



Descriminalização do Cuidado:

Políticas, Cenários e Experiências em Redução de Danos

Sandra Djamboladjian Torossian
Samantha Torres
Daniel Boianovsky Kveller (Orgs.)

Políticas, Cenários e Experiências em Redução de Danos

Descriminalização do Cuidado

Sandra Djamboladjian Torossian
Samantha Torres
Daniel Boianovsky Kveller
(Orgs.)

Descriminalização do Cuidado:

Políticas, Cenários e Experiências em Redução de Danos.



Conselho Editorial

Ana Cristina Costa de Figueiredo
(Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ)

Analice de Lima Palombini
(Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS)

Andrea Máris Campos Guerra
(Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG)

Jacqueline de Oliveira Moreira
(Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais- PUC-MINAS)

Zaeth Aguiar do Nascimento
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB).

Descriminalização do Cuidado:

Políticas, Cenários e Experiências em Redução de Danos.

Organização:

Sandra Djambolakdjian Torossian

Samantha Torres

Daniel Boianovsky Kveller

Organização:

Sandra Djambolakdjian Torossian

Samantha Torres

Daniel Boianovsky Kveller

Capa:

Daniel Dall'Igna Ecker

Diagramação:

Samantha Torres

Revisão:

Lélia Almeida

Rede Multicêntrica
Descriminalização do Cuidado: Políticas, Cenários e Experiências em
Redução de Danos.
Porto Alegre, RS: Rede Multicêntrica, 2017. 380p.

ISBN: 978-85-9489-035-1

1. Políticas Públicas
2. Saúde Coletiva
3. Drogas
4. Redução de Danos
5. Educação Permanente

CRR Rede Multicêntrica- UFRGS
redemulti@ufrgs.br

Redutor de Danos III

A Redução de Danos
É minha vida, meu trampo.
Quando vou à campo
Não levo meus planos
Nem tampouco a verdade,
Só vontade e necessidade:
Aprender com minas e manos.

Nunca julgo o que estou vendo,
Não levo armas pra luta,
Minha força está na escuta
Que faço com quem atendo.
Conhecendo outros lugares,
O mundo por outros olhares,
Me armo com o que aprendo.

Tudo é muito relativo,
Vou crescendo estando junto,
Não critico, só pergunto,
Processo mútuo, reflexivo.
Só a partir desta empatia
Outra perspectiva se cria,
Um caminho alternativo.

Pra esta trilha ser seguida
Não é só oito ou oitenta,
Não há derrota pra quem tenta
Buscar qualidade de vida.
Valorizo cada avanço,
Por isso luto e não canso
E acredito nesta lida.

Discordo do empoderamento*
De uma substância inerte,
Que o lugar comum converte
Na desgraça do momento.
Mesmo sendo psicoativa,

Por não ter vida é passiva
Neste relacionamento.

Eu aposto no ser humano
E acredito em sua potência,
Na ampliação da consciência
De quem é julgado insano.
Transcendendo a aparência,
Reconhecendo a essência,
Talvez se reduza o dano.

Carlinhos Guarnieri, 29/10/2015

*A substância pode ser empoderada, à pessoa, cabe o reconhecimento do poder que tem.

Sumário

Apresentação

Gilberta Acselrad

Abertura

Capítulo I - Do ruído das pedras ao som da chuva: histórias de criação descentrada da Rede Multicêntrica 17

Sandra Djamboladjian Torossian e Pedro Augusto Papini

Política

Capítulo II - SUS, SUAS e política sobre drogas: interfaces e tensionamentos 27

Miriam Dias

Capítulo III – Drogas, vamos pensar! 71

Samantha Torres, Daniel Dall’Igna Ecker

Capítulo IV - Educação permanente e humanização no campo da saúde coletiva voltada às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas 91

Marta Conte, Fátima de Barros Plein, Marília Silveira

Capítulo V - Ex-viciado conta que a maioria dos amigos que consumia crack já morreu 111

Dênis Roberto da Silva Petuco

Capítulo VI – Incursões sobre as políticas sobre drogas e o cuidado nos processos de drogodependência 133

