drogas: a irracionalidade da criminalização. In BENTES, Lenita; GOMES, Ronaldo Fabião (Orgs.). *O brilho da infelicidade*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998. p.249-269.

KARAM, Maria Lucia. Legislação brasileira sobre drogas: história recente - a criminalização da diferença. In: ACSELRAD, Gilberta (Org.). *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.155-64.

NASCIMENTO, Ari Bassi. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.11, n.1, p.185-190, abr.2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000100021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 jan. 2016.

OLIVIERI, Filippo. A psicanálise diante da toxicomania. In BENTES, Lenita; GOMES, Ronaldo Fabião (Orgs.). *O brilho da infelicidade*. Rio de Janeiro, RJ: Contra Capa, 1998. p.173-178.

RIBEIRO, Cynara Teixeira. Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. 2008. 113f. Dissertação (Mestrado em psicologia social) – PUC de São Paulo, São Paulo, 2008.

RIBEIRO, Maurides; ARAÚJO, Marcelo. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In: SILVEIRA, D; MOREIRA, F. (Orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p.457-68.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 32, n. 1, p.82-97, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932012000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 jan. 2016.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Midiatização da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p.483-497, dez. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000200014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 jan. 2016.

RUIZ, Viviana R. R.; MARQUES, Heitor R. A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. *Psicologia e Saúde*, v. 7, n. 1. p.01-08, jan./jun. 2015. Disponível em <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/396/496>>. Acesso em 14 out.2015

SANTIAGO, Jésus. *A droga do toxicômano: uma parceria clínica na era da ciência*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

SANTOS, Clayton Ezequiel dos; COSTA-ROSA, Abílio da. A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, Campinas, v. 24, n. 4, p.487-502, dez. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2007000400008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000400008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 jan. 2016.

WANDEKOKEN, Kallen Dettman; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial ad e as políticas públicas: que caminho seguir? *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p.157-175, 2015.

# Mães Órfãs<sup>1</sup>: violência estatal contra mulheres usuárias de drogas em Belo Horizonte

Amanda Naves Drummond  
Guilherme Fernandes de Melo

## Introdução

 O uso de drogas é tão antigo quanto a própria história humana, isso pode ser observado na profusão de registros e vestígios de sua presença e uso em diferentes povos e culturas ao longo do tempo. Contudo, dos relatos do historiador grego Heródoto sobre o uso da maconha no século a.c. aos experimentos de Freud com cocaína no século XIX, passaram-se séculos sem que o uso de substâncias alteradoras da consciência fosse entendido enquanto uma questão social a ser trabalhada. O entendimento das drogas como uma questão social e, mais precisamente, como um problema, é recente, datando do fim do século XIX. Este constituiu-se a partir do que Vargas (2006) designa como consenso moral antidrogas:

Embora seja possível encontrar exceções a essa regra, as políticas antidrogas emprestaram força de lei a um consenso moral que se tornou amplamente difundido e que, sinteticamente, se expressa nos seguintes termos: drogas causam dependência, fazem mal, quando não matam pura e simplesmente; usá-las, portanto, é um absurdo; logo, “diga não às drogas” (VARGAS, 2006, p. 282).

Para o autor, o “problema” das drogas não existiu desde sempre, é historicamente datado, sendo o fenômeno das drogas uma

---

<sup>1</sup> O termo Mães Órfãs foi cunhado pela saudosa e incansável militante da luta antimanicomial Rosimeire Silva, a quem prestamos nossa homenagem.

questão social recentemente estruturada nas sociedades modernas:

Defato, mais do que se apropriar de uma experiência supostamente universal de consumo de “drogas”, o que as sociedades ocidentais parecem ter feito foi criar literalmente o próprio fenômeno das “drogas”, seja produzindo-as em laboratório e/ou em escala industrial, seja medicalizando e/ou criminalizando as experiências de consumo de substâncias que, até então, não eram consideradas “drogas”. Com isso não quero dizer, obviamente, que outros coletivos humanos não usaram/usam substâncias que, hoje, não titubeamos em designar como “drogas”, mas que tais usos alheios e alhures não eram/são experimentados e/ou concebidos como usos de “drogas” (VARGAS, 2001, p. 35).

Entendemos, portanto, que as substâncias alteradoras de consciência se tornaram historicamente constituídas enquanto droga a partir de dois processos concomitantes: por um lado a construção do monopólio do saber médico sobre o uso e prescrição dessas substâncias e por outro a criminalização daqueles que, porventura, não estivessem autorizados a fazer uso de substâncias agora entendidas sob esse novo filtro de saber/interdição da experiência de uso.

Essa conceituação nos ajuda a compreender como um certo consenso simplificador sobre o uso de drogas pode causar impactos perversos na vida de usuários/as de drogas, pelo viés da criminalização e da perda de direitos. Ela nos ajuda a analisar a situação vivida por gestantes usuárias de drogas na cidade de Belo Horizonte. Essas mulheres ao serem identificadas pelos aparelhos do Estado como usuárias de drogas, tornam-se alvo de ações públicas controversas, protagonizadas pelo poder judiciário, como o afastamento dos seus filhos logo após o nascimento e a conseqüente condução dos bebês para processos de adoção. Tais situações têm levado diversos atores sociais – profissionais da saúde, acadêmicos, instituições estatais, etc. – a um intenso debate sobre os limites da autonomia individual, os direitos reprodutivos, a exclusão social e sobre o lugar das drogas em nossa sociedade.

## Histórico da questão em Belo Horizonte

Na capital mineira, ocorre já há algum tempo uma prática institucional de afastamento preventivo de mulheres pobres, ou tidas como em situação “vulnerável”, de seus filhos recém-nascidos. Usa-se o termo preventivo, pois a medida frequentemente é aplicada ainda na maternidade, pouco após o nascimento da criança, sem que tenha havido qualquer tentativa ou ato da mãe suscetível de causar danos ao bebê. Não se sabe ao certo quando essa prática foi iniciada no município, mas nos últimos anos uma série de atos e normativas de agentes estatais contribuíram para expor a sua existência e, ao mesmo tempo, fomentar uma discussão acerca da sua legitimidade e legalidade.

Entre junho e agosto de 2014, foram elaboradas duas Recomendações, a saber: a Recomendação nº 05/2014 e a Recomendação nº 06/2014, pela 23ª Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude Cível de Belo Horizonte, com vistas a estabelecer um fluxo que envolvesse a Vara Cível da Infância e da Juventude de Belo Horizonte (VCIJBH) e as maternidades, serviços e estabelecimentos de saúde em geral, em que os profissionais de saúde e demais responsáveis pelos referidos estabelecimentos deveriam comunicar à VCIJBH determinadas situações envolvendo mulheres gestantes e puérperas.

Inicialmente, a Recomendação nº 05/2014 mencionava “os casos de negligência e maus-tratos ao nascituro ou ao recém-nascido, bem como os casos de mães usuárias de substâncias entorpecentes”<sup>2</sup>, entre aqueles que deveriam suscitar o acionamento da Vara. Em um segundo momento, a Recomendação nº 06/2014 acrescentou à lista os casos de gestantes que se recusassem a fazer o pré-natal.

Após as recomendações do Ministério Público, constituiu-se um intenso debate na imprensa, órgãos estatais e sociedade civil em torno da questão. Movimentos sociais, conselhos profissionais e

---

<sup>2</sup> Entorpecente, na recomendação é utilizado como sinônimo de droga ilícita visto que a substância que de fato leva a casos de abrigamento é o *crack*, que pela sua composição e efeitos não pode ser reconhecido como uma droga com propriedades entorpecedoras que geraria torpor ou sono, sendo ao contrário, uma droga estimulante.

órgãos do controle social se manifestaram<sup>3</sup> contrariamente às medidas por entenderem que estas violavam o direito das mulheres gestantes, assim como dos/as trabalhadores/as da rede de saúde os quais, de acordo com as recomendações, eram obrigados a comunicar ao judiciário sobre o nascimento das crianças.

As críticas às recomendações possuíam alguns eixos principais: o abrigamento após o nascimento constitui uma separação violadora do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) que garante a convivência da criança com a família; a obrigação da comunicação à justiça viola os estatutos éticos de sigilo dos profissionais da área de saúde e do serviço social; o medo de perder os filhos afasta as gestantes dos serviços de saúde.

Ainda, em dezembro de 2014, as Defensorias Públicas da União e do Estado de Minas Gerais publicaram recomendação conjunta que orientava os profissionais de saúde a acionarem o Conselho Tutelar, em lugar da Vara da Infância, e que este, por sua vez, deveria esgotar as possibilidades de manutenção da criança na família natural e extensa<sup>4</sup> antes de adotar a medida excepcional de acolhimento. Finalmente, no mesmo mês, a Secretaria Municipal de Saúde enviou ofício à Promotoria em que afirmou a impossibilidade de atender às suas recomendações, em respeito aos direitos da criança, da mulher e ao sigilo dos profissionais de saúde, que deveriam priorizar o cuidado em detrimento da delação, já que esta última pode provocar o afastamento das usuárias da rede de atenção básica.

Na ocasião, foram realizadas audiências públicas e debates, que resultaram num Pedido de Providências da Assembleia Legislativa de Minas Gerais ao Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), requerendo a apuração de irregularidades na atuação da 23ª Promotoria em função da Recomendação Nº 06/2014. O CNMP, então, entendeu que a Promotoria estava legalmente autorizada a elaborar o documento

---

<sup>3</sup> Manifesto do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS,2014) assinado por mais de 30 entidades: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/Manifesto%20MP%20texto%20final%20com%20assinaturas.pdf>

<sup>4</sup> Conforme o artigo 25, parágrafo único, do ECA: Entende-se por família extensa ou ampliada aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade(BRASIL, 1990).

e determinou o arquivamento do processo (CNMP, 2015).

Além disso, uma vez que o município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, se negou a cumprir as recomendações da 23ª Promotoria, este órgão propôs uma Ação Civil Pública, em que solicitou que os profissionais de saúde do município fossem obrigados a comunicar à Vara da Infância os casos de gestantes usuárias e “dependentes” de drogas, sob pena de imposição de multa diária pelo descumprimento. Contudo, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) negou o pedido e fundamentou sua decisão com base: a) na impossibilidade de interferência do poder judiciário nas políticas públicas municipais; b) na violação ao sigilo profissional; c) e no caráter discriminatório desse tipo de medida (TJMG, 2016).

Apesar de mencionada decisão judicial, em agosto de 2016, foi publicada a Portaria nº 03/2016, expedida pelo juiz titular da Vara Cível da Infância e Juventude, que continha conteúdo extremamente similar ao das recomendações. Em seu artigo 1º, o instrumento determinava que os casos em que:

(...) qualquer dos genitores e/ou a criança recém-nascida se encontram em situação de grave risco, inclusive em virtude de dependência química ou de trajetória de rua, o profissional de saúde e/ou a instituição hospitalar deverão comunicar o fato ao Juízo de Direito da Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte encaminhando os documentos pertinentes (TJMG, 2016).

A Portaria também determinava que a comunicação deveria ser feita em 48 horas contadas do nascimento da criança, preferencialmente pelo Serviço de Assistência Social da instituição hospitalar, e mencionava a apuração de responsabilidade criminal dos profissionais que não observassem as suas previsões. O instrumento regulava mais uma série de detalhes relativos à aplicação de medida de proteção às crianças recém-nascidas. Nesse sentido, chama a atenção a possibilidade de encaminhamento para um abrigo sem que se aguarde a manifestação da mãe, do pai ou da família extensa no

processo, portanto sem a garantia do direito à ampla defesa.

A edição da Portaria 03/2016 gerou mais controvérsia nas discussões a respeito do tema. Assim, duas audiências públicas foram realizadas em Belo Horizonte e uma em Brasília, além de diversas outras articulações como rodas de conversa, seminários, manifestações e apresentação de denúncias a diversos órgãos.

A partir dessas provocações, uma comitiva composta por membros do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), do CNMP, e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) compareceu em uma missão interinstitucional à capital mineira, para averiguar a situação e ouvir os envolvidos. Logo após o fim da referida missão, o juiz titular da VCIJBH solicitou à Corregedoria-Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais (CGJ) a suspensão da Portaria 03/2016 e a avaliação de uma proposta de nova portaria, que revogaria a anterior. A minuta de nova portaria, contudo, também possui um conteúdo problemático, além de ultrapassar a competência do juiz para elaborar normativas. Por isso, algumas manifestações<sup>5</sup> contrárias ao novo texto foram encaminhadas à Corregedoria. Entretanto, a situação permanece indefinida, uma vez que a CGJ ainda não deu seu parecer a respeito da questão.

Infelizmente, as recomendações e portarias não iniciaram e nem eram as únicas responsáveis por manter a prática de afastamento arbitrário de recém-nascidos de suas mães, o que pode ser detectado pela atuação dos advogados nos processos que tramitam na Vara Cível da Infância e da Juventude<sup>6</sup>. Nesse sentido, constata-se a adoção de um procedimento sem a garantia da ampla defesa para as famílias, em que as medidas de acolhimento institucional são

<sup>5</sup> Nota técnica apresentada pela Clínica de Direitos Humanos da UFMG, disponível em: <<https://www.clinicadhufmg.com/single-post/2017/09/12/Nota-T%C3%A9cnica-022017>>. Acesso em: 16/10/2017. O documento com as considerações do Programa Pólos de Cidadania, disponível em: <<https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/estudo-sobre-a-minuta-da-portaria-vcijbh.pdf>>. Acesso em: 16/10/2017.

<sup>6</sup> Advogados e Defensores Públicos já apresentaram críticas ao procedimento da VCIJBH em entrevista para alguns veículos da mídia: JANSEN, Roberta. Estadão. Justiça tira bebês de famílias em 'situação de risco'. Publicação em 14/10/2017. Disponível em <<http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,justica-tira-bebes-de-familias-em-situacao-de-risco,70002044603#c-70002044649>> Acesso em 17/10/2017 e MACIEL, A. Agência Pública. Tive que entregar meu filho para uma desconhecida. 20 de julho de 2017. Disponível em <<http://apublica.org/2017/07/tive-que-entregar-meu-filho-para-uma-desconhecida/>> Acesso em 19/09/2017.

aplicadas sem que os pais da criança sejam ouvidos, ainda que não haja ameaça real de dano irreparável ou de difícil reparação.

Ademais, para além das irregularidades de ordem processual, muitas das medidas são adotadas sem que estejam presentes os requisitos legais para isso, descumprindo as determinações do ECA (BRASIL, 1990). Assim, as decisões quase sempre se referem a relatórios que descredibilizam as famílias, utilizando-se de argumentos como o uso de drogas, a trajetória de rua, o tamanho da residência e o número de pessoas que nela vivem, a ausência de renda fixa, a idade avançada ou reduzida dos membros da família. Cabe ressaltar que, apesar desse entendimento preconceituoso adotado por tantos juízes, o Estatuto da Criança e do Adolescente afirma expressamente, em seu artigo 23, que a falta ou a carência de recursos materiais não pode motivar a perda ou a suspensão do poder familiar.

Conforme se verá em mais detalhes a seguir, nenhum desses fatores autoriza o afastamento da criança de seus familiares, de forma que o papel central que eles assumem na tomada de decisões quanto ao futuro do bebê está, na verdade, ligado a uma série de preconceitos e estigmas que pesam sobre essas pessoas, e que levam o Estado a exigir que elas sejam mães e famílias “ideais”. Esse ideal se refere a um modelo de família o menos suscetível possível de sofrer com violações e desigualdades em razão do seu gênero, da sua raça e da sua classe. Assim, grupos familiares pobres são o alvo quase que único do acolhimento institucional de recém-nascidos, já que os juízes e tribunais parecem não admitir que pessoas sujeitas às vicissitudes da pobreza possam ter e criar os seus filhos. Ou, ainda, a situação de pobreza faz com que algumas circunstâncias ou acontecimentos sejam mais visíveis para o Estado, como o uso de drogas, a idade avançada, entre outros. Contudo, muitas são circunstâncias também vivenciadas por famílias de classe média ou alta, que não são impedidas de cuidar dos filhos por esses motivos.

Os procedimentos sem garantia da ampla defesa, o uso de fundamentos arbitrários para as decisões judiciais, e o monitoramento e comunicações à Vara, feitos pelos órgãos estatais e especialmente

as maternidades, contribuem para que um alarmante número de crianças recém-nascidas sejam abrigadas em Belo Horizonte, sem que sequer saiam da maternidade com suas famílias, conforme o Quadro 1.

Número de crianças abrigadas em BH, até um ano de idade, 2014-2017

| Ano   | Conselho Nacional de Justiça | Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social |
|-------|------------------------------|--|
| 2014  | 174                          | 74   |
| 2015  | 115                          | 128  |
| 2016  | 100                          | 118  |
| 2017  | 39                           | 23   |
| Total | 428                          | 343  |

Fonte: Reportagem "Tive que entregar meu filho para uma desconhecida" (MACIEL, 2017).

### Considerações do ponto de vista jurídico

A propósito desses fatos, é importante fazer algumas pontuações sobre o seu aspecto jurídico, principalmente a respeito dos requisitos legais para que medidas como o afastamento de crianças de suas mães sejam adotadas. O ECA, em seu art. 98, estabelece que a aplicação de uma medida de proteção deve ocorrer sempre que os direitos da criança ou adolescente se encontrarem ameaçados ou violados, inclusive por "falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável". Ainda, o art. 101, ao especificar os termos em que se pode aplicar a medida de acolhimento, determina:

§ 1º O acolhimento institucional e o acolhimento familiar **são medidas provisórias e excepcionais**, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade (BRASIL, 1990).

A leitura desses dispositivos legais permite compreender que o legislador quis conferir caráter excepcional ao acolhimento institucional ou familiar e, ainda, priorizar os laços com a família natural e extensa, em detrimento da família substituta. Assim, o Estatuto coloca como requisitos para a aplicação de uma medida de proteção, em primeiro lugar: que haja um direito da criança ameaçado ou violado. Dentre os direitos elencados nesta lei, relacionados à convivência familiar, constava uma previsão específica até 2016, em seu artigo 19: que a criança ou adolescente tinham direito a conviver “em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes”. Contudo, a redação do mencionado artigo foi modificada em março de 2016, corroborando o entendimento que reconhece o conteúdo obviamente discriminatório<sup>7</sup> do antigo dispositivo, uma vez que este trazia, em uma norma de caráter geral, determinação voltada especificamente para um grupo, constituído em função de uma característica ou escolha pessoal, e não em atos ou omissões que estivessem necessariamente conectados ao exercício do direito de uma terceira pessoa (criança/adolescente). Dessa forma, o artigo passou a figurar da seguinte maneira:

Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral.

---

<sup>7</sup> Considera-se o entendimento da Corte Interamericana de Direitos Humanos, órgão judicial responsável por julgar as condutas do Estado brasileiro em casos de violação à Convenção Americana sobre Direitos Humanos: A Corte estima que uma violação do direito à igualdade e não discriminação se produz também diante de situações e casos de discriminação indireta refletida no impacto desproporcional de normas, ações, políticas ou em outras medidas que, ainda quando sejam ou pareçam ser neutras em sua formulação [...] produzam efeitos negativos para certos grupos vulneráveis. (Corte IDH. Caso Nadege Dorzema y otros Vs. República Dominicana. Fondo Reparaciones y Costas. § 235). Ainda, deve-se levar em conta a contribuição do Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas, que compreende como discriminação: toda distinção, exclusão, restrição ou preferência que se baseiem em determinados motivos, como a raça, a cor, o sexo, o idioma, a religião, a opinião política ou de outra índole, a origem nacional ou social, a propriedade, o nascimento ou qualquer outra condição social, e que tenham por objetivo ou por resultado anular ou minar o reconhecimento, gozo ou exercício, em condições de igualdade, dos direitos humanos e liberdades fundamentais de todas as pessoas. (Nações Unidas, Comitê de Direitos Humanos, Comentário Geral No. 18, Não discriminação, §6.)

O legislador optou por retirar o trecho que se referia a “pessoas dependentes de substâncias entorpecentes”, que poderia suscitar uma falsa compreensão no sentido de que o Estado estaria autorizado a afastar a criança da família em razão da presença de familiares usuários de drogas. Dessa forma, verifica-se que o uso de drogas por parte da mãe não pode ser considerado uma ameaça ou violação de direitos, já que nem sequer se compreende o direito à convivência familiar como algo que só pode ser efetivado quando ausente o uso de drogas por pessoas com quem a criança convive. Assim, o primeiro requisito, ameaça ou violação a direito, não pode ser utilizado para a aplicação de uma medida de proteção com base na convivência com usuários de drogas.

O segundo requisito que se depreende da lei para embasar a medida, quando se pretende atribuir a responsabilidade aos genitores, consiste no fato de que a ameaça ou violação deve partir da sua “falta, abuso ou omissão”. Em grande parte dos casos ocorridos em Belo Horizonte, não há falta da mãe ou da família natural, que estão presentes e tentam insistentemente sair com os bebês da maternidade. Ademais, não chega a ocorrer abuso ou omissão, já que o afastamento da mãe é majoritariamente preventivo, quando essas mulheres nem sequer cometeram qualquer ato que pudesse gerar dano à criança. Na verdade, ainda que não haja registros de maus-tratos ou negligência da mãe com o bebê, as instituições hospitalares comunicam à Vara da Infância, caso detectem que as mulheres fazem ou já fizeram uso de drogas.

O que se verifica, portanto, é a inexistência de fundamentos legais para as decisões que afastam preventivamente mães de seus filhos recém-nascidos em razão do uso de drogas. Essas decisões judiciais, então, são adotadas de maneira arbitrária e a sua escolha passa por outros motivos e concepções, alheios a uma interpretação adequada da legislação.

## O discurso a respeito do uso do *crack* e de outras drogas

Em declarações publicadas à época das recomendações, uma das promotoras responsáveis por essas, a partir de uma leitura alarmista sobre uso de *crack* também tomando como base o ECA, afirmou:

O poder público está inerte em relação ao crack não é de hoje. Não existem clínicas nem vagas em hospitais para internar involuntariamente estas gestantes. Ocorre que a vida não pertence somente a elas. Acima de tudo, a Constituição manda proteger o nascituro, (GEMA E PATENTE, 2014)<sup>8</sup>. Ninguém está aqui querendo tomar as crianças das mães delas. Mas será que nossa insensibilidade chegou ao ponto de achar normal deixar um recém-nascido com uma usuária de crack, que não consegue cuidar dela mesma? (PATENTE, 2014)<sup>10</sup>.

A primeira medida é mandar a mãe para tratamento da dependência. Ninguém está tirando a criança da mãe. Estamos afastando por um momento. Se essa mãe quiser ter o filho sob sua guarda tem que mudar de conduta. Não podemos deixar crianças em situação de maus-tratos (PATENTE, 2014)<sup>9</sup>. Esses bebês precisam de cuidado especial nesses primeiros anos de vida e percebemos que em alguns casos em que eles foram entregues às mães, acabaram em situação de risco (PATENTE, 2014)<sup>11</sup>.

As declarações da promotora são reveladoras sobre o discurso que embasa as recomendações e a portaria. Este claramente se insere no paradigma do consenso moral antidrogas, assim como no

---

<sup>8</sup> MP determina que bebês de mães usuárias de crack sejam levados para abrigos em BH. Estado de Minas, belo horizonte, 01 de dez. 2014. Disponível em: <[http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/12/01/interna\\_gerais,595140/bebes-de-viciadas-em-crack-sao-levados-para-abrigos-em-bh.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/12/01/interna_gerais,595140/bebes-de-viciadas-em-crack-sao-levados-para-abrigos-em-bh.shtml)>

<sup>9</sup> Determinação de MP para casos de mães viciadas gera polêmica. O Tempo, Belo Horizonte, 13 de nov. de 2014. Disponível em: <<http://www.otempo.com.br/cidades/determina%20a7%20a3o-de-mp-para-casos-de-m%20a3es-viciadas-gera-pol%20aamica-1.946423>>

discurso alarmista e desumanizador que transforma pessoas usuárias de drogas em seres sem vontade, reféns de seu uso.

A respeito das recomendações, outro ponto interessante é pensarmos que elas se referem ao uso de entorpecentes (utilizado como sinônimo de droga), logo incluiria o uso de maconha, álcool, cola, opiáceos e demais substâncias psicoativas, no entanto ao falar sobre a ação, a referência é feita apenas ao crack. Parece que as recomendações não têm como objetivo atingir usuárias de quaisquer substâncias, pois não foram relatados pelos jornais casos de gestantes tabagistas ou alcoolistas com filhos retirados. Isso se explica pelo tipo de relação que foi constituída entre nossa sociedade e o uso do *crack*, e mais do que isso, ao perfil racial, de classe e a forma na qual é feito o uso do *crack*.

Para entender essa relação, é necessário se deter mais detalhadamente em um aspecto: o papel da mídia na construção de uma interpretação mistificadora sobre o uso do *crack* devido às características específicas desse uso como: ser feito na rua, em cenas públicas; ter como seus usuários pessoas com trajetórias de forte exclusão e marginalização.

## **Crack e Mídia**

O aparecimento do *crack* - forma derivada da cocaína que permite seu consumo fumado - no Brasil é recente, data do final dos anos 1980. As primeiras políticas de governo que se detiveram sobre a questão do uso de *crack* foram o “Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas”, instituído pelo Decreto n. 7.637 (BRASIL, 2011a), e o “Programa *Crack*, é Possível Vencer”<sup>10</sup> (BRASIL, 2011b).

Tais políticas refletem um período em que o *crack* foi visibilizado nos debates públicos, os quais se debruçavam principalmente sob as medidas que deveriam ser tomadas na resolução de tal “problema”. Nesse contexto, o tratamento do assunto pela mídia foi problematizado por pesquisadores/as e atores institucionais, como o Conselho Federal

---

<sup>10</sup> Propõe ações conjuntas entre os Ministérios da Justiça, Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate a fome para o “Plano de Enfrentamento ao crack e outras drogas” com investimentos no valor de R\$ 4 bilhões até 2014.

de Psicologia, preocupados com a difusão de um pânico moral em torno da questão e de suas consequências para os/as usuários/as:

A constante midiaticização conferida à questão do *crack* influencia o panorama político, que reverbera nos modos de cuidado e atenção à saúde de pessoas que fazem uso de *crack*. No atual cenário brasileiro, encontramos-nos em um período de incentivo a medidas de internação compulsória como solução principal para o uso do *crack*. Isto é, a “epidemia” de *crack* também serve como justificativa para medidas autoritárias e higienistas como a internação compulsória, que se inscrevem no movimento conservador oposto à proposta da reforma psiquiátrica em curso no país. Assim, muitas ações que visam à internação involuntária ou compulsória de pessoas que fazem uso de drogas buscam seu “fundamento de realidade” na força das imagens, veiculadas pela mídia nacional, das “cracolândias”, cenas de degradação humana exibidas como “prova irrefutável” da necessidade das intervenções proibicionistas e segregadoras (CASTILHO, 2012, p. 36).

A análise, realizada por Macedo, Lara e Roso, (2015), de uma reportagem exibida no programa “Fantástico”, da Rede Globo, no dia 28/10/2012 intitulada “Mães do *Crack*” nos ajuda a entender o contexto social que contribui para a privação de direitos e criminalização das mães usuárias. As autoras se utilizam dos conceitos de “novo racismo”<sup>11</sup> e “elites simbólicas”<sup>12</sup> para analisar como o discurso midiático aborda as mulheres que usam *crack* na gravidez como um problema social desvinculado do contexto histórico, político e sociocultural, reproduzindo assim um novo racismo ao qual se associa

---

<sup>11</sup> Amplia a noção de racismo, podemos compreendê-la como prática social de desigualdade étnica, racial, de gênero, entre outras, expondo como exemplo o sexismo ou as iniquidades baseadas nas classes sociais” (MACEDO, LARA e ROSO, 2015, p.1287).

<sup>12</sup> “Elites política, educacional, escolar e midiática controlam o acesso à maioria dos discursos públicos respeitados pela sociedade. Devido a esse poder, elas possuem um papel específico na (re)produção de conceitos, valores, isto é, na transmissão dessa dimensão do simbólico que circula e se enraíza no tecido social, sendo assim, é responsável pela influência suscitada pelas formas discursivas de racismo.” (MACEDO, LARA e ROSO 2015, p.1287).

uma concepção punitiva de saúde:

A concepção de saúde coletiva transcende à doença como referencial, ampliando a saúde em suas diversas interfaces. Assim, considerar o tema da saúde em suas múltiplas relações é de suma importância para se compreender as origens e desenvolvimento do campo, principalmente no que se refere a suas dimensões sociais. (...) O uso de *crack* nas sociedades contemporâneas, conforme lembra Simões (2008), assumiu as proporções de uma preocupação central no debate público, principalmente por sua representação unilateral como perigo para a saúde pessoal e coletiva, e por sua associação imediata com a criminalidade e a violência urbana. Assim, trata-se o uso de *crack* como problema conjuntural, que poderia ser definitivamente eliminado por meio da proibição e repressão. (MACEDO, LARA e ROSO 2015, p. 1298).

Outra questão levantada pelas autoras é a falta do espaço de fala para que as mulheres usuárias possam se manifestar sobre a situação (MACEDO, LARA e ROSO, 2015). Neste caso, além do pouco tempo de fala ou da pouca presença na reportagem, as mulheres têm suas falas entrecortadas pela opinião de especialistas e de jornalistas que reforçam o discurso criminalizador sobre as mães. Tal aspecto também aparece nas manchetes dos jornais mineiros:

No triste cenário do *crack* em Belo Horizonte, nada incomoda mais do que flagrar grávidas carregando suas barrigas, que sobressaem nos corpos emagrecidos pela droga pesada. Dominadas pelo vício, estas mães fritam a pedra no cachimbo, mesmo sabendo dos danos irreversíveis aos filhos, como baixo peso, problemas neurológicos e até paralisia cerebral (ESTADO DE MINAS, 2014).

O revelador desses discursos é o apagamento dos sujeitos os quais, de acordo com as autoras, tornam-se alvo de políticas de

“apropriação” do corpo das mulheres, por parte do Estado, como resolução do problema ((MACEDO, LARA e ROSO, 2015). Os/as profissionais da saúde e da assistência são colocados em uma posição de saber/poder, fazendo viver as crianças e deixando morrer as mulheres:

[tem-se] “a tentativa de produzir táticas de excluir e/ou afastar a parcela da população à qual se atribuem as causas dos problemas sociais. Seguindo Foucault (1999), poderíamos dizer que há um exercício de fazer viver (o bebê) e deixar morrer, ainda que lentamente (a mãe desviante). No entanto, advertimos, esse racismo vem mascarado por práticas de cuidado com a população; práticas essas que o Estado impõe a todos” (MACEDO, LARA e ROSO, 2015, p.1998).

Nesse sentido, alguns trabalhos (RUI, 2014; MALHEIROS, 2013) apresentam práticas de autocuidado empregadas por usuários de *crack* ao longo de suas vidas. A partir do acompanhamento de usuários de *crack* por longos períodos, são desconstruídos os discursos sobre a falta de autonomia, controle e racionalidade e identificadas estratégias de cuidado e redução de danos e de riscos desenvolvidas pelos próprios usuários no cotidiano. Um dos exemplos é a estratégia de construção de cachimbos, proposta pelos redutores de danos, e narrada pela antropóloga Taniele Rui. A autora mostra, em seu texto, como a proposta de construção do cachimbo e não sua simples distribuição pelo Estado provoca os usuários a uma postura ativa de engajamento e promoção do autocuidado (RUI, 2014). O entendimento dos riscos ocasionados pelo consumo de *crack* a partir de latas, que podem cortar e queimar os lábios facilitando a transmissão de doenças se manifesta nesse pequeno, mas relevante ato de produção do insumo.

## **Conclusão**

Um recente levantamento publicado pela Fundação Oswaldo

Cruz (2014)<sup>13</sup>, o maior sobre o consumo de *crack* já realizada no país, também se aproxima dos/as usuários ao se desenvolver diretamente nas cenas de uso de *crack* e não sob a forma de entrevista domiciliar. Essa pesquisa em muito pode nos ajudar a entender que medidas coercitivas e violadoras de direitos, além de ineficazes, reproduzem um paradigma de perseguição e controle dos pobres no Brasil.

O processo que levou a realização da pesquisa é bastante revelador do momento vivido no país em relação ao uso do *crack*, conforme se verifica no texto apresentado juntamente aos dados epidemiológicos:

No início de 2010, a Fundação Oswaldo Cruz recebeu da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) – (...) a encomenda de formular e coordenar um inquérito nacional sobre o consumo de *crack*. Tal demanda se deu em função da ampla mobilização da opinião pública, das instâncias políticas e dos meios de comunicação em torno das cenas abertas de *crack*, popularmente conhecidas como “cracolândias”, que passaram a ter destaque na agenda nacional. (BASTOS E BERTONI, 2014)

Com objetivo de responder aos anseios políticos e midiáticos sobre a questão, a pesquisa acabou por revelar um cenário bastante diverso daquele alardeado pelo discurso da “epidemia”. O número de usuários regulares estimados nas 26 capitais não ultrapassava as 370 mil pessoas, em relação as outras drogas ilegais, os usuários de *crack* representavam 0,8% dos usuários nas 26 capitais. Os dados mais reveladores para os propósitos desse artigo dão conta do perfil das mulheres usuárias: elas representam 21,32% dos consumidores de *crack* nas capitais, são majoritariamente não brancas (78,58%), de baixa escolaridade, tendo cursado apenas o Ensino Fundamental (85,54%), sofreram violência sexual em algum momento da vida

---

<sup>13</sup> Para fazer o estudo, foram ouvidas, em casa, entre março e dezembro de 2012, 25 mil pessoas, que responderam a questões sobre as características das pessoas que integram suas redes de relacionamento. Entre as perguntas, havia algumas focadas especificamente no uso do *crack* e outras que serviram como controle de confiabilidade dos dados, cujas respostas podiam ser comparadas aos cadastros de órgãos públicos, por exemplo, número de desconhecidos que são beneficiários do Bolsa Família. (BASTOS E BERTONI, 2014).

(46,63%), engravidaram ao menos uma vez durante o uso de *crack* (50%). O perfil das mulheres usuárias é o retrato de uma população extremamente marginalizada e que faz uso em cenas públicas, essa constatação aliado ao perfil societário das usuárias, é fundamental para explicar como políticas violadoras de direitos são socialmente autorizadas contra os corpos dessas mulheres.

Talvez o dado mais importante da pesquisa para desfazer equívocos sobre o uso do *crack* seja o apontamento que mostra o desejo de realizar um tratamento caso estivesse disponível próximo a eles, entre os usuários 77,23% relatam tal inclinação. Esse número, desconstrói quaisquer argumentos favoráveis a políticas banalizadas de internação compulsória e nos mostra a necessidade de aprofundamento das políticas públicas de cuidado ao abuso de drogas a partir das demandas dos próprios usuários.

Uma vida alijada de direitos e perene de violações se junta à invisibilidade criada pelo discurso estigmatizante da mídia sobre o uso do *crack* gerando o apagamento da própria humanidade dessas mulheres. Isso fica bastante claro quando observamos os títulos das reportagens que se referem as crianças abrigadas como “bebês do *crack*”, ou seja, as mães nesse entender, deixam de existir sendo substituídas pelo lugar totalizante da droga, e nesse sentido perdem o direito aos seus filhos.

## Referências

BASTOS, F.I.; BERTONI, N. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Decreto nº 7.637 de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto nº 7.179 de 20 de

maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 dez. de 2011a. BRASIL. Ministério da Justiça. Portal Brasil. Crack, é possível vencer: enfrentar o crack: compromisso de todos. Brasília, DF; 2011b.

CASTILHO, E. W. V. A eficácia invertida da internação involuntária. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF, 2012. p. 35-37.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Pedido de Providências No 0.00.000.000268/2015-36. Relator Cláudio Henrique Portela do Rego. Brasília. 21 de maio de 2015.

CORTE IDH. Caso Nadege Dorzema y otros Vs. República Dominicana. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de octubre de 2012. Série C No. 251.

DE QUEM É ESTE BEBÊ. Documentos Oficiais. Disponível em: <<https://dequemeestebebe.wordpress.com/entenda-o-caso/documentos/>>. Acesso em 17/10/2017.

GEMA, M.L.R.S.; PATENTE, M.F. MP determina que bebês de mães usuárias de crack sejam levados para abrigos em BH: entrevista. [01 de dezembro, 2014]. Belo Horizonte: Estado de Minas. Entrevista concedida a Sandra Kiefer. Disponível em: <[http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/12/01/interna\\_gerais,595140/bebes-de-viciadas-em-crack-sao-levados-para-abrigos-em-bh.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/12/01/interna_gerais,595140/bebes-de-viciadas-em-crack-sao-levados-para-abrigos-em-bh.shtml)> Acesso em 17 de out. de 2017.

JANSEN, Roberta. Estadão. Justiça tira bebês de famílias em 'situação de risco'. Publicação em 14/10/2017. Disponível em <<http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,justica-tira-bebes-de-familias-em-situacao-de-risco,70002044603#cap-70002044649>> Acesso em 17/10/2017.

MACIEL, A. Agência Pública. Tive que entregar meu filho para uma desconhecida. 20 de julho de 2017. Disponível em <<http://apublica.org/2017/07/tive-que-entregar-meu-filho-para-uma-desconhecida/>> Acesso em 19/09/2017.

MACEDO, F.S.; ROSO, A.; LARA, M.P. Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva. Saúde soc., v. 24, n. 4, p. 1285-1298, 2015.

MALHEIROS, L. S. "Entre sacizeiro, usuário e patrão": Um estudo etnográfico sobre consumidores de crack no Centro Histórico de Salvador.