Maria Gabriela Curubeto Godoy

Capítulo VII - Redução de Danos e Linhas de Cuidado 145

Paula Adamy, Rosane Neves da Silva

Capítulo VIII - Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas“O cuidado que eu preciso” 159

Károl Veiga Cabral, Ana Carolina Rios Simoni, Sandra Maria Sales Fagundes, Paula Emilia Adamy, Carolina Nunes Port, Jaqueline da Rosa Monteiro, Vanessa Bettiol Oliveira, Simone Alves Almeida

Cenários

Capítulo IX - A droga enunciando conflitos: (des) encontros com a adolescência. 183
Magda Martins de Oliveira, Paula Flores, Karine Szuchman

Capítulo X - Álcool e Outras Drogas: Práticas Possíveis na Atenção Básica 199
Camila Maggi Rech Noguez, Rose Teresinha da Rocha Mayer

Capítulo XI - O CHEIRO DA RUA - Intervenções e invenções nas ruas de Porto Alegre 227
Carmen Lúcia Paz, Mateus Freitas Cunda

Capítulo XII - HIV/Aids e Drogas: diálogo a partir de uma passagem pela Rede Multicêntrica 247
Daniel Boianovsky Kveller

Capítulo XIII - Casa, família e emprego: o cuidado de usuários de álcool e outras drogas no território como um contraponto aos rumos da política pública sobre drogas no Brasil 267
Luciana Barcellos Fossi

Experiências

Capítulo XIV - PROJETO SEMEAR: uma proposta de reabilitação psicossocial do Hospital Sanatório Partenon para pessoas com tuberculose e outras comorbidades 287
Marta Conte, Cíntia Germany, Denise Bastos, Elisane Coutinho, Jarbas Osório, Rebeca Litvin, Simone Meyer Rosa, Carla Adriane Jarczewski

Capítulo XV - Oficinas de Escrita: narração e produção de cuidados no contexto da rede de atenção ao uso prejudicial de drogas 313
Rita Pereira Barboza, Marília Silveira, Tanise Kettermann Fick, Analice de Lima Palombini

Capítulo XVI - Circulação e controle: ambivalências das redes nas cidades de Porto Alegre, Brasil, e Amsterdam, Holanda 331
Rafaela de Quadros Rigoni

Capítulo XVII - CAPS AD III: cotidiano, avanços e desafios 351
Karine Zenatti Ely

| | |
|--|------------|
| Capítulo XVIII - Os usuários de crack em Amsterdã e medidas de baixa exigência e de redução de danos..... | 365 |
| <i>Alberto Oteo</i> | |
| Posfácio – Paixões e químicas | 369 |
| <i>Sandra Djambolakdjian Torossian</i> | |
| Sobre os autores | 373 |

Apresentação

O título deste livro - “Descriminalizar o cuidado” – evoca o paradoxo mais que terrível criado por convenções internacionais, que no século passado tornaram algumas drogas ilícitas. Isto porque, por este meio também se criminalizou o gesto de quem busca socorro e de quem tenta responder a esse apelo. Logo de início, em que pesem as dificuldades, somos apresentados à poesia de quem diz: “muitos já ouviram o crack, mas poucos o sentiram como a chuva”. Com essa frase concreta e certa aqueles que criaram e atuam na Rede Multicêntrica fazem o relato de sua história. Tecem, assim, os fios da memória dos princípios que levaram à sua construção, com base nas diretrizes do SUS, incorporando a lógica da Redução de Danos que se abre para diversas práticas e saberes. E atendendo pessoas que usam álcool e outras drogas e seus familiares, tentando articular instituições que, tantas vezes, pensam de forma muito diferente!

Este relato recupera também a memória de outros usos, entendendo que a proibição relacionada a certas drogas tem apenas cem anos, o que em termos históricos não é muito tempo e que por isso mesmo corre o risco de poder vir a ser negado.

Assim, outras formas de relação com as drogas podem ser construídas, através da solidariedade. Neste caminho, os autores contam, em cada capítulo, como organizam suas ações, seus cenários e experiências, desde 2010 aos dias de hoje. Também comparam experiências de atuação em rede, realizadas em Porto Alegre e em Amsterdã.