In: MacRae, E. *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso*. Salvador: EDUFBA, p. 154-227, 2013.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS. 23a Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude Cível de Belo Horizonte. Recomendação no 05/2014. Disponível em: <[https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/recomendacca7acc83o-5\\_2014mp.pdf](https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/recomendacca7acc83o-5_2014mp.pdf)> Acesso em: 17/10/2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS. 23a Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude Cível de Belo Horizonte. Recomendação no 06/2014. Disponível em: <[https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/recomendacca7acc83o-6\\_2014mp-1.pdf](https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/recomendacca7acc83o-6_2014mp-1.pdf)> Acesso em: 17/10/2017.

NAÇÕES UNIDAS. Comitê de Direitos Humanos. Comentário Geral No 18. Adotado na 37a Sessão de 1989.

PATENTE, M.F. Determinação de MP para casos de mães viciadas gera polêmica: entrevista. [13 de novembro, 2014]. Belo Horizonte: O Tempo. Entrevista concedida a Bárbara Ferreira. Disponível em: <<http://www.otempo.com.br/cidades/determina%C3%A7%C3%A3o-de-mp-para-casos-de-m%C3%A3es-viciadas-gera-pol%C3%AAmica-1.946423>> Acesso em 17 de out. 2017.

PATENTE, M.F. MP determina que bebês de mães usuárias de crack sejam levados para abrigos em BH: entrevista. [01 de dezembro, 2014]. Belo Horizonte: Estado de Minas. Entrevista concedida a Sandra Kiefer. Disponível em: <[http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/12/01/interna\\_gerais,595140/bebes-de-viciadas-em-crack-sao-levados-para-abrigos-em-bh.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/12/01/interna_gerais,595140/bebes-de-viciadas-em-crack-sao-levados-para-abrigos-em-bh.shtml)> Acesso em 17 de out. de 2017.

RUI, T. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. 1. ed. São Paulo: Editora Terceiro Nome (Coleção Antropologia Hoje), 2014. 400p

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Vara Cível da Infância e da Juventude de Belo Horizonte. Portaria nº 3/VCIBH/2016. Publicação no DJE: 22 de julho de 2016.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. 4a Câmara Cível. Apelação Cível Nº 1.0024.15.052704-2/003. Publicação no DJE: 23 de agosto de 2016.

VARGAS, E.V. Uso de drogas: a alteração como evento. *Rev. Antropol.*,

São Paulo, v. 49, n. 2, p. 581-623, 2006.

VARGAS, E. V. Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de “drogas”. 2001. 600f. Tese (Doutorado em ciências humanas: sociologia e política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2001. Outras bibliografias consultadas:

CARNEIRO, H. *Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna*. 1. ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2010. v. 01. 287p

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório da 4ª inspeção de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas. 2 ed. Brasília: 2011, 200p.

IORE, M. *Uso de “drogas”: Controvérsias médicas e debate público*. Campinas: Mercado das Letras, 2006.

MORETZSOHN, Sylvia. A ‘epidemia’ do crack: o cultivo científico da ignorância. Observatório da Imprensa (São Paulo), v. 16, p. 1-4, 2012.

RODRIGUES, Léo. Agência Brasil. Câmara debate medida em BH que prevê retirada de bebês de mães que usam drogas. Publicação em 05/09/2017. Disponível em <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-09/camara-debate-medida-em-bh-que-preve-retirada-de-bebes-de-maes-que-usam-drogas>> Acesso em 17/10/2017.

SUPERINTENDÊNCIA DE COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL DA CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Mães denunciam recolhimento compulsório de bebês pela Justiça. Publicação em 17/03/2017. Disponível em <<https://www.cmbh.mg.gov.br/comunica%C3%A7%C3%A3o/not%C3%ADcias/2017/03/m%C3%A3es-denunciam-recolhimento-compuls%C3%B3rio-de-beb%C3%AAs-pela-justi%C3%A7a>> Acesso em 17/10/2017.

SÍTIO ELETRÔNICO DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS. Notícias. Violação de direitos de mães e bebês é denunciada na ALMG. Publicação em 30/05/2017. Disponível em <[https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2017/05/30\\_participacao\\_popular\\_perda\\_guarda\\_bebe\\_mae\\_vulnerabilidade.html](https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2017/05/30_participacao_popular_perda_guarda_bebe_mae_vulnerabilidade.html)> Acesso em 17/10/2017.

## Seção 3

A clínica e o cuidado  
no SUS às pessoas  
usuárias de drogas

Maxwell Vilela

Tema Desfile: eles passaram, nós passarinho.

18 de Maio de 2016

# Referências para atos clínicos, organização do trabalho e projetos terapêuticos: construções de um CAPS AD III

Miriam Almeida Nahas  
Rafael Miranda de Oliveira  
Giovana Sousa Carmo Pieri  
Jarbas Vieira de Oliveira

 rede de cuidados em saúde mental no Brasil constrói, a partir da Reforma Psiquiátrica, uma clínica diversificada onde as condições de vida, saúde e adoecimento dos sujeitos são consideradas de forma singular na construção de um projeto terapêutico. Estruturada inicialmente para dar suporte aos sujeitos com transtornos mentais, esta rede ampliou sua intervenção e olhar também aos usuários de álcool e outras drogas. Em 2002, em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias psicoativas como importante problema da saúde pública (BRASIL, 2005).

Assim como os demais equipamentos da rede de Saúde Mental, os serviços implementados na atenção a usuários de drogas sustentam a lógica de tratamento em liberdade, considerando as características do território e promovendo a inserção social do sujeito. Adicionam a estes referenciais, um novo posicionamento ético pautado na política de Redução de Danos, permitindo que as práticas de saúde “acolham, sem julgamento, as demandas de cada situação, de cada usuário, ofertando o que é possível e o que é necessário, sempre estimulando a sua participação e seu engajamento” (BRASIL, 2005, p. 44 ).

A “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” (2004) definiu as práticas e os dispositivos assistenciais no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, percebe-se que, para além das diretrizes definidoras de uma política assistencial, o funcionamento de serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD), apresentam um saber próprio construídos em suas práticas clínicas territorializadas.

A partir desta consideração, um grupo de trabalhadores de um CASP AD III de Belo Horizonte realizou encontros semanais a fim de produzir referências quanto aos “modos de fazer”, considerando as diretrizes do Ministério da Saúde e a realidade clínica com a qual se deparavam no período de implementação da unidade. As principais questões de debate permeavam a compreensão da política de Redução de Danos, o conceito de urgência no contexto das toxicomanias e alguns referenciais a serem adotados para a indicação das modalidades de tratamento em Permanência Dia (PD), Hospitalidade Noturna (HN) e ambulatorial, bem como as indicações para a ocupação dos leitos de observação clínica de emergência.

As construções realizadas a partir desses encontros podem contribuir para nortear as práticas de profissionais e gestores de CAPS em relação às orientações clínicas e organizações de processos internos de trabalho, que podem favorecer melhor assistência aos usuários. Tais construções serão aqui apresentadas. É importante destacar que estão em constante processo de discussão e que devem ser consideradas em diálogo com a realidade de cada serviço.

### **Redução de danos X abstinência como processo de trabalho**

Assim como a Reforma Psiquiátrica Brasileira, as políticas de redução de danos do Ministério da Saúde contribuíram ativamente para uma reformulação do modelo da atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas no Brasil. Atravessado por um discurso proibicionista, o modelo de atenção em saúde prevalente até a publicação da política do Ministério da Saúde baseava-se em “alta

exigência”, previa a indistinção do consumo ocasional daquele considerado abusivo ou prejudicial, pois nenhum padrão de uso era tolerado e a abstinência era entendida como condição e meta exclusiva das ações de saúde (MACHADO; FARIA, 2012).

O que foi possível observar em nossa prática clínica é que a racionalidade da abstinência como única via para se alcançar o resultado terapêutico limitava o acesso e a adesão ao tratamento. Parte dos usuários que se propunham à abstinência, o faziam por vezes por acreditar que esta seria a única forma de estar em tratamento, num descompasso com suas possibilidades e recursos daquele momento. A intenção desta proposta em alguns momentos era de atender às expectativas que supõe estar dirigidas a ele. Trabalhar sob a ótica da Redução de Danos possibilitou ampliar as perspectivas de cuidado ao redimensionar as metas e as possibilidades terapêuticas. Nessa perspectiva, é imprescindível a inclusão do sujeito como agente ativo de seu tratamento, assim como o redimensionamento de sua demanda ao longo do percurso terapêutico. Esta forma de construção do projeto terapêutico coloca para a referência técnica uma necessária flexibilidade na condução do tratamento, de forma a ampliar o repertório de cuidados e estabelecer um projeto singular com propostas claras e factíveis.

Para a equipe do CAPS AD III, está claro que os usuários serão acompanhados independentemente do consumo que apresentarem. Observamos que muitos chegam ao serviço decididos a interromper, em definitivo, o consumo de qualquer substância psicoativa. Deve-se ter cuidado no que concerne à possibilidade da manutenção do consumo, a mesma não deve ser prescrita ou proposta antecipadamente como algo dado ou consentido pelo paciente. Tal medida incorreria no risco de desresponsabilizar o usuário frente ao uso. Essa deve ser uma orientação para o terapeuta e só deve ser colocada para o usuário a partir de um cálculo clínico.

Para a equipe do CAPS AD III, está claro que os usuários serão acompanhados independentemente do consumo que apresentarem. Uma parcela dos usuários seguirá seu percurso terapêutico

sustentando uma redução no consumo, mas apesar disto, observamos que a maioria chega ao serviço decidida a interromper, em definitivo, o consumo de qualquer substância psicoativa. Deve-se ter cuidado no que concerne à possibilidade da manutenção do consumo, que a mesma não deve ser prescrita ou proposta antecipadamente pelo terapeuta, como algo dado ou consentido pelo paciente. Tal medida incorreria no risco de desresponsabilizar o usuário frente ao uso. Essa deve ser uma orientação para o terapeuta e só deve ser colocada para o usuário a partir de um cálculo clínico. Em alguns casos que previamente abandonaram o tratamento após terem feito novo consumo de substâncias psicoativas, anunciar a possibilidade de redução pode ser um recurso válido.

Compreender a orientação ética, clínica e política da Redução de Danos e da Reforma Psiquiátrica são um primeiro passo para que os profissionais dos CAPS AD compreendam o direcionamento do trabalho proposto no serviço. Isto posto, há que se jogar luz sobre as diferentes modalidades de acompanhamento no CASP AD, trazendo conceitos, indicações, problemáticas e potencialidades.

### **Permanência-Dia (PD)**

A Permanência-Dia (PD) deve ser entendida como uma modalidade terapêutica, uma prescrição. Sua indicação deve estar atrelada a um Projeto Terapêutico Singular de forma a privilegiar uma construção do sujeito e uma nova forma de inserção na ordem social, menos catastrófica. A PD deve ser entendida como um lugar de passagem, de construção e fortalecimento dos laços sociais.

A PD deverá ser indicada em situações de crise, de forma a propiciar o acolhimento em modalidade terapêutica intensiva para aqueles usuários que, de alguma forma, estabelecem em seu uso algum tipo de agravante clínico. A elaboração de outra posição frente ao consumo das substâncias ou de novos projetos de vida pode ser favorecida pelo afastamento inicial da substância, pela relação estabelecida com o terapeuta, pelo resgate de atividades laborais ou artísticas, pelo estabelecimento de laços sociais construídos no

serviço, dentre outros. A equipe precisa manter uma posição atenta e uma escuta ativa aos usuários que estão na PD. Machado e Faria (2012) pontuam que estar simplesmente na instituição não se constitui em si um tratamento, não basta um paciente ficar todo o dia na unidade, se isso não retorna sobre ele, se não se consegue extrair disso algum efeito.

Souza (2008) nos traz uma luz sobre o contexto da crise em saúde mental:

A palavra crise é polissêmica, sendo apropriada por matrizes teóricas diversas e utilizada para definir um espectro amplo de fenômenos. Daí ser necessário ressaltar que, estamos falando de sofrimento grave, quase sempre persistente (...) é suficiente para requisitar cuidados que, tradicionalmente, a Medicina nomeia de urgência e emergência. Estas crises, progressivamente, os arrastam a uma ruptura com sua rede de suporte social e a processos de incapacitação e invalidação social. Crises que são, ainda, a via de entrada no circuito psiquiátrico, a base da rotulação de periculosidade e a justificativa da internação compulsória ou involuntária, o argumento para a internação prolongada, quando não permanente, e outros processos de exclusão/segregação (SOUZA, 2008, p.111).

Estamos aqui dizendo de um contexto de exacerbação dos sintomas que leva os usuários a fazerem uso prejudicial e persistente das drogas. Em alguns casos e em determinados momentos, pode ser necessário fazer a indicação da PD como uma medida protetiva a riscos elevados que o sujeito se coloca. Nestas situações, deve-se privilegiar a indicação no início do tratamento, dentro de um cálculo temporal, com o objetivo de criar um corte, em espaço, um anteparo ao consumo prejudicial frente ao qual o usuário não está conseguindo fazer alguma moderação. O padrão de consumo e os riscos vivenciados são algumas referências para este cálculo.

Uma dificuldade comumente vivenciada por alguns profissionais é a mudança do projeto terapêutico de um usuário que está inserido em PD para outra modalidade de acompanhamento. Esta mudança é compreendida pelos usuários, em algumas vezes,

como uma medida “punitiva”, como uma “expulsão” do serviço. Sustentando o entendimento deste espaço como uma prescrição, coloca-se a perspectiva de tratar esta mudança como um sinal de que a PD não se faz mais necessária. Seja por ter alcançado os benefícios traçados no projeto terapêutico, seja por haver um esgotamento de seus possíveis benefícios ao tratamento. Pensando à semelhança das prescrições medicamentosas, é uma indicação que deve ser sempre discutida com o paciente, sendo sustentada ou modificada pelo profissional que o acompanha. O protagonismo do usuário no espaço da permanência-dia e no seu projeto terapêutico é um importante referencial para avaliar a pertinência da indicação.

É possível observar que, sem critérios e projetos bem definidos, a indicação da PD tem uma tendência maior à cronificação da condição do paciente na instituição. Desta forma, alguns recursos foram pensados e adotados no CAPS AD III como processos de trabalho com o intuito de qualificar o acompanhamento. Entre eles, destacamos:

Indicar a PD com tempo definido até a reavaliação, sendo este pactuado e anunciado ao usuário. Todos os pacientes indicados para PD devem ser atendidos semanalmente, com registro em prontuário, compreendendo que se estamos indicando o acompanhamento intensivo é porque há uma complexidade e/ou gravidade a ser considerada o caso deve, portanto, ter agenda priorizada.

Retirar casos que faltam por uma semana ou mais da lista da PD para evitar que os pacientes retornem espontaneamente ao espaço sem serem ouvidos pela equipe. A vantagem deste procedimento é que ao retornar, o paciente necessariamente deverá passar pelo atendimento do plantão e este poderá saber o que lhe aconteceu durante este período de ausência e reagendar possíveis atendimentos perdidos. A retirada da lista não representa uma mudança da modalidade de acompanhamento, podendo este ser reinserido prontamente pelo plantonista e reagendado com sua referência técnica.

Privilegiar retornos ambulatoriais, quando a demanda do paciente

em relação à PD e sua indicação não estiverem claras, até que se possa construir (ou não) uma indicação.

Deixar claro e visível o projeto terapêutico de cada usuário para que a equipe intervenha de forma harmoniosa. A referência técnica deve definir a conduta ao final das evoluções.

É muito importante que a equipe consiga separar o que é melhor para ela e o que é melhor para o usuário. O receio ou a insegurança do profissional para reduzir a permanência ou retirar o usuário da PD podem se traduzir em uma demora na reavaliação ou mesmo em uma dificuldade em sustentar um novo projeto. Alguns recursos foram pensados como forma de suporte mútuo entre a própria equipe:

Discussão mensal de casos clínicos, ressaltando casos que “cronificam” na unidade ou casos emblemáticos.

Estudos em equipe da lógica da redução de danos.

Repasse e discussão em reunião de equipe semanal dos casos em acompanhamento na modalidade de Hospitalidade Noturna (HN) e os casos novos que entrarem na PD.

### **Hospitalidade Noturna (HN)**

A Hospitalidade Noturna (HN) também é uma indicação clínica quando se faz necessário interromper o ritmo de consumo ou as situações de risco às quais o sujeito se expõe, considerando a gravidade da repercussão destas na vida. Essa indicação é um corte, uma separação, para viabilizar em um segundo momento um “rearranjo”.

Para a indicação da HN levam-se em consideração alguns marcadores de gravidade, como o grau de consumo, a falta de crítica sobre sua condição, complicações como o rompimento dos laços, risco de autoextermínio, risco clínico, dentre outros. É de extrema importância avaliar os riscos de complicações no estado geral do usuário, seja pela presença de comorbidades clínicas, risco de Síndrome de Abstinência Alcoólica moderada a grave ou pelo grau de intoxicação, pois esses casos precisam de um suporte clínico que o CAPS AD III não consegue fornecer, sendo, então, contraindicada

a HN no serviço. Nesse caso o mais responsável é encaminhar o usuário para uma unidade clínica com suporte (Unidade de Pronto Atendimento ou Hospital Geral) até que as possíveis intercorrências possam cessar.

Sabemos que, algumas vezes, a HN pode prolongar devido ao aparecimento de sintomas psicóticos ou por motivos de condição social adversa. Na primeira situação, é preciso estabilizar o quadro psicótico para que seja construída uma alta com maior segurança; na segunda, a equipe deve manter-se atenta para evitar que o serviço torne-se unicamente local de abrigo, uma vez que, as indicações devem favorecer a mudança da posição do sujeito. Durante as discussões, percebeu-se que alguns pacientes, que estavam em situação de rua há pouco tempo e que precisavam de maior proteção para se organizar, se beneficiaram da HN como instrumento de suporte para mudança, mais do que outros que estavam há muito tempo nessa condição. É importante ressaltar que se trata de um elemento a ser observado no acolhimento, mas nunca tomado como regra na definição do projeto.

Além disso, sempre que pensarmos na indicação de HN devemos considerar os laços sociais do paciente, pois é possível que, mesmo que esteja atravessando um momento de crise, algum familiar ou amigo possa fazer o acompanhamento necessário no momento, com medidas de cuidado e acompanhamento que, muitas vezes, serão mais confortáveis ao usuário. Nestas situações, a manutenção do acompanhamento em ambulatório crise pode ser uma boa medida. Durante o processo de discussão também foram adotados alguns direcionamentos com o intuito de qualificar as indicações e permanência da HN:

- A HN deve ser avaliada diariamente pelo plantão e também acompanhada de maneira mais próxima pelas referências técnicas

- Os casos de HN devem ser discutidos em todas as passagens de plantão e nas reuniões de equipe.

- Durante o período de HN deve-se investir no contato com familiares e outros suportes sociais.

## **Leito-Crise**

O conceito de crise em Saúde Mental é polissêmico e abrange diferentes perspectivas. Em geral atribui-se ao conceito de “crise” um sentido de “ruptura” que tira o sujeito de um estado prévio de equilíbrio ou homeostase. No campo da Saúde Mental especificamente, a crise ocupa lugar central enquanto fenômeno de desajuste psíquico ou mental, estabelecendo um corte na vida do sujeito, colocando-o no registro da “loucura”.

Na clínica das toxicomanias, as urgências subjetivas se apresentam em diversas formas. Há também situações em que o objeto droga produz efeitos sobre os corpos dos sujeitos intoxicados. Desajustes da homeostase biológica podem se apresentar sob a forma de intoxicação, de abstinência e de complicações clínicas diversas, com desdobramentos no campo somático e que demandam intervenções clínicas por vezes imediatas.

As considerações de ordem biológica provocadas pela droga deverão ser, na medida do possível, antecipadas e consideradas na construção de um projeto de cuidados para com o usuário. Por vezes, o dispositivo Leito Crise (LC) se fará necessário como instrumento para o acolhimento e observação, por parte da equipe de plantão, de usuários em situações de crise que apresentam algum desajuste somático. Essas situações devem envolver a equipe como um todo, bem como fazer valer sua capacidade de articulação para com os dispositivos assistenciais do território, de forma a prestar o suporte adequado ao usuário. Quadros de intoxicação ou abstinência poderão necessitar de avaliação e observação médica mais especializadas, podendo ser preciso acionar outros dispositivos, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Cabe aos técnicos no acolhimento, analisar os riscos de uma provável complicação, antecipando os contatos e cuidados necessários ao usuário.

Para uma melhor avaliação e uso do Leito Crise foram construídas algumas orientações para os processos de trabalho:

O plantonista é o profissional responsável por inserir e dar alta do LC. A indicação muitas vezes é feita pela equipe da enfermagem

que está no espaço da PD ou do acolhimento.

O plantonista deve garantir o acompanhamento do usuário que está no leito, não delegando a mesma apenas ao profissional da enfermagem responsável pela observação. A equipe de enfermagem deve ser parceira para sustentar esta indicação, uma vez que, em grande parte dos casos são necessárias intervenções e abordagens sistemáticas.

A capacitação da enfermagem deve acontecer com encontros continuados e não em caráter excepcional. O horário para a supervisão da enfermagem deve ser reservado com antecedência.

### **Ambulatório**

O ambulatório crise é uma forma de acompanhamento extremamente valiosa no CAPS AD III. O atendimento ambulatorial permite um acompanhamento dos usuários enquanto eles permanecem inseridos socialmente, trazendo as dificuldades e as potencialidades que encontram em sua vida real para lidar com o uso prejudicial de alguma substância psicoativa. É o espaço privilegiado para avaliar melhor as demandas do paciente e dos familiares, permitindo que sejam melhor alinhadas às possibilidades que a instituição pode oferecer. Em alguns momentos, este recurso pode ser utilizado como forma de intervenção junto a usuários que estão há mais tempo na permanência-dia, em uma posição de pouca produção sobre sua própria condição. O ambulatório é fundamental no momento de transição para alta e encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde (UBS), permitindo que o usuário vá reconstruindo espaços de cuidado e suporte, fora do CAPS AD III.

Na rede de serviços de saúde, há dificuldades quanto ao manejo e assistência a usuários com transtornos associados a uso de substâncias psicoativas. Grande parte desses usuários são encaminhados ao CAPS AD III, frente ao primeiro contato nas demais unidades de saúde. A falta de clareza de alguns profissionais e equipes

em relação aos conceitos de uso prejudicial, abuso, dependência; além de uma elevada demanda frente a uma equipe reduzida, favorecem que esses usuários não sejam acolhidos, avaliados e acompanhados da melhor forma. Muitas vezes, mais do que pouca compreensão sobre os diferentes usos de drogas, algumas unidades de saúde supõem um saber no CAPS AD III como lugar de “especialistas” e acabam por encaminhar usuários que poderiam ser acompanhados em suas próprias unidades. Tendo em vista este cenário e para evitar que o CAPS AD tenha um ambulatório sobrecarregado, algumas estratégias são utilizadas como o acompanhamento dos casos em conjunto com a UBS e o matriciamento com discussão dos casos. Outra construção interessante é a inserção dos usuários em oficinas terapêuticas no serviço (e não em PD), associada ao acompanhamento ambulatorial, valorizando sua inserção e participação na comunidade.

Reconhece-se que o fortalecimento das parcerias na assistência aos usuários de substâncias psicoativas, assim como a capacitação dos profissionais são fatores primordiais no trabalho em rede, conforme proposto no campo da Saúde Mental.

### **Considerações finais**

Nosso trabalho procurou expor uma longa e rica construção realizada pelos trabalhadores na implementação do CAPS AD III. É fruto do diálogo de vários saberes e profissionais que estavam no serviço e também das práticas vivenciadas com os usuários de álcool e outras drogas. Essa construção tem sido utilizada ainda hoje como norteadora do nosso trabalho. Porém não pretende nem esgotar o assunto, nem normatizar a clínica que é tão complexa, cheia de nuances e influenciada por diversos fatores dos territórios. Por isso, é de grande importância constantemente discutir e reinventar a clínica do CAPS AD, levando em consideração a particularidade de cada serviço e as necessidades dos usuários por eles atendidos.

## Referências

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: novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

LANCETTI, Antônio. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2007. 2ª ed.

MACHADO, Ana Regina; FARIA Maria Wilma Santos. As saídas do tratamento nos CAPS ad. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Almanaque On-line nº 11. Julho a dezembro de 2012

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007.

SOUZA, Políbio Jose de. Resposta à Crise, a experiência de Belo Horizonte. In: NILO, Kelly ET al (orgs.). *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. p.111-128.

# "Procuro uma palavra": relato de uma experiência com mulheres em acompanhamento em um CERSAM AD de Belo Horizonte<sup>1</sup>

Valéria Costa Pacheco

Procuro uma palavra que me salve  
Pode ser uma palavra verbo,  
Uma palavra vespa, uma palavra casta.  
Pode ser uma palavra dura. Sem carinho.  
Ou palavra muda,  
Molhada de suor no esforço da terra não lavrada.  
Não ligo se ela vem suja, mal lavada.  
Procuro uma coisa qualquer que saia soada do nada...  
Viviane Mosé

## Introdução

**D**esde o início da Luta Antimanicomial, na década de 1980, trabalhadores e usuários vêm combatendo o isolamento e o desrespeito aos direitos das pessoas com transtorno mental. Foram construídas estratégias substitutivas aos modelos vigentes naquela época, que excluía e violavam os direitos dos usuários.

Desde a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, em 1986, esse serviço aberto marca a nova forma de lidar com a loucura em nosso país (BRASIL, 2007). Os CAPS devem incluir os recursos comunitários à sua volta, de maneira a potencializar os cuidados em saúde mental (BRASIL, 2011).

Apenas mais tarde, com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, consta que tenham

---

<sup>1</sup> Este texto é a versão adaptada da monografia apresentada ao curso de Especialização em Atenção a Usuários Drogas do SUS da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Agradeço ao Prof. Rodrigo Chaves Nogueira, pela orientação da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG).

sido criados os Centros de Atenção Psicossocial para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, os CAPS AD. Assim, percebe-se uma lacuna, nas ações dirigidas ao tratamento a esses usuários.

Com os CAPS AD, assistimos a possibilidade de uma nova forma de lidar com o uso prejudicial de drogas na vida das pessoas. Uma proposta que tem como centro os sujeitos, que inclui a escuta qualificada para a construção de projetos terapêuticos individualizados. O CAPS AD valoriza a participação em ações coletivas e na comunidade. Assim, a tentativa é quebrar o isolamento dos sujeitos e ampliar suas possibilidades de retificação e de fazer novas escolhas. A atenção no CAPS AD, conforme foi idealizado, é parte de um processo da mudança em curso que avança em alguns pontos e retrocede em outros. Isso, por vezes, causa tensões mesmo entre os usuários, profissionais e famílias. A sociedade, com suas instituições e meios de comunicação, historicamente trata os usuários a partir de uma visão higienista, religiosa, punitiva e proibicionista sobre o uso de drogas.

Ainda que com tensões e conflitos, comuns em contextos de transformações, os CAPS AD configuram-se como serviços fundamentais da rede de atenção psicossocial já que propõe o atendimento voltado para escuta singular em liberdade e pela via da redução de danos, política estratégica que vem marcar o respeito à autonomia e ao protagonismo dos usuários.

Em Belo Horizonte, os CAPS são chamados de Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM). O primeiro CERSAM ad do município, destinado a usuários de drogas, foi fundado em 2008. É referência para três regionais do município de Belo Horizonte: Pampulha (187.315 habitantes), Venda Nova (262.183 habitantes) e Noroeste (331.362 habitantes). Clara está a dificuldade em desenvolver atividades inovadoras em um registro populacional tão extenso. O serviço funciona 24 horas, todos os dias da semana, inclusive nos feriados – na modalidade de Permanência Dia (PD), na qual os usuários passam o dia no serviço, onde participam de atividades e recebem cuidados. Durante toda noite é oferecida a modalidade de

Hospitalidade Noturna (HN) com 06 leitos para pernoite. De 19 às 7 horas da manhã, o atendimento emergencial é feito pelo Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP). Criado em setembro de 2006, o SUP é um serviço que acolhe moradores de Belo Horizonte em situações de urgência em todas as noites, inclusive finais de semana e feriados.

A equipe multiprofissional é formada por psicóloga(o), médica(o), enfermeira(o), técnicas(os) de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, administrativas, redutora de danos, pessoal de serviços gerais e porteiro. Vale ressaltar que o número de profissionais no serviço é insuficiente para atender toda a demanda. A média de atendimento diário contempla 100 a 120 usuários acima de 18 anos com o seguinte perfil: faixa etária prevalente entre 38 a 50 anos, predominância de pessoas negras ou pardas e maioria composta por homens.

O CERSAM AD oferta também escuta individual em ambulatório, oficinas e outras atividades terapêuticas e/ou culturais e atendimento familiar. A experiência de uma destas atividades, o Grupo “Falando de Nós”, será relatada neste trabalho.

A criação do Grupo “Falando de Nós” vem ao encontro de uma recorrente queixa das pessoas em tratamento no CERSAM AD, referente à existência de poucos espaços onde pudessem dizer de si de forma livre, sem que sejam tratadas com julgamento de valor ou descrença. Nesse sentido, o Grupo, amparado na perspectiva da Educação Popular em Saúde, na orientação psicanalítica e na Redução de Danos, foi ofertado às mulheres atendidas no CERSAM AD.

Estas mulheres afirmavam que não eram ouvidas em casa e nas instituições por onde passavam. Assim, logo no início das atividades do grupo, todas queriam falar ao mesmo tempo, em outros momentos se calavam, parecia prevalecer a angustia. Poucas palavras e movimentos. Porém, no grupo, não se buscava um modelo de participação. A possibilidade das expressões e da palavra solta admitia uma livre associação. A permanência no grupo era e é uma escolha de cada uma. Não havia a intenção de fechá-las no grupo ou mantê-las em posição passiva e intimista. A proposta, desde o

início, foi a oferta da escuta das histórias e de representações que marcavam a vida de cada sujeito.

Em nosso trabalho foi preciso buscar autores como Conte (2004), que contribuiu teoricamente para pensarmos na articulação entre a Psicanálise e a Redução de Danos, oferecendo um caminho para que os sujeitos não sejam reduzidos ao uso de drogas:

Assim, para a psicanálise, o que rege é a ética do desejo, voltada ao sujeito do inconsciente, que, no entanto, para ser acessado, precisa situar-se em relação a sua existência, para vir a demandar algo. A redução de danos, como concepção que flexibiliza as abordagens voltadas ao sujeito envolvido com as drogas, não promete um objeto harmônico ou a recuperação de um sujeito ideal. Ao contrário, valoriza a singularidade e o tempo do sujeito, não impondo ideais pré-formatados ou impossíveis. (CONTE, 2004, p. 23-33).

A Educação Popular em Saúde é também um princípio que passou a orientar a prática do Grupo “Falando de Nós”. Tem como premissa que todo processo de construção do conhecimento é uma produção histórica e social, resultante da participação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos. Busca-se fortalecer o caráter emancipador na vida das mulheres. No grupo, são valorizados os saberes de cada uma.

A partir dessas considerações, apresentaremos a experiência do Grupo “Falando de Nós”, que vem sendo realizado em um CERSAM AD de Belo Horizonte, buscando destacar a importância de se trabalhar com estratégias inovadoras em um serviço que se propõe ser substitutivo a práticas que têm como foco o isolamento e a abstinência dos usuários. Busca-se ampliar o leque de ações oferecidas às mulheres que têm o uso prejudicial de drogas como fator acrescido à conformação de suas vulnerabilidades. O Grupo “Falando de Nós” foi criado como um espaço dinâmico e motivador. Propõe contribuir para novas escolhas e possibilidades nas vidas das mulheres.

## **O desenvolvimento da experiência apresentando o “Falando de nós”: concepção e estratégias**

O Grupo “Falando de Nós” foi idealizado a partir das demandas apresentadas pelas mulheres que estavam em tratamento no CERSAM AD. Durante a realização de ações sobre saúde sexual, as mulheres queixavam-se de serem desrespeitadas pelos homens, ao falarem sobre o tema em espaços mistos. Buscou-se, então, assegurar um espaço de fala para as mulheres. O Grupo que teve início em abril de 2016 e tem sido conduzido por mim, psicóloga, técnica de referência no CERSAM AD, com a participação das residentes em saúde mental e estagiárias.

Espera-se que no Grupo as integrantes possam, pela via da linguagem oral e outras expressões, transitar por temas diversos como sexualidade, violências, afetos, saúde e outros. Falar livremente sobre suas histórias. Dizer de suas aflições e medos. Tirar dúvidas e relatar experiências e, talvez, criar laços solidários, seguir na construção de autonomia e da cidadania, protagonizar novas escolhas e reflexões. Pela via do diálogo, busca-se fazer emergir os sujeitos. Podemos pensar ainda, em um encontro com o sujeito do inconsciente que pode, assim, sustentar uma nova posição na vida das mulheres. Deparando-se com suas repetições, as mulheres têm conseguido apontar aspectos de sua história de vida que retornam ainda que sem intencionalidade.

Os encontros são realizados às quintas-feiras. As estratégias para o desenvolvimento do grupo são pensadas previamente a cada encontro, mas sem rigidez que impeça o improviso. Privilegia-se as rodas de conversa. Círculos por onde circulam os saberes. Seguimos o caminho que nos indicam as mulheres, a partir de seu saber e história.

Quando é propício, são convidadas a falar sobre o excesso de uso de drogas. O convite é para colocar em palavras. Em geral o que emerge é angústia. São provocadas a falar de outras coisas na tentativa de se descolar do significante droga. Falam de algo que não conseguem controlar. Dizem-se solitárias e tristes. Quando falam, revelam poucas esperanças sobre o futuro. E muita dor.

Os encontros, às vezes, acontecem em um salão e, outras, em espaço aberto, atrás da piscina. É comum alguns homens, de forma curiosa, permanecerem a certa distância e outros tentarem entrar para o Grupo. Em alguns momentos, com a autorização delas, foi permitida a participação deles, os homens. As mulheres transexuais são sempre acolhidas pelo Grupo quando passam pelo serviço.

Nos primeiros encontros, conversamos sobre a construção de imagens das mulheres, dos preconceitos e das padronizações de modos de ser e viver. As participantes foram inicialmente provocadas a pensar sobre as formas de representação da mulher no campo social, até chegarem no que é próprio de cada uma delas. Assim, por meio de músicas, versos, poemas, palavras e gestos essas mulheres puderam se posicionar e até se reposicionar. Elas cantaram, dançaram, declamaram e escreveram. Grande parte delas trazem dificuldades em se relacionar sexualmente por não serem ouvidas em seus desejos. Este é um tema frequente.

Várias mulheres que passaram a integrar o Grupo já estavam em Permanência Dia (PD), frequentando o serviço até três vezes por semana, por no mínimo seis horas. Essa frequência, portanto, propiciou a adesão necessária para a intervenção e criação do grupo.

Percebe-se que o CERSAM AD é, para todas as mulheres, um espaço de referência, acolhida e apoio. Muitas se referem ao serviço como um certo porto seguro em que podem conversar, se ver, fazer amigos e serem cuidadas. O vínculo com as mulheres nos aponta a direção do trabalho no grupo. Elas vão se tornando cada vez mais próximas.

O princípio da amorosidade, presente em práticas de Educação Popular em Saúde, influenciou e está sendo determinante na dinâmica do grupo. As mulheres são estimuladas em direção à construção de laços entre si, o que pode contribuir para o fortalecimento individual e do grupo. O afeto entre elas torna-se evidente com o decorrer do tempo. Passam a preocupar-se umas com as outras e a amorosidade da liga ao grupo.

A amorosidade reconhece a valorização do

afeto como elemento estruturante da busca pela saúde e leva ao vínculo, à compreensão mútua e à solidariedade, reconhecendo a subjetividade e a alteridade construídas nas relações entre os sujeitos, reafirmando a autonomia e ressignificando o cuidado em saúde. Busca estabelecer relações de confiança e acolhimento entre as pessoas, possibilitando o conhecimento de dimensões importantes para a estruturação dialogada de práticas de cuidado que incorporam aspectos mais sutis da realidade subjetiva e material da população (BORNSTEIN et al., 2016, p. 57).

Algumas mulheres permaneceram vinculadas mais tempo ao Grupo “Falando de Nós”. Ali, por um tempo, parecem espelhar-se umas nas outras. Circulam em torno dos mesmos temas. Uma nova posição subjetiva é aventada quando chegam no encontro seguinte e alguém diz que fez algo diferente da rotina.

No Grupo é possível identificar um apelo à contenção do uso de drogas. Algo que possa ser sugerido por uma companheira, algo que tenha dado certo para diminuir ou interromper o uso de drogas. Querem encontrar formas de lidar com a imposição ao uso de drogas em sua vida. Umas vão contando às outras como conseguem dar um tempo. Assim, para algumas, a experiência do grupo onde falam de si e escutam as outras produz um certo movimento. E elas falam disso.

No Grupo, é feita uma aposta na mobilização de um público ainda pouco provocado para os processos de promoção da saúde e de participação social. Cria-se espaço para a circulação da palavra. Falar e ouvir histórias em um exercício dinâmico em direção a possíveis mudanças de posições subjetivas. O foco não é na droga, é nas mulheres e nas suas histórias. O objetivo é possibilitar a produção de um discurso que talvez esvazie parte da angústia manifestada por elas. Assim, a proposta é a de em nada uniformizá-las, em nada reduzi-las aos usos que fazem das drogas. Os profissionais envolvidos empreendem uma tarefa cuidadosa: ouvir as histórias, despindo-se de juízos e respeitando as diferenças, contribuindo para que aquelas mulheres construam saídas subjetivas e coletivas livres de imposição.