Trata-se aqui de recuperar e reconstruir a memória de tempos passados, para que se possa entender a possibilidade de recriar formas solidárias de cuidado do outro, num tempo presente que tem outras características. Trata-se, portanto, de priorizar o cuidado,

questionando assim a política proibicionista de enfrentamento e coercitiva que impõe a abstinência para todos, sem discussão.

Sabe-se, porém, que na realidade da história do mundo as práticas sempre foram outras, insistindo-se na internação como saída, na maioria dos casos compulsória como saída única frente aos impasses, persistindo como uma verdadeira *pedra no meio do caminho*.

Por outro lado, afirma-se aqui a proposta de Redução de Danos, com seus sentidos de acolhimento, afirmação dos direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas, com a possibilidade de (re)construção de suas vidas, com base no princípio da autonomia, a capacidade de fazer escolhas adequadas para si e abrindo possibilidades de estabelecer laços com o mundo.

O encontro de um dado produto com uma personalidade específica num momento sociocultural pode ou não gerar sofrimento. A vida é risco permanente, “viver é muito perigoso”, dizia Guimaraes Rosa. Alguns passarão pela experiência do uso de drogas sem maiores consequências, outros vão vivê-la como forma mesma de integração no ritmo de produtividade exigido pela ideologia do mercado, enquanto outros serão “pedra, porre, o perfume e o brilho, a cana no bafo (...), corpos no meio do caminho, cheiros invisíveis” *atrapalhando o transito* da sociedade que, com seu modelo de vida, produz mal-estar no mundo, mas que não se reconhece como cúmplice e responsável.

A droga em si é matéria inerte, existe e sempre existiu em todos os tempos e todos os lugares, variando apenas a relação que se estabelece com ela. Face à experiência de uso, cada sujeito vai agir e reagir de forma diferente no tempo e no espaço. Como dizia Claude Olievenstein, a dependência resulta do encontro de um sujeito com uma droga em um dado momento e meio sociocultural.

Mas se, em outros tempos, a relação com as drogas estava sujeita a certas normas, rituais, e a verdadeiros controles sociais coletivamente construídos e aceitos, podendo reduzir danos, hoje, a droga é transformada em mercadoria. Algumas delas são proibidas e

com a produção e comércio sem nenhum controle de qualidade, aparecem “como *sintoma social*, nos revelam questões desse sujeito e também da sociedade”.

No contexto neoliberal, com a ideia de cidadania e de direitos tendo se tornado ideologia de consumo, não caberia perguntar até que ponto o uso abusivo não corresponde exatamente ao ideal de cidadania da sociedade de consumo? A equação é simples: Consumo, logo existo; consumo o que é meu desejo imediato; o máximo de consumo e sem maiores questionamentos.

São várias e diferentes as personalidades de quem usa drogas. A cada um que está em sofrimento psíquico ou físico, corresponde um projeto terapêutico singular do qual ele vai participar, trazendo sua história de vida, sua fala ativa, e os locais onde a vida acontece. Poderá criar-se assim o cuidado territorial, com a presença do profissional de saúde na cena de uso. Isso significa envolver os familiares, garantindo-se o atendimento da pessoa de forma integrada por vários outros profissionais e instituições, abrindo-se a possibilidade de formação de múltiplos vínculos, deixando a internação, que jamais pode ser compulsória, para os casos extremos. E esta deverá ser sempre breve, para que a (re)construção da vida de cada um possa ocorrer no mundo e não em situação de isolamento.

“Curso, em um rio, é passagem”. Para poder atender as pessoas que usam drogas e seus familiares, o profissional precisa se preparar, se questionar, ser amparado também. Daí a necessidade de um aprendizado e formação permanente, aberta e continuada.