## **As mulheres do Grupo Falando de Nós**

Enquanto algumas mulheres dizem de si, das relações familiares e com a vizinhança, outras silenciosamente observam. A proposta é pensar com elas, um novo modo de lidar com as questões ligadas às violências e à solidão, temas trazidos com frequência em atendimentos individuais e mesmo em outros grupos. Em geral, a droga aparece como um objeto vazio de significação. Não conseguem colocar em palavras as sensações e motivos para o uso. No entanto, colocam a droga como algo central em suas vidas e que momentaneamente as faz esquecer das dores e medos. Contam aos poucos que não tem paz desde que nascem. Do horror de ter um adulto sobre elas ao acordar a noite. Da descrença da família e principalmente das mães em seus relatos de violência sexual. Do desrespeito de profissionais que não ligam para o que dizem.

Muitas mulheres relatam que quando em uso tendem a permanecer distantes da família e de outras relações. Alheias ao mundo, imersas em si mesmas. No Grupo, são convidadas a expressar-se em palavras e gestos. Literalmente, as mulheres falam pouco entre si e de si. Para onde vão as palavras? A renúncia aos desejos é uma constante nos relatos no Grupo, renunciam pelos filhos, companheiros e outros familiares. Os gestos e palavras são, muitas vezes, entremeados por lágrimas e uma amargura exposta. Assim é a dinâmica do Grupo desde o seu início.

As mulheres contam que convivem com a violência dentro de casa desde que nascem. Que crescem e têm parceiros violentos. Muitos são também usuários de drogas ou extremamente religiosos e rígidos. São tapas, socos, queimaduras, objetos atirados, violência verbal, sexual... praticamente todas passaram por violência sexual em algum momento da vida. Algumas, com dificuldade, revelam terem sido abusadas desde muito pequenas dentro da própria casa. A violência emocional é dita como corriqueira com ameaças, documentos e fotos rasgadas, chantagens e gritos. Queixam-se de serem submetidas aos parceiros, mas, permanecessem lá. Contam que não tem forças para mudar de vida. As mulheres contam no Grupo algo que se assemelha

à situação das mulheres em nossa sociedade:

Na grande maioria dos casos, a mulher é a principal vítima. Na sua forma mais típica, a violência conjugal é uma expressão do desejo de uma pessoa controlar e dominar a outra repare que muitos homicídios acontecem justamente quando a mulher tenta se separar: esse é o momento em que o agressor percebe que perdeu! Já não consegue mais dominar e controlar sua parceira). Ainda na sua forma típica, a violência doméstica contra a mulher envolve atos repetitivos, que vão se agravando, em frequência e intensidade, como coerção, cerceamento, humilhação, desqualificação, ameaças e agressões físicas e sexuais variadas. Além do medo permanente, esse tipo de violência pode resultar em danos físicos e psicológicos duradouros. (SOARES apud BRASIL, 2005, p. 13).

As mulheres relatam que mesmo em espaços tidos como de “tratamento”, também passam por violências. Muitas já estiveram em Comunidades Terapêuticas mais de uma vez buscando “tratamento”. Dizem ter passado por abusos físicos e emocionais. Não tomaram nenhuma atitude sobre os fatos, por medo ou por não acreditarem que algo poderia mudar.

No Grupo “Falando de Nós”, são convidadas a uma reflexão sobre os motivos do silêncio diante das violências. Mas as palavras são poucas. Há algo que parece amordaçá-las impedindo muitas vezes que saiam de um ciclo de repetições sobre fatos que marcam suas vidas. A escuta individual também acontece a partir da demanda das próprias usuárias.

A pobreza é outro aspecto presente e marcante no universo das mulheres ali reunidas. Todas as participantes do Grupo estão desempregadas ou afastadas de seu trabalho. Outras jamais conseguiram trabalhar. A maioria possui baixa escolaridade. Contam que sonharam com uma vida mais tranquila com conquistas para si e para os filhos. Gostariam que eles tivessem o que para elas faltou. Mas não acreditam muito nisso, são marcadas pela desesperança.

Curiosamente, em meio a tantas vulnerabilidades, todas as mulheres participantes do Grupo, sem exceção, ainda localizam na droga o seu maior problema. Muitas consideram que o uso é uma doença. Poucas percebem a miséria, o racismo e a violência como possíveis fatores desencadeadores do uso prejudicial. Tais aspectos parecem tornar-se algo corriqueiro, parte da vida. Como se sofrer fosse um costume. O uso de drogas é percebido, ao contrário, como causa da dor, da violência, da solidão, da miséria e do descaso da sociedade. A droga se faz presente como o grande objeto cheio de vida e causador de todas as mazelas e adoecimentos.

São raros os momentos de descontração e risos, a não ser quando são realizadas atividades de cuidados corporais ou o “dia da beleza”. Contam algumas, que foram criadas por pais adotivos, avós, parentes ou irmãos mais velhos, após a perda dos pais. Outras estiveram em abrigos ou passaram grande parte da vida trabalhando como domésticas ou em pequenos comércios. Contam que residem em cômodos apertados e quentes ou no mesmo lote que vários outros membros da família. As brigas são constantes vão desde agressões verbais até físicas. Relatam que já perderam bebês prematuros ou recém-nascidos, tiveram familiares assassinados, atropelados ou com doenças graves, outros estiveram ou estão presos. A maioria delas viveu situações de racismo e preconceito nos locais de saúde ou trabalho. Elas vêm de três pontos diferentes da cidade, mas, possuem histórias muito semelhantes.

As mulheres do Grupo “Falando de Nós” estão adoecidas. É “pressão alta”, anemia, abdômen distendido, diarreia, desidratação, cirrose, anemia, doenças sexualmente transmissíveis. Os sintomas de abstinência são frequentes: convulsões, sudorese, tremores, fissura. Delírios e alucinações também são observados e podem, muitas vezes, estar associados a quadros psicóticos de base. Também tem as dores emocionais que são retratadas pela vontade de morrer, depressão, dores de cabeça, insônia, inapetência, tristeza, desânimo, medo, vontade de sumir, impaciência, culpa, desesperança e tentativas de autoextermínio. As mulheres apresentam marcas de

queda da própria altura, das agressões físicas, cortes, queimaduras e atropelamentos são comuns. E a droga parece funcionar como a tentativa de um remédio para todos os males.

A “vida social” limita-se às idas ao CERSAM AD. Lá podem “esquecer” um pouco dos problemas diários e sair de casa. Nas festas se soltam mais e até dançam. Existe certa rivalidade entre elas, às vezes, por ciúmes de algum usuário que se encontra no espaço. A quase totalidade das mulheres nunca viajou, foi ao cinema, ao teatro ou participou de outras atividades culturais. A igreja costuma ser uma opção.

O uso prejudicial de drogas é intercalado com momentos de redução ou interrupção do uso. Algumas necessitam permanecer em hospitalidade noturna na tentativa de dar uma pausa no excesso da relação com as drogas. Outras dizem que quando frequentam a igreja conseguem permanecer sem o uso. Algumas se encontram em situação de rua, vão e voltam dos abrigos ou passam as noites nas ruas em companhia de um parceiro ou companheiro. Durante o dia no serviço, geralmente dormem e apresentam exaustão ou irritação. Algumas já cumpriram pena em regime fechado por cometer pequenos furtos ou por transportar drogas para outras pessoas, em geral companheiros.

Mesmo em espaços de tratamento, as mulheres afirmam que enfrentam o descaso e o julgamento de “cuidadores”. Muitos se referem a elas como negligentes, incorrigíveis, preguiçosas, mentirosas, promíscuas, inúteis... parece que para elas o peso da sentença estigmatizante é ainda maior. Devem ser corrigidas. Colocadas nos eixos por serem mulheres. Prado e Queiroz (2012) contribuem para compreender melhor o que se passa nos espaços de atenção:

No campo da atenção à saúde voltada para a questão do uso de drogas, vê-se que, para os homens, o tratamento é apresentado como um meio de aquisição ou retomada de habilidades pessoais e técnicas para o retorno à vida social, especialmente vinculada ao trabalho, com temas como seguro-desemprego e previdência, por

exemplo, sendo uma preocupação frequente nos serviços. Já no caso das mulheres, o foco da “reabilitação” encontra-se na retomada dos vínculos familiares e na adequação social, inspirada por um viés conservador e patriarcal. Além disso, às mulheres cabe o título não só de dependentes, mas também de desarrazoadas, indóceis, presas de ditames naturais e incomunicáveis. Soma-se a isso a noção de que são de “difícil tratamento”, dentre outras designações que parecem revelar um preconceito de gênero, mantido às custas da naturalização de condutas tidas como inerentes à mulher (PRADO; QUEIROZ, 2012, p. 308).

Dentre as mulheres do Grupo, muitas tiveram seus filhos retirados nas maternidades. Contam que mesmo reduzindo ou interrompendo o uso de drogas no período de gestação, mesmo afirmando o desejo pela maternagem, perderam seus filhos. Em algumas situações, as mulheres viram a criança uma única vez e falam sobre essa lembrança. Em outras, não há nem mesmo lembrança, ficam imaginando como seriam os rostos dos filhos. Revelam, em alguns momentos, dor e impotência, e em outros culpa e revolta. Mulheres que se encontram em seus domicílios contam que tiveram seus filhos levados ou entregues a familiares ou famílias substitutas após intervenção do Conselho Tutelar e judicialização dos casos. Algumas convivem com a possibilidade de que isso aconteça. É importante reafirmar que o fato se dá em contextos de pobreza e negritude que tem como pretexto subjacente a proteção dos filhos de mulheres em tese incapazes de cuidar. Dessa forma, justifica-se a “proteção” do Estado sobre as crianças. Com frequência, após a retirada dos filhos, as mulheres não conseguem mais se organizar.

Os momentos em que se colocam como sujeitos autônomos são efêmeros. Reproduzem o discurso social sobre o uso. Tentam justificar o excesso e o lugar objetual em que se encontram na relação com a droga pela via do discurso da doença. Nas palavras delas, são doentes pela droga. Muitas afirmaram que deixaram de procurar tratamento com o receio de revelar que usam para dar conta de

suas existências. Por muitos anos seguiram silenciosas e solitárias. Muitas mulheres afirmam culpa e se colocam no lugar de pecadoras que necessitam de correção, metodologia usada em comunidades terapêuticas onde já estiveram.

Em meio ao que aparece em seus discursos como desesperança, dor e medo, o uso de drogas parece significar uma revolução para muitas. Uma forma de desafiar um lugar convencional da mulher na sociedade. Um momento em que fazem de seu corpo o que bem entendem, um espaço onde a família e companheiros são impedidos de acessar. Elas transitam por bares, vielas e rua. Outros espaços fora o da casa onde, segundo elas, são convocadas a permanecerem. Na relação com a droga, parece haver algo libertador em relação aos espaços ou funções sociais, reservados às mulheres, como nos aponta Novelino (1989):

(...) lembremo-nos do efeito “libertador” gerado pelas discussões sobre a construção social da maternidade, postuladas pelo movimento feminista e de mulheres e pelas discussões sobre relações de gênero, especialmente a partir dos anos 60. O imperativo “ser mulher é ser mãe”, que contribuiu para manter, por muito tempo, um grande grupo de mulheres no contexto doméstico e familiar e longe do mercado de trabalho, foi posto em debate, e muitas mulheres passaram a conviver com diferentes possibilidades. (NOVELINO, 1989 apud DANTAS; MÉLLO, 2007, p. 79)

As mulheres contam que em uso sentem-se aliviadas em relação a suas dores, angustias e medos. Ou seja, a droga aparece, então, como um alívio. Falam ainda, que o uso lhes confere certa autonomia sobre seus corpos e suas vidas, contribuindo para um efeito libertador. Algo da emancipação se apresenta na experiência do uso, conforme relatado no grupo.

### **Considerações finais**

O Grupo “Falando de Nós” contribuiu para dar visibilidade à

situação das mulheres usuárias de drogas no CERSAM ad e aponta para a necessidade de criação e manutenção de espaços de fala e de outras expressões. A escuta afinada pode ser o caminho. Mas, escutar não basta. O respeito é aqui a mola mestra para que essas mulheres se ponham a buscar alternativas para lidar com suas dores e medos. A realização do grupo revelou a importância de espaços onde as mulheres possam dizer de si e de suas histórias. É importante que seus saberes circulem em direção à construção estratégias subjetivas e coletivas.

As mulheres têm chegado mais a serviços de saúde, como o CERSAM AD. É importante compreender o que buscam nos espaços de tratamento. Se a droga pode funcionar como algo que favoreça uma certa anestesia das dores, então, talvez seja preciso fazer vacilar essa solução apontando para construção de outras estratégias. A palavra parece ser uma ferramenta fundamental. Por meio dela e de outras expressões se materializam as histórias e novos significados são produzidos.

A experiência deu visibilidade às relações entre vulnerabilidades sociais e institucionais e seus impactos sobre a subjetividade o que respalda a reivindicação sobre espaços de circulação da palavra e outras expressões.

A experiência do Grupo, também nos provoca a construir espaços para educação permanente no serviço e na própria rede de saúde mental, assistência social e outros campos. Alternativas que contribuam para recolocar o lugar da mulher usuária de drogas em nossa sociedade. Pensar sobre os preconceitos, estigmas e isolamento a que muitas são submetidas nos lares, sociedade ou mesmo dentro dos serviços de saúde pode atuar sobre as vulnerabilidades das mulheres nos diversos campos.

O grande desafio está na construção de estratégias que possibilitem um novo lugar, que façam movimentos em direção à alforria e à autonomia econômica, social e política. Assim, registro aqui a possibilidade de um trabalho em grupo, em um CERSAM AD, que articula a educação popular em saúde, a redução de danos e a

escuta de orientação psicanalítica. Saberes circulam, mas inclusive e principalmente os das mulheres. Aposta-se na produção de palavras e de movimentos.

O trabalho está só começando...

## Referências

BRASIL. Prefeitura de Belo Horizonte. Notícias: BH tem Serviço de Urgência Psiquiátrica. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/bh-tem-servico-de-urgencia-psiQUIATRICA>>. Acesso em: 27 out. 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p. Disponível em: <[http://bvsmS.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmS.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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. Disponível em: <<http://www.brasilSUS.com.br/legislacoes/gm/1112763088.html>>. Acesso em: 27 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://portalArquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/cartilha\\_notificacao\\_violencias\\_2017.pdf](http://portalArquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2017.

BORNSTEIN, V. J. T. et al. (Org). Livro do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/guia\\_edpopsus.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/guia_edpopsus.pdf)>. Acesso em: 27 jan. 2017.

CONTE, M. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis?

Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Porto Alegre, ano 14, n. 26, p. 23-33, 2004.

DANTAS, B. M.; MÉLLO, R. P. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 20, n. spe, p. 78-86, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20nspe/v20nspea11.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

PRADO, M. A. M.; QUEIROZ, I. S. de. A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 17, n. 2, p. 305-312, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/15.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

# Articulação entre serviço especializado e Atenção Primária à Saúde no cuidado a usuários de drogas: um projeto de intervenção

Gabriela Ferreira Oliveira  
Adriana Condessa Torres

## 1. Apresentação

 O modelo de tratamento atual em saúde mental desenvolvido no Sistema Único de Saúde (SUS) é normatizado pela Lei nº 10.216 de 2001, que se apresenta como marco legal da Reforma Psiquiátrica e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, determinando assim em grande parte o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). A partir da Reforma Psiquiátrica se tem uma troca gradual do modelo manicomial pelos serviços extra hospitalares.

Os pressupostos da Reforma levam em conta várias dimensões, dentre elas a:

[...] construção de um “lugar social para a loucura”, para os “desviantes” (como os usuários de drogas), significando o esforço de superação das concepções sociais que ainda sustentam o preconceito, o estigma e a negação da autonomia possível do paciente; os saberes sobre o sofrimento e o tratamento, apontando a necessidade de uma construção permanente de práticas que aliviem o sofrimento e ampliem a autonomia e o protagonismo dos pacientes (DELGADO, 2014, p.24).

O autor aponta que é preconizada a organização de uma rede de serviços de base comunitária, abertos, próximos da residência do paciente, e eliminação das formas de tratamento de

características asilares ou de confinamento, conforme prevê a lei nº 10.216/2001. Ressalta também a importância de ações intersetoriais e desenvolvimento de estratégias ativas de inclusão social, através de ações de trabalho, cultura, educação, lazer e esporte (DELGADO, 2014).

Ao longo dos anos a Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial ganharam força, novos serviços foram construídos e muito se avançou no âmbito da saúde mental. O mundo contemporâneo trouxe novos desafios à saúde mental, o uso abusivo de álcool e drogas passou a fazer parte da demanda de atenção, mas somente em 2003 foi formulada a política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, devido principalmente à:

[...] necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde (BRASIL, 2003b, p. 06).

Com a formulação da política, o Ministério da Saúde passou a assumir a responsabilidade pela prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas, considerando tratar-se de um problema de saúde pública (BRASIL, 2003).

Considerando leis e portarias anteriores e a necessidade do SUS de oferecer uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada, ampliada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas e seus familiares, o Ministério da Saúde publicou

a Portaria 3088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

A rede de dispositivos da saúde mental do município de Belo Horizonte (BH) é atualmente composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Centros de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CERSAM AD), Centros de Convivência, Projeto Arte na Saúde, Consultórios na Rua, Unidade de Acolhimento Transitório (UA), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Cooperativas de Trabalho, Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAM), Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), e conta com articulação com Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e hospitais gerais.

Belo Horizonte é dividida em nove distritos sanitários e cada um tem definido espaço geográfico, populacional e administrativo. São eles: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Venda Nova, Pampulha, Noroeste, Nordeste, Norte, Oeste (BELO HORIZONTE, 2016).

O CERSAM AD da regional Pampulha é um serviço voltado para atenção aos usuários maiores de 18 anos de idade em uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas. Presta atendimento para três regionais de Belo Horizonte: Pampulha, Noroeste e Venda Nova. Na regional Pampulha, de acordo com dados do Censo Demográfico 2010, há abrangência de 187.315 habitantes, na regional de Venda Nova o número é de 262.183 habitantes e na regional Noroeste são 331.362 habitantes (IBGE, 2011). A regional Pampulha conta atualmente com quatorze Unidades Básicas de Saúde (BELO HORIZONTE, 2016).

Segundo Barros e Pillon (2007), a interlocução entre serviços especializados em atendimento a usuários de álcool e outras drogas e toda a rede SUS é um indício de qualidade para a assistência. Os autores apontam que a articulação entre os serviços contribui para a construção de práticas de cuidado resolutivas, propiciando uma

abordagem contínua e integral, construída cotidianamente.

Dentro desta perspectiva nota-se, a partir de observações no cotidiano de trabalho, que o CERSAM AD Pampulha possui pouca interlocução com as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). Acredita-se que a aproximação entre equipes do serviço especializado e equipes da APS traria melhorias no cuidado visto que: ainda há dificuldade de acolhimento dos usuários de álcool e outras drogas pela APS; há encaminhamentos ao serviço especializado de casos não complexos que poderiam ser atendidos na unidade básica; existência de preconceito e estigmas por parte de alguns profissionais; dentre outros fatores que dificultam o acompanhamento de tais usuários na APS.

A Reforma Psiquiátrica brasileira propõe transformações no olhar e na forma de cuidado ao usuário da saúde mental, que se mostram grandes desafios, em especial para os profissionais de saúde envolvidos na construção desse novo paradigma (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Ainda segundo os autores, os principais instrumentos para consolidação dessa mudança são: a formação permanente dos profissionais e a articulação entre os diferentes setores da sociedade, de forma a propiciar o desenvolvimento pleno de uma rede de atenção e cuidados baseada no território, levando em consideração os princípios de integralidade e participação popular.

Em relação aos instrumentos propostos, podemos destacar no município de Belo Horizonte a realização de articulação através do apoio matricial, das reuniões de supervisão clínica e discussão de casos de micro áreas, e dos fóruns de discussão trimestrais. Geralmente o matriciamento da saúde mental ocorre nas Unidades Básicas de Saúde, sendo realizado pela equipe de saúde mental da própria unidade. Em algumas regionais/distritos sanitários, ocorre a participação de profissionais de serviços especializados como os Cersam, com discussão entre as equipes e construção conjunta e ampliada das intervenções e acompanhamento dos casos. O Cersam AD Pampulha ainda não participa das reuniões de matriciamento nas unidades básicas, fato que pode ser justificado, dentre outras razões,

pelo atendimento a três regionais de BH.

Os fóruns de discussão ocorrem a cada três meses, contando com a participação das equipes do CERSAM, CERSAM AD, Centro de Convivência e UBS. Em alguns momentos contam com a participação de profissionais de outros setores. São fóruns que tratam da temática da saúde mental e por vezes apresentam discussões voltadas à temática álcool e drogas.

Atualmente as reuniões de supervisão clínica e discussão de casos de micro áreas ocorrem na regional Pampulha quinzenalmente, com participação das equipes do CERSAM, CERSAM AD, Centro de Convivência e UBS (geralmente equipes de saúde mental). Neste espaço fica evidente o maior entrosamento e articulação das equipes do CERSAM e UBS do que CERSAM AD e UBS. Nota-se que as equipes das unidades básicas compreendem e recebem com maior propriedade as demandas e realizam o acompanhamento de usuários com transtornos mentais graves e, em contrapartida, demonstram dificuldades em relação ao acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas.

Uma possível justificativa para maior articulação entre CERSAM e UBS e maior compreensão dos casos de transtornos mentais severos pelas equipes de UBS, em detrimento aos casos de abuso de álcool e outras drogas, se deve a um processo de trabalho que ocorre a mais tempo, tendo em vista a criação ainda recente dos CERSAM AD em relação aos Cersam. Cabe ressaltar a diferença em relação à quantidade de Cersam e CERSAM AD em BH, havendo um CERSAM para cada regional (com exceção da regional Centro Sul que é atendida pelo CERSAM Leste) e apenas três CERSAM AD na cidade. Outros fatores que podem interferir na dificuldade das equipes das UBS em relação ao atendimento a usuários de álcool e outras drogas pode ser a crença na abstinência como única alternativa, pouca informação e capacitação sobre a temática, estigma e preconceito por parte dos profissionais, crença de que os usuários de álcool e outras drogas devem ser tratados através de internações prolongadas, ou devem ser tratados apenas em serviços especializados, dentre outros.

Em consonância a essa observação, a pesquisa realizada por Paula et al. (2014) no município de Fortaleza, Ceará, teve o intuito de analisar a assistência a usuários de drogas na Atenção Primária à Saúde a partir dos discursos de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal estudo evidenciou que os profissionais da equipe de Saúde da Família relataram que o apoio que recebem provém geralmente do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e não do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Ainda de acordo com o estudo citado, não tem sido realizada uma discussão específica dos casos de usuários de drogas nas reuniões de apoio matricial, prevalecendo as discussões e intervenções para usuários com transtornos mentais no âmbito da APS.

Dessa forma, considera-se que a inclusão da equipe do CERSAM AD nas ações de matriciamento que ocorrem nas UBS seria importante para propor ações conjuntas, dar suporte para o acompanhamento dos casos e sensibilizar as equipes da APS, tanto equipes de ESF como equipes de saúde mental, em relação ao acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas.

Com base no exposto, torna-se necessário o desenvolvimento de ações que privilegiem o contato e a articulação intersetorial no território. Existem diversas formas de se trabalhar mudanças de concepções e de cuidados em saúde mental, que se efetivam através de espaços de construções coletivas, onde o convite é de se conhecer e compreender a problemática em que se está imerso para então construir cuidados compartilhados.

O presente trabalho consiste na elaboração de um projeto de intervenção, a partir do conceito de Educação Permanente em Saúde e da lógica de articulação intersetorial, a ser implementado no município de Belo Horizonte, na regional Pampulha, integrando práticas do Centro de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e Outras Drogas e Atenção Primária à Saúde, com intuito de promover melhorias no cuidado a usuários de álcool e outras drogas.

## 2. Objetivo

### 2.1 Objetivo geral

Promover integração da APS, por meio das equipes de ESF e equipes de Saúde Mental, com o serviço especializado de atenção a usuários de álcool e outras drogas, visando melhoria no cuidado de pessoas em uso e/ou abuso de substâncias psicoativas.

### 2.1 Objetivos Específicos

- Fortalecer a rede de cuidados a usuários de álcool e outras drogas;
- Promover aproximação entre equipe do serviço especializado e da atenção primária, assim como cuidado compartilhado dos casos;
- Capacitar os profissionais dos serviços envolvidos para o acompanhamento de usuários de álcool e drogas.

## 3. Fundamentação

### *Articulação entre Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental*

A Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde defende que a lógica da atenção em rede não pode prescindir das ações de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. Assim, através de articulação da Coordenação Geral de Saúde Mental com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica houve a formulação de princípios e estratégias para a inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica, através da Circular Conjunta 01 de 2003 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a).

Drummond Júnior (2009) cita que, de acordo com a Circular Conjunta 01/2003, a primeira responsabilidade a ser compartilhada pelas equipes de Saúde Mental e Atenção Básica seria o desenvolvimento de ações conjuntas em Saúde Mental, priorizando casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativa de auto-extermínio e vítimas de violência doméstica.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) as intervenções de Saúde Mental na APS devem se pautar pelo modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. São princípios fundamentais dessa articulação entre Saúde Mental e APS: a noção de território, a organização da atenção à saúde mental em rede, a intersetorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários, construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

Ramalho (2011) considera que a abordagem a usuários de substâncias psicoativas na atenção primária é essencial para o êxito de ações voltadas a esse público, pois compreendem ações de prevenção, diagnóstico precoce, cuidado aos agravos e, quando necessário, encaminhamentos para outros serviços.

A equipe de atenção primária pode ofertar cuidados aos usuários de substâncias psicoativas a partir da proposta de abordagens de ações de redução de danos, ofertas de tratamento, identificação no território de usuários com necessidades relacionadas à ruptura dos laços sociais, articulação com os CAPS, desenvolvimento de projetos terapêuticos ampliados (BRASIL, 2010).

A abordagem inicial na APS pode contribuir para que os usuários que ainda não apresentam grandes problemas com o uso e/ou abuso de drogas não evoluam para uma situação mais crítica. Contudo, nem sempre as equipes da atenção primária conseguem ofertar esses cuidados e dar conta do acompanhamento dos usuários, haja vista a falta de recursos humanos, falta de capacitação dos profissionais, dentre outros fatores. Assim, é necessário incentivar a formulação de diretrizes que abranjam a dimensão subjetiva dos usuários e problemas mais graves de saúde mental (BRASIL, 2004).

### *Apoio Matricial*

Uma das estratégias de ação para a articulação entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde é o apoio matricial. Segundo

o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011), matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde onde duas ou mais equipes criam um projeto de intervenção pedagógica terapêutica, através de um processo de construção compartilhada. O apoio matricial tem estruturado no Brasil um tipo de cuidado colaborativo entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde (CHIAVERINI, 2011).

Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial busca oferecer retaguarda assistencial e também suporte técnico pedagógico às equipes de referência, e procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.

No contexto do SUS, no Brasil, as equipes de ESF atuam como equipes de referência interdisciplinares, trabalhando com responsabilidade pelo cuidado longitudinal dos sujeitos, além dos atendimentos especializados que realizam, e a equipe de apoio matricial é a equipe de saúde mental (CHIAVERINI, 2011).

O apoio matricial pode ocorrer de duas formas básicas: a pactuação de encontros regulares e periódicos entre equipe de referência e apoiadores, sendo nesses encontros discutidos casos, questões, problemas selecionados pela equipe de referência, e procura-se elaborar projetos terapêuticos conjuntamente e acordar as linhas de intervenção que serão utilizadas pelos profissionais, além de discussão sobre temas clínicos; a solicitação de auxílio e intervenção do apoiador por meio de contato telefônico, e-mail, para casos de imprevistos e/ou urgências em que não seria adequado aguardar a reunião programada. Há também a possibilidade de solicitação de atendimentos conjuntos entre profissional da equipe de referência e apoiador (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

De acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), exposto no documento “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial”, nos locais que tiver CAPS ou outros equipamentos da Saúde Mental, os membros dessas equipes prestarão apoio matricial para as equipes de atenção primária. Para

tal, a carga horária desses profissionais deve ser programada levando em consideração os encontros para apoio matricial e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências.

O Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011) ressalta que o matriciamento possibilita o atendimento dos usuários no território e, a partir da valorização do modelo interdisciplinar e parceria entre profissionais e serviços, torna possível a realização de atividades por diversos tipos de profissionais, de acordo com as necessidades dos sujeitos e projetos terapêuticos estabelecidos.

### *Educação Permanente em Saúde*

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), a Educação Permanente em Saúde deve ser constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. O redirecionamento do modelo de atenção impõe a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras.

Dessa forma, a educação permanente deve ser encarada também como uma importante estratégia de gestão, além do enfoque educacional, pois possui grande capacidade de promover mudanças na rotina dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (BRASIL, 2012).

Ceccim (2010) afirma que a Educação Permanente em Saúde não surgiu apenas como uma estratégia pedagógica, mas como uma forma de fazer a educação e formação com o objetivo de promover o encontro, favorecendo a conexão entre os profissionais das redes envolvidas no processo do cuidado.

Ressalta ainda a importância dos atores se encontrarem, conversarem, compartilharem textos, conceitos e diz que o almejado

pela educação permanente é um trabalho ou um lugar de trabalho exposto às transformações ou às modificações devido o desejo do encontro com usuários e desejo de construção da integralidade através da rede, através de linhas de cuidado compartilhadas e não fragmentadas (CECCIM, 2010).

Segundo Massaroli e Saupe (2008), o processo de Educação Permanente em Saúde passou a constituir uma política pública, pensada com o objetivo de atingir o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde, reconhecendo que para que os trabalhadores se ajustem às mudanças ocorridas nos sistemas de saúde é necessário um processo de aprendizagem significativa, no qual o conhecimento deva ser construído levando-se em conta o que já se tem como consolidado e aquilo que se apresenta de novo.

Ainda segundo os autores, a Educação Permanente em Saúde surge para melhorar o método de educação em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com intuito de melhorar a qualidade dos serviços, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população. Assim, a Educação Permanente em Saúde parte da reflexão sobre a realidade dos serviços e necessidades existentes para poder formular estratégias que auxiliem a solucionar os problemas (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), considera-se que a associação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode fomentar o aperfeiçoamento de competências de gestão e cuidado na atenção básica, visto que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Na Educação Permanente em Saúde, os cotidianos vivos ou as realidades vividas colocam questões à educação. O que é ofertado fará sentido à medida que possa produzir encontro, singularização com o que pertence às pessoas (CECCIM, 2010). Ceccim (2010, p. 87) aponta que:

uma das interessantes experiências que temos com a Saúde Mental são os fóruns de Saúde Mental

que se colocaram como redes de conversação, problematização das políticas, cruzamento de diversidades em intervenção, formulação e desafio formativo.

### *Intersectorialidade*

Albuquerque et al. (2015), considerando a complexidade das situações de uso prejudicial de drogas, ressaltam que deve ser colocada ênfase na possibilidade de construção de uma rede institucional intersectorial, levando-se em consideração que no contexto da atenção integral para usuários de álcool e outras drogas a intersectorialidade é uma diretriz fundamental, propondo que o cuidado aos usuários extrapole o campo da saúde a partir do reconhecimento dos usuários como sujeitos de direito de todas as políticas públicas. Os autores apontam ainda que os aspectos que cercam o uso prejudicial de drogas se constituem como questões complexas, de forma que as respostas a essas questões também devem abranger um amplo espectro de soluções, tendo em vista que as questões relacionadas ao uso/abuso de drogas extrapolam o campo da saúde e envolvem outros campos, como direito à moradia, saneamento básico, acesso a lazer, cultura, dentre outros (ALBUQUERQUE et al.; 2015).

A formação de uma ampla rede de apoio colabora para abrir as possibilidades de intervenção, nas suas muitas necessidades de cuidado. Para tanto, é preciso que a rede esteja em constante conexão e com fluxos ativados entre as unidades de serviços, equipes e trabalhadores, visto que uma rede se forma por pactuações, especialmente entre os próprios trabalhadores, que são os grandes operadores de rede no cotidiano dos serviços de saúde. As redes com perfil dinâmico exigem um empenho constante de construção, com fóruns de discussão permanente entre os trabalhadores das unidades envolvidas, o que faz com que as redes se mantenham ativas e produtivas (BRASIL, 2013).

Souza et al. (2016) ressaltam que a rede deve ser acionada por uma equipe que se responsabiliza pelo percurso do usuário e não apenas o encaminha aos demais recursos e dispositivos, considerando

que a rede se encontra em constante construção.

Em relação à construção de fóruns permanentes de discussão, é preciso que os dispositivos da rede e gestores reconheçam a necessidade de tais espaços, materializem um encontro regular e tomem a decisão de priorizar esse espaço em detrimento das múltiplas demandas do cotidiano dos serviços (ONOFRE et al., 2016).

Segundo Souza et al. (2016) é preciso diversificar e ampliar a rede de cuidados, tendo em vista que a rede é um elemento importante para pensar sobre o cuidado de usuários de drogas no território e que é preciso pensar cada vez mais em ações no território, construindo possibilidades de inserção dos usuários nos espaços da cidade. Nesse sentido, observa-se a importância de que as redes estejam em constante movimento de construção e ampliação. Vê-se a importância e necessidade do serviço especializado ser um serviço que convoca outros dispositivos, fazendo parcerias de cuidado.

O território apresenta recursos preciosos que podem ser disponibilizados e ajustados para compor projetos terapêuticos efetivos. Os setores de educação, assistência social, justiça, além da saúde, devem se envolver na busca de processos de trabalhos mais coletivos em prol de resultados melhores e mais justos voltados para a melhoria do cuidado. Observa-se muitas vezes que o compartilhamento de um caso real de um usuário em situação complexa que extrapola os setores compartimentalizados, pode desencadear ações efetivas, potencializadas pelas contribuições e tomadas de responsabilidade dos vários atores e setores envolvidos (COUTO; DELGADO, 2010).

#### **4. Plano de Ações**

Propõe-se a participação do CERSAM AD nas ações de apoio matricial, a criação de Fóruns Intersectoriais, baseando-se no conceito de Educação Permanente em Saúde, além de pequenas imersões de profissionais nos serviços, com vistas a aperfeiçoar a articulação entre equipe do CERSAM AD Pampulha e equipes da APS da regional Pampulha e melhorar o cuidado prestado aos usuários de álcool e outras drogas. Para a realização dessas propostas foi elaborado o

seguinte plano de ações:

#### **4.1 Participação do Cersam AD nas Ações de Apoio Matricial**

Para viabilizar a inserção da equipe do CERSAMAD nas ações de matriciamento será necessário primeiramente realizar uma reunião com os gestores dos serviços envolvidos, sensibilizando-os em relação à importância do matriciamento e dos ganhos a serem obtidos com sua realização. É importante que a referência técnica do distrito Pampulha também esteja presente nessa reunião para contribuir com as pactuações que forem apresentadas. Será necessário firmar com os gestores o compromisso de permissão para os trabalhadores participarem das atividades propostas.

Posteriormente será realizada uma reunião com a equipe de cada serviço envolvido para apresentar a proposta e pactuar a organização das ações.

Será verificado em cada UBS o dia de matriciamento das equipes de ESF e será passado ao CERSAM AD Pampulha o cronograma dessas reuniões com as datas definidas. No Cersam AD deverá ser organizada uma escala com rodízio de profissionais para participação nas reuniões. Sugere-se que em cada reunião de matriciamento estejam presentes dois profissionais do CERSAM AD.

Serão verificados os casos que estão sendo acompanhados no CERSAM AD e a qual UBS eles pertencem. Com a presença dos profissionais no matriciamento, os casos serão pautados para discussão, verificando se são conhecidos pelas equipes de ESF e, caso não sejam, propondo uma apropriação dos casos pelas equipes de ESF, realização de visitas domiciliares conjuntas e compartilhamento do cuidado. As equipes da APS também deverão levar casos que estão recebendo na unidade e que causam dúvidas ou dificuldades no manejo. É importante que, a partir das discussões dos casos, sejam debatidos temas relacionados ao cuidado dos usuários de álcool e drogas, tipos de abordagens, e seja averiguado com a equipe da APS suas dificuldades, dúvidas, receios, dentre outros.

Sugere-se que nas reuniões de equipe do Cersam AD, que

ocorrem semanalmente, seja inserido um tópico na pauta para que os profissionais que participaram das ações de apoio matricial possam dar um retorno para a equipe. É importante que a equipe possa discutir seu processo de trabalho e que os profissionais possam abordar o que acharam de positivo ou negativo nos matriciamentos, assim como apontar se surgiu alguma dificuldade e pensar formas de melhorar as articulações e práticas a partir da aproximação com as equipes da APS.

Sugere-se que seja criada uma forma de avaliação do processo junto às equipes envolvidas, e que essa avaliação seja semestral.

#### **4.2 Criação de Fóruns Intersetoriais**

Para a criação de Fóruns Intersetoriais será necessário realizar uma reunião com a referência técnica do distrito Pampulha e a Gerência Distrital de Atenção à Saúde (GERASA) para sensibilização sobre a necessidade de criação de espaços de discussão intersetorial e para definição de local a ser realizado, definição de datas e busca de apoio para convidar outros dispositivos a participar. Será realizada uma reunião com os gestores dos serviços envolvidos, sensibilizando-os em relação à importância desse espaço de discussão e dos ganhos a serem obtidos com sua realização. Será necessário firmar com os gestores o compromisso de permissão para os trabalhadores participarem das atividades propostas.

Inicialmente foram pensados como atores para participação dos Fóruns, os serviços envolvidos no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas e outros setores da sociedade com os quais seja possível alguma articulação de cuidado ou vínculo.

Propõe-se que os Fóruns aconteçam a cada dois meses. É indicado que uma pessoa ou equipe fique responsável pela articulação dos encontros, pelos contatos com os dispositivos envolvidos, confirmando datas, local, confirmando a participação das equipes, averiguando os temas a serem abordados e organização da programação. Em alguns municípios há a presença do profissional articulador de rede; pode-se pensar a viabilidade de um profissional assumir esse papel.

A proposta de criação dos Fóruns será discutida com as equipes dos serviços possibilitando uma criação mais coletiva.

Sugere-se que seja criada uma forma de avaliação do processo junto às equipes envolvidas, e que essa avaliação seja semestral.

### **4.3 Imersões de Profissionais nos Serviços**

Como estratégia de capacitação, educação permanente e visando aproximação e articulação entre os dispositivos, propõe-se a realização de pequenas imersões de profissionais nos serviços. Haverá inicialmente uma reunião com os gestores dos serviços envolvidos (CERSAM AD e unidades básicas), sensibilizando-os em relação à importância das imersões e dos ganhos a serem obtidos com sua realização. É importante que a referência técnica do distrito Pampulha também esteja presente nessa reunião para contribuir com as pactuações que forem realizadas. Será necessário firmar com os gestores o compromisso de permissão para os trabalhadores participarem das atividades propostas. Posteriormente será realizada reunião com as equipes envolvidas para sensibilização e pactuações.

Propõe-se que seja criado um cronograma com um calendário para que um pequeno grupo de profissionais (dois ou três) visite outro serviço e possa vivenciar um dia ou um turno de trabalho neste. O cronograma de vivências e definição de categorias e quantidade de profissionais será determinado a partir de análise da dinâmica e realidade de cada serviço. É interessante que os profissionais da APS possam conhecer como funciona a rotina do CERSAM AD, tipo de casos atendidos, funcionamento, procedimentos, assim como os profissionais do CERSAM AD conhecerem a realidade do trabalho nas UBS. Considera-se que as vivências propiciam oportunidade de contatos, experimentação, apropriação e ganho de conhecimentos.

Sugere-se que após o período de imersões seja criada uma forma de avaliação do processo juntamente aos profissionais que participaram e equipes envolvidas.

## 5. Resultados Esperados

Através do desenvolvimento das proposições elencadas ao longo deste Projeto de Intervenção espera-se que: ocorram melhorias no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas na regional Pampulha; as equipes da Atenção Primária se apropriem mais dos cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, ficando assim mais inteiradas e engajadas nessa temática; outros setores e dispositivos ampliem seu envolvimento a partir dos Fóruns Intersetoriais, fomentando as discussões sobre as temáticas relacionadas a álcool e outras drogas e outras temáticas que envolvem o cuidado e a realidade dos usuários, fortalecendo assim a articulação e parceria com outros setores; o CERSAM AD consiga participar mais de ações territoriais, acolher os usuários e operacionalizar o direcionamento para outros setores, com a finalidade de buscar parcerias de cuidados; cada serviço possa compreender melhor o trabalho e a realidade do outro, possibilitando conversas, articulações, encaminhamentos qualificados e o compartilhamento do cuidado.

Por fim, após o percurso de trabalho aqui proposto, pode-se dizer que a perspectiva deste projeto é a criação de uma rede mais fortalecida e eficaz para os cuidados aos usuários de álcool e outras drogas. Considerando que a atenção psicossocial faz um convite ao trabalho no território, faz-se necessária a discussão e implantação de estratégias não centralizadas, intersetoriais e compartilhadas.

Há que se considerar, no entanto, que na situação atual os recursos humanos existentes no CERSAM AD Pampulha podem se configurar como um fator impeditivo ao bom desenvolvimento das atividades/ações aqui propostas, uma vez que a unidade vem prestando serviço a três regionais de BH, abrangendo um vasto território, com quantidade insuficiente de profissionais para o atendimento das demandas que se apresentam, gerando assim uma sobrecarga de trabalho.

Ressalta-se, dessa forma, a importância da ampliação dos serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas em Belo Horizonte e adequação de recursos humanos para que a viabilidade deste e outros projetos que visem a melhoria do cuidado seja possível.

## Referências

ALBUQUERQUE, C. S. et al. Desafios para à atenção integral aos usuários de drogas na “RAPS” de Iguatu: entre a precarização e fragmentação e à expansão da rede de cuidado. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, São Luís. Anais... São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2015. CD-ROM.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. Esc. Anna Nery Rev. Enferm., Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 655-662, dez. 2007.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Áreas de abrangência dos Centros de Saúde. Disponível em: <<http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/estrutura-territorial/areas-de-abrangencia-dos-centros-de-saude>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Circular Conjunta n. 01, de 13 de novembro de 2003. Brasília, DF, 2003.

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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, n. 247, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Série E. Legislação em Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. nº 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional da Saúde Mental. Abordagens terapêuticas à usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 18 p.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CECCIM, R. B. A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. In: LOBOSQUE, A. M (Org.). *Caderno Saúde Mental, Os Desafios da Formação*. Belo Horizonte: ESP MG, 2010. v.3, p. 67-90.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersectorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010. 426 p.

DELGADO, P. G. G. Reforma Psiquiátrica. In: GRIGOLO, T. M.; MORETTI-PIRES, R. O. (Org.). *Políticas de saúde mental e direitos humanos*. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. p. 11 - 28.

DRUMMOND JUNIOR, M. A. Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde: investigando uma experiência de saúde mental na Atenção Básica. 136 f. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Sinopse do Senso Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. Distinção conceitual: Educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE O TRABALHO NA ENFERMAGEM, 2., 2008, Curitiba. Anais... Curitiba: ABEnPR, 2008.

ONOFRE, E. et al. A construção de um trabalho intersetorial. In: SOUZA, A. C. et al. *Entre Pedras e Fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016. 381 p.

PAULA, M. L. et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicol. Estud.*, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, jun. 2014.

RAMALHO, L. E. G. As diretrizes estaduais no Atendimento ao Dependente Químico pela Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais. *Revista de APS*, v. 14, n. 2, p. 207-215, abr. 2011.

SOUZA, A. C. et al. A conformação da rede de atenção à saúde e sua importância para a garantia de uma atenção integral aos usuários de drogas. In: SOUZA, A. C. et al. *Entre Pedras e Fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016. 381p.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde Debate*, v.32, n. 78, p. 27-37, jan. 2008.

# Entre curvas e tropeços: possibilidades. Um relato de experiência do CAPS de São Gonçalo do Rio Abaixo

Ronnara Kelles Ribeiro

## Introdução

**E**ste artigo consiste no relato da experiência de construção da proposta terapêutica do Núcleo Psicossocial Peixe Vivo (NPPV) para as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no município de São Gonçalo do Rio Abaixo, em Minas Gerais. Neste relato, buscaremos apresentar como o NPPV, que é um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), passou por uma reestruturação, que envolveu a ampliação da equipe técnica e readequação das oficinas terapêuticas, para incluir no seu cotidiano o cuidado às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

São Gonçalo do Rio Abaixo é um município com cerca de 11.500 habitantes, distante a 80 km da capital mineira, faz divisa com os municípios de João Monlevade, Itabira, Barão de Cocais, Santa Bárbara, Bom Jesus do Amparo e Rio Piracicaba. Cerca de 45% de sua população reside na zona rural e a mineração, desde 2005, é a principal fonte econômica. Anteriormente, a agropecuária era a principal fonte de arrecadação do município e nos dias de hoje o poder público municipal é o principal empregador, direta e indiretamente.

Na rede de saúde mental, a integralidade - que é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) - e a Lei Nº 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica Brasileira - que estabelece em seu artigo segundo que o tratamento deve ser realizado preferencialmente em serviços comunitários - orientam a proposta de atenção (BRASIL, 2001). A consideração dessas premissas, tanto pela gestão quanto

pelos trabalhadores de Saúde Mental, permitiu fazer uma crítica da demanda por internação em comunidades terapêuticas que passou a se apresentar de maneira mais consistente, a partir do ano de 2012, no município. Uma inquietação sobre o que poderia ser feito para que as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas pudessem ser atendidas no território, nos espaços públicos de atenção se apresentou na rede. Diante disso, a gestão e os trabalhadores de saúde mental de São Gonçalo do Rio Abaixo optaram por reestruturar o NPPV, que já atendia ambulatorialmente e com oferta de oficinas os adultos portadores de sofrimento mental e as crianças e adolescentes com diversas demanda, de maneira a ampliar o acesso ao cuidado às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A experiência de São Gonçalo do Rio Abaixo é ilustrativa da disputa existente no País, em torno das respostas sociais e políticas, dos discursos e das posições ideológicas que perpassam o campo da atenção na área de álcool e drogas, quais sejam: a abstinência, como meta única das ações de saúde quase sempre baseadas na internação e a redução de danos, que considera a abstinência como uma das metas possíveis, valoriza outros resultados (menos danos, menos riscos e mais vida) e que orienta os cuidados dos serviços de saúde do SUS.

O relato da experiência realizada pelo Núcleo Psicossocial Peixe Vivo (NPPV) buscou dialogar com a produção bibliográfica sobre os temas drogas, integralidade, política de drogas e assistência aos usuários e também contemplar informações sobre usuários encaminhados para Comunidades Terapêuticas, no período de 2011 a 2013, no município de São Gonçalo do Rio Abaixo. Tais informações foram construídas a partir de dados obtidos em relatórios técnicos do NPPV. Compreende-se que a experiência relatada apresenta uma dentre as diversas possibilidades de trabalho com pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas no CAPS I e pode contribuir para produção de novas compreensões e novas práticas de trabalhadores do SUS, usuários, familiares,

estudiosos e interessados na temática do uso problemático de álcool e outras drogas e nas saídas possíveis para uma atenção integral e no território, em municípios de pequeno porte.

### **A contextualização da Experiência: As políticas de atenção às pessoas em uso de álcool e outras drogas no Brasil**

Antes da formulação da Política do Ministério da Saúde para a Atenção integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003), os dispositivos da saúde mental pouco se apropriavam da responsabilidade pela atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Um vácuo assistencial se formou, contribuindo para o crescimento de instituições religiosas como as Comunidades Terapêuticas (CT). Tais instituições apresentam uma resposta, a internação, e utilizam métodos de tratamento que buscam inculcar nos usuários a culpa e a ideia de pecado como sinônimos da experiência de consumo.

Já a Política do Ministério da Saúde é orientada pela máxima da defesa da vida, preconiza a estruturação e o fortalecimento de uma rede de cuidados centrada nas necessidades das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. A Política valoriza a reabilitação e a reinserção social dos usuários, os dispositivos territorializados e articulados em rede, como lócus da assistência e a Redução de Danos (RD) como uma estratégia de trabalho e cuidado, mas acima de tudo, como diretriz ética da assistência (BRASIL, 2004).

Já o modelo da abstinência defendido pelas CT, de acordo com Rui (2014), propõe o afastamento dos usuários da cena de uso, a metodologia dos 12 Passos, característica de irmandades anônimas, a ênfase nas atividades de oração, de trabalho e de sessões contínuas de reuniões grupais que visam ressaltar que o indivíduo perdeu o controle sobre si mesmo e, portanto, precisa de uma instância superior ou algo mais poderoso para reestruturar sua vida. A autora, em sua descrição da metodologia adotada pelas CTs, evidencia o quanto alguns dos pilares adotados por essas instituições se constituem como o avesso da proposta do SUS, que não impõe a abstinência como objetivo final das ações de saúde.

A adoção de uma concepção ampliada de redução de danos, proposta pela Política do Ministério da Saúde, mais do que um contraponto à abstinência, pode-se constituir em uma estratégia de atenção inclusiva, ao propor um trabalho com pessoas que não querem, não podem ou não conseguem se abster do consumo de álcool e outras drogas, mas que desejam reduzir os agravos ocasionados pelo uso abusivo de álcool e de outras drogas.

### **A atenção a pessoas em uso problemático de drogas em São Gonçalo do Rio Abaixo**

O Núcleo Psicossocial Peixe Vivo (NPPV), serviço de saúde mental do município, atende a portadores de sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas em reabilitação.

Além deste serviço, outros serviços compõem a rede de atenção à saúde: cinco equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), um Pronto Atendimento, um Centro de Especialidades em Saúde (CES), o (NPPV), a Associação dos Usuários do Núcleo Psicossocial Peixe Vivo (ASSUNPPE). O município conta ainda com um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), uma Casa Lar, um Conselho Tutelar, Conselhos Municipais e Associações parceiras.

O NPPV, a princípio, funcionava com atendimento ambulatorial e oficinas terapêuticas e de socialização abertas ao público em geral. Em 2012, deu-se início à implantação da modalidade de Permanência Dia (PD) para casos graves em crise ou em situação de risco. A experiência do serviço na promoção da saúde e no cuidado aos portadores de sofrimento mental, mesmo sem uma perspectiva de habilitação no Ministério da Saúde como CAPS, possibilitou ao NPPV ampliar as possibilidades de circulação dos usuários pelo território, como, por exemplo, em oficinas itinerantes, em apresentações culturais, na participação em feiras e eventos no município e fora. Em 2015, o NPPV foi habilitado como CAPS I pelo Ministério da Saúde.

A ASSUNPPE foi fundada no dia 18 de maio de 2009 e tem

sido um importante instrumento de criação de novas oportunidades de inserções para os usuários assistidos pelo NPPV. Alguns usuários, por exemplo, trabalharam através de convênio com a Prefeitura Municipal na limpeza de carros da Secretaria Municipal da Saúde, no ano de 2015. Outros usuários trabalharam na produção de tempero para a merenda escolar, outros na oficina de costura, outros realizando oficinas de socialização para outros usuários da saúde mental. Dessa forma a Associação não só cumpriu uma contrapartida no convênio, mas produziu impactos importantes em toda uma cadeia social, favorecendo uma convivência mais próxima entre as pessoas da comunidade em geral e as pessoas com sofrimento mental grave e, também mais recentemente, as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O NPPV, em todo seu período de funcionamento, manteve a perspectiva de fazer do território espaço de encontros e de descobertas, de produzir saúde para além das fronteiras dos consultórios, buscou sempre sustentar a oferta de várias oficinas, afirmando possibilidades de cuidados aos portadores de sofrimento mental e às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Porém, este último público procurava pouco o serviço e, quando o fazia, demandava internação em comunidades terapêuticas (CT) ou simplesmente algum cuidado pontual sem desejo de se vincular a uma proposta mais abrangente.

Até 2011, o NPVV não fazia uma oferta específica e objetiva de atenção para as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e os mesmos recebiam atendimentos ambulatoriais. Diante de uma demanda importante desses usuários, dois movimentos começam a se estabelecer no município: a gestão municipal decide firmar convênios com comunidades terapêuticas buscando atender à demanda espontânea de usuários que desejavam a internação nessas instituições; a equipe do NPVV começa a se questionar sobre os motivos pelos quais os usuários que procuravam o serviço não se vinculavam e também a buscar uma práxis de respeito à subjetividade e a cidadania desses usuários, traduzidas na construção dos projetos terapêuticos diferenciados.

## **A atenção nas comunidades terapêuticas**

Alguns dados dos relatórios técnicos do NPVV permitem realizar uma leitura da experiência de atenção nas comunidades terapêuticas, fora de espaços públicos de atenção do município. Dos 174 usuários atendidos no período de 2011 a 2013, 14 demandaram espontaneamente atendimento em Comunidades Terapêuticas, sendo encaminhados para este modelo pelo convênio municipal. Desse total, três desistiram antes do ingresso na CT. Dos onze usuários que iniciaram o acompanhamento nas CTs somente um concluiu o período preconizado de permanência nesse dispositivo. E todos voltaram ao uso de álcool e outras drogas em poucos meses, inclusive o que passou pela CT.

A experiência dos usuários nas CTs parece não confirmar a expectativa social de que a internação seria a forma mais efetiva de cuidado às pessoas usuárias de drogas pois foi possível constatar que entre os usuários que buscavam internação, vários desistiam num curto intervalo de tempo ou não concluíam a proposta programada pela CT.

É importante destacar que a equipe do NPVV sempre se manteve comprometida em assistir o público no território, mesmo quando os usuários buscavam a CT fora do município. A Referência Técnica do usuário no NPVV não deixava de realizar visitas nas CT e quando os usuários retornavam ao município, um novo acolhimento era feito, buscando reinseri-los no serviço, bem como construir novos projetos terapêuticos.

Nos anos de 2014, 2015 e 2016, três usuários, sendo um em cada ano passaram pelo dispositivo de comunidade terapêutica por demanda espontânea e sem intermediação do serviço de saúde mental ou do convênio municipal.

## **A atenção no Núcleo Psicossocial Peixe Vivo: O esforço da sustentação da inclusão e do cuidado**

O Núcleo Psicossocial Peixe Vivo, desde sua criação, manteve a oferta de atendimento ambulatorial e de oficinas terapêuticas e de socialização às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Mesmo havendo a oferta permanência dia (PD), os

usuários não apresentavam interesse em permanecer no serviço.

Diante da proposta de atendimento em comunidades terapêuticas, os trabalhadores e gestores foram provocados a repensar sua práxis pois percebiam que a atenção a usuários de drogas no município estava se distanciando dos princípios da Atenção Psicossocial e do SUS. Esta situação fez com que a gestão de Saúde Mental e os trabalhadores procurassem estudar, pesquisar, realizar encontros, conhecer melhor os interesses dos usuários, ampliar a equipe, capacitar os trabalhadores, diversificar a oferta de oficinas e dialogar constantemente com o território. Esse processo foi importante para que o serviço fosse encontrando maneiras para fazer caber no mesmo espaço as pessoas portadoras de sofrimento mental e as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Todo esse processo fez com que a equipe construísse estratégias de cuidado que pudesse contemplar as particularidades das pessoas usuárias de drogas. A oferta de oficinas terapêuticas, sempre priorizada no serviço, foi adotada como estratégia para possibilitar abordagem e vinculação das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ainda que algumas modificações tenham sido necessárias. Este público se constituía, majoritariamente, por homens e as oficinas existentes atraíam mais as mulheres portadoras de sofrimento mental, o que levou o serviço, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde, a adquirir novos materiais como, por exemplo, uma mesa de jogos (sinuca e totó) e a estabelecer parcerias com as Secretarias Municipais de Esportes e de Cultura. Com a Secretaria de Esportes, a parceria possibilitou a aquisição de rede e petecas, além de baralhos, jogo de dama, xadrez entre outros. Com a Secretaria Municipal de Cultura, foi possível articular a realização de atividades literárias, passeios e de festas juninas, bem como a inclusão das apresentações artísticas dos usuários no calendário municipal.

No processo de reformulação do serviço para incluir a atenção às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras

drogas, os trabalhadores observaram ainda que muitos usuários só davam conta de expressar suas mazelas e angústias sob efeito de substâncias psicoativas. Em abstinência, pouco aparecia da fala, da subjetividade. Foi preciso que a equipe fizesse uma escuta para utilizar novas estratégias que fomentassem a construção de laços dos usuários com o serviço e com os outros, ou seja, a expansão da clínica para além do consultório, dos muros do serviço, favoreceu uma maior circulação e expressão dos usuários em diferentes espaços sociais.

Acolher cada caso como único é imprescindível para a nossa práxis, haja vista que, para construirmos saídas com os usuários é importante que o profissional receba o sujeito com toda a sua história, com toda a bagagem despindo-se de seus valores pessoais, intervindo de forma respeitosa e cuidadosa para que faça sentido e não se torne uma reprodução de atos, uma vez que o usuário de drogas é antes de tudo um sujeito, um cidadão.

Outro dado importante no processo de readequação do serviço foi a ampliação da equipe, com a incorporação de mais um psicólogo. Este profissional fez uma especialização na área de álcool e outras drogas pela FHEMIG e desde 2014 realiza uma oficina de futebol em uma quadra externa ao CAPS. Nota-se que sempre que o serviço organiza atividades externas, passeios, jogos, há uma integração maior dos usuários com situações de prazer e possíveis no cotidiano.

Tais adequações introduziram no serviço e para as pessoas atendidas a possibilidade de descoberta de outros modos de satisfação diferentes da droga, bem como a invenção de respostas da equipe além do atendimento individual. Tudo isso teve como efeitos a apropriação do serviço pelos usuários, a criação de estímulos para inserção de novos usuários no serviço e a superação do constrangimento em buscar ajuda, a partir da percepção de que a abstinência não se constituía como prescrição e norma e, acima de tudo, o reconhecimento de que o serviço era o lugar onde eles poderiam encontrar um lugar de acolhimento e cuidado. Um usuário, em uma ocasião nos disse: “eu vim pra cá porque hoje não tem jeito e vocês cuidam da gente”. Essa fala nos levou a pergunta: como ofertar

cuidados para sujeitos que se drogam?

A integralidade parecia-nos ser o caminho, apesar de que quando estávamos neste processo de readequação das práticas do serviço não era claro para a equipe um marco teórico. O que nos motivava era o desejo e uma vontade grande de cuidar daquelas pessoas que se apresentavam cotidianamente, ora intoxicadas, ora abstinentes. Nasi et al. (2009) propõem que a integralidade seja considerada um articulador de diferentes olhares que permitem a (re) invenção da saúde, a partir de ótica mais flexível, criativa, que agrega diferentes saberes e modos de intervenção. Pinheiro e Mattos (2009) propõem que a integralidade seja adotada como prioridade na política de saúde, favorecendo a utilização de estratégias inovadoras de cuidado, bem como a uma melhor articulação dos gestores do SUS com os trabalhadores e os usuários do sistema. A atenção, pautada pela integralidade, passa por modificações para assegurar agilidade e eficiência frente às necessidades da população.

O NPVV, por meio de reuniões mensais de matriciamento, procura fazer uma articulação com os demais dispositivos da saúde para que o usuário seja visto de forma integral e não somente com uma demanda fracionada de saúde mental, propondo ações compartilhadas entre a Atenção Primária e o CAPS I. Compreendemos que muitos dos sintomas apresentados revelam um vazio, um conjunto de vulnerabilidades sociais que colocam a necessidade de expandir a rede, construindo formas mais rápidas e efetivas de interlocução.

Com a Reforma Psiquiátrica, o modelo de atenção busca afirmar profundas e importantes reformulações orientadas pela Atenção Psicossocial, busca implantar ações que preconizam a integralidade e o respeito à singularidade dos usuários, o cuidado em liberdade, a redução de danos e a reabilitação psicossocial.

As oficinas do NPPV funcionam como estratégias de reabilitação psicossocial dos usuários, são espaços que fortalecem a convivência entre os participantes, ocorrem na própria unidade, nas quadras e em outros espaços da comunidade. Elas se constituem também como importante estratégia de atenção, posto que articulam

o cuidado integral com a promoção da saúde. Auxiliam no processo de socialização, fortalecendo vínculos e favorecendo a geração de trabalho e renda e também a inserção nos dispositivos comunitários da cultura e do esporte, entre outros. Oferecem contribuições importantes para que os usuários se tornem mais protagonistas em suas vidas.

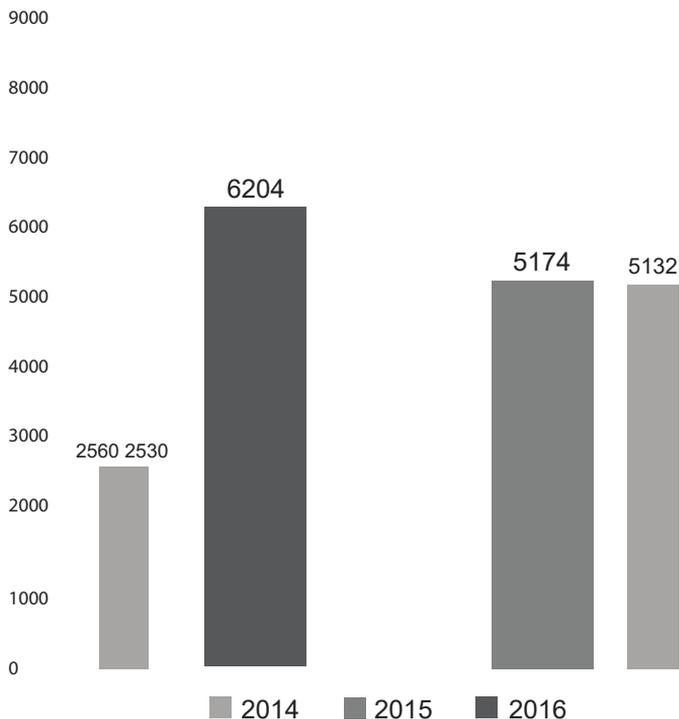
Também na ASSUNPPE, além das atividades de geração de trabalho e renda, foi criado um espaço de organização civil, social e cultural que amplia os horizontes para a construção de uma nova identidade para além do rótulo de dependente ou doente mental, isso pode ser observado quando a entidade participa de feiras e eventos que fazem parte do calendário regional.

Pode-se afirmar que em São Gonçalo do Rio Abaixo, os trabalhadores da saúde mental vem buscando criar, junto aos demais dispositivos da rede SUS e da rede intersetorial, uma postura cuidadora e ética frente aos usuários que usam drogas, em uma cultura que ainda é marcada por um viés higienista e moralista. O termo cuidado mostra-se mais adequado para ilustrar o que tem sido feito. Cuidar nos possibilita pensar em estratégias para além da psicopatologia e do alívio dado pelos fármacos, haja vista a complexidade de problemas e agravos ocasionados com o uso abusivo de álcool e outras drogas que têm a sua origem nem sempre por uma questão biomédica, mas se apresenta de forma multifacetada. A compreensão de que o centro do cuidado deve ser o sujeito, seus problemas e suas necessidades - e não somente o seu diagnóstico - favorece um olhar integral na atenção às pessoas em uso problemático de drogas. Reconhecemos que o proibicionismo apresenta impactos importantes para os sujeitos, uma vez que dificulta o acesso das pessoas que não conseguem, não podem ou não querem parar de usar drogas aos dispositivos públicos de tratamento, criando barreiras ao acesso ao tratamento e às chances de diminuição dos riscos que o uso abusivo de drogas comporta. O NPPV, ao optar por não impor a abstinência como condição ou meta da atenção, facilita o acesso ao cuidado e o estabelecimento de vínculos terapêuticos. Dessa maneira, favorece a

produção de novas identidades e lugares às pessoas com sofrimento mental ou usuárias de drogas.

A ampliação do acesso ao cuidado pode ser observada no gráfico abaixo. Podemos observar respectivamente o número de atendimentos em AD e saúde mental nos anos de 2014, 2015 e 2016.<sup>1</sup>

Gráfico 1: Quantidade de atendimentos ao ano por tipo



Fonte: Relatório Técnico Núcleo Psicossocial Peixe Vivo

O Núcleo Psicossocial Peixe Vivo conta com 140 usuários de álcool e outras drogas e 674 usuários portadores de sofrimento mental (moderados a graves) atendidos na unidade. Do total de 814 usuários, 355 são do sexo masculino e 459 do sexo feminino, porém, o que observamos no gráfico é que apesar do número de usuários da saúde mental ser bem

<sup>1</sup> Fonte: Relatório Técnico Núcleo Psicossocial Peixe Vivo

superior ao de usuários de álcool e outras drogas o número de atendimentos acaba sendo maior para este último público no que tange a demanda por atendimento clínico, atividades em grupos, atendimento ambulatorial e permanência dia. Temos mais de 1700 usuários cadastrados. Esses usuários foram atendidos ao longo dos outros anos e após estabilização do quadro clínico foram encaminhados para a Atenção Primária. Cerca de 170 usuários, 10% do total de inscritos, totalizam o número de óbitos, mudança de cidade e abandono do tratamento.

### **Considerações finais**

Há muito que se avançar e consolidar na construção de propostas de atenção a usuários de drogas no SUS, mas há que se considerar que é no território que o usuário circula e é lá que estão os recursos que podem favorecer os laços e os enlaces das relações cotidianas. O desenvolvimento de práticas no território, utilizando seus recursos é uma marca da experiência de São Gonçalo. O município não recuou em estruturar localmente a rede de saúde para atender no território os usuários que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Partindo-se de uma perspectiva comunitária, considerando-se ainda os direitos e as escolhas que os usuários fazem, bem como o compromisso dos trabalhadores de saúde em promover cuidados e fazer avançar os princípios da Reforma Psiquiátrica, foi possível construir uma proposta de atenção pautada pelo princípio da integralidade. Salientamos que para a efetivação de uma rede de saúde mental que seja capaz de promover a autonomia, respeito à dignidade e a liberdade, reinserção social dos seus usuários e a almejada consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é necessário muito mais que portarias e legislações. É necessário criar

serviços de bases territoriais e articulá-los em rede, é necessário construir o envolvimento dos atores que a compõem, ou seja, trabalhadores, usuários, familiares e comunidade. A atenção no território em São Gonçalo do Rio Abaixo, em contraponto aos dispositivos fechados mostra-se uma resposta exitosa e fomentadora de possibilidades de promoção da saúde, ao ofertar cuidados singulares e criar espaços para a invenção de saídas pelos sujeitos ante os tropeços e contingências próprias à experiência da vida.

Parece-nos também ser um ponto importante a escolha do NPVV de orientar seu trabalho pela oferta de projetos terapêuticos singulares, que buscam ajustar-se às demandas e necessidades dos usuários que chegam à unidade, percebendo cada sujeito como único, respeitando suas escolhas e assumindo com ele o compromisso de buscar práticas que promovam sua saúde e respeitem os direitos de cidadania. Se em um primeiro momento, o usuário pode não se sentir pronto ou desejoso de buscar ajuda, é importante que ele possa reconhecer nos pontos de atenção um lugar de acolhimento. Cabe, portanto, aos trabalhadores, independente das escolhas que os usuários façam estarem atentos, aptos e dispostos a ofertar cuidado integral e a estreitar os laços com a rede em um diálogo constante e em uma relação de cooperação mútua. De outro modo, corremos o risco de promover adaptação à norma e não o cuidado singular em saúde.

## Referências

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2001.

BRASIL. Lei nº 11.343 de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF, 2003. v. 2. 2004.

NASI, C. et al. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 147-152, jun. 2009.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.

RUI, T. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

## Construções no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas no Centro de Referência em Saúde Mental de Venda Nova

Renata Cristina de Souza Ramos

Nayanne Lopes Figueiredo

“As drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes.”

Antônio Nery Filho

**E**m tempos difíceis em que ainda é necessário defender o óbvio, onde a democracia corre riscos, onde os direitos de cidadania são despidoradamente desrespeitados, a defesa do SUS e a continuidade da Reforma Psiquiátrica se tornam imperativo. Escancarada à nossa frente, está também a necessidade contínua de recriar os processos de cuidado (e toda a sua complexidade), para garantir que a política de saúde se efetive no cenário instalado pela contemporaneidade. A lógica totalitária volta a nos assombrar, vai avançando e ameaçando a todos, ora de forma escancarada, ora de forma velada. A legitimação da violência e da perdas de direitos, a retirada de bebês de suas mães, a política higienista, a diminuição de recursos do SUS, o número alarmante de treze milhões de desempregados, a guerra às drogas, são situações que nos causam indignação.

Estamos vivenciando um momento de escuridão no horizonte, que tende a nos entorpecer e nos fazer perder. É muito fácil se perder na escuridão. É preciso cuidado para o caos não ser grande demais, mas ser propulsor de mudanças. Nietzsche (1989) dizia: “é preciso um pouco de caos dentro de si, para dar à luz uma estrela dançante”. E esta é uma questão vital: como encontrar um ponto de resistência que

nos permita afirmar a liberdade, a garantia dos direitos de forma que o caos tenha para nós uma função, não de inércia, mas de surgimento de estrelas dançantes, que resistem em meio a qualquer escuridão.

Acreditamos que a resposta passa pela pluralidade. É na construção de alianças que conseguimos extrair elementos para o fortalecimento de estratégias de resistência. É preciso lembrar que a diversidade sempre esteve presente no campo da Reforma Psiquiátrica e principalmente no campo do debate do uso de álcool e outras drogas. Mas é justamente na diversidade que vamos ampliando espectros. Nunca tivemos um cenário totalmente harmônico, sempre houve e sempre haverá divergências de opiniões, conflitos, disparidades, resultantes de entendimentos diversos sobre os mais variados tópicos. E não é diferente no que diz respeito ao uso de álcool e outras drogas, pois sempre vem à tona a dicotomia abstinência versus Redução de Danos. Manter o debate e as divergências em aberto, mas com possibilidades reais de discussão, e de enfrentamento é muito mais importante do que buscar falsos consensos. O que nos aproxima e também nos afasta, tanto no trabalho quanto na vida, é um exercício fundamental de aceitação das diferenças e de tolerância.

O Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) de Venda Nova é um CAPS III, da Rede de Saúde Mental – SUS BH. Está localizado na Regional de Venda Nova, fazendo parte de um dos 09 distritos da cidade de Belo Horizonte. É referência para uma população de aproximadamente 242.341 habitantes (IBGE, 2000). É composto por vários profissionais, de várias categorias: psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacional, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem motoristas, porteiros, assistentes administrativos, auxiliares de serviços gerais, gerente.

O uso prejudicial de álcool e outras drogas por portadores de transtorno mental grave tem se apresentado como mais um desafio na condução dos casos. Cada vez mais, os usuários deste serviço têm apresentado uso frequente e às vezes prejudicial de álcool e outras drogas, fazendo com que nós, profissionais, passemos a nos

interrogar acerca de novas ofertas.

Muitos trabalhadores do CERSAM Venda Nova, bravamente resistem, mantem-se persistentes na proposta do cuidado singular e, mais do que isso, buscam ofertar cuidados sob a perspectiva da política de Redução de Danos. A nossa lida é com o sofrimento humano e com as saídas dos sujeitos diante dele.

Mesmo possuindo na instituição bravos defensores da política de Redução de Danos, e mesmo depois de quinze anos de assistência, ainda encontramos barreiras na equipe, em relação ao cuidado desses usuários. Alguns discursos, de intolerância, de desconhecimento, de dificuldades e de impotência ainda permeiam o cotidiano das ações, o que pode ser exemplificado nas frases recolhidas abaixo:

“... só vem aqui para usar drogas...”

“... isso não é crise...”

“... só vem aqui para vender drogas...”

“... está sob efeito de droga... vai entrar alcoolizado?”

O eco produzido por essas palavras nos convocou a pensar possibilidades extras de cuidado a esses usuários e nos permitiu pensar também, o que há a ser tratado em nós mesmos. O evidente e não raro embaraço do trabalhador diante das questões decorrentes destes casos, aponta que ainda temos muito que construir sobre autonomia, direitos humanos, ética e vulnerabilidade social. Trabalhar na perspectiva de Redução de Danos ainda ressoa para alguns como uma perspectiva de incentivo ao consumo ou à continuidade do consumo de drogas.

No seu conceito mais estrito, é preciso afirmar de acordo com Andrade (2001) que: “Redução de Danos é uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas”. Sustentar que esta perspectiva representa um importante enfrentamento aos mecanismos de exclusão e estigmatização ainda é um desafio.

Para enfrentar essa questão e fortalecer o cuidado, como uma

das estratégias, foi pensado um grupo em que usuários e trabalhadores tratassem de assuntos diversos, relacionados ao cuidado à saúde do corpo e da mente quando se faz uso prejudicial de álcool ou drogas. O grupo foi proposto e pensado pela gerente da unidade, por uma médica, e uma enfermeira, que foram as facilitadoras. Na primeira reunião de planejamento, tivemos a certeza que diante do encontro com o outro não há planejamento possível, apenas possibilidades. Pensamos e planejamos então apenas os dias e horários, e acordamos que os encontros teriam como premissa ofertar novos espaços de falas e de circulação da palavra. Os usuários foram convidados pelos técnicos de referência para participar, tendo como critério inicial o uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Logo em nosso primeiro encontro, sob as copas das enormes árvores que dão cor e frescor ao quintal, ali sentados no chão, sob o vento da tarde, ficou claro que faltava este espaço no CERSAM. Rapidamente os usuários compartilharam suas vivências, questionamentos, receios e indignações tão confortavelmente, que chegou a nos espantar. Precisavam muito falar de forma leve, sem cobranças, fora das consultas, fora de um tratamento prescrito. Apenas uma troca. Simples. E nós não podíamos recuar. A partir do primeiro encontro, o próprio grupo foi traçando o seu perfil, ficando os usuários mais organizados. Os usuários em situação de crise participavam de forma mais esporádica. Assim, rodas de conversa tomaram corpo e se delineararam com o jeito, a expertise e o bom humor daquele grupo, mesmo com a loucura permeando e trazendo situações inusitadas.

Em alguns encontros foi possível ter momentos de desconcentração, sempre aliando as conversas com uma pipoca, uma bala, um chocolate, oferecido pelas facilitadoras. Em meio à prosa e cantoria, regado por rodada de violão, percebemos a importância de ofertar um algo a mais e a buscar um aumento do repertório de discurso para esses usuários já tão excluídos.

As histórias destes sujeitos, quase todas marcadas por violação de direitos, miséria e abandono dizem muito do modo como eles se organizam na vida. Algumas vezes, correndo ao encontro

da morte e noutras, teimosamente, zombando dela. Atravessamos esses circuitos velozes e devastadores, propondo uma pausa para “fazer um corre” pela própria saúde. Alguns relatos foram marcantes nos encontros, verdadeiros ensinamentos de vida como podem ser exemplificado abaixo:

“... Esse negócio de redução de danos é como se fosse uma escada, né?! Que a gente vai subindo o quanto consegue para saber a hora de parar para não cair e morrer...”;

“... Parece que para as pessoas, quando a gente usa droga não tem mais nada, a gente é só droga...”

“... Antes eu chamava isso de Grupo dos Noiados, agora sei que é Grupo de Redução de Danos. Para a gente cuidar melhor da gente mesmo...Hoje sei bem o que uso e os efeitos...”

“... A confiança mesmo a gente perde... e é preciso fazer muito mais pra recuperar. Você tem sempre que fazer mais e recebe muito menos...”

“... Parece cocaína mas é só tristeza... essa música é minha cara...”

Seguimos como multiplicadores de uma prática sustentada por ética e delicadeza, com empoderamento e efetivação de cidadania. Em meio a improvisos constantes, pensamos em “saídas” (e saímos), orientadas pelo contorno deste coletivo. Um dos encontros ocorreu em uma Sorveteria, pois alguns queriam tomar açaí e não se sentiam a vontade para sozinhos, frequentar os lugares do bairro. Estavam tão acostumados com a segregação, com os escombros, com os lugares sombrios e distantes, que não se sentiam dignos, demonstrando um não pertencimento à sociedade. A ruptura com a cidade e a dissociação de vínculos sociais é marcante. Frequentar alguns lugares sem se sentir excluído, estranho, foi uma fala recorrente, sendo necessária uma mediação para uma reapropriação do próprio bairro. Para amenizar os efeitos do rompimento de laços sociais faz-se necessário

muito investimento. A ampliação de novas possibilidades demonstra a potente definição construída por Lancetti (2009), no livro *Clínica Peripatética*, que aponta a Redução de Danos como “ampliação de vida”. A partir do momento que se trabalha nessa lógica, há a oferta de construção de melhorias, interferência na condição de saúde, na corresponsabilização, e em novas relações. É a verdadeira clínica em movimento: conversar, passear, cantar e tocar violão. Lancetti (2008) afirma que, embora o objetivo da redução seja reduzir os possíveis danos causados pelo uso de drogas, a Redução de Danos produz ao mesmo tempo uma ampliação de vida.

A reflexão feita pelo autor mostra alternativas possíveis que podem ser destinadas a pessoas já muito vulneráveis, inventando novas maneiras de estar com o usuário.

Reconstruir laços e buscar novas possibilidades é algo que deve fazer parte dos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. Um tratamento em um CERSAM se realiza com o proposto de melhorar a vida cotidiana e não exclusivamente reduzir o sintoma. Um cuidado em saúde mental que promova liberdade, autonomia e dê sentido à vida, inevitavelmente tem que passar pelo cotidiano dos usuários, pelas suas relações e por suas formas de inserção no lugar onde vive.

Foram realizados sete encontros, com duração de aproximadamente uma hora e meia. As intervenções realizadas no Grupo trouxeram um impacto muito positivo para alguns participantes, demonstrando que estamos no caminho certo. Mas teve um impacto importante também na equipe, demonstrando que mesmo absolutamente contra a corrente, apostamos no cuidado em liberdade para os “novos e indesejáveis loucos” desta sociedade. E que não vamos recuar diante dessa nova clínica, que nos desafia a buscar novas intervenções.

A clínica em si nos ensina e nos dá fôlego para ofertar novas possibilidades e para resistir e enfrentar as práticas de segregação. Resistimos de várias maneiras e com respostas variadas diante de cada situação.

Resistimos quando ofertamos intervalos de sono, hidratação e alimentação ao corpo exausto pelo uso devastador de alguma substância.

Resistimos quando inventamos formas de despertar no outro desejo de se cuidar, ainda que em muitas vezes, seja necessário emprestar um pouco do nosso próprio desejo para que isso seja possível.

Resistimos quando pensamos e executamos junto ao usuário, uma espécie de planejamento financeiro possível “pra não ficar no descontrole” mensalmente e “queimar tudo em pedras”. Vamos secretariando e tentando favorecer outras formas de se inserir no mundo.

Resistimos quando construímos projetos terapêuticos que podem funcionar como anteparo para a morte.

Resistimos quando articulamos os casos para garantir que os usuários não sejam trancafiados em instituições diversas, sob a justificativa de tratamento.

Resistimos preservando espaços onde é possível repensar a nossa prática diária.

Assim, vamos contrapondo o silêncio excludente pela proposta da invenção. Ainda temos mais perguntas que respostas, mais dúvidas que certezas, mais conflitos, que falsos consensos. E esperamos continuar assim, imbuídos de uma busca incessante e de uma aprendizagem que não encontramos em livros. A música que permeia nossa aprendizagem baseia-se nos acordes da cidadania, e na sinfonia de vida de cada usuário, pois assim, mesmo em tempos sombrios, decidimos sustentar a nossa ética e a nossa luta por uma sociedade melhor.

## Referências

ABRAMS, DB; LEWIS, DC. Prefácio. In: MARLATT,GA. *Redução de Danos*. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. XIII-XVI.

ALMEIDA, SP; SILVA, MTA. Sintéticas e recreativas e ilegais; drogas de uma “geração química”. In: SILVEIRA,DX; MOREIRA, FG. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Caderno de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 11, 2009.

ANDRADE, T. M.; LURIE, P.; MEDINA, M. G. et al. “The opening of South America’s first needle exchange program and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia-Brazil”. *Aids and Behavior*, San Diego, California-USA, v. 5, n. 1, p. 51-64, 2001.

BASTOS FI; MESQUITA, F. Estratégias de Redução de Danos. In: SEIBEL,SD; TOSCANO, Jr A. *Dependência de drogas*. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. p. 181-190.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em: 16 out 2017.

CRUZ, M. S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (Orgs.). *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel>>. Acesso em: 10 out 2017.

FLACH, L.M. Saúde e AIDS. *Boletim da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas*. - nº 32. Julho,1996.

Harm Reduction Coalition. (2002-2003) Harm Reduction Coalition. Disponível em: <<http://www.harmreduction.org>>. Acesso em: 16 out 2017.

International Harm Reduction Association. History and Founders. Disponível em: < <http://www.ihra.net/Historyand>>. Acesso em: 16 out 2017.

International Harm Reduction Association. What is harm reduction? Disponível em: <<http://www.ihra.net/Whatisharmreduction>>. Acesso em: 18 out 2017.

LANCETTI, A. *A clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2009.

MACRAE, E. Redução de danos para o uso da cannabis. In: SILVEIRA, D; MOREIRA, F.G. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 361-370.

NIETZSCHE, Friedrich. *Assim Falava Zaratustra*. Lisboa: Guimarães Editores, 1989.



# Redução de Danos: uma proposta de intervenção para o portador de sofrimento mental em uso abusivo de drogas no Centro de Referência em Saúde Mental de Venda Nova

Alessandra Vaneska Cotta Leles Borges  
Max Silva Moreira

## 1. Introdução

 Organização Mundial de Saúde (2010) considera que as pessoas com problemas de saúde mental preenchem os principais critérios de vulnerabilidade, pois são diariamente estigmatizadas e discriminadas, além de sofrerem violências física e sexual com maior frequência. Essas pessoas muitas vezes têm restritos seus direitos civis e políticos. A maioria delas enfrenta muitas barreiras para participar de simples atividades cotidianas, tais como frequentar uma escola e encontrar um emprego. Como resultado desses fatores, as pessoas com problemas de saúde mental são mais propensas a experimentar a incapacidade laboral e tendem à morte prematura em comparação com a população em geral.

Saraceno (2011) aponta que todos os países do mundo vivenciam problemas psicossociais e psiquiátricos e que para solucioná-los são fundamentais múltiplas ações de enfrentamento, que devem ser executadas pelos vários setores: sanitários, sociais, econômicos e políticos. De acordo com o autor, estima-se que mundialmente existam mais de 300 milhões de casos de transtorno afetivo, 32 milhões de casos de retardo mental, mais de 40 milhões de casos de esquizofrenia e 29 milhões de casos de demência, e no que tange a dependência de substâncias psicoativas, estima-se que existam cerca de 467 milhões de casos de dependência do álcool e 15 milhões de usuários de outras drogas.

Institutos internacionais de estudos epidemiológicos reconhecem que o abuso de substâncias psicoativas (SPA) de uso lícito é bem maior em relação às ilícitas. A OMS considera que 3,2% da mortalidade mundial está associada ao uso de álcool, em 1990 esse valor era de aproximadamente 1,5%<sup>1</sup>. Em relação ao uso de tabaco considera-se que 28% da população mundial faz uso pelo menos uma vez ao ano, o ultrapassa os valores relativos às SPA ilícitas (MEDINA et al., 2002).

Galduroz et al. (2005) constataram que, nas 107 maiores cidades do Brasil com população maior que 200 mil habitantes, o uso na vida de álcool é de 68,7%, configurando-se como a substância lícita mais utilizada, e o de tabaco é de 41,1% no total, considerando-se os residentes dessas cidades na faixa etária de 12 a 65 anos.

De acordo com estudo realizado por Nahas (2015), a prevalência do uso na vida de drogas ilícitas entre as pessoas com problemas de saúde mental foi 25,4% maior do que a população brasileira em geral. Uso que se relaciona com diversos fatores de risco e que tem prognóstico desfavorável.

Tedesco e Souza (2009) destacam que a redução de danos (RD) é uma perspectiva que investe sobre as experiências prejudiciais com a droga, ponderando que nem todas as experiências de uso são prejudiciais, que nem todos que possuem alguma relação com as drogas desejam parar de usar e que os prejuízos podem ser de diversas ordens, o que deve ocasionar ações em saúde diferenciadas, de acordo com a demanda de cada caso. Dessa forma, a redução de danos configura-se como uma possível estratégia de ação de saúde para pessoas que fazem uso abusivo de drogas, proporcionando aos usuários o vínculo, a fala e o acesso a cuidados que podem minorar os danos sofridos.

Nesse sentido, este projeto procura trabalhar a estratégia de redução de danos dentro de um serviço da Rede de Atenção Psicossocial do município de Belo Horizonte. Dentre seus objetivos específicos, o projeto pretende abordar o tema da redução de danos

---

<sup>1</sup> Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas - Tendências mundiais do consumo de SPA. Disponível em: <<https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/Observa/Artigo:EpidemiologiaDoConsumoDeSPAs:Cap2>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

junto aos usuários que fazem uso abusivo de drogas, possibilitando um espaço de problematização sobre o significado das drogas em suas vidas, a finalidade e a regularidade do uso, propiciando uma abertura para os vários significados a serem dados pelos próprios usuários, de acordo com as situações da vida de cada um.

Visando o aperfeiçoamento dos cuidados ofertados e do conhecimento das potencialidades e dos limites do serviço, pretende-se identificar informações como a procedência dos participantes do grupo, o tempo de uso da substância, os locais da oferta e do consumo no território e os locais de trânsito no distrito. Essas informações podem auxiliar o entendimento da questão nos contextos locais, para subsidiar a discussão com outros setores e políticas públicas envolvidos na assistência a essa população.

Destacamos a pertinência do desenvolvimento deste projeto, diante da grande incidência do problema do uso abusivo de drogas entre a população que frequenta o Centro de Referência em Saúde Mental Venda Nova (CERSAM VN), indicador de uma questão importante em todo Distrito Sanitário.

## **2. Descrição do cenário e público alvo**

O portal da Prefeitura de Belo Horizonte destaca que segundo dados do Censo 2010 do IBGE, a regional Venda Nova possui uma extensão territorial de 28,30 km<sup>2</sup> e população de 262.183 habitantes. Faz limite com as regionais Norte e Pampulha e com os municípios de Ribeirão das Neves e Vespasiano<sup>2</sup>. De acordo com o relatório intitulado Perfil sócio-demográfico da Regional Venda Nova, realizado pela CDL-BH em conjunto com a Fatec Comércio, a faixa etária predominante na regional é de 19 a 44 anos, equivalente a 68,34% da população, sendo 47,96% homens e 52,04% Mulheres<sup>3</sup>.

Dentre os equipamentos de saúde existentes nesta Regional, destacamos o Cersam VN, justamente por este abrigar o projeto de

---

<sup>2</sup> Situação socioeconômica de Venda Nova, disponível no site da Prefeitura de Belo Horizonte. <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=regionalvendanova&lang=pt\\_BR&pg=5486&tax=10042](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=regionalvendanova&lang=pt_BR&pg=5486&tax=10042)> Acesso em: 22 mar. 2017.

<sup>3</sup> Disponível em: <[http://www.cdlbh.com.br/midia/venda\\_nova.pdf](http://www.cdlbh.com.br/midia/venda_nova.pdf)> Acesso em: 22 mar. 2017.

intervenção proposto. O Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) é um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, para atendimento de urgência de portadores de sofrimento mental grave. É um serviço com equipe multidisciplinar, que visa o tratamento diferenciado e humanizado. O funcionamento é das 7 às 19 horas, todos os dias da semana, inclusive feriados.

Belo Horizonte tem CERSAM em todas as suas Regionais. Nos CERSAM o tratamento busca a estabilização do quadro psíquico, a reconstrução da vida pessoal, o suporte aos familiares, o convívio e a reinserção psicossocial. Todas as pessoas que comparecem ao CERSAM devem ser acolhidas e, após a avaliação inicial, podem ser indicadas para as seguintes modalidades de tratamento: hospitalidade noturna, permanência dia, atendimento ambulatorio crise ou encaminhamento para a rede de atendimento em saúde do município. O usuário pode permanecer no serviço pelo tempo necessário.

Na hospitalidade noturna é oferecida a oportunidade ao usuário de dormir no serviço, com a supervisão de uma equipe de profissionais da saúde. Na permanência dia, o usuário pode permanecer no serviço durante o dia, ser acompanhado e avaliado pela equipe de saúde de plantão. Já no ambulatorio crise, o usuário é atendido quantas vezes for necessário durante a semana, porém com horário agendado com seu técnico de referência. Além dessas modalidades acontecem atendimentos em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atividades de cultura e lazer.

Quando o usuário é inscrito no CERSAM, ele passa a ser acompanhado por um técnico de referência, que será o articulador do cuidado e do projeto terapêutico singular. Segundo Pinto *et al.* (2011), o projeto terapêutico é uma estratégia de cuidado que organiza as ações a serem desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, e é definido a partir da singularidade do indivíduo, e levando em consideração suas necessidades e o contexto no qual está inserido.

Em 2017, o CERSAM VN comemora 15 anos de existência. Atualmente possui em torno de 50 profissionais, dentre psiquiatras, clínico geral, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogos,

assistentes sociais, técnicos de enfermagem, administrativos e auxiliares de serviço gerais. É referência em urgência de saúde mental para 13 Centros de Saúde da Regional Venda Nova. Além das modalidades de atendimentos relatadas, possui em seu quadro de atividades: realização de Grupo de familiares, Lian Gong<sup>4</sup> com profissionais e usuários, caminhadas, passeios programados conforme as demandas dos usuários, festas comemorativas dos aniversariantes do mês e datas festivas (como festa junina e natal) e participação no Desfile do 18 de maio (dia da Luta Antimanicomial).

O público alvo deste projeto de intervenção são os portadores de sofrimento mental grave, em situação de crise, maiores de 18 anos, atendidos no CERSAM VN. Em sua maioria, esse público apresenta as seguintes características: baixa renda, baixa escolaridade, envolvimento em situações de violência e consumo abusivo de drogas lícitas e ilícitas.

O abuso de drogas é um problema muito grave, considerado frequente entre os usuários do CERSAM VN. O levantamento realizado pela gerência da instituição no segundo semestre de 2016, identificou que 44% dos usuários inscritos em permanência dia faziam uso abusivo de alguma substância (CERSAM VN, 2016). Entretanto, apesar de tal constatação, não existe nenhum projeto em desenvolvimento no Cersam VN para o atendimento específico a essa população, ainda que, por vezes, ele ocorra dentro do projeto terapêutico singular. Considerando a expressiva parcela de usuários consumidores de substâncias psicoativas (SPA) no CERSAM VN e a relevância do tema, torna-se oportuno o planejamento e conseqüente execução de projetos que abordem estratégias que minimizem os danos causados pelo uso abusivo de drogas com a população portadora de sofrimento mental grave.

---

<sup>4</sup> *Lian Gong em 18 Terapias* é uma prática corporal fundamentada na Medicina Tradicional Chinesa, especialmente desenvolvida para prevenir e tratar dores no corpo. A prática foi incluída pelo Ministério da Saúde (MS) como prática a ser oferecida à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo geral**

Implantar um grupo de Redução de Danos com os frequentadores da permanência dia (PD) e ambulatório crise<sup>5</sup> do CERSAM VN, abordando temas sobre o uso abusivo de drogas, redução de danos e cuidados com o corpo.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Realizar encontros que possibilitem um espaço de reflexão e de discussão, onde os participantes expressem suas dificuldades, resistências, dúvidas, anseios e opiniões, favorecendo a construção de um saber compartilhado sobre o uso abusivo de drogas, redução de danos e cuidados com o corpo.
- Ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo.
- Reunir informações relevantes apontadas nas rodas de conversa com os participantes, que possam enriquecer as discussões clínicas nas reuniões de equipe e aperfeiçoar a elaboração dos projetos terapêuticos singulares dos usuários participantes do grupo.

### **4. Fundamentação**

#### **A estratégia de redução de danos na política de saúde mental brasileira**

A origem da Redução de Danos remete a Inglaterra, na década de 20, quando um grupo de médicos (Comitê Rolleston) indicava a prescrição de heroína e cocaína para dependentes para controlar os sintomas de abstinência. Tal prática foi proibida após a final da primeira guerra (POLLO; MOREIRA, 2011).

---

<sup>5</sup> No caso dos usuários que frequentam o ambulatório crise, respeitaremos a indicação dos técnicos de referência.

A estratégia de redução de danos (RD) ficou conhecida, nos anos 1980, como a prática de prevenção à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e à hepatite, principalmente voltada aos usuários de drogas injetáveis (HIV). Nesse momento, foi a epidemia de AIDS que direcionou as medidas de prevenção ao uso de drogas, principalmente das ilícitas e injetáveis. (MACHADO; BOARINI, 2013).

Pollo e Moreira (2011) observam que a RD surge em meio à necessidade de ações de prevenção que não dependessem da abstinência. Na Holanda e Inglaterra, entre 1986/87, surgiram os primeiros Centros de distribuição e troca de agulhas e seringas. No Brasil, no município de Santos (SP), no ano de 1989, realizou-se a primeira tentativa de distribuição de seringas e agulhas que foi interrompida pelo Ministério Público.

A compreensão da RD nos dias de hoje se ampliou, está associada à promoção de direitos individuais e sociais inerentes ao cidadão usuário de drogas (POLLO; MOREIRA, 2011). A noção de vulnerabilidade contribuiu para o entendimento da estratégia RD, ampliando-a da ação preventiva da AIDS ao conceito de redução de danos sociais e à saúde, pois, além da perspectiva individual, a droga atravessa outras áreas (MACHADO; BOARINI, 2013).

Cruz (2006) destaca que a RD é uma forma de intervenção que aborda as questões relativas ao uso de drogas, porém sem exigir a abstinência, propondo práticas que minimizam os prejuízos causados aos indivíduos e aos seus grupos sociais.

As ações de RD são estratégias que se baseiam no pressuposto da autonomia do usuário. Andrade (2004) ressalta que os danos e riscos causados pelo uso de drogas podem ser de natureza biológica, psicossocial e econômica. De acordo com o mesmo autor, as ações realizadas pela estratégia de RD se orientam por três princípios básicos, o pragmatismo, a tolerância e a diversidade.

O princípio do pragmatismo propõe objetivos bem definidos: trata-se de um conjunto de políticas e práticas que visam reduzir os danos causados pelo uso de substâncias psicoativas, independentemente

do desejo da pessoa de abandonar definitivamente o uso de drogas. O autor destaca que a RD, mesmo “quando contestada à luz da moral, da religião e do preconceito, mantêm-se firme como prática de saúde pública” (ANDRADE, 2004, p. 88).

O princípio da tolerância indica que a RD vê o usuário de drogas como sujeito de direitos e propõe a articulação entre vários campos de saber na tentativa de abranger a complexidade da questão do consumo de drogas. O usuário de drogas possui direitos, porém preteridos pelo preconceito e pela atenção da sociedade voltada, quase que exclusivamente, para a repressão às drogas. O entendimento equivocado da realidade do uso de álcool e outras drogas faz com que seja difundida a cultura de combate às substâncias, relegando a um plano menos importante o indivíduo e seu meio de convívio (ANDRADE, 2004).

Já o princípio da diversidade pode ser constatado nas múltiplas possibilidades de ações de RD, nos recursos disponíveis, nas formas de consumo, nas múltiplas drogas, no público diversificado, além das diferentes relações do sujeito com o seu objeto de consumo.

No campo da Saúde Mental, a aprovação da Lei Federal n.10.216/2001 criou condições legais para o redirecionando a assistência em saúde mental no país, fortalecendo o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira,

A partir da publicação da Política do para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas, em 2003, o Ministério da Saúde (MS) assume a responsabilidade pela construção de uma rede de ações de modo integral e articulado os cuidados, prevenção, tratamento e reabilitação do uso/abuso do álcool e outras drogas. O MS adota ainda a RD como um dos marcos teórico-políticos de sua Política. De acordo com o Ministério da Saúde (2003):

[...] as práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve

ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. A abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. (BRASIL, 2003, p. 10).

Alves e Lima (2013) destacam que a RD pode nortear as práticas de cuidado em saúde, propõe o fortalecimento do protagonismo do usuário, busca promover atitudes responsáveis frente ao comportamento de risco daquele que, por vários motivos, não privilegia o autocuidado em sua vida. As autoras indicam que a RD busca a redução dos prejuízos psíquicos, físicos e sociais integrando o desejo do sujeito e seu direito a uma vida mais saudável, qualificando a sua experiência, possibilitando uma nova interpretação da realidade do uso favorecendo um reposicionamento diante da maneira de lidar com determinado problema em vários aspectos e promovendo o cuidado como uma linha de integração subjetiva, familiar e comunitária, mobilizando a capacidade de ser construtor de uma nova escolha, da escolha de sua dignidade e da sua cidadania.

A redução de danos oferece ao usuário a possibilidade de reconstrução do seu lugar de cidadão. Em serviços, como os CAPS, esse caminho deve seguir a direção proposta e traçada pelo projeto terapêutico singular, construído em conjunto pelo usuário e seu técnico de referência. O caminho a ser percorrido envolve, portanto, o aumento do nível independência, autonomia, liberdade e corresponsabilização.

Em 2011 o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria n. 3.088, que formalizou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).<sup>6</sup> A RD

---

<sup>6</sup> Oliveira (2011) destaca a contradição presente na portaria 3088, que, por um lado aborda os serviços substitutivos e, por outro, abre espaço para a cronificação, através da internação nas Comunidades Terapêuticas. Outra crítica consistente é em relação ao papel do CAPS como um serviço especializado dentro de uma rede hierarquizada, retirando o seu papel ordenador da rede e o colocando na retaguarda, para uma atenção secundária de especialista, subverte a lógica flexível, criativa, inventiva dos Consultórios de rua ao denominarem como Consultórios

é considerada uma das diretrizes da RAPS.

Passos e Souza (2011) destacam que a Redução de Danos é um movimento que vem se consolidando e possibilitando o processo de construção de uma política democrática sobre o consumo de drogas.

## **5. Metodologia / plano de ações**

A implantação do grupo de Redução de Danos no CERSAM VN ocorrerá por meio de cinco etapas:

### **Etapas 1**

- Realizar reunião com a Equipe do CERSAM VN para apresentar o projeto, discuti-lo e estabelecer as diretrizes para seu funcionamento.

### **Etapas 2**

- Compor a equipe de trabalho interessada no atendimento ao usuário de álcool e outras drogas;  
- Buscar o Alinhamento Estratégico da Equipe<sup>7</sup>.

### **Etapas 3**

- Definir espaço físico, número de encontros, materiais permanentes e de consumo necessários para a utilização no projeto.

### **Etapas 4**

- Iniciar o Grupo de Redução de Danos:  
- *Apresentar a proposta em Assembleia de usuários*

O grupo não terá uma configuração essencialmente didática

---

na Rua, isto é, um consultório que sai de dentro da instituição e vai à rua da mesma forma que pode ficar dentro da Unidade Básica de Saúde. De toda forma, tal portaria incrementou a legislação vigente no sentido de reconhecer e induzir a formação de redes intra e intersetoriais na construção das Redes de Atenção Psicossocial.

<sup>7</sup> Segundo Correa (2008), o Alinhamento Estratégico da Equipe ocorre quando há comunicação efetiva entre todos os participantes de uma equipe sobre objetivos e metas, de maneira que cada componente da equipe saiba qual é o seu papel dentro de um determinado projeto, e em que sentido cada uma de suas ações deve ser direcionada, para que as ações individuais ajudem na conquista dos objetivos do projeto.

e nem pedagógica, ou seja, não deverá constituir-se como um espaço em que os profissionais apenas transmitam informações. É fundamental que, com o apoio dos profissionais para a promoção da redução de danos, os próprios usuários se impliquem no processo, se dediquem e entendam os objetivos de seu tratamento.

### *Iniciar os encontros do Grupo*

O instrumento escolhido para se abordar o tema desse estudo foi a discussão em grupo, através do modelo de roda de conversa. Trata-se de um espaço coletivo onde será valorizada a experiência do usuário, evitando julgamento moral. Essa metodologia permite certa flexibilidade, através da escuta cuidadosa do coordenador. Eventuais demandas que possam surgir, acerca de questões pessoais, podem ser direcionadas para o técnico de referência do serviço ou para outros pontos da rede. É importante a manutenção dos objetivos do grupo, mantendo o foco, sem deixar de levar consideração os interesses trazidos pelos participantes.

Busca-se a efetivação de um local de gestão coletiva onde o consumo abusivo de drogas pode ser constantemente ressignificado pela expressão verbal e por acordos coletivos, possibilitando que todos se sintam responsáveis sobre o cuidado de si, ampliando as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo onde a redução de danos torne-se um método construído e compartilhado, a partir das experiências, pelos próprios usuários.

Nesses encontros será possível escutar e ser escutado, compartilhar estratégias, falar das recaídas e das melhoras, fazer construções que ultrapassem os muros da instituição e que possibilitem a aplicação na vida diária, considerando sua história, cultura e vida cotidiana.

### **Etapa 5: Avaliação**

- Aplicar o Roteiro de Avaliação/Entrevista (APÊNDICE A) antes do primeiro encontro e ao final de 10 encontros aplicar o Roteiro de Avaliação/Entrevista (APÊNDICE B), a fim de possibilitar uma

comparação entre as respostas e com a finalidade de questionar os usuários, de forma simples e clara, acerca da efetividade do cuidado ofertado e se consideram que a estratégia do Grupo de Redução de Danos adotada tem impacto no consumo e na redução de agravos causados pelo uso abusivo de drogas. Avaliar junto aos trabalhadores durante a reunião de equipe os efeitos observados e em quais pontos é possível aprimorar a assistência prestada.

## 6. Cronograma de execução

| ETAPAS   | MÊS 1 | MÊS 2 | MÊS 3 | MÊS 4 | MÊS 5 | MÊS 6 |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Etapas 1 | x     |       |       |       |       |       |
| Etapas 2 |       | x     |       |       |       |       |
| Etapas 3 |       | x     |       |       |       |       |
| Etapas 4 |       |       | x     | x     | x     |       |
| Etapas 5 |       |       |       |       |       | x     |

## 7. Resultados esperados

Com a efetivação do Grupo de Redução de Danos no CERSAM VN será possível construir novos saberes a partir das experiências compartilhadas e viabilizar oportunidades de reflexão e de discussão sobre a diversidade das experiências de uso de drogas, incluindo os usos abusivos.

Pretende-se alcançar mudanças na vida dos usuários por meio da escuta de suas experiências e de seus saberes. Espera-se que as trocas realizadas no Grupo possam favorecer novas possibilidades de atuação, modificando, transformando, integrando e articulando novos saberes. Pretende-se fortalecer o trabalho de atenção psicossocial para além dos muros da instituição, favorecendo a cidadania e a melhoria da qualidade de vida dos usuários

Espera-se que o Grupo de Redução de Danos se torne uma referência no território da Regional Venda Nova para o atendimento ao usuário portador de sofrimento mental que faz uso abusivo de drogas, na medida em que pretende oferecer um espaço inovador, acessível, flexível e permeável a diversos saberes, atento a gerar trocas, relações e oportunidades para os seus participantes.

Espera-se que o Grupo contribua para a construção de respostas mais adequadas às enfermidades e aos sofrimentos psicossociais decorrentes da

doença mental e do uso abusivo de álcool e outras drogas.

## Referências

ALVES, V. S.; LIMA, I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. *Revista de Direito Sanitário*, v. 13, n. 3, p. 9-32, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56241>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? In: ALEMEIDA, A. R. B. et al. (Orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004, p. 87-95.

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)> Acesso em: 27 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2ª edição rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0204.pdf>> Acesso em: 30 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/1112763088.html>> Acesso em: 27 mar. 2017.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL DE VENDA NOVA (Cersam VN). *Relatório técnico - Estudo realizado pela Gerência do Cersam VN (Renata Cristina)*. Belo Horizonte, dezembro de 2016.

CRUZ, M. S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (Org.). Ál-

cool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p. 13-24.

GALDUROZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe, p. 888-895, out. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000700017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700017) &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2017.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006)&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2017.

MEDINA, M. G. et al. Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas. Cooperação Brasil – União Europeia, 2002.

NAHAS, M. A. Uso de drogas ilícitas entre portadores de transtorno mental no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

OLIVEIRA, E. Reflexão sobre a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Publicado em Saúde Mental Informações sobre a Política Pública de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Rio Grande do Norte, no dia 29 de dezembro de 2011. Disponível em: <<https://saude-mentalrn.wordpress.com/2011/12/29/reflexao-sobre-a-portaria-no-3-088-de-23-de-dezembro-de-2011/>> Acesso em: 27 mar. 2017.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. Psicol. Soc., Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, abr. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 27 mar. 2017.

PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v.

20, n. 3, p. 493-502, set. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext &pid=S0104-07072011000300010&Ing=en&nrm=i-so](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010&Ing=en&nrm=i-so)> Acesso em: 27 mar. 2017.

POLLO, Maria Alice; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. Aspectos Históricos da Redução de Danos. In: NIEL, Marcelo. DA SILVEIRA, DX . Drogas e Redução de Danos: Uma cartilha para profissionais de Saúde. Org.: Programa de Orientação atendimento a dependentes (PROAD). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Ministério da Saúde. São Paulo, 2008. Cap. 2, p.11-20. Disponível em: <[https://www.google.com.br/?gws\\_C+Marcelo%3B+SILVEIRA%2C+Dartiu+Xavier+da.+Drogas+e+redu%C3%A7%C3%A3o+de+danos](https://www.google.com.br/?gws_C+Marcelo%3B+SILVEIRA%2C+Dartiu+Xavier+da.+Drogas+e+redu%C3%A7%C3%A3o+de+danos)>. Acesso em: 25 out. 2017.

## APÊNDICE A

Sugestão de Avaliação/Entrevista

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

1. O que é droga para você?

\_\_\_\_\_

2. Você acha que tem dificuldades com algum tipo de droga?

Não

Sim, qual? \_\_\_\_\_

3. Que tipo de droga você usa?

Álcool

Cigarro

Crack

Maconha

Cocaína

Outros \_\_\_\_\_

4. Qual era a sua idade quando começou a usar?

Menos de 12 anos

De 12 a 18 anos

De 19 a 24 anos

25 anos ou mais.

5. Qual a frequência do uso?

Diário

Semanal

Outro \_\_\_\_\_

6. Quando você usa?

\_\_\_\_\_

7. Como você usa?

Sozinho

Com outras pessoas

Outro, como? \_\_\_\_\_

8. O fato de usar drogas traz algum prejuízo para sua vida?

Não

Sim, qual? \_\_\_\_\_

9. O tratamento que você faz aqui te ajuda de alguma forma?

Não

Sim. Como? \_\_\_\_\_

10. O que você espera do tratamento?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

Sugestão de Avaliação/ Entrevista

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

1. O que é droga para você? Houve alguma alteração na sua percepção após os encontros do grupo em relação ao que é droga para você?

---

---

2. Você acha que tem dificuldades com algum tipo de droga?

Não

Sim, qual? \_\_\_\_\_

3. Que tipo de droga você usa?

Álcool

Crack

Cocaína

Cigarro

Maconha

Outros \_\_\_\_\_

4. Qual a frequência do uso?

Diário

Semanal

Outro: \_\_\_\_\_

5. Quando você usa?

---

---

6. Como você usa?

Sozinho

Com outras pessoas

Outro, como? \_\_\_\_\_

7. O fato de usar drogas traz algum prejuízo para sua vida?

Não

Sim, qual? \_\_\_\_\_

8. O tratamento que você faz aqui te ajuda de alguma forma?

Não

Sim. Como? \_\_\_\_\_

9. Quais os efeitos do Grupo em sua vida?

---

---



# Ações territoriais na RAPS: garantindo a integralidade do cuidado

Michelle de Almeida César  
Natália Freitas Dantas

## Introdução

 O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) se constitui como um processo gerador de importantes transformações sociais, implicando em uma nova perspectiva ética, teórica e política para a compreensão da loucura. Com a crítica ao paradigma da psiquiatria tradicional, a RPB propõe a transição do modelo biomédico/asilar para o modelo da atenção psicossocial a partir da construção de uma nova estrutura de atendimento, com novos serviços que devem substituir o hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2008).

Entre os principais serviços substitutivos encontra-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Para Yasui (2010), o CAPS se configura como uma estratégia de produção de cuidados, um arranjo institucional que se faz por meio de uma rede de ações que vão além das fronteiras do serviço, levando a compreensão da saúde como produção social.

Nesse sentido, no modelo da atenção psicossocial, o território torna-se o espaço de produção de uma rede de cuidados com diversos dispositivos cuja finalidade é garantir a integralidade da assistência (BRASIL, 2011). Situar o princípio da integralidade na atenção em saúde mental implica na compreensão da transição do modelo assistencial manicomial, hospitalocêntrico para o modelo de atenção psicossocial o qual envolve ações em todos os níveis de atenção, desde os serviços da rede básica até os serviços especializados, bem como aqueles de alta complexidade. Assim, as equipes de trabalho devem ser preparadas na concepção geral da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária, no intuito da efetivação de uma rede que

promova autonomia, respeito, liberdade e reinserção social. Para tanto, torna-se fundamental a criação e fortalecimento dos serviços de base territorial (NASI et al., 2009).

Em relatório de gestão do período de 2003 a 2006, da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, nota-se o esforço empreendido no sentido de não reduzir a reforma psiquiátrica à simples desospitalização, apontando que as ações na atenção básica são componentes fundamentais da desinstitucionalização do cuidado (DALLA VECHIA; MARTINS, 2009).

Nesse sentido, a estratégia de implementação de equipes matriciais de referência em saúde mental tem sido articulada e ampliada junto aos gestores municipais (BRASIL, 2007), sendo, em 2008, editada a Portaria n. 154, que cria os Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF), com a recomendação de pelo menos um profissional de saúde mental encarregado de fazer apoio matricial (BRASIL, 2008).

Em pesquisa sobre a avaliação dos profissionais acerca das ações de apoio matricial na atenção básica em Campinas, São Paulo, Figueiredo e Onocko Campos (2009) apontam que o engajamento nas discussões de caso entre a equipe de referência e a equipe de saúde mental tem permitido considerar a Saúde Mental de uma forma menos compartimentalizada, apontando a necessidade de romper com a superespecialização da área da saúde, suprimindo a lógica tradicional do encaminhamento, principalmente no contexto da atenção básica. Segundo as autoras a lógica da corresponsabilização vem sendo tencionada a se sobrepor à lógica do encaminhamento, fazendo com que o sofrimento psíquico deixe de ser responsabilidade exclusiva da saúde mental.

Nesse contexto, os CAPS têm papel de especial relevância e se configuram como dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalocêntrico, visto que o Ministério da Saúde estabelece para estes serviços a função de articulador da rede, organizando e direcionando as ações nas várias instâncias de cuidado (BRASIL, 2011), podendo realizar também o apoio matricial. Na Portaria

Ministerial n. 336 de 2002, os CAPS são definidos como serviços ambulatoriais que devam funcionar pela lógica do território. A prática cotidiana de um ambulatório se resumia a marcação de consultas com profissionais de áreas específicas, assim, a noção de território implícita no funcionamento do ambulatório é a de área distrital, ou seja, um recorte da cidade ou bairro que teria seus moradores referenciados a determinado serviço. Em contrapartida, constituindo-se como serviços substitutivos, os CAPS devem prescindir da internação psiquiátrica, aliando o modelo assistencial da clínica à reabilitação psicossocial. Conseqüentemente, para os CAPS, a noção de território ultrapassa a simples regionalização em áreas de referência, constituindo-se “por objetos, informações e ações, em âmbitos econômicos, sociais e culturais” (MELO, 2012, p. 215).

Assim, como apontam Yasui e Costa-Rosa (2008), os desafios no processo RPB são apresentados, principalmente, aos trabalhadores, que em seu cotidiano de trabalho, têm a tarefa de expandir e consolidar as mudanças que concretizem uma rede de cuidados baseada na compreensão do território e da integralidade.

Dessa forma, a partir da necessidade da articulação entre a atenção básica e a atenção psicossocial especializada para a garantia da integralidade do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico e ao usuário de álcool e outras drogas, buscou-se neste estudo compreender como se desenvolvem as ações e intervenções territoriais no contexto da RAPS.

## **Método**

Para compreender como se desenvolvem as ações e intervenções territoriais nos serviços que compõem a RAPS utilizamos a revisão bibliográfica como recurso metodológico. Esse método de pesquisa tem como objetivo traçar uma análise sobre determinado tema a partir do conhecimento construído em pesquisas anteriores. Assim, configura-se como um passo importante para a construção do conhecimento científico, uma vez que possibilita o surgimento de novas teorias, bem como o reconhecimento de lacunas e conseqüente

elaboração de novas pesquisas (GALVÃO, 2004).

Este estudo foi realizado a partir da consulta ao banco de dados das bibliotecas eletrônicas SCIELO e LILACS no mês de setembro de 2016, com a utilização das seguintes palavras-chave: saúde mental e atenção básica, CAPS e território, território e atenção psicossocial. Foram selecionados artigos em português, publicados entre os anos de 2011 e 2016 que tivessem relação com o tema.

Após a leitura dos resumos dos artigos foram selecionados aqueles pertinentes ao tema do trabalho. No banco de dados SCIELO foram selecionados 11 publicações e na biblioteca eletrônica LILACS apenas quatro. Após o fichamento dos textos foram excluídos aqueles que não traziam contribuições relevantes ao tema e que consistiam em recortes de artigos já selecionados.

## **Resultados e discussão**

Após a leitura das publicações selecionadas aponta-se o território como um conceito operativo essencial ao funcionamento da RAPS (CÉZAR, 2014), a partir do qual foram estabelecidas as seguintes categorias de análise: território além da área adstrita; superação do manicômio, produção de saúde e cidadania; estratégias e práticas de cuidado territorial.

### *Território: muito além de uma área adstrita*

Território é um conceito presente nas diretrizes das políticas de saúde e no planejamento das ações, principalmente na atenção básica. Para a Saúde Coletiva, o território é relacional e não se constitui apenas como uma dimensão geográfica presente na lógica distrital sobre a qual o serviço de saúde é responsável (LIMA; YASUI, 2014).

Para o geógrafo Milton Santos (2002), o território é composto pelas dimensões simbólica e material, o que permite uma visão não fragmentada dos diversos processos econômicos, sociais e políticos. Formado a partir de um dado espaço, o território é marcado por uma projeção de trabalho e poder. No Brasil, Milton Santos foi o principal

autor a difundir o conceito de espaço geográfico como um processo, uma construção social, um espaço vivo que pode ser vivido. No contexto da Reforma Sanitária e com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o território se estrutura como área político-administrativa. Essa concepção contribui para a organização do sistema de saúde brasileiro facilitando a gestão do espaço, contudo, pode enfraquecê-lo como território dificultando a compreensão das singularidades das populações e de seus problemas de saúde, uma vez que o território se compõe tanto pelo lócus da gestão administrativa dos serviços como pela gestão dos processos da vida cotidiana de determinada área (SILVA; PINHO, 2015).

No campo da Saúde Mental, a relação cuidado-território é central no modelo de atenção psicossocial e está enunciada em diversos documentos da Reforma Psiquiátrica, os quais apontam a criação e estruturação de serviços territorializados que substituam o hospital psiquiátrico.

Como apontam Lima e Yasui (2014) é necessário problematizar o olhar sobre o território a fim de pensar os modos de vida que são produzidos e a clínica que é possível realizar. A relação entre clínica, território e subjetividade incorpora a noção de território na perspectiva de Deleuze e Guattari, que diz respeito a “espaços construídos com elementos materiais e afetivos do meio, que, apropriados e agenciados de forma expressiva, findam por constituir lugares para viver” (LIMA; YASUI, 2014, p. 599).

Assim, no modelo de atenção psicossocial, Vasconcelos, Machado e Protazio (2014), apontam que a função de uma clínica que se quer ampliada é promover relações, conexões, vinculação e alianças afetivas, ampliar o território existencial, produzir deslocamentos e novas formas de vida, seguir trajetos tanto geográficos, como sociais e psíquicos a fim de ampliar a potência de vida de profissionais e usuários. Para tal, torna-se necessário trabalhar com uma concepção de território móvel, superando a ideia de cadastro e adstrição presentes nos serviços de saúde. O cuidado territorializado deve ser produzido em diversos pontos de atenção e que não se trate apenas de um

cuidado institucionalizado em serviços públicos, mas, sim, de um cuidado produzido na rua, na cidade, que permita seguir o cotidiano das pessoas e não só fazê-las aderir ao cotidiano dos serviços.

Como aponta Delgado (1999), o território não é apenas o bairro onde mora o usuário ou no qual está inserido o serviço, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que constituem seu cotidiano, seu projeto de vida, sua inserção no mundo. Dessa maneira, funcionando pela lógica do território, os serviços devem compor uma rede de atendimento psicossocial que busque substituir com “vantagens éticas e clínicas, o circuito emergência-internação-ambulatório” (DELGADO, 1999, p. 116).

No esforço de se voltar para o território é preciso que os serviços auxiliem na própria construção desse território, já que a rede de cuidados se tece a partir do contato do serviço com seu entorno, marcado pelo cotidiano e modos de vida dos usuários. Conforme nos aponta Marques (2013), a partir das ideias de Deleuze e Guattari, falar de território é falar de um processo constituinte composto por movimentos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização. Assim, não há território sem um vetor de saída do território, ou seja, não há desterritorialização sem um esforço para se reterritorializar em outra parte.

Essa ideia de descontinuidade remete a um conceito importante para debater a noção de território na Saúde Mental. O conceito de território-rede diz respeito a uma rede que articula dois ou mais territórios, observando-se a superposição de vários deles com formas variadas e limites não coincidentes. No território-rede pode haver diversas territorialidades que se complementem ou se contradizem, dando um caráter de diferentes relações de poder e movimento. Portanto, pensar e atuar pela lógica do território é criar meios para desinstitucionalizar o cuidado e reconhecer a complexidade dos sujeitos. É compreender que cada sujeito possui um território, marcado pela história, pelas relações de poder, pelas relações sociais e pelas formas de organização e economia. Trabalhar com/no território é apostar na criação de alternativas de cuidado, apreender os lugares

onde as pessoas vivem e se relacionam e o quanto estes lugares revelam suas singularidades, diversidades e realidades, tão caras ao cuidado na atenção psicossocial (SILVA; PINHO, 2015).

*Território: superação do manicômio, produção de saúde e cidadania*

Seguindo a trajetória da psiquiatria democrática, a Reforma Psiquiátrica questiona as bases teóricas e práticas da psiquiatria tradicional. Nesse sentido, a desinstitucionalização, conceito chave para a compreensão da Reforma, prima pelo trabalho em direção à desconstrução do manicômio como espaço de isolamento e violência (AMARANTE, 2010).

Nascida no âmbito da Reforma Sanitária, ao afirmar seu caráter democrático e social, a Reforma Psiquiátrica visa melhores condições de saúde e de vida para as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico provocando discussões e debates sobre direitos civis, humanos e sociais. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica encontrou no SUS condições institucionais favoráveis ao seu desenvolvimento, visto que a implementação de políticas públicas ancoradas na ampliação do direito universal à saúde, permitiu inovações assistenciais também no campo da Saúde Mental (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014).

Partindo da crítica ao paradigma da psiquiatria tradicional, a Reforma Psiquiátrica orientou-se pela construção de uma nova estrutura de atendimento, com novos serviços e abordagens, voltados ao acolhimento e cuidado dos usuários. Amarante (2008) salienta que esses serviços devem substituir o hospital psiquiátrico, fazendo a transição do modelo biomédico/asilar para o modelo da atenção psicossocial.

Assim, a ruptura com a psiquiatria – afinada com a biologia, com a normatividade e a instituição –, e a construção do modelo psicossocial de atenção possibilita a incorporação de novos conceitos e estratégias no campo da Saúde Mental. O território torna-se o organizador da rede e a saúde mental abandona a assistência centrada na doença e adota o enfoque na produção de saúde, no resgate da cidadania e na participação social (DUTRA; OLIVEIRA, 2015).

Ao reforçar a atenção de base territorial, a política nacional de saúde mental vem promovendo a diminuição do número de leitos psiquiátricos e o aumento do número de CAPS no país. Os CAPS, ao desenvolverem suas ações voltadas para o estabelecimento de relações consistentes com a comunidade, operando mudanças e transformações sociais, se configuram como o dispositivo que melhor pode atender aos objetivos da Reforma Psiquiátrica. Contudo, esses serviços se deparam com o desafio de disputar espaço com o modelo hospitalocêntrico, ainda hegemônico e compor uma rede de cuidado que, ao se desenvolver a partir de uma perspectiva de atenção integral ao sujeito, defronta-se com demandas para além do estar fora do hospital psiquiátrico (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014).

O manejo do cotidiano, especificado como: a estruturação de uma rede social solidária em uma sociedade globalizada, regida pela lógica do individualismo; a busca por um lar em um país com tamanha desigualdade social e com mais de 20 milhões de indivíduos abaixo da linha da pobreza; a inserção laborativa no mercado competitivo e excludente do mundo contemporâneo; e, por fim, o gradual esmaecimento da ideologia da Reforma Psiquiátrica, cada vez mais compreendida como técnica pelos novos profissionais dos serviços, nos apontam para a dimensão dessa recomplexificação (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014, p. 296).

Franco Rotelli (2001) já argumentava acerca da complexidade do objeto da psiquiatria compreendido pela via da desinstitucionalização: a existência-sofrimento em relação com o corpo social e não mais a periculosidade ou a doença. Esta proposta reorienta o objetivo da psiquiatria de cura para a produção de vida, revelando que a desinstitucionalização se constituirá por meio da construção de um processo prático-crítico que reorienta as instituições e a criação de novos serviços, compondo estratégias, saberes e intervenções que atendam à sua especificidade.

Assim, o projeto social-político do CAPS é muito maior que o cuidar bem. A proposta idealizada para esses serviços diz respeito a uma articulação social e intersetorial, revelando outro desafio a ser superado pelo dispositivo, o qual consiste em conseguir escapar do interior da instituição. Nesse sentido, torna-se imprescindível que os CAPS, ao buscarem inovações em suas práticas, resgatem suas origens em sentido conceitual: o território e a dimensão cultural e ética do cuidado (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014).

A adoção de um modelo assistencial de base territorial se conjuga com o objetivo de desinstitucionalização presente no processo da Reforma Psiquiátrica, mas para que esse modelo seja efetivo é necessária a criação de arranjos que permitam a substituição do circuito “emergência – internação – ambulatório – internação”, como aponta Delgado (1999, p.116). Para Marques (2013) em nada adianta decretar que os serviços sejam territoriais se não houver o contato efetivo dos técnicos com a comunidade. Assim, no esforço de se voltar para o território é preciso que o CAPS auxilie na própria construção desse território, visto que as instituições se transformam apenas ao encontrarem recursos fora dos seus limites.

O trabalho no território é um pressuposto para a consolidação do paradigma da atenção psicossocial já que desloca as intervenções do espaço institucional para o cuidado na comunidade. Dessa forma, fazer/promover saúde mental no território é uma prática complexa em oposição à simplificação que faz funcionar um manicômio. Pesquisas que tiveram os CAPS como campo de estudo apontaram a precariedade das ações territoriais e, conseqüentemente, a necessidade da aproximação entre serviço e comunidade. Registraram, também, o predomínio de ações intrainstitucionais, centradas em intervenções ambulatoriais e o não reconhecimento das atividades territoriais como atividades pertencentes ao quadro de ações do CAPS. Observaram, então, que a articulação com o território e a efetiva substituição do modelo hospitalocêntrico configuram-se como grandes fragilidades do CAPS, revelando que o uso do território é pré-condição para o desenvolvimento de ações que almejem estimular os processos de

inclusão social e exercício da cidadania (LEÃO, BARROS, 2012). A esse respeito, Santos e Nunes (2011) afirmam que o modo como o conceito de território é adotado no âmbito dos CAPS possui implicações práticas na maneira como esses serviços podem, ou não, se articular para promover a desinstitucionalização e a inserção dos usuários em espaços diversificados da vida social.

Diante disso, compreendemos que a Reforma Psiquiátrica se consolidou como política pública e os CAPS como um importante dispositivo assistencial. Porém, como lembra Amarante (2008), a Reforma não se resume à criação de serviços, ela requer uma transformação social mais ampla. Nesse sentido, os CAPS são potentes dispositivos, que assumindo seu caráter transformador, são capazes de desenvolver seu trabalho buscando a desinstitucionalização e a produção de cuidado no território, pressuposto para a consolidação do modelo de atenção psicossocial e espaço de construção e fortalecimento de novas relações sociais.

### *Território: estratégias e práticas de cuidado na articulação entre atenção básica e atenção especializada*

Como apresentamos acima, a transição do modelo de assistência hospitalar para o modelo de cuidado territorial requer a constituição de uma rede de cuidados que considere não apenas as unidades e serviços de saúde, mas também uma rede comunitária mediada pela comunicação entre seus constituintes. Acerca da relevância da construção de redes comunitárias nos casos de egressos de internação, Dutra e Oliveira (2015) destacam a importância do fortalecimento do usuário e seus familiares no território, seja no contato com vizinhos ou na própria exploração do território a fim de conhecer os recursos disponíveis. Para as autoras esse contato amplia os espaços de solidariedade e trocas sociais e revela a necessidade de que os profissionais dos serviços assumam a função de mediadores entre usuários, familiares e comunidade.

Fazer do território um princípio organizador das práticas de cuidado é um pressuposto ético e um princípio técnico, especialmente,

nas políticas da Atenção Básica e Saúde Mental, as quais se orientam pela integralidade e pela desinstitucionalização (LEMKE; SILVA, 2013). A integralidade, como aponta Mattos (2001), volta-se para a complexidade da vida dos usuários, empreendendo esforços na diferenciação entre as demandas e as reais necessidades de saúde. A desinstitucionalização, por sua vez, também exige a relação com o território ao empreender o deslocamento das ações para o contexto de vida dos usuários, de sua existência concreta, a fim de transformar a relação loucura-sociedade (ROTELLI, 2001). Desse modo, uma prática de cuidado é sempre resultante ao sujeito em seu contexto existencial.

Lemke e Silva (2013) apontam que no campo das políticas de saúde algumas tecnologias de cuidado têm operado utilizando o deslocamento pelos territórios de vida dos usuários como as práticas dos acompanhantes terapêuticos (AT), dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos redutores de danos (RD) que transitam entre a política de Saúde Mental e Atenção Básica e têm importância estratégica na construção de um modelo de cuidado territorial. A prática do AT se constitui como uma estratégia de cuidado que privilegia o espaço aberto da cidade para criar laços entre o usuário e o território. É uma prática que se situa no campo da invenção, na produção de laço, potente em desinstitucionalizar práticas. As ações dos ACS, vinculados a política de Atenção Básica, visam a produção de um cuidado contextualizado ao modo de vida das comunidades. Surgem como uma estratégia para possibilitar e facilitar o acesso das populações que se encontram distante dos serviços de saúde e é potente enquanto estratégia de construção do cuidado integral, visto que pode se configurar como um elo entre equipes de saúde e comunidade.

Já os redutores de danos têm a atuação marcada pela operacionalização de ações de cuidado voltadas às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e costumam ter dificuldades de acesso aos serviços devido ao estigma e preconceito. Constituindo-se como modelo alternativo ao paradigma da abstinência

é uma estratégia capaz de promover a articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica, visto seu potencial de construir redes, sua flexibilidade nos modos de trabalho e o respeito à subjetividade e aos direitos humanos (LEMKER; SILVA, 2013).

Souza e Carvalho (2014) apontam a redução de danos como uma estratégia de cuidado que, além de territorial, é promissora no sentido de produzir uma ruptura com a lógica hegemônica das especialidades. Conforme pesquisa realizada pelos autores, a construção de redes de atenção a usuários de álcool e outras drogas deve considerar os hábitos coletivos, as estratégias de autoproteção, os modos como a droga marca a vida coletiva desses usuários assim como os aspectos da vida que não são marcados pelo uso de drogas. O acompanhamento das experiências dos redutores de danos mostrou que suas ações inserem o usuário no sistema de saúde, sendo, portanto, uma importante porta de entrada, capaz de ordenar o cuidado em álcool e outras drogas, que não se insere, necessariamente, na Atenção Básica. Além disso, o núcleo de saber dos redutores de danos não se caracteriza enquanto uma especialidade e sim enquanto uma “especificidade do fazer-saber em saúde” (SOUZA; CARVALHO, 2014, p. 953) capaz de lidar com o uso e com o usuário de drogas em situação de rua. Dessa forma, os autores concluem que a articulação com a Atenção Básica vem se constituindo como uma potencialidade que foge à lógica do encaminhamento, na medida em que os redutores de danos se apresentam como uma oferta para a rede, apoiando as equipes durante a incursão pelos diferentes serviços. Esse apoio é oferecido por meio de equipes territoriais de referência agenciadas pelos redutores de danos, chamadas Equipe Multirreferencial de Cuidado já que, do território, a porta de entrada pode ser qualquer dispositivo da rede de serviços.

Desse modo, a itinerância, torna-se um modo de operacionalizar o cuidado no território a partir da percepção do movimento: o movimento de ir ao encontro do usuário; os movimentos dos trabalhadores ao acompanhar o usuário no processo de construir seu território; e “o movimento de desestabilização que a invenção de

novos caminhos produz no pensamento e no real social” (DUTRA; OLIVEIRA, 2015, p. 535). Assim, as autoras afirmam que as práticas territoriais compõem o objetivo de produzir saúde e contam com estratégias como o acolhimento, a escuta, o estabelecimento de vínculo, as visitas domiciliares, a discussão de casos, entre outras.

O apoio matricial também é apontado como uma estratégia de territorialização capaz de promover a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica. Não raro, a Saúde Mental na Atenção Básica é vivenciada como lugar estrito da psicologia, principalmente, quando os profissionais da ESF não se sentem capacitados para atuar nesse campo (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

O apoio matricial é potente em propiciar maior consistência às intervenções. Por meio de discussões clínicas conjuntas com as equipes de saúde da família ou mesmo intervenções concretas, os profissionais de saúde mental podem contribuir para o aumento da resolubilidade das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde, que contemple a totalidade da vida dos sujeitos. A responsabilização compartilhada pelos casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços, tornando possível, distinguir as situações que podem ser acolhidas pela equipe de referência, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada. Assim, é possível evitar práticas psiquiatrizantes e medicalizantes, promovendo equidade e acesso conforme as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009).

Diante das poucas iniciativas de promoção da saúde mental e da insegurança dos profissionais com essa demanda na Atenção Básica, assim como da priorização no uso de psicotrópicos e encaminhamentos para serviços especializados, Martins et al. (2015) apontam que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) também se mostra potente em oferecer o suporte às equipes da ESF frente às várias demandas de saúde mental. Contudo, em pesquisa realizada pelas autoras, o NASF, principalmente na figura do psicólogo, acaba assumindo a função de assistir aos casos individuais e coletivos de sofrimento mental sem que haja o compartilhamento do cuidado com

as equipes da ESF. Dessa forma, as autoras concluem que mesmo havendo a possibilidade de atuação especializada na Atenção Básica, há pouca articulação entre ESF, NASF e CAPS, desafio que poderia ser superado por meio do apoio matricial.

Assim, ainda que as políticas públicas apontem a necessidade de articulação entre os serviços para territorializar as ações de cuidado, a atuação profissional nos serviços de saúde é fortemente marcada pela supervalorização das especialidades médicas e pela lógica do encaminhamento em detrimento da construção do cuidado compartilhado (RODRIGUES; MOREIRA, 2012; CHIAVAGATTI; KANTORSKI; WILLRICH; CORTES; JARDIM; RODRIGUES, 2012; MARTINS; SOUZA; VIEIRA; PINHEIRO; BRAGA, 2015). Privilegiando a especialização do cuidado, o território se apresenta apenas como espaço de produção de demanda e a rede como lugar de oferta técnica de cuidado tendendo ao isolamento e à supervalorização dos serviços especializados. Para Souza e Carvalho (2014), a quebra de uma lógica especialista implica no fortalecimento da função ordenadora da Atenção Básica investindo-se no trabalho interdisciplinar e transdisciplinar e na maior articulação com o território.

Diante desse quadro, os CAPS assumem, juntamente à Atenção Básica, um lugar de especial importância fazendo jus à sua função de ordenador do cuidado (BRASIL, 2011). Como dispositivo de desinstitucionalização, cabe a estes serviços oferecer suporte à Atenção Básica, por meio de supervisões e capacitações das equipes (CHIAVAGATTI et al., 2012), aproximando-se cada vez mais do território. Mesmo porque, o argumento de que a Atenção Básica deve incorporar a Saúde Mental por estar mais próxima dos casos e da comunidade, não exclui a necessidade de territorialidade dos próprios CAPS (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

O território exerce, portanto, uma função sobre a rede, uma abertura que exige a reconstrução de modos de ação e gestão em saúde. Apoiado nas noções de desinstitucionalização e de integralidade, o modelo territorial afasta de seu escopo práticas reducionistas e de controle, caminhando no sentido da compreensão

do usuário como ser social e cidadão autônomo.

### **Considerações Finais**

Considerando a Reforma Psiquiátrica como um movimento que mobiliza transformações sociais profundas ao questionar a psiquiatria tradicional, compreendemos que a transição do modelo de assistência hospitalar para o modelo da atenção psicossocial implica não apenas na criação de novos serviços, mas no comprometimento ético e político de construir novas maneiras, menos normativas e excludentes, de lidar com a loucura e com o uso abusivo de álcool e outras drogas. Nesta construção, o território se apresenta como um elemento essencial para o trabalho em Saúde Mental, visto que está intimamente relacionado à desinstitucionalização, por isso, buscamos compreender as ações e intervenções territoriais no contexto da RAPS.

Os textos selecionados permitiram elencar três categorias de análise. Na primeira categoria (território além da área adstrita) apresentamos as conceituações de território a partir de Milton Santos, Gilles Deleuze e Félix Guattari. Marcamos a importância de compreendê-lo como um espaço vivo, afetivo e relacional. Pontuamos que esta concepção relacional é muitas vezes desprezada no cotidiano dos serviços de saúde que se organizam e são gerenciados a partir de uma noção de território administrativo, como área de abrangência. Entendemos a importância dessa organização para o funcionamento da rede de saúde, contudo salientamos que a apreensão do território no qual estão inseridos os serviços, diz também da apreensão do território produzido e vivenciado pelos usuários que frequentam esses serviços. Afinal, como apontamos já na segunda categoria (superação do manicômio, produção de saúde e cidadania), a superação do manicômio como espaço de exclusão envolve a construção de serviços comprometidos com a produção de vida, de saúde e de cidadania. Assim, empreender-se na compreensão do território existencial dos sujeitos torna-se essencial para a consolidação de práticas de cuidado inclusivas e emancipatórias.

Na terceira categoria, a qual diz respeito às ações territoriais propriamente ditas, apontamos o trabalho dos acompanhantes terapêuticos, dos agentes comunitários de saúde e dos redutores de danos como potente estratégia de cuidado territorial, visto que as três funções são fortemente marcadas pela itinerância. As equipes de apoio matricial e equipe multirreferencial, também, são apresentadas como estratégias de cuidado territorial, uma vez que permitem o estabelecimento do cuidado compartilhado entre os serviços de saúde.

A busca pelo outro, pelo sujeito em seu espaço de vida, em seu território, a dimensão do encontro, de compreender o usuário em seu cotidiano, em suas relações, em suas territorializações e desterritorializações e o constante movimento seja pelo território, seja pela relação instituição-território e território-instituição, marcam as ações territoriais desenvolvidas na rede de saúde, principalmente no modelo de atenção psicossocial.

Contudo, a atenção psicossocial encontra-se, ainda, em franca construção, disputando espaço, com o não oficial, mas ainda hegemônico modelo hospitalar de assistência. Compreendemos que a Reforma Psiquiátrica se consolidou como política pública, o que é uma conquista inegável, mas a realização deste trabalho permitiu identificar que ainda existem desafios a serem vencidos, principalmente no cotidiano dos serviços de saúde, onde as práticas desinstitucionalizantes, voltadas para o território, capazes de promover saúde e cidadania, devam superar práticas mecanicistas e reducionistas que fragmentam a assistência, distanciando-se, não só da noção de integralidade do cuidado, mas dos próprios princípios da Reforma Psiquiátrica.

## Rerefências

AMARANTE, P. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: 30 anos transformando a sociedade e construindo cidadania. In: MELO, W.; LOPES, F. M.; MARCHIORI, M. T.; MARTINS, A. G.; MATTOS, D. R.; SILVEIRA, M. A.; MOREIRA, N. Q.; OLIVEIRA, P. F. (Orgs.). *Quando acabar o maluco sou eu*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2010. p.19-32.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 117 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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. 2011. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro, 2008. Seção 1, p.47-50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Regulamenta o funcionamento e estrutura dos CAPS. 2002. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CÉZAR, M. A. As políticas públicas de saúde mental e o cotidiano dos serviços substitutivos: um estudo sobre ideologia na Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2014. 167f. Dissertação (Mestrado). Programa de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei, 2014.

CHIAVAGATTI, F. G.; KANTORSKI, L. P.; WILLRICH, J. Q.; CORTES, J. M.; JARDIM, V. M. da R.; RODRIGUES, C. G. S. S. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. *Acta paul. enferm.*, São Paulo v.25, n.1, p.11-17, 2012.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.13, n.28, p.151-64, jan./mar. 2009.

DELGADO, P. G. Atendimento Psicossocial na Metrópole: algumas questões iniciais. Cadernos IPUB, n. 14, p. 113-121. 1999.

DUTRA, V. F. D.; OLIVEIRA, R. M. P. Revisão Integrativa: As práticas territoriais de cuidado em saúde mental. Aquichan, Bogotá, v.15, n.4, p. 529-540, 2015.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciênc. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

LEÃO, A.; BARROS, S. Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Saúde Soc., São Paulo, v.21, n.3, p.572-586, 2012.  
LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 25, n. spe 2, p. 9-20, 2013.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, 2014.

MARQUES, M. R. A prática do acompanhamento terapêutico como estratégia de expansão territorial: uma incursão cartográfica. Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 23, n.2, p. 31-40, 2013.

MARTINS, A. K. L.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. da C.; BRAGA, V. A. B. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. J. res.: fundam. care. online, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 1905-1914, 2015.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MELO, W. As regiões de fronteiras do Espaço Artaud: Articulações entre saúde e cultura. Pesquisas e Práticas Psicossociais. São João Del Rei, v.7, n.2, p. 211-222, 2012.

NASI, C. et al. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Revista Mineira de Enfermagem, Belo

Horizonte, v. 13, n. 1, p. 147-152, 2009.

RODRIGUES, E. da S.; MOREIRA, M. I. B. A Interlocução da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitória/ES. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.21, n.3, p.599-611, 2012.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In NICÁCIO, F. (Org.)

*Desinstitucionalização*, 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.

SANTOS, M. *O País Distorcido. O Brasil, a globalização e a cidadania*. São Paulo: Publifolha, 2002. 224p.

SANTOS, M. R. P; NUNES, M. de O. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 715-726, 2011.

SILVA, A. B.; PINHO, L. B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Rev. enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 420-424, 2015.

SOUZA, A. C.; GULJOR, A. P. F.; SILVA, J. L. L. Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial. *av. enferm.*, Bogotá, v. 32, n. 2, p. 292-298, 2014.

SOUZA, T. de P.; CARVALHO, S. R. Apoio territorial e equipe multirreferencial: cartografias do encontro entre o apoio institucional e a redução de danos nas ruas e redes de Campinas, SP, Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.18, supl. 1, p. 945-956, 2014.

VASCONCELOS, M. F. F; MACHADO, D. O.; PROTRAZIO, M. M. Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 45-56, 2015.

YASUI, S. A produção do cuidado no território: “há tanta vida lá fora”. 2010. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cuidadosilvioyasui.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008.





## Seção 4

### A formação para o cuidado:

Desafios éticos, técnicos  
e políticos

Registros de importantes e emocionantes momentos dos alunos do Curso de Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS nos anos de 2016 e 2017 na ESP-MG. Desde o primeiro dia de aula, alunos, docentes e coordenação do curso, se empenharam na construção de saberes, nas aulas, rodas de conversas, seminários e mesas redondas, apostando sempre no fortalecimento dos laços sociais como condição para a formação e o cuidado no SUS!

# Trabalho e formação na atenção às pessoas usuárias de drogas: Desafios técnicos, éticos e políticos no SUS

Ana Regina Machado

## Considerações iniciais

**N**os dois últimos anos, o direito à saúde e ao acesso a serviços de saúde encontram-se fortemente ameaçados no Brasil. Tais ameaças ganham concretude no cotidiano do SUS que, em seus quase trinta anos de existência, realizou esforços para efetivar o que nossa “Constituição Cidadã” prevê. É importante reconhecer que ameaças sempre estiveram presentes. Concepções, compreensões e interesses diversos se apresentaram como contradições ou dificuldades na efetivação de práticas que pudessem promover o acesso e a integralidade da atenção e também reduzir as iniquidades em saúde. É importante lembrar que o SUS pode ser compreendido como um projeto para o setor saúde, mas também como um projeto político, portanto, necessariamente e cotidianamente em disputa. Se a democracia é condição para a disputa, podemos entender porque, nos dias de hoje, o SUS torna-se mais ameaçado. A perspectiva de construção de uma sociedade cidadã, justa e solidária parece perder força e fôlego neste momento no Brasil.

Tal perspectiva, entretanto, é fundamental para o trabalho junto a pessoas em uso problemático de drogas no SUS. O conjunto de práticas da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se fundamenta em princípios como solidariedade, liberdade, autonomia, cidadania e justiça. Utiliza também de tecnologias, produtos da ciência. Trata-se, portanto, de um trabalho que envolve desafios éticos, políticos e técnicos.

Contribuições de diferentes autores nos ajudam a compreender

a complexidade do trabalho que desenvolvemos no SUS, inclusive no campo da atenção em Álcool e outras Drogas. Campos (2011) identifica diferentes racionalidades, não excludentes, que estão presentes no trabalho em saúde: a racionalidade tecnológica, a racionalidade da práxis e a racionalidade da arte. A racionalidade tecnológica, segundo o autor, é aquela que envolve a aplicação de tecnologias, de saberes acumulados pelas Ciências. A racionalidade da práxis considera outras dimensões que se apresentam nos encontros entre pessoas nas práticas de saúde. As decisões, atos e posicionamentos adotados não são exclusivamente aqueles que se amparam no saber científico. Campos (2011) observa que nas práticas sociais, que envolvem relações entre sujeitos, a relação linear entre o saber acumulado e o fazer está comprometida. Nessas relações, deve-se sempre considerar as finalidades, os valores, as diretrizes ético-políticas. A racionalidade da arte, que envolve a criatividade e a inovação, também se faz presente nas práticas de saúde.

Podemos, com Campos, compreender que o trabalho no campo da atenção em Álcool e outras Drogas não é feito exclusivamente mediante a aplicação de saberes já acumulados por meio da produção científica. Trabalhamos sempre com sujeitos. É no entre sujeitos que buscamos produzir saúde, produzir vidas. É por meio das interações humanas, dos laços sociais que a produção de saúde poderá ocorrer. Uma dose de criatividade, de invenção e inovação também se faz necessária. Nosso trabalho envolve necessariamente a dimensão humana, a aposta no que pode ser construído a partir encontro entre as pessoas participantes das relações de cuidado. Se partirmos dessa compreensão, alguns desafios importantes logo se apresentam: Como pensar o trabalho em saúde, o cuidado em saúde em uma sociedade que fragiliza os laços sociais? Como pensar o preparo para o trabalho em saúde, quando o compreendemos para além de sua dimensão técnica?

A contribuição de Bauman (2005) ajuda a contextualizar o primeiro desafio, é em uma sociedade individualizada, com laços sociais fragilizados que desenvolvemos nossas práticas de saúde. No

entanto, propomos e apostamos na produção de novos laços sociais, laços mais solidários, laços mais duradouros, laços que possibilitem sustentar lugares dignos, espaços possíveis em uma sociedade que, na maioria das vezes, os fragiliza. Bauman (2005) permite perceber que construímos cotidianamente práticas de resistência. Talvez seja isso que nos cause às vezes embaraço, às vezes invenção, às vezes cansaço, às vezes energia, às vezes encontros, às vezes desencontros...

Se levarmos em conta essas considerações, como podemos pensar a formação na área de álcool e outras drogas? Como podemos desenvolver ações sem desconsiderarmos a complexidade do trabalho em saúde, sem desconsiderarmos a perspectiva da resistência? Quais caminhos adotar na formação de trabalhadores do SUS?

No campo da formação, além dos desafios éticos, políticos e técnicos já considerados, podemos incluir também os desafios metodológicos. Se nos preocupamos como as metodologias, é porque buscamos desenvolver ações que permitam a produção de novos sentidos para o trabalho em saúde, que contribua para que os trabalhadores se situem melhor, que se tornem mais críticos e que possam sempre considerar o ponto de partida já destacado aqui: o trabalho se dá no SUS, considera seus princípios e também os da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e da Redução de Danos e está comprometido com a transformação na vida das pessoas. Portanto, há também, no cotidiano de nossos serviços, um projeto político a sustentar.

Ceccim (2005) contribui para compreendermos as múltiplas dimensões que se apresentam no campo da formação para o trabalho em saúde. Propõe a adoção da concepção de Educação Permanente em Saúde que, segundo autor:

[...] ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes – implicando seus

agentes – às práticas organizacionais, – implicando os serviços e o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005, p.161).

De acordo com Ceccim (2005), a formação em saúde não se restringe, portanto, à atualização técnico-científica, compreende também as relações entre sujeitos, entre sujeitos e serviços, entre sujeitos e as políticas da área de saúde.

Considerando a complexidade do trabalho em saúde e da formação em saúde, buscaremos apresentar uma experiência desenvolvida pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, a Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS. Destacaremos, nesta experiência, elementos que apontam para a sustentação do cuidado e de uma proposta política no campo da atenção às pessoas que fazem uso problemático de drogas.

### **Uma experiência de formação no campo da atenção a usuários de drogas no SUS**

O Curso de Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS foi realizado no período de abril de 2016 a março de 2017. Buscou contribuir para a produção de transformações nas práticas de cuidados no SUS às pessoas que fazem uso abusivo de drogas. A turma foi composta por pessoas de 20 municípios mineiros, com trajetórias pessoais, profissionais e acadêmicas muito diferenciadas. Dos 40 alunos/trabalhadores matriculados, 39 concluíram a Especialização. As concepções político-pedagógicas da Educação Permanente em Saúde e da Educação Popular em Saúde e o compromisso com os princípios do SUS, da Redução de Danos e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial fundamentaram o desenvolvimento da ação educacional. O Curso envolveu a realização de onze etapas presenciais, com duração de quatro ou cinco dias.

Na construção do conteúdo programático das disciplinas, optou-se por considerar temas que pudessem favorecer a

compreensão e a crítica sobre a complexidade do fenômeno drogas na contemporaneidade, as políticas e saberes que fundamentam as diferentes práticas no campo da atenção, bem como as práticas desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção da RAPS.

Em relação às metodologias, a Especialização previa a realização de aulas dialogadas, apresentação de experiências exitosas e discussão clínica envolvendo a atenção às pessoas usuárias de drogas no SUS. No desenvolvimento do Curso, a partir das interações entre os sujeitos participantes (docentes, coordenadores, alunos/trabalhadores), novas metodologias foram construídas e adotadas, entre elas destacamos:

*Rodas de conversa* - As rodas aconteceram em diferentes momentos do Curso e buscaram estabelecer diálogos em torno das experiências compartilhadas pelos diferentes participantes. Nas rodas, estiveram presentes: usuários de Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD), gerentes de CAPS AD, gestores de redes de Saúde Mental, trabalhadores de diferentes pontos de atenção da RAPS (CAPS AD, CAPS I, CAPS III, CAPS I, Consultório de Rua, Centro de Convivência, Unidade Básica de Saúde) de diferentes municípios mineiros, militantes de movimentos sociais de Redução de Danos, militantes do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), pesquisadores da área de Saúde Mental. Mais de 30 convidados participaram das rodas de conversa realizadas no decorrer do Curso.

*Aulas ampliadas* - Aulas abertas ao público em geral, realizadas no auditório da ESP-MG, que favoreceram o encontro e o diálogo dos participantes da Especialização com outros sujeitos, com diferentes inserções, interessados nas temáticas abordadas. Nas aulas abertas, a Escola de Saúde recebeu trabalhadores de diversos municípios, estudantes de graduação e também estudantes de pós-graduação do Curso de Comunicação e Saúde, também da ESP-MG.

*Oficina de reformulação de disciplina* – A Oficina discutiu a ementa de uma disciplina e propôs sua reformulação de maneira a aproximá-la das necessidades de formação surgidas no cotidiano

dos serviços, a partir da perspectiva dos alunos/trabalhadores. Além de alguns temas, foi sugerida também a participação de alguns convidados como expositores e também como supervisores de casos apresentados pelos alunos.

Na Especialização, as metodologias construídas e adotadas favoreceram a apropriação de um certo modo de trabalhar válido tanto para o âmbito da formação, quanto para o do cuidado. A Educação Popular em Saúde e a Educação Permanente em Saúde favoreceram tal apropriação.

A Educação Popular em Saúde contribuiu para a compreensão da importância do respeito e do diálogo entre pessoas e entre saberes nas ações educacionais e nas transformações que elas podem proporcionar. Stotz considera como traço fundamental da Educação Popular em Saúde, o “[...] reconhecimento, palavra que tem o sentido de admitir outro saber, tão válido no âmbito do diálogo quanto o saber técnico-científico” (STOTZ, 2007, p. 55-6). A Educação Popular em Saúde amplia o campo de saberes envolvidos na produção de saúde, amplia a participação dos diferentes sujeitos, sem perder de vista as transformações e as lutas às quais a ação educacional se vincula.

A Educação Permanente em Saúde reconhece a importância dos incômodos e das dificuldades que surgem no cotidiano do trabalho em saúde, para disparar os processos de formação. De acordo com Ceccim, a Educação Permanente em Saúde é:

... um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho [...] em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005, p.161).

A Educação Permanente em Saúde reconhece como necessário o diálogo entre sujeitos de diferentes campos (gestão, atenção, controle social e ensino) para a construção de novos saberes, de novos sentidos e de novas práticas no campo da saúde.

Podemos afirmar que, na Especialização, houve muita

disponibilidade para o diálogo de saberes, para o compartilhamento de experiências e muita vontade de produzir novas formas de trabalho em saúde. Os diálogos estabelecidos e a permeabilidade da ação educacional às situações cotidianas de trabalho dos alunos, além do compromisso dos participantes com a produção de cuidado norteada pela Redução de Danos e pela Reforma Psiquiátrica, favoreceram a produção de uma formação atenta às diferentes necessidades dos trabalhadores e dos usuários do SUS.

Ao fim, constatamos que a Especialização não foi uma Especialização qualquer. Foi uma construção muito especial. Além dos conhecimentos e das tecnologias transmitidas, laços de solidariedade e vínculos se formaram, redes começaram a ser articuladas. Houve também reconhecimento e respeito pelo outro, houve abertura dos participantes para receber e para se deixar modificar pelos outros.

A Especialização, a princípio proposta por trabalhadores da ESP-MG, transformou-se em um processo coletivo de produção, que envolveu vários sujeitos. Os participantes não só tiveram a oportunidade de compreender a proposta de cuidado a usuários de drogas no SUS, seus desafios e suas possibilidades, como também de vivenciar situações que concorrem para a produção do cuidado: o acolhimento das diferenças, a construção de vínculos, o estabelecimento de redes de apoio, a diversidade de estratégias, o compartilhamento de experiências, o interesse, o respeito e o compromisso com o outro, a importância dos diferentes saberes e dos diferentes sujeitos. No decorrer da experiência da Especialização, também foi se afirmando o compromisso técnico, ético e político dos participantes, necessários para a sustentação do trabalho em saúde.

### **Considerações finais**

O trabalho em saúde e a formação de trabalhadores no campo da atenção às pessoas que fazem usos problemáticos de álcool e outras drogas são atravessados por desafios diferentes, mas intrinsecamente articulados: afirmar um projeto político e também um conjunto de práticas de saúde que possam buscar sustentar lugares

possíveis, cuidar e minimizar sofrimentos e danos para pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas .

Em nossas reflexões, consideramos a experiência da Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS, realizada pela ESP-MG. Nesta experiência, as dimensões formadora e cuidadora do trabalho em saúde puderam se apresentar. Formamos para o cuidado. Cuidamos na formação. Em toda a experiência, a dimensão do cuidado esteve presente, seja nos temas abordados, seja nas metodologias utilizadas: o diálogo, a dimensão ética das práticas, a escuta, o respeito e o compromisso com o outro, a importância de fazer redes e de estabelecer vínculos, a produção de construções possíveis a partir de relações estabelecidas entre sujeitos. Compreendemos também as dificuldades do cuidado em um contexto proibicionista, de restrição de direitos sociais e de desvalorização da vida. Reafirmamos nossa aposta no fortalecimento dos laços sociais como condição para o cuidado, mesmo compreendendo que a nossa sociedade os fragiliza. Percebemos que, em nossa proposta de cuidado no SUS e também no campo da formação, resistimos. Caminhamos na contramão, mas caminhamos.

## Referências

BAUMAN, Zygmunt. *Identidade: Entrevista a Benedetto Vecchi*. Rio de Janeiro: Jorge ZAHAR Editor, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 7, p. 3033-3040, July 2011 .

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 9, n. 16, p. 161-168, Feb. 2005.

STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p. 46-57.

# Capacitação das Equipes de Saúde da Família para a prática de Redução de Danos

Karoline Cecílio

Alcimar Marcelo do Couto

## 1. Introdução

**E**ste trabalho propõe a implantação de oficinas sobre Redução de Danos (RD) para as Equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde São José em Belo Horizonte/MG. Considerando a relevância do tema, foi elaborado um projeto de intervenção que objetiva desenvolver ações para incorporação da política de Redução de Danos ao processo de trabalho dos profissionais. Por meio da construção de 12 oficinas será efetivada a capacitação e discussão de aspectos e temas importantes para a RD.

A Política Nacional para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas (2003) e a Política Nacional sobre o Álcool (2007) preconizam a utilização da estratégia da Redução de Danos (RD), como um método capaz de atender as questões do uso prejudicial do álcool e outras drogas (BRASIL, 2003; BRASIL, 2007). Na Redução de Danos é valorizado o protagonismo do sujeito, que irá definir as estratégias junto ao profissional de saúde, elegendo a singularidade e as diferentes concepções sociais, familiares e de vida dos sujeitos (BRASIL, 2015).

A adoção da RD como estratégia na acolhida ao usuário de álcool e outras drogas possibilita a construção do cuidado e o respeito aos direitos humanos, atendendo aos princípios da integralidade do cuidado e intersetorialidade (BRASIL, 2015). A integralidade e a universalidade garantem o acesso da população aos serviços de saúde e o cuidado à saúde mental deve ser realizado nos diferentes níveis de atenção. A Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora

do cuidado deve incluir em suas práticas as ações de saúde mental e de Redução de Danos (BRASIL, 2013).

A RD, como política de saúde transversal, possibilita uma atenção integral e contribui para prevenção de agravos a saúde, sendo uma importante ferramenta para as ações de construção da saúde individual e coletiva. Para isso, as unidades de saúde devem proporcionar um ambiente de vínculo e confiança. O foco da abordagem não é o consumo das drogas, mas sim o resgate da cidadania e a inclusão do usuário em seus contextos de vida (BRASIL, 2003).

As questões relacionadas às drogas e o que leva as pessoas a fazerem o uso abusivo são múltiplas, assim a intervenção deve ser pautada numa abordagem que considera todos os aspectos sociais, subjetivos e contextuais. É fundamental para o sucesso da intervenção a escolha de uma abordagem que privilegie o sujeito e não a substância (BRASIL, 2013).

O projeto propõe oferecer estratégias que podem ser utilizadas para qualificar a atenção ao usuário de álcool e outras drogas na APS e como ampliar o acesso desta população aos serviços de saúde. Neste sentido, a RD desponta como a mais indicada, já que privilegia o sujeito, promovendo a integralidade das ações de saúde, o respeito aos direitos humanos e a promoção da cultura da paz (BRASIL, 2013).

Busca-se a formação de um espaço de construção de saberes, conhecimentos e desmistificações de conceitos. O desafio imposto é ousado: possibilitar um espaço para formação de conhecimento, de rupturas de preconceitos, um espaço que privilegie o saber de todos, pautado no conhecimento científico e não no moralismo. O preconceito e a questão moral produzem uma abordagem reducionista, no qual elenca a droga, objeto inanimado, como principal objeto de intervenção e não o sujeito que sofre as consequências do uso nocivo e da violência, muitas vezes associadas ao consumo (SILVA, 2015).

Este projeto visa promover a capacitação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em RD através de oficinas educativas com metodologia de ensino aprendizagem problematizadora. O projeto será desenvolvido com as ESF e equipes de apoio do Centro de Saúde

São José da Regional Pampulha de Belo Horizonte/MG.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

Desenvolver um projeto de intervenção com ações para incorporação da política de Redução de Danos ao processo de trabalho dos profissionais do Centro de Saúde São José de Belo Horizonte/MG.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família e equipes de apoio para Redução de Danos.
- Formar espaços de discussão da temática da RD.
- Incorporar a RD nas práticas cotidianas da ESF e equipes de apoio.
- Atender a política de Saúde Mental que preconiza ações de Redução de Danos como estratégia eficaz na abordagem ao usuário de álcool e outras drogas.

## **3. Marcos Conceituais**

### **3.1 Substâncias Psicoativas**

Os usos das substâncias psicoativas (SPA) estão presentes nas civilizações e culturas desde os primórdios da humanidade, associadas a diferentes contextos socioculturais, econômicos e religiosos. Contudo, no decorrer da história, mais precisamente a partir do século XX, desenlaces como a indústria farmacêutica, a moral religiosa, interesses econômicos, protecionismo, imperialismo e o proibicionismo determinaram as classificações das substâncias entre lícitas e ilícitas (SILVA, 2015).

Na contemporaneidade, as relações do homem com as SPA se transformaram e as alterações dos padrões de consumo refletem as transformações culturais (DOURADO, 2014). Fatores como a fragilidade das relações, dinâmicas sociais contemporâneas e a

negação do sofrimento são aspectos que podem levar a busca do anestesiamento da dor e da frustração. A busca por uma resposta que consiga apaziguar os dilemas e angústias subjetivas será, muitas vezes, pela via das várias substâncias psicoativas, sejam elas legais ou ilegais (SILVA, 2016).

Silva (2016) conceitua que a divisão entre a legalidade ou não das substâncias representam um jogo de interesses que movimentam o capitalismo. A classificação das drogas entre lícitas ou ilícitas são irrelevantes quando analisamos os impactos do uso abusivo. O proibicionismo não restringe o uso, a produção, tampouco o comércio, ele apenas exclui os já marginalizados (SILVA, 2015). Sendo assim, a guerra as drogas é uma política ineficaz, já que ela não é capaz de garantir aos usuários das SPA qualquer garantia de direitos ou cuidados. Lícitos ou não, a RD propõe ações de construção de saúde e cidadania.

É justamente este público que a saúde pública não pode se esquivar. A construção de um novo cuidado é imperial e o desafio está imposto. Cabe aos serviços de saúde a construção e busca de um novo modelo de cuidado, que seja eficaz, que respeite o sujeito e que promova a construção da cidadania. A utilização da Redução de Danos na APS constitui-se uma ferramenta que os profissionais da ESF podem dispor para o rompimento das barreiras que dificultam o acesso desta população aos serviços de saúde.

No Centro de Saúde São José o uso abusivo do álcool desponta como um grande desafio às equipes. Destaca-se que o álcool, droga legalizada, possui importantes repercussões em termos da saúde pública e constitui um dos maiores fatores de risco a saúde a nível mundial. O consumo abusivo do álcool favorece efeitos prejudiciais ao indivíduo que o consome e a sociedade, devido aos gastos públicos decorrentes das doenças, as consequências dos acidentes e da violência (ONU, 2010).

O uso abusivo do álcool e outras drogas deve ser abordado no escopo das ações dos serviços de saúde, e a APS desponta como um local privilegiado, já que é possível uma abordagem preventiva, de

baixo custo e de grande efetividade. As atividades de carácter territorial aproximam e facilitam o vínculo com o usuário, proporcionam ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de usuários de substâncias psicoativas (CARDOSO et al., 2014).

No entanto a abordagem na APS ao usuário que apresenta uso prejudicial de álcool e outras drogas ainda é incipiente, devido às dificuldades técnicas das equipes, estigmas, preconceitos e a ausência de uma abordagem integral a saúde. Conforme a Política Nacional para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas (2003), os distúrbios e as sequelas ocasionadas pelo uso abusivo de álcool e de outras drogas têm se destacado como importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

#### *Política de Redução de Danos*

A Política Nacional para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas (2003) e a Política Nacional sobre o Álcool (2007), estabelecem a RD como uma estratégia eficaz na abordagem ao usuário que apresenta uso nocivo de álcool e outras drogas. O Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte (PMS), para o quadriênio 2014 a 2017 e o Ministério da Saúde preconizam que os dispositivos que atendem a saúde mental devem seguir a lógica da RD.

A Redução de Danos não exclui nenhuma outra abordagem, ao contrário, ela representa um percurso a ser elaborado pelo sujeito e os profissionais de saúde envolvidos. É a construção de um projeto que privilegie a singularidade, e é neste 'setting' que se estabelecem e fortalecem os vínculos entre os envolvidos. A Redução de Danos reconhece as singularidades do sujeito, e possibilita a elaboração de estratégias que incentivem a autonomia, liberdade e corresponsabilidades (SILVA, 2015).

No acolhimento ao usuário com uso prejudicial de álcool e outras drogas é necessário o respeito às diversidades e diferentes concepções dos sujeitos. O profissional deve escutar a demanda daquele usuário e juntos elaborarem quais as ofertas possíveis e as articulações que podem ser estabelecidas com as redes de serviços

existentes na comunidade. A RD se dá pela ação no território, envolvendo as múltiplas interfaces do sujeito em seu meio social, cultural e econômico (BRASIL, 2003; BRASIL, 2013)

O paradigma da abstinência constitui um grande desafio para a Política de Redução de Danos, visto que submete o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso, definindo condutas de cunho moralista e excludentes, que são contrárias ao percurso da produção de saúde. Contrário a este paradigma, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas considera que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser almejado nas intervenções. Dourado (2014) aponta que as intervenções pautadas na abstinência e na internação limitam a efetividade da intervenção, pois restringem as estratégias de cuidado.

A RD é uma estratégia na qual a abstinência não é a meta da intervenção, caracterizando assim, uma medida de baixa exigência, já que as intervenções são singulares e objetivam a construção de qualidade de vida e promoção da saúde (MACHADO et al., 2013). A Redução de Danos propõe uma intervenção que se sustenta na possibilidade de mudança individual e de acordo com os danos decorrentes do uso abusivo (FORTESKIL et al., 2013).

A análise do fenômeno das drogas e sua visão multifatorial evidenciam a questão das vulnerabilidades dos sujeitos implicados, possibilitando a compreensão de que a intervenção precisa considerar os múltiplos aspectos da toxicomania. As escolhas do profissional e do paciente devem ser construídas através da articulação dos diferentes setores da comunidade e da vida, tais como os serviços de saúde, cultura, educação, trabalho e família (MACHADO et al., 2013).

### *A Rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas e o papel da Atenção Primária à Saúde*

A reforma psiquiátrica busca implementar a desconstrução da lógica manicomial e a integração de novos dispositivos e serviços substitutivos de saúde para a atenção a Saúde Mental (BRASIL, 2003).

O uso abusivo do álcool e de outras drogas, tão presentes em nossa contemporaneidade, impõe à Reforma Psiquiátrica um novo desafio: a garantia de uma intervenção pautada na garantia dos direitos, liberdade, cidadania e a subjetividade frente à imposição social e higienista de um mundo idealizado livre das substâncias psicoativas (SILVA, 2016).

A imposição de tratamentos compulsórios, internações e encarceramento são atitudes que, definitivamente, afrontam os princípios da Reforma e dos direitos humanos. Frente a este desafio a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) institui-se como instrumento para efetivar as ações da luta antimanicomial neste novo panorama da loucura, efetivando de fato uma intervenção que privilegie o sujeito (SILVA, 2015).

A Atenção Primária a Saúde é um importante ponto assistencial nos cuidados em saúde mental, pois contribui para a clínica antimanicomial. Seus princípios, como a produção e promoção de saúde, integralidade, vínculo e cuidado no território possibilitam um campo de atuação efetivo na saúde mental. É função da APS a utilização de várias estratégias para o alcance da resolução dos problemas de saúde de sua população (AMARANTE et al., 2011).

Nesse contexto a implantação da estratégia da Redução de Danos operacionaliza o conceito de clínica ampliada, atendendo aos pressupostos da Reforma Sanitária (FORTESKIL et al., 2013). A clínica ampliada é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010) que preconiza a qualificação dos cuidados em saúde através da construção da autonomia dos usuários, do grupo familiar e do território (BRASIL, 2003).

O estabelecimento de uma proposta de construção do conhecimento através das experiências e discussões sobre a assistência e as consequências psicossociais do uso nocivo do álcool e outras drogas deve ser abordado nas equipes de saúde, já que o tema tem relevância nos termos de saúde e políticas públicas. As equipes de saúde devem estar capacitadas para a prática da Redução de Danos (DOURADO, 2014). A formação de um espaço

para a discussão sobre RD e a adoção de uma lógica assistencial que a privilegie, reforçam sua prática e favorecem uma intervenção que atenda aos princípios do Sistema Único de Saúde.

### *Educação Permanente em Saúde*

Os impactos na saúde pública gerados pelo uso abusivo das substâncias psicoativas requerem que os profissionais da ESF estejam preparados para o atendimento a essa população, tornando o conhecimento científico e a adoção de estratégias para capacitar esses profissionais das ESF fundamentais para uma abordagem efetiva (LIMA, 2015).

O projeto apresenta-se como uma proposta de Educação Permanente para as Equipes de Saúde da Família e equipes de apoio, abordando o tema da Redução de Danos. Esta metodologia foi escolhida porque propõe que a mudança nos métodos de trabalho esteja baseada na reflexão das práticas vivenciadas no cotidiano dos profissionais. A Educação Permanente é um dispositivo para a construção de saberes, orientando novas condutas através da reflexão das práticas no cotidiano (BRASIL, 2014).

A educação permanente é um dispositivo que pode ser utilizado na adequação da formação profissional deficitária com as práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde e condizentes aos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2014). A criação de espaços institucionais para a discussão e capacitação em Redução de Danos possibilita a atenção aos problemas presentes na prática diária das equipes da ESF, fortalece o comprometimento dos profissionais na adesão à proposta e possibilita um espaço para construção e transformação de uma prática profissional condizente a realidade vivenciada (BRASIL, 2009).

A capacitação em RD torna-se necessária já que o atendimento à população com uso nocivo de álcool e drogas é uma realidade nas ações da ESF (PAULA, 2014). Assim, o intuito principal das ações do projeto é contribuir com a problematização do processo de trabalho das equipes na abordagem em álcool e outras drogas na atenção primária.

A metodologia problematizadora caracteriza-se por uma crítica a realidade e aos processos de trabalho, possibilitando uma análise das práticas adotadas e permitindo uma construção baseada na realidade dos problemas que se apresentam (BRASIL, 2014). Os encontros propostos objetivam a produção de conhecimento, a troca de saberes e vivências, transformação das práticas e organização do processo de trabalho.

A educação permanente possibilita a transformação das práticas profissionais, permitindo novos caminhos para os processos de trabalho, promovendo uma maior integração com as diretrizes do Ministério da Saúde, dos princípios e diretrizes do SUS e das políticas públicas (BRASIL, 2014).

O Projeto propõe a criação de espaços para apresentação, discussão e reflexão da Redução de Danos, partindo do pressuposto que os profissionais das equipes da ESF e equipes de apoio da Unidade de Saúde em que o projeto será desenvolvido ainda não tem o domínio do conhecimento teórico. Paralelamente o projeto almeja possibilitar aos profissionais a reflexão e transposição dos conhecimentos para a práxis diária.

#### **4. Caminho Metodológico**

Trata-se de um projeto de intervenção com proposta de um plano de ação para incorporação da política de Redução de Danos ao processo de trabalho dos profissionais do Centro de Saúde São José de Belo Horizonte/MG.

Para contextualizar o tema em estudo foi realizada uma revisão bibliográfica, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), em documentos do Ministério da Saúde e legislações.

A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores em ciências da saúde (Decs): Redução do Dano, Atenção primária a saúde, Alcoolismo e abuso de drogas. O período de busca das publicações foi entre 2010 e 2017, exceto legislações. Realizou-se levantamento bibliográfico para subsidiar a contextualização do tema e servir de base para o desenvolvimento do plano de ação. Após a busca pelo referencial

teórico foram elaboradas as ações do projeto de intervenção.

#### *Município de Belo Horizonte/MG*

A cidade tem uma subdivisão para gestão e planejamento, sendo composta por nove regionais e distritos que favorecem o processo de territorialização. As regionais e distritos sanitários são: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (BELO HORIZONTE, 2015). Em Belo Horizonte, a APS se estrutura a partir da Estratégia de Saúde da Família. Esta por sua vez é organizada pela definição dos territórios e áreas de abrangência referenciadas para cada Centro de Saúde e por sua vez para cada ESF (BELO HORIZONTE, 2014).

Este projeto propõe a qualificação dos processos de trabalho das equipes de ESF, promovendo um cuidado centrado na pessoa e adequado às demandas do território referenciado. Destaca-se que o Relatório de Gestão do Plano Municipal de Saúde aponta que a política de saúde mental do SUS BH é pautada na lógica antimanicomial, no cuidado em liberdade, promovendo a reinserção social e a cidadania.

#### *Centro de Saúde São José*

O projeto de intervenção será desenvolvido em uma unidade de saúde localizada na Regional Pampulha, que apresenta uma população de 226.110 habitantes de acordo com o Plano Municipal Saúde de Belo Horizonte, 2014-2017. O Centro de Saúde definido para a implantação do Projeto é o C.S São José, que atende uma população de 11.361 habitantes, segundo dados da gerencia da Unidade de Saúde.

#### *Participantes*

A coordenadora do projeto será a autora do presente trabalho, Terapeuta Ocupacional do NASF. Serão convidados a integrar o desenvolvimento das ações trabalhadores no CERSAM Álcool e Drogas Pampulha, Coordenação da saúde mental da Regional Pampulha e Coordenação de saúde mental do município.

Os atores envolvidos neste projeto de intervenção serão todos os profissionais das três equipes da Estratégia de Saúde da

Família do Centro de Saúde São José.

## **5. Recursos Materiais**

Espaço Físico: Sala de reunião do Centro de Saúde São José para encontros dos profissionais participantes do projeto e desenvolvimento das atividades de capacitação.

Material de escritório e de apoio: caneta, pincel, papel A4, cartolina, projetor de imagem e computador.

Material educativo: “Cartilha de redução de danos para agentes comunitários de saúde: diminuir para somar” e “Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de Saúde” (CRRD, 2010).

## **6. Recursos Humanos**

Para a execução das ações será necessária a participação da gerente da Unidade de Saúde, a condutora dos grupos (a autora do projeto) e de profissionais convidados dos serviços da rede de saúde mental de Belo Horizonte e profissionais envolvidos com a política de redução de danos.

## **7. Metas**

Os principais resultados esperados a curto e médio prazo com a realização deste projeto de intervenção são:

- Conscientização e sensibilização da gerência do Centro de Saúde São José sobre a necessidade da capacitação, uma vez que as ESF e equipes de apoio não utilizam a RD em suas práticas;
- Conscientização e sensibilização dos profissionais da Unidade de Saúde da importância da adoção da RD nos processos de trabalho, favorecendo assim o cuidado integral e humanizado nas práticas de saúde;
- Participação de 100% dos profissionais das ESF e equipes de apoio nas atividades sobre redução de danos;
- Construção de um espaço para educação permanente em RD

- na Unidade de Saúde;
- Ampliação do escopo das práticas em saúde mental na atenção primária;
  - Realização dos encontros de discussão e rodas de conversa sobre a RD;
  - Avaliação do conhecimento adquirido pelos profissionais e identificação de mudanças na atuação após as atividades de capacitação na RD;
  - Ampliação do projeto desenvolvido no Centro de Saúde aos demais serviços de Saúde da regional Pampulha.

## **8. Plano de Ação**

O plano de ação possibilita que o executor siga uma sequência de tarefas mais claras e lógicas previamente delimitadas, facilitando a concretização dos objetivos a serem alcançados de forma mais rápida e prática (SOTILLE,2014). As etapas são descritas a seguir:

| Etapa 1   |   |               |  |   |   |                                     |
|---|---|---------------|--|---|---|-------------------------------------|
| Meta  | Ações 1 e 2   | Local         | Motivo   | Como  | Resp.   | Data                                |
| Sensibilização/ conscientização da gerência da Unidade quanto à necessidade da capacitação em RD.   | Reunião com gerência da Unidade para apresentação do projeto visando a implantação das computadores para sua implementação.                               | C.S São José  | Necessidade de apoio da gerência para o sucesso das ações propostas. Ausência de ações usuárias com uso prejudicial de álcool e outras drogas na UBS.  | Apresentação das diretrizes da Política de Atenção aos Usuários de álcool e drogas;<br>Apresentação do projeto com auxílio visual.  | Coord. do Projeto.                            | A definir.                          |
| Indicador   |   |               |  |   |   |                                     |
| Autorização/ aprovação da gerência para execução do projeto.  |   |               |  |   |   |                                     |
|   |   |               |  |   |   |                                     |
| Meta  | Ação 3  | Local         | Motivo   | Como  | Resp.   | Data                                |
| Conscientização/ sensibilização dos profissionais da UBS sobre a importância da adoção da RD nos processos de trabalho favorecendo o cuidado integral e humanizado nas práticas de saúde. | Reunião com os profissionais da Unidade para apresentação do projeto e a importância da Política de RD na atenção aos usuários de álcool e outras drogas. | C.S. São José | Necessidade de adesão voluntária e comprometimento dos profissionais para o sucesso das ações propostas. Importância da conscientização quanto a necessidade de abordagem do tema e incorporação das ações ao processo de trabalho.  | Apresentação das diretrizes da Política de Usuários de álcool e drogas;<br>Apresentação do projeto com auxílio de recurso audiovisual;<br>Momento de escuta das opiniões e sugestões dos profissionais quanto à forma de implementação das ações. | Coordenadora do projeto e gerente da Unidade. | Mês inicial de implantação.         |
| Indicador   |   |               |  |   |   |                                     |
| Número de profissionais presentes na reunião;   |   |               |  |   |   |                                     |
| Número de profissionais que aderiram às atividades do projeto.  |   |               |  |   |   |                                     |
| Meta  | Ação 4  | Local         | Motivo   | Como  | Resp.   | Data                                |
| Sensibilização dos profissionais da Unidade da importância da adoção da RD nos processos de trabalho através da distribuição de material didático.  | Distribuir material de apoio como cartilhas sobre RD e textos de apoio.<br>Envio de artigos indexados online e temas importantes que envolvam a temática. | C.S São José. | O material impresso: cartilha e estratégia de promoção de conhecimento fonte de informação de fácil acesso. As cartilhas guiam os profissionais, fornecem um material teórico que poderá subsidiar as condutas adotadas pelos profissionais. A utilização de artigos científicos suporta a prática baseada em evidência, auxiliando na tomada de decisão para a atualização do tema. | Pesquisa online: Ministério da Saúde; Secretarias de Saúde, Estaduais e Municipais de Saúde;<br>Envio dos artigos e textos/materiais de apoio através dos e-mails.<br>Atualização da publicação da cartilha em RD.                                | Coordenadora do projeto.                      | Segundo mês após início do projeto. |
| Indicador   |   |               |  |   |   |                                     |
| Número de materiais impressos e disponibilizados aos participantes do projeto.  |   |               |  |   |   |                                     |

| Etapa 2  |   |                  |   |   |   |   |
|--|---|------------------|---|---|---|---|
| Meta   | Ação 1  | Local            | Motivo  | Como  | Resp.   | Data  |
| Efetivação da proposta das oficinas em RD com envolvimento dos profissionais da Unidade.   | Realização de encontros abordando as temáticas da RD  | Centro de Saúde. | Diante da ausência de ações de RD nas condutas das equipes, <b>E importante a efetivação de espaços para produção de conhecimento e aprendizado.</b> A existência de horários protegidos é importante para assegurar a participação dos profissionais no projeto. | Para cada encontro será adotado um tema guia para a discussão, Rodas de conversas, exposição do conteúdo, vídeos, serão programados 12 encontros com temáticas referentes a RD, estabelecidas a partir do diálogo com os profissionais envolvidos | Profissional responsável pelas oficinas / coordenadora do projeto | Do segundo ao oitavo mês após início do projeto |
| Meta   | Ação 2  | Local            | Motivo  | Como  | Resp.   | Data  |
| Efetivação da proposta de capacitação em RD com envolvimento dos profissionais da Unidade. | Discutir com a equipe uma proposta para incorporar a temática de RD em um programa de educação permanente na Unidade. | Centro de Saúde  | Possibilitar que a ESF e profissionais de apoio adotem em seus processos de trabalho a RD.  | Através das oficinas em RD, da formação do conhecimento e conscientização dos profissionais sobre a importância da adoção da RD nas práticas de saúde.  | Coordenadora do projeto   | Oitavo mês após início do projeto               |

| Etapa 3  |   |   |   |   |                                 |   |
|--|---|---|---|---|---------------------------------|---|
| Meta   | Ação 1  | Local   | Motivo  | Como  | Resp.                           | Data  |
| <p>Avaliar o conhecimento adquirido pelos profissionais e verificar mudanças na atuação após as atividades de capacitação em RD.</p> | <p>Aplicação de questionários antes e após a capacitação em RD.</p>   | <p>Centro de Saúde</p>                                  | <p>Verificar a eficácia do projeto</p>  | <p>Comparação das respostas dos questionários</p>   | <p>Coordenadora do projeto</p>  | <p>2º ao 12º mês após início do projeto</p>   |
| Meta   | Ação 2  | Local   | Motivo  | Como  | Resp.                           | Data  |
| <p>Avaliar o conhecimento adquirido pelos profissionais e verificar mudanças na atuação após as atividades de capacitação em RD.</p> | <p>Acompanhar o processo de execução do projeto. Avaliar aspectos positivos e negativos na execução das ações do projeto de intervenção.</p>                | <p>Centro de Saúde São José</p>                         | <p>Avaliação do processo de implementação para futuras correções e adaptações do projeto. Avaliação do desempenho, dificuldades na execução do projeto para serem corrigidas na implementação do projeto em outras Unidades de Saúde.</p> | <p>Utilização de caixa de sugestões, número de participantes das oficinas, espaços para que os participantes possam relatar suas percepções do processo de aprendizado.</p> | <p>Coordenadora do projeto.</p> | <p>1º ao 9º mês após início do projeto.</p>   |
| Meta   | Ação 3  | Local   | Motivo  | Como  | Resp.                           | Data  |
| <p>Ampliação do projeto desenvolvido no Centro de Saúde aos demais serviços de saúde da regional Pampulha.</p>                       | <p>Apresentação do projeto para as gerências do C.S. Jardim Alvorada e do C.S. Padre Tiago, que pertencem a área de atuação da coordenadora do projeto.</p> | <p>Sala de reuniões das gerências dos C.S de Saúde.</p> | <p>A incorporação da RD nas práticas de saúde das ESF atende a Política de Saúde Mental do município de Belo Horizonte e do Ministério da Saúde.</p>  | <p>Apresentação da proposta do projeto e apresentação do processo de implementação e resultados alcançados com o projeto no Centro de Saúde São José.</p>                   | <p>Coordenadora do projeto.</p> | <p>10º ao 13º mês após início do projeto.</p> |

## **9. Considerações Finais**

O trabalho realizado pelo NASF proporciona e incentiva o desenvolvimento de estratégias que auxiliam as ESF na produção do cuidado. A observação das dificuldades das equipes na abordagem ao usuário de álcool e outras drogas suscitou o desejo de elaborar estratégias que atendessem a este público. A pesquisa científica e a identificação do aparato legal subsidiou a escolha da Estratégia da Redução de Danos como a mais adequada tanto no campo político e científico, quanto da produção efetiva de saúde aos usuários.

O trabalho na Atenção Primária à Saúde exige que as equipes estejam preparadas para as diversas demandas de saúde da população e o uso nocivo do álcool e das drogas é uma questão já imposta à realidade da ESF. O Centro de Saúde São José atende um território com uma população que reflete a contemporaneidade: a violência do tráfico e o uso nocivo do álcool e das outras drogas.

A Redução de Danos, como política transversal, deve estar presente nas condutas e abordagens dos profissionais de saúde. A APS desponta como um lugar privilegiado, pois é no território que a vida se desenlaça e é nele que os usuários vivem e consomem as substâncias elegidas. A proximidade entre o profissional de saúde e os usuários facilita a construção do vínculo propiciando uma abordagem que respeita a subjetividade.

A RD é uma política e uma estratégia que atende aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Este trabalho almeja tornar a RD uma estratégia para direcionar o atendimento aos usuários com uso nocivo de álcool e outras drogas através da construção de espaços para discussão e produção do conhecimento das Equipes de Saúde da Família.

## Referências

AMARANTE, A.L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 20, n. 1, 2011, p.85-93.

BELO HORIZONTE. Sistema Único de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: do quadriênio de 2014 a 2017. Belo Horizonte, 2014.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2015. Belo Horizonte, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília, DF, 22 Mai. 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Decreto\\_6117\\_20070522.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Decreto_6117_20070522.pdf)> Acesso em: Nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Formação e intervenção. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p.

CARDOSO, M.P. et al. A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde. Aletheia, Canoas, n. 45, p. 72-86, 2014.

CENTRO DE REFERÊNCIA DE REDUÇÃO DE DANOS (CRRD). Cartilha de redução de danos para agentes comunitários de saúde: diminuir para somar. Porto Alegre: VIVA COMUNIDADE, 2010. Disponível em <[http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha\\_ACS\\_red\\_danos.pdf](http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf)> Acesso em: 14 Jul. 2016.

DOURADO, G.O.L. et al. Redução de danos no âmbito da Estratégia Saúde da Família: análise reflexiva. Revista Interdisciplinar, v. 7, n. 2, p. 173-183, 2014.

FORTESKIL, R; FARIA, J.G. Estratégias de redução de danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 78-91, abr-jun. 2013.

LIMA, O.A.L; DIMENSTEIN, M; MACEDO, J.P. Consumo de álcool e drogas e o trabalho do psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família. Psicologia em Pesquisa, UFJF, p. 188-197, jul-dez. 2015.

MACHADO, L.V; BOARINI, M. L. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. Psicol., Cienc. Prof., Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Organización Mundial de la Salud, 2010. Disponível em <[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbaltcstrategies.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbaltcstrategies.pdf)> Acesso em: Jul. 2016.

PAULA, M.L. et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. Psicol. estud., Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, Jun. 2014.

SILVA, R. Reforma psiquiátrica e redução de danos [manuscrito]: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam. 2015. 199f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2015.

SILVA, R. Consultórios de rua e escolas de redutores de danos: respostas intempestivas da Reforma Psiquiátrica à loucura do século XXI. In: VECCHIA, M. D; LOPES, F.M; CARBONÁRIO, F. A (ORGs). *A rua em cena: implantação de projetos de redutores de danos em Barbacena/MG*. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 8-15.

SOTILLE, M.A. et al. *Gerenciamento do escopo em projetos*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2014.



## Algumas questões sobre a formação em Saúde Mental<sup>1</sup>

Ana Marta Lobosque

Já há muitos anos, ocupo-me das questões relativas à formação em Saúde Mental. Tais questões surgem do lugar em que me situo como agente de formação – um lugar que, devo dizer, é peculiar e pouco ortodoxo. Não exerço, no sentido estrito, a função de professora; embora tenha me doutorado em Filosofia, apenas por uns poucos anos estive vinculada a uma instituição de ensino, a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. A participação constante em palestras e debates, a promoção de seminários e eventos afins, a escrita, a organização de publicações, as supervisões, os matriciamentos – são estas as experiências no campo da formação que, fecundadas pela atuação na ponta como trabalhadora de diferentes serviços abertos, me trazem incessantemente reflexões, preocupações, cuidados.

É premente, acredito, o traçado de estratégias que propiciem avançar na formação em Saúde Mental, para o exercício do cuidado em liberdade. Antes de fazê-lo, entretanto, cumpre formular algumas questões que nos ajudem a definir sua direção e seus princípios – e é nesse sentido, trazendo duas dessas questões, que irá caminhar a minha contribuição.

Uma delas diz respeito à política de formação vigente entre nós, em que se evidencia um descompasso entre as práticas da Reforma Psiquiátrica e a universidade. A outra aborda um desafio para a prática e o ensino do cuidado em Saúde Mental, a saber, o surgimento de formas de sofrimento psíquico muito pobres e vazias, que me parece característico da nossa contemporaneidade.

---

<sup>1</sup> Texto apresentado no Congresso da ABRASME em Manaus, em 2013

## **Reforma Psiquiátrica e universidade: o descompasso de uma política de formação**

A formação é, essencialmente, uma função da cultura – é a cultura que nos forma, não apenas determinando os dispositivos específicos de ensino que lhes são próprios, mas, sobretudo promovendo ideais, aspirações, projetos, que nos constituem como sujeitos mais ou menos pensantes, mais ou menos capazes de considerar criticamente o valor das produções intelectuais e artísticas, éticas e políticas, às quais temos acesso. Acesso, diga-se de passagem, muito variável, segundo a classe social à qual pertencemos; valor, aliás, dos mais discutíveis, numa contemporaneidade marcada pela má qualidade dos entretenimentos de massa, pela comunicação rasa e superficial, pela desvalorização da dimensão política, pelo grave empobrecimento da linguagem. Ora, nessa cultura muito pouco inclinada ao pensamento, a ciência, com os seus indiscutíveis e valiosos avanços, ocupa infelizmente um lugar ao mesmo tempo muito além e muito aquém daquele que deveria ser o seu, qual seja, um lugar de certa forma semelhante ao da religião: nela acreditamos cegamente, dela esperamos verdadeiros milagres, aceitamos seu poder de determinar com a mais pura isenção a distinção entre o falso e o verdadeiro.

Na esfera das instituições de ensino, uma tal cultura não pode senão oferecer às crianças e aos adolescentes um aprendizado banal, ainda quando tecnicamente correto. Privilegia-se, assim, os aspectos instrumentais do intelecto – em detrimento da sua essencial dimensão pensante, que enlaça crítica e criação. Apesar da importância dessa trajetória escolar em nossa formação, o tempo nos permite apenas mencioná-lo, para chegarmos aqui à sua etapa final: a passagem pela universidade.

Se a ciência ocupa em nossa cultura um lugar autorizado de produção do verdadeiro, não só em áreas específicas de conhecimento, mas também quanto a aspectos éticos e políticos da vida social, a universidade, tida como instância que produz e valida o discurso científico, apresenta-se no imaginário social como

instituição digna de suprema reverência quando se trata de ditar o que devemos fazer. A este respeito, posso citar um episódio caricatural ocorrido em certa capital brasileira. Um jovem PHD, cujo excelente currículo acadêmico não inclui sequer remotamente conhecimentos ou atuação em serviços públicos de saúde, foi regamente contratado pelo poder público como consultor e capacitador dos trabalhadores para o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas; além disso, está em vias de receber grandes verbas para uma pesquisa nesta área. O colega propõe uma rede de atenção a esses usuários que jamais existiu em lugar algum senão em sua cabeça – incluindo, como querem hoje os gestores das cidades, as comunidades terapêuticas e as internações compulsórias. O nosso scholar, em momentos de entusiasmo, chega a falar em coisas tais como uma milagrosa vacina contra o uso de cocaína já em vias de ser inventada – assim confundindo aqui, como mostramos antes, a esfera da ciência com a da religião.

Não nos devemos deter, porém, nos exemplos caricaturais, ainda que não faltem; nem pretendemos efetuar, por outro lado, uma análise mais profunda da instituição universitária. Iremos ater-nos à formação em Saúde e Saúde Mental, área na qual os problemas nos parecem especialmente graves.

Nesta área, um dos mais gritantes problemas consiste no grande descompasso existente entre a construção da Reforma Psiquiátrica e do SUS como políticas públicas, a partir da árdua luta dos movimentos sociais, e o ensino oferecido nas instituições de ensino superior. O aprendizado sobre políticas públicas, por exemplo, quando presente no currículo, aí comparece como disciplina de segunda ordem, burocraticamente transmitida a alunos entediados, que a frequentam por obrigação. Qual o motivo disso? Um deles será talvez o fato de que não se considera como saber digno de transmissão aquele que muito claramente se constitui por disputas e enfrentamentos políticos, como é o caso das políticas públicas – como se não se constituísse dessa forma, em última análise, toda produção de saber.

Diferentemente, a clínica, onde a dimensão estritamente

técnica tem lugar mais relevante, é privilegiada – mas privilegiada apenas nessa dimensão. A fisiologia, a patologia, a terapêutica, etc., são saberes de importância inegável. Contudo, quanto mais se transmite estes indispensáveis conhecimentos sobre o organismo biológico dos seres humanos, mais se esquece que este organismo só se constitui como corpo na dimensão subjetiva – e desconsidera-se, pois, que sempre se sofre subjetivamente quando adoecemos, seja orgânica seja psiquicamente. Daí a importância do vínculo, da escuta, do acolhimento, via de regra relegados a segundo plano por serem “pouco objetivos”, e, portanto, não suscetíveis do mesmo tipo de validação científica que uma vacina ou uma cirurgia cardiovascular. Existirá, no entanto, algo de mais palpável a enfrentar na prática clínica do que, por exemplo, a enorme resistência de certos diabéticos a cumprir a dieta que tão objetivamente lhes prescrevemos? Ou, como disse alhures Emerson Merhy, a parca adesão dos tuberculosos a esquemas de tratamento que são, todavia de grande eficácia do ponto de vista dito objetivo?

Este ensino, por sua forma e conteúdo, costuma ter como cenário de prática os hospitais psiquiátricos, seja em humilhantes apresentações de enfermos, seja em estágios que nada ensinam. Ou, ainda, pode utilizar os hospitais e ambulatórios de Saúde Mental da própria universidade, muito frequentemente, sem qualquer tipo de inserção em rede, que reivindicam para si o duvidoso título de centros de excelência – como se a qualidade máxima na assistência pudesse ser oferecida apenas nestes serviços isolados, e à sua clientela expectante em longas filas de espera, e não nas redes que devem atender a toda população. Tal concepção se reedita na grande maioria das Residências em Psiquiatria, e também em muitas das novas Residências Multiprofissionais em Saúde Mental – a maioria delas recorrendo ainda ao hospital psiquiátrico como local de aprendizado. A adoção da Reforma Psiquiátrica como política pública, legitimada pelas Conferências e reafirmada na portaria das RAPS, assim como os princípios do SUS, parecem afetar pouco ou nada a hegemonia da forma de ensino questionada aqui.

Pode-se ver claramente como tais saberes, hoje veiculadas pelo ensino oficial, são inúteis, quando não incompatíveis, face à lógica do cuidado em liberdade. Este cuidado requer, a meu ver, tipos diferentes de saberes. Eles variam em suas áreas disciplinares: a psicopatologia, a psicanálise, a psicofarmacologia, mas também as ciências políticas e sociais, a história, a filosofia, que tantas vezes deixamos de lado. Mas variam também em suas modalidades: há um tipo de saber, valioso e necessário, que requer a reflexão mais detida, a elaboração conceitual cuidadosa, a capacidade de leitura, escrita e análise segundo determinados cânones acadêmicos; e outro, de idêntico valor, que depende sobretudo do apuramento da sensibilidade e do gosto da disponibilidade em acolher, da agilidade em decidir, da capacidade de inventar, que só se constrói na experiência das redes. Deveríamos encontrar, nas instituições de ensino, no mínimo, condições para o aprendizado do primeiro tipo de saber, e curiosidade pelo segundo; mas, como vimos, sobretudo nas áreas da Saúde e da Saúde Mental, são pouco desenvolvidos a capacidade crítica e o rigor conceitual. Há que compreender, por outro lado, que o segundo tipo de saber não se deixa formular pelo discurso universitário: constituem os saberes nomeados por Foucault como locais, descontínuos, descentralizados, não dispendo de outra forma de validação senão aquela oferecida pelo campo onde surgem, qual seja, o convívio e o trato libertários dos portadores de sofrimento mental.

Gostaria de deixar bem claro que minha posição não é aquela dos que defendem “mais prática e menos teoria”: teoria e prática, quando bem escolhidas e articuladas, formam ambas um conjunto indissociável que orienta e problematiza nossa atuação. O problema essencial não é o excesso de teoria face à pouca importância dada à prática. O problema, a meu ver, é que as teorias selecionadas são as mais pobres, as menos adequadas a ensinar-nos a pensar e fazer, as mais comprometidas com certos interesses econômicos e políticos. Por outro lado, a prática realiza-se justamente, como vimos acima, em cenários alheios às redes de atenção psicossocial.

Se esta é a formação que recebe a maioria dos aprendizes

da Saúde Mental e áreas afins, como não se sentiriam indecisos e impotentes aqueles que ingressam pela primeira vez nos serviços abertos como trabalhadores? As primeiras gerações que as criaram e atuaram nelas, testemunhas oculares dos horrores dos manicômios, puderam com maior facilidade desembaraçar-se daqueles saberes que o justificavam; contudo, são milhares aqueles que hoje nos chegam sem ter tido até então motivos para questionar o que aprenderam, muitas vezes desprovidos de noções básicas sobre a Reforma Psiquiátrica e o SUS, e, inclusive, sobre a atuação em rede. Seja dito em seu louvor que muitos deles acabam por afinar-se com a lógica do cuidado em liberdade – sobretudo quando as equipes que nelas atuam sustentam esta lógica de forma decidida. Isso não supre, porém, a necessidade de conhecimentos aos quais não tiveram acesso, e que ainda nos esforçamos pouco para lhes oferecer. Ademais, quanto mais se multiplicam, felizmente, os serviços e redes pautados pelo cuidado em liberdade, tanto maior, infelizmente, torna-se a sobrecarga dos trabalhadores, a sua completa absorção por um cotidiano exaustivo e exigente, a ausência de um mínimo distanciamento necessário para refletir sobre a própria atuação. Faltam-lhes ocasiões para trocar ideias e experiências, avaliar de forma mais isenta aquilo que fazem, sistematizar minimamente o seu rico, mas por vezes caótico aprendizado. Não nos podemos esquecer tampouco da formação dos usuários: quanto mais se tornam protagonistas de um processo que lhes diz essencialmente respeito, tanto mais demandam recursos que os ajudem a melhor formular suas reivindicações e a empreender suas análises.

Estamos muito longe, ainda, de atrair a instituição universitária para o mundo, vasto mundo, das nossas redes, e não sabemos ainda as maneiras de fazê-lo. Mas, para tal, devemos refletir cuidadosamente sobre as posições éticas e políticas em jogo. Se a postura das redes diante das instituições universitárias requer cordialidade, receptividade e respeito, deve excluir qualquer forma de subserviência. Afinal, podemos dizer, sem arrogância, mas com justa altivez: criamos estas redes com o suor e o empenho

de seus trabalhadores, usuários, militantes; para criá-las, tivemos de desafiar e desconstruir com ousadia saberes estabelecidos, e enfrentar politicamente os detentores das verdades oficiais. Por conseguinte, para um bom diálogo com a universidade, esperamos dela uma certa humildade – não a falsa humildade da ignorância, mas aquela, verdadeira, que sempre acompanha a potência intelectual transformadora. Cumpre às nossas instituições de ensino reconhecer que a maioria delas permaneceu afastada da construção redes de atenção psicossocial, e o quanto necessita aprender com elas, para que a produção de saberes que lhe é própria possa renovar-se com a nossa mútua aproximação.

Em contrapartida, se a universidade necessita da novidade que representamos, não necessitamos menos da tradição, no bom sentido da palavra, que ela encarna ou deveria encarnar. Não cumpre fazer eco ao discurso que defende a prática pela prática, nem mesmo permanecermos restritos aos conhecimentos que lhe são imediatamente necessários. Necessitamos, sim, de saberes densos, complexos, que podem parecer demasiadamente abstratos – em cuja ausência, porém, deixamos de formular questões instigantes e exigentes, tornando mais viva a nossa atuação. Quando capazes de transmitir tais saberes, buscando, ademais, articulá-los de fato ao cotidiano das redes, as instituições de ensino serão realmente essenciais ao seu avanço.

Se é difícil elaborar propostas concretas enquanto não nos colocarmos de acordo quanto aos aspectos acima – e este acordo, caso venha a ocorrer, ainda me parece distante – podemos talvez entrar em consenso quanto a um ponto mais imediato. Muitos professores, bem sabemos, lutam arduamente para introduzir nas instituições onde atuam as questões relativas à Reforma e ao SUS; todavia, que pese o valor de seus esforços, são seriamente limitados pelas duras correlações de força institucionais – nas quais precisamos, portanto, urgentemente intervir. Uma forma viável de intervenção é criar um novo perfil de professores: mestres e doutores cujo ingresso na carreira acadêmica seja precedido por ampla experiência na

prática do cuidado em liberdade e no exercício da militância política que o assegura. Deles esperamos que não sejam apenas capazes de entrar na universidade, mas também, ao invés de ali instalar-se comodamente, dela partir a todo momento, mais uma vez em direção ao campo das redes, num fértil movimento de vai-e-vem.

### **Configurações subjetivas: um desafio conceitual**

Quando apenas a clínica, no seu sentido mais raso, é objeto de ensino, são desconsideradas as dimensões históricas e políticas de seu nascimento, tão bem destacadas por Foucault. A clínica ensinada dessa maneira supõe que as chamadas doenças mentais existiram desde sempre, com as características essenciais que lhes seriam próprias, sem levar em conta que as formas assumidas pelo sofrimento mental se configuram segundo as diferentes épocas e lugares. Destarte, “doenças” hoje em moda, como a depressão, o transtorno bipolar, a hiperatividade e outras tantas, são tidas não como formas de infelicidade características de uma determinada cultura e sintomas de seus impasses, mas como entidades nosológicas naturais, que, tendo existido desde sempre, apenas hoje são, finalmente, devidamente identificadas e diagnosticadas. Entrementes, os pesquisadores, fartamente financiados por instituições às quais a verdade interessa muito pouco – as indústrias farmacêuticas, por exemplo – esfalfam-se para comprovar a hipótese ainda muito frágil de uma origem orgânica do sofrimento psíquico; e utilizam, de forma epistemologicamente inadmissível, os efeitos dos psicofármacos nas sinapses e neurotransmissores para a dedução de uma suposta etiologia cerebral das chamadas doenças mentais.

Entrementes, emergem entre nós novas formas de adoecimento psíquico, caracterizadas por uma pobreza e um vazio que desafiam nossa inventividade no cuidado. Penso em Jussara, adolescente que chega ao nosso CAPS i após uma tentativa de autoexterminio. Segundo o relato do encaminhamento, ela ouve vozes, faz cortes superficiais e múltiplos nos braços, sofre de desmaios, escuta vozes. Quando lhe perguntamos o que lhe ocorre, responde que quer morrer.

Mas por quê? Não sabe. O que não está bem em sua vida? Nada, ela responde, parecendo inteiramente alheia à conversa. Algum problema em casa? Não, está tudo bem... com o namorado? Não tem namorado. E as amigadas? Não tem amigas mais, perdeu a vontade de sair, quer ficar sozinha. E a escola? Não vai lá há vários meses. Sobre as vozes: chamam seu nome e dizem que vão levá-la, nada mais. Sobre os cortes: corta-se porque sente vontade. Quanto aos desmaios, ocorrem quando fica nervosa. E o que a deixa nervosa? Qualquer coisa. Tem no braço uma tatuagem com o nome de sua mãe – por quê esta escolha? Por nada, é que eu gosto dela. E por que está assim, sem conversar, namorar, passear, sair? Porque quer morrer... e assim, como vocês veem, voltamos, num movimento circular, ao começo da conversa, sem ter saído do lugar um milímetro sequer.

Chama a atenção o fato de que a palavra não desliza, não constrói, nada desenvolve. Jussara parece esvaziada de história, de razões, de sentido. Não tem questões sobre si mesma, praticamente não tem queixas. E permanecemos perplexos diante dela, ao considerarmos as diferentes questões que um caso costuma suscitar. Do ponto de vista diagnóstico, estaríamos diante de uma neurose ou de uma psicose? A ausência de atividade delirante-alucinatória identificável, ao lado de certos sintomas, com tentativas de autoextermínio sem maiores consequências, desmaios, cortes superficiais – poderiam fazer pensar numa neurose. Mas o sintoma neurótico, como o sonho e o ato falho, tem duas faces, mostra ao mesmo tempo em que esconde, desliza em rumos os mais diversos, que se sobre determinam, divergem, se entrecruzam. Um desmaio ou qualquer outro fenômeno corporal, por exemplo, na neurose histórica, é uma pista que leva a outras mil: quando perguntamos sobre as circunstâncias em que ocorreu, as pessoas que o presenciaram, os acontecimentos que o precederam, o sujeito mais tímido ou reservado nos conta algum enredo, deixa escapar algo, revela algo de seu – enquanto também mascara algo que ele próprio desconhece. Entrementes, percebe-se algo de teatral em sua atitude, um desempenho amoroso ou desafiador, que não é da ordem de um

fingimento, mas de uma cena - uma cena da qual ele toma o outro ao mesmo tempo como protagonista e espectador. E um pedido de ajuda é de alguma maneira formulado nesse enquadre. Em suma, se o sujeito não consegue logo de início falar de si e do que o aflige, ao falar de seus sintomas ele introduz a questão que o mobiliza.

Com Jussara, não temos nada disso. Não fala de si, nem fala de seus sintomas como estratégia para falar de si. Não há nada de dramático em sua postura; não há pedido de ajuda ou demanda de amor, nem tampouco nada de hostilidade ou desafio; apenas um alheamento, uma indiferença, uma profunda e vazia solidão.

Tratar-se-ia então de uma psicótica? Ela diz ouvir vozes, certamente – mas são vozes tão incharacterísticas e limitadas, tão diferentes daquelas vozes que dialogam entre si, insultam o sujeito ou lhe dizem coisas absurdas, comentam seu comportamento, tais como minha geração estudou como sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider! Não nos traz aqueles outros fenômenos elementares que tanto Jaspers quanto Lacan, cada qual à sua maneira, nos apontam como selos que imprimem à psicose sua marca indelével e característica. Não há nenhuma interpretação delirante – aliás, não há nenhuma interpretação, porquanto interpretar remete a um mínimo de elaboração discursiva, que é, justamente, o que parece faltar a Jussara. Não há menção a vivências de influência – não se refere a um chip instalado em sua mente, nem a conexões telepáticas com a Internet. O diagnóstico de psicose, se optarmos por ele, poderá ser feito apenas em negativo, quase por exclusão. Teríamos, por um lado, o isolamento, a indiferença, a precariedade do contato; por outro lado, algo de processual, no sentido inaugurado por Jaspers – Jussara mudou muito, não é mais a mesma; alguma coisa em sua personalidade foi alterada, e talvez não volte a ser o que foi, há uma certa ruptura histórico-biográfica, como dizia Alonso Fernandez; não vai mais à escola, não sai mais com as amigas, não namora; se antes fazia todas estas coisas, embora sem muito entusiasmo, agora não dá conta nem mesmo disso.

De qualquer forma, Jussara não é o que chamamos de um

caso típico, nem no campo da neurose, nem do da psicose; ela não se enquadra, por assim dizer, em nada que conhecemos. Contudo, certas coisas que não se enquadram no que não conhecemos são instigantes, nos deixam curiosos, nos fazem pensar... isso não se dá no caso de Jussara. Este caso nos provoca antes uma certa exasperação, um certo cansaço; e, sobretudo, de alguma forma, se reproduz em nós um vazio semelhante, uma paralisia do pensamento.

Ora, Jussara não é um caso isolado. Certamente, não chega a ser comum que nos deparemos com pacientes ao mesmo tempo tão lúcidas e tão empobrecidas, com a inteligência tão preservada e a capacidade de pensar tão ausente. Mas cresce a cada dia, em nossa clínica, o número de pacientes que nos chegam para os quais, por assim dizer, faltam palavras, e sobra desinteresse – como se o empobrecimento discursivo e o empobrecimento afetivo fossem as duas faces de uma mesma moeda.

Estranhamente, a moeda assim cunhada não se inscreve num sistema de trocas, não exerce a função da moeda, que é a de promover uma equivalência entre objetos diferentes de tal forma que eles possam ser substituídos um pelo outro; não representa a possibilidade de adquirir algo que não se tem; não diferencia valores nem estabelece valorações. Ela forma antes uma equivalência generalizada na qual qualquer coisa é o mesmo que qualquer outra, uma noite onde todos os gatos são pardos, de forma tal que todos os valores se confundem, e as valorações já não fazem sentido.

Casos como o de Jussara representam um importante desafio para a formação em Saúde Mental, porque nós, que ensinamos, ainda não aprendemos o bastante a seu respeito. Nossos recursos conceituais no campo da clínica, sejam psiquiátricos, sejam psicanalíticos, não nos permitem pensá-los, não ainda. De qualquer forma, importa assinalar que não apenas formas de apresentação do sofrimento mental são historicamente determinadas, e não naturais: as configurações subjetivas mesmas se modificam conforme a cultura em que se constituem, e as Jussaras, certamente, são produto de certas figuras subjetivas que se produzem em nossa contemporaneidade.

Temos aí algo a explorar melhor, para que o possamos formular em nosso ensino.

Tanto é assim que são muitos dos residentes, e outros jovens também militantes de uma política não institucionalizada, os interlocutores com os quais, nos últimos anos, tenho mantido o mais profícuo diálogo político e intelectual, rejuvenescendo e aprimorando meu pensamento – e com eles, meus queridos parceiros no Fórum de Formação em Saúde Mental de Minas Gerais, desejo partilhar este texto.

## CAMINHOS E DESCAMINHOS DA FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Daniene Santos

 O compromisso da transformação do modo de cuidar e se relacionar com o louco e com a loucura, decorrente da Reforma Psiquiátrica Brasileira, deve estar presente nos serviços, dispositivos de atenção e na prática dos profissionais que se propõem a trabalhar no campo da saúde mental. Sua premissa é o compromisso radical com os sujeitos, com a produção de sentido, de subjetividade e de vida. As práticas desenvolvidas nesse campo devem expressar este compromisso. Conforme Amarante:

[as práticas] serão voltadas para o cuidado, para o acolhimento, para a construção de espaços de escuta, de sociabilidade, de produção de subjetividade, de vida, e não de controle e vigilância, e não de punição e segregação. Este é o princípio geral dos serviços de atenção psicossocial e das novas estratégias e dispositivos. (AMARANTE, 2011, p. 756).

Tais práticas são frutos da Reforma Psiquiátrica, da Reforma Sanitária, das mobilizações, das lutas e conquistas de direitos sociais que vem ocorrendo em nosso país desde o final da década de 1970, e fazem parte da construção e efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Representam a ruptura com um modelo segregativo, prescritivo, cuja ideologia expressava-se não somente na relação médico-paciente, mas nas relações de dominação, nas equipes verticalizadas, na institucionalização como premissa, no fazer calar.

A dimensão técnico-teórica e os valores que sustentam as novas práticas em saúde mental são fortemente influenciados pelas crenças, valores e formação dos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços. Lamentavelmente muitos serviços ainda reproduzem

práticas que expressam o modelo contra o qual se insurgiram (Azevedo e Miranda, 2010; Fodra e Costa-Rosa, 2009; Moraes, 2008).

A compreensão do que significa a radicalidade do compromisso com o novo modo de atenção e sua efetivação implica em saber com o que está sendo rompido. Entretanto grande parte dos novos profissionais “é formada de jovens que não passaram pelo processo de luta política e ideológica que envolveu a criação do movimento antimanicomial, não viveram o intenso intercâmbio com figuras emblemáticas desse movimento” (BEZERRA, 2007, p. 245), o que dificulta – mas não inviabiliza - a compreensão do processo e das transformações decorrentes. Se não compreendermos o que foi a institucionalização e a realidade dos manicômios, torna-se mais etéreo o significado deste rompimento e nosso papel enquanto profissionais neste modo de atenção. Amarante aponta-nos que é necessário avançar na:

desmontagem de toda a lógica institucional, político, jurídica, ideológica, social e cultural que se constituiu em torno de um determinado conceito que, no caso da psiquiatria e do manicômio – sua mais importante e expressiva instituição - é o conceito de doença mental como sinônimo de perda da razão (AMARANTE, 2011, p. 744).

Entretanto, no cotidiano das relações o preconceito, os maus tratos e a violência ainda se perpetuam. A partir da compreensão que se tem são oferecidos cuidados, inserção social ou repressão: “É evidente que um centro que os considera como doentes ou delinquentes não oferecerá o mesmo acolhimento que um outro centro que os considera como sujeitos” (PARADA, 2003, p.222). A formação tem, portanto, um papel fundamental no processo de transformação da atenção. É um dos fatores que podem contribuir para construir ou destruir possibilidades de novos modos de cuidar no cotidiano dos serviços.

Todavia, em relação à formação, são reproduzidos os mesmos processos, desconsiderando as especificidades deste trabalho com

os usuários e familiares que nos endereçam seu sofrimento. Não é possível pensar em produção de subjetividade e de vida, se somos formados a atuar em uma lógica serializada de produção. Não raro reproduzimos linhas de produção em série: usuários chegam aos serviços, passam pelo acolhimento, são medidos dados vitais, elabora-se um projeto terapêutico, ofertam-se permanência dia, oficinas, banho, medicação. São dispositivos imprescindíveis para que se ofereça uma atenção diferenciada, mas não podem ser uma linha de produção, aos moldes do filme *Tempos Modernos* (1936). Yasui e Costa Rosa apontam que:

As aproximações à clientela e à população seguem modelos verticalizados e reproduzem os moldes socialmente dominantes da subjetividade serializada do Modo Capitalista de Produção. As ações tendem a ser funcionalistas por proporem uma adaptação de indivíduos queixosos, ‘desequilibrados’ ou desajustados. Um aspecto dessa prática que merece ser explicitado, por sua importância radical, é a ação medicamentosa como única solução para todos os males e sofrimentos, [...] funcionando como um poderoso suporte para a valia da próspera indústria farmacêutica (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 30).

### **Os descaminhos da formação**

Para pensarmos os caminhos da formação, precisamos considerar o lugar da ciência no mundo atual, e a suposta neutralidade científica:

À fé numa neutralidade do conhecimento científico, produzindo evidências supostamente irrefutáveis, há que contrapor uma interpelação crítica daquilo que se julga evidente, levando em conta a quem convém e em quais relações de forças se inscreve (LOBOSQUE, 2010, p. 17).

Há um complexo jogo que envolve quais perguntas são feitas nas pesquisas e produção do conhecimento científico, a quem e a quem

elas respondem, a quais interesses. A ciência dita neutra é a mesma que permitiu e ainda permite a aquisição, no plano social, do “direito” de intervir sobre os outros. É a mesma que legitimou o enclausuramento dos loucos e legitima o enclausuramento – e morte – dos usuários de drogas. A ciência é muito mais política do que se quer fazer crer, nada isenta. Não há neutralidade no conhecimento científico, nas pesquisas, nas publicações<sup>1</sup>. Não há escola sem partido. Cerqueira (2016) indaga-nos, acerca da construção dos cursos de formação, se o projeto político pedagógico norteador de nossos cursos opera com seus conceitos e ferramentas a favor e no SUS. Qual o projeto de nossas graduações em saúde, de nossas Especializações e de nossas Residências? Estamos formando para a emancipação ou para a tutela? Para o interior dos serviços e consultórios, ou para a vida?

E, para além da formação do trabalhador em saúde e saúde mental, ou como parte dela, durante dezoito a vinte anos, tempo aproximado de estudo de um trabalhador desta área, como é pensada esta formação? Precisamos estar atentos ao fato de que:

Frequentemente a escolarização é reduzida a rudimentos precários, a formação universitária banalizada pela proliferação sem controle das instituições de ensino, as pesquisas e publicações determinadas por interesses privados e corporativos (LOBOSQUE, 2010, p. 17).

Não podemos, desavisadamente, desconsiderar que o modelo de formação está relacionado a um modo de organização social, a uma demanda de mercado, a uma forma de ver e se relacionar com o usuário dos serviços de saúde. A quem interessa esta formação? A qual projeto de sociedade e de vida?

No percurso escolar ensinaram-nos mais sobre a independência

---

<sup>1</sup> E isso ocorre em várias dimensões da vida: é a mesma ciência que define o que você deve comer, como deve viver sua vida, quais medicamentos, vitaminas e até pastas de dentes você deve usar (Nove entre dez dentistas recomendam...) quantas horas por dia deve dormir, em quais posições deve se deitar... nossa vida é definida cientificamente pelo uso de resultados de pesquisas nada neutras e sua associação às indústrias de todo tipo: farmacêutica, alimentícia, de vestuário, entre outras, e as somas financeiras incalculáveis que movimentam. As pessoas comuns se apropriam deste discurso e cometem atrocidades contra os outros ou a si mesmas. E aí de quem ou se rebelar contra o que diz o Deus Ciência!

norte americana do que o que ocorreu e ainda ocorre em nossas terras. Sabemos muito pouco de nossa constituição enquanto povo e nação. Desconhecemos as muitas realidades das condições de vida e saúde de nosso próprio povo. Localizamos facilmente um pokémon<sup>2</sup> em um parque, mas passamos diariamente por pessoas dormindo amontoadas nos mesmos parques e ruas e não os vemos ou, quando muito, adquirem somente a visibilidade para a opinião pública em função do uso de drogas<sup>3</sup>. Como é possível promover atenção e cuidados para a vida, com pessoas cuja existência e modos de vida ignoramos?

Ainda sobre os projetos pedagógicos de nossa formação: ocorrem de modo fragmentado, refletindo-se em um cuidado fragmentado ou na centralidade de uma atenção nos consultórios. Ceccim nos ressalta que “... a imagem dos serviços de saúde ainda é a do consultório, da conduta individual de um doutor que diagnostica e prescreve condutas. A imagem do diploma na parede ainda está lá” (CECCIM, 2010, p. 72).

Como esperar que os profissionais desenvolvam um trabalho em equipe, pilar do trabalho nestes serviços, um trabalho centrado no usuário, quando, como nos apontam Yasui & Costa Rosa:

[...] uma vez graduados, [os profissionais] estão aptos a agir de forma específica, a ler fragmentos da realidade. Os médicos aprendem a medicar e a ver na medicação a solução primeira para qualquer tipo de situação; os psicólogos aprendem a realizar uma terapia centrada no indivíduo e em seu

<sup>2</sup> Jogo de realidade virtual em que os “players” devem localizar “demônios virtuais” através do uso de Smartphone, e que movimentou milhares de usuários (e recursos financeiros) no ano de 2016.

<sup>3</sup> Leia-se: drogas destinadas aos pobres das periferias, o que legitima suas prisões e mortes. Os grandes traficantes e os usuários dos bairros nobres sequer são mencionados nas discussões sobre drogas, como se o nome droga fosse equivalente ao nome crack, e traficante fosse somente aquele que vive nas favelas e comunidades. Consequentemente os que são presos com alguma relação com uso e/ou venda de drogas, ou os que são mortos na guerra às drogas (seja pela polícia, muitas vezes em execuções sumárias, seja por outros traficantes), têm sempre a mesma classe e cor. “Bala perdida” torna-se, na realidade, a bala que não encontrou o seu destino certo e por acaso acertou alguém que não pertence à categoria a quem está endereçada: pobres, pretos, periféricos. Para estudo aprofundado deste tema, que ultrapassa os objetivos deste artigo, consultar D’ELIA FILHO, O. Zaccone. Acionistas do Nada: Quem são os Traficantes de Drogas. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

sofrimento privatizado; [...] No entanto, nenhum desses profissionais aprende a lidar com as situações cotidianas que os usuários dos serviços de saúde e Saúde Mental necessitam quando procuram pelo SUS, como, por exemplo, impasses na subjetividade das pessoas e seu sofrimento, na maioria das vezes, desencadeados pelo cotidiano, que se desenrola em duras condições sociais. (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 30).

A (de)formação ensina-nos a não ouvir o sujeito e sua dor além da doença, não raro considerando sofrimento e adoecimento como produzidos individualmente, sem relação com as condições de vida, históricas, sociais, culturais, nas quais estamos imersos. Por conseguinte, os profissionais

[...] raramente estabelecem diálogos que produzam uma integração com outros profissionais que trabalham a seu lado; não compreendem as dificuldades das pessoas em aderir ao tratamento [...]; estranham e se incomodam com as reivindicações das pessoas a respeito de seus direitos (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 30).

Cerqueira (2016) também nos adverte de que as dimensões de um processo formativo precisam ultrapassar a visão exclusiva do conteúdo cognitivo. Não significa, de forma alguma, desprezá-lo. É fundamental que componha os módulos disciplinares. Mas é preciso compreender que tem limites e que é necessário abrir, àqueles que nos endereçam seu sofrimento, outras possibilidades de estar na vida. É trabalhar, na formação, formas de se relacionar com a diversidade que se apresenta com cada usuário, e que é possível e sempre preciso sustentar o cuidado em liberdade.

Entretanto, em grande parte da formação voltada à atenção em saúde mental, ainda hoje repetimos o enquadre de uma psicopatologia e psicofarmacologia se crêem autossuficientes:

[...] uma clínica ordenada em torno da consulta e dos consultórios. Por outro lado, o ensino e a discussão das políticas públicas de saúde e

saúde mental são praticamente omitidos, quando as escolas preparam seus alunos para atender a uma determinada classe social e não a todos os cidadãos do seu país. Tudo se passa como se essa perspectiva fosse a única existente e possível, elidindo tantas outras que se desenham no Brasil e no mundo. [...] também seus professores, quando alunos, os sofreram; como poderiam agora transmitir uma experiência que não os tocou? Perpetua-se, pois, um círculo vicioso, resultando na chegada à rede de trabalhadores despreparados para a tarefa que os espera (LOBOSQUE, 2010, p. 21).

E não é tarefa simples. Com a formação que ainda temos ofertado, como esperamos que se produza enlaçamento, inclusive com e nas redes, se estamos voltados para nossas práticas como se fossem o suficiente para sustentar e reafirmar o trabalho iniciado no último século, pelo qual tantos lutaram e ainda lutam? A vida é lá fora, a formação deve endereçar o olhar e as práticas para fora do serviço, para a vida, e não somente para nossos ambulatórios, estágios e residências, formatados e formatadores de gente.

Ceccim (2010) e Cerqueira (2016) ressaltam a função do encontro, os enlaces possíveis entre uma equipe de trabalhadores e usuários, e a possibilidade de produção de cuidado que dali pode decorrer. Ceccim aponta que “quanto mais uma prática de cuidado [...] se orientar pela formação de diagnósticos e pelo enquadre de pessoas em determinados perfis de classificação, maior a exclusão do encontro” (CECCIM, 2010, p. 67). Cerqueira nos diz que a formação se dá no encontro, e no estar: estar junto, estar disponível, estar presente. Com a humildade de reconhecer que há modos de estar na vida e no mundo muito diferentes dos padrões que estabelecemos, pergunto: em que tipo de produção de vida estamos apostando, com quem e como? Nossas práticas de formação são orientadas para o encontro ou para a exclusão deste?

Ultrapassar um modelo de formação deformador requer uma ruptura com padrões estabelecidos durante anos e legitimados por

determinados interesses para a formação de profissionais que concluem sua graduação muito mais voltados ao atendimento dos interesses do mercado que aos interesses da sociedade e do país. Seria ingênuo pensar que é possível intervir na formação de forma a aprimorá-la, ou adequá-la à necessidade do trabalho. Torna-se imprescindível repensar toda a formação em termos da concepção do que é, a serviço de quem e de quem ela está construída.

Enquanto acreditarmos, nós, que nascemos ou crescemos depois da constituição do SUS, que não vivemos a realidade da não assistência às pessoas que não podiam pagar, a quem eram relegados serviços de benfeitorias e casas de assistência, a quem o acesso à saúde era favor e não direito de todos e dever do Estado, nós, que conhecemos por fotos e livros o que significava aproveitar até os ossos dos loucos despejados nos manicômios, ações legitimadas pela ciência, pela lei e, sem dúvida, pela sociedade, nós, enquanto acreditarmos que o mundo como o conhecemos foi dado naturalmente, desconhecendo que tanto o SUS como a Reforma Psiquiátrica são projetos políticos e sociais, construídos com muitas lutas, a muitas mãos, nós, mais do que meros reprodutores de uma prática com a qual buscou-se um rompimento, seremos partícipes de um projeto de desconstrução de tudo o que foi alcançado ao longo das últimas décadas. Desconstrução de e um novo modo de lidar com a vida e com as pessoas, que escancara o fato de que é possível viver de outra forma, nos relacionar de outra forma, que inclui a diferença. Que respeita o outro. Nós não podemos nos manter alienados em nossas práticas, sem compreendê-las em um contexto ampliado... Precisamos avaliá-las enquanto cidadãos, não nos tornando mantenedores da exclusão do diferente e do aniquilamento da vida.

As pessoas que sofrem dos nervos não sofrem só dos nervos. Sofrem da vida. Sofrem das condições de vida que nossa sociedade produz. Sofrem do paradoxo do nosso modo de vida e organização social, do rompimento dos laços, do lucro a qualquer custo, do aniquilamento das relações sociais, da violência presente nas relações e reproduzida no cotidiano, sofrem de solidões, de recusa, de desconsideração do outro, de ignorância da realidade

alheia. Sofrem da falta do valor da vida. Ou do valor da vida enquanto produção. Quanto vale a vida de um usuário de drogas? No mínimo precisa ter valor para nós, trabalhadores deste campo. Em qualquer condição em que este usuário se encontre. Desistimos facilmente dos casos, acreditando que o usuário é que não tem perfil ou não quer se tratar. Para o sofrer da vida não há medicação. Mas pode haver atenção, cuidado, promoção de enlaçamentos. Pode haver o repensar da vida cotidiana e o repensar as condições de vida que queremos ter enquanto sociedade. O que não pode haver é a indiferença.

*Na canção imortalizada por Mercedes Sosa:*

*Eu só peço a Deus  
Que a dor não me seja indiferente  
Que a morte não me encontre um dia  
Solitário sem ter feito o que eu queria*

*Eu só peço a Deus  
Que a injustiça não me seja indiferente  
Pois não posso dar a outra face  
Se já fui machucada brutalmente*

*Eu só peço a Deus  
Que a guerra não me seja indiferente  
É um monstro grande e pisa forte  
Toda a pobre inocência dessa gente*

*Eu só peço a Deus  
Que a mentira não me seja indiferente  
Se um só traidor tem mais poder que um povo  
Que este povo não esqueça facilmente*

*Eu só peço a Deus  
Que o futuro não me seja indiferente  
Sem ter que fugir desenganando  
Pra viver uma cultura diferente*

## Referências

AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, L., et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS ad do município de Natal-RN: com a palavra a família. In: Esc. Anna Nery Ver. Enferm., v. 14, n. 1, p. 56-63, jan.- mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a09.pdf>> Acesso em: 30/09/13.

BEZERRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

CECCIM, R. B. A Educação Permanente em Saúde e As Questões Permanentes à Formação em Saúde Mental. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.) *Caderno de Saúde Mental 3: Saúde Mental: Os Desafios da Formação*. Belo Horizonte: ESP-MG. 2010. V. 3.

CERQUEIRA, P. Apresentação no evento de comemoração dos 20 anos do IPUB. Rio de Janeiro, 2016.

FODRA, R. E. P. & COSTA ROSA, A. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad): análises dos discursos e da pratica no contexto da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. In: *Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v.33, n. 81, p. 129-139, jan.- abr., 2009. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/file/saaudeemdebate81.pdf>> Acesso em 30/09/13.

GRIECO, L. Solo le pido a Dios (1978). In: SOSA, Mercedes. Live in Argentinien. 1982. Disponível em: < [https://www.youtube.com/watch?v=Gvyl\\_zdji2k](https://www.youtube.com/watch?v=Gvyl_zdji2k)>. Acesso em 19/11/17.

LOBOSQUE, A. M. (Org.) *Caderno de Saúde Mental 3: Saúde Mental: Os Desafios da Formação*. Belo Horizonte: ESP-MG. 2010. V. 3.

LOBOSQUE, A. M. A Formação em Saúde Mental: o usemos avançar. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.) *Caderno de Saúde Mental 3: Saúde Mental: Os Desafios da Formação*. Belo Horizonte: ESP-MG. 2010. V. 3.

MERHY, E. Desafios de Desaprendizagens no Trabalho em Saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.) *Caderno de Saúde Mental 3: Saúde Mental: Os Desafios da Formação*. Belo Horizonte: ESP-MG. 2010. V. 3.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, 121-133, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/16.pdf> > Acesso em: 30/09/13.

PARADA, C. O acolhimento revisitado. In: BAPTISTA, M; CRUZ, M S. MATIAS, R (orgs.). *Drogas e Pós Modernidade – prazer, sofrimento e tabu*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2003. p. 221-229.

YASUI, S.; COSTA-ROSA A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, vol. 32, núm. 78-79-80, jan.- dez., 2008, pp. 27-37. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>>. Acesso em 28/10/17.

TEMPOS Modernos (Modern Times). Direção: Charles Chaplin. Nova York: Produção Patriciu Santans, 1936, (87 min.) preto e branco.