Caberá pensar e repensar o cotidiano de trabalho, um pensar que se interroga e que convoca a ação de transformar, um pensar articulado com a realidade política do país. Refletir sobre a própria prática, recusar engessamentos e modelos pré-estabelecidos. A dependência a um produto químico não pode ser reduzida simplesmente a um *estar* sob o domínio da química. É urgente questionar o conceito de *dependência química* que, no mais das vezes, é uma armadilha simplista, que descarta a história do sujeito e o contexto mais amplo onde se dão as escolhas possíveis. Insistir no

conceito de *dependência química* faz crer que é impossível a autonomia, descaracterizando, assim, a potência do sujeito. O profissional precisa ir além da competência técnica, não se sentir frustrado quando alguém tem uma recaída. Afinal, o próprio profissional, que tem consciência da necessidade da integralidade e da transversalidade no atendimento, muitas vezes desanima e de alguma forma *tem recaídas*. E, nestes momentos, longe de achar que o caminho é ser tolerante diante de tantos desafios precisa, de fato, assumir o compromisso político com a mudança.

E são muitos os desafios. O modelo proibicionista propõe a guerra às pessoas que não conseguem, não podem, não querem aceitar as leis que negam sua experiência de uso. Mas são essas pessoas que precisam do atendimento de saúde, de educação e tantos outros apoios que vão permitir religar seus laços com o mundo. A ilegalidade dificulta a possibilidade de contato, de vínculo; cria barreiras reais e simbólicas e fortalece preconceitos entre alcoolistas e pessoas que usam outras drogas. Tudo é proibido: é proibido pensar, é proibido falar, é proibido pedir ajuda, e assim tem-se comprometida a atuação integrada dos gestores, das instituições que agem junto a quem faz uso de álcool e outras drogas.

Fica comprometido também o pensamento da população dominada pelo senso comum que repete de forma acrítica que droga faz mal e que o usuário é o responsável pela violência do tráfico.

O uso de bebidas alcóolicas é apresentado em meio a tanto glamour e a advertência sobre o uso moderado aparece sempre em caracteres bem reduzidos, negligenciando a informação mais importante. A pedagogia do terror continua presente nos maços de cigarro de tabaco. As campanhas do “Diga não às drogas” mostram sempre o sujeito como incapaz, enfatizando a potência do especialista. O discurso das campanhas implica na afirmação do poder e da dominação – subtendendo-se, assim, que não é qualquer um que pode falar sobre drogas e em qualquer lugar. O discurso é controlado e distribuído de forma a disseminar a ideia de que não devemos pensar, e limitar-nos a repetir *Diga não às drogas*”, e de nos

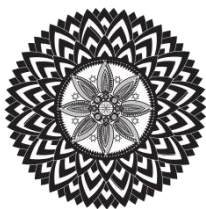
afastarmos de quem usa drogas ilícitas. Quando o que é urgente é a necessidade de refletir, lembrar, repensar, interpretar as proibições, criar controles coletivos protetores que reduzam danos, porque só assim seremos sujeitos de nossa história.

Na experiência da Rede Multicêntrica, aqui relatada, o cuidado às pessoas em situação de dependência se baseia na integralidade do atendimento, pela via da colaboração entre trabalhadores de diferentes setores. Através de uma autoanálise, os autores reconhecem que redes trazem potência; mas assim como promovem a circulação de ideias e ações, podem também promover controle, esbarrar em dificuldades de negociação, tendo em vista a coexistência de movimentos conflitantes: a proposta de Redução de Danos *versus* Política Antidrogas oficial que se alia às Comunidades Terapêuticas.

Na atuação da rede Multicêntrica, o conhecimento das leis e normas relacionadas às unidades de saúde, os direitos dos sujeitos que usam drogas, a regulamentação da Redução de Danos, são instrumentos essenciais ao projeto de autonomia do sujeito, que, desta forma, não apenas *sofre* as leis, mas pensa sobre elas e pode construir estratégias para transformá-las.

“Cheirar e punir, vigiar e sumir” é imprescindível que o cuidado se sobreponha ao controle. O modelo de gestão neoliberal pressupõe uma permanente tensão entre o que é do interesse público e os interesses de um Estado cada vez mais privatizado. Um Estado em que a garantia de financiamento público para as necessidades básicas da população é sempre secundária, prevalecendo os interesses do capital sobre o social. A política de drogas atual compromete a organização do cuidado à saúde das pessoas em situação de dependência. Os autores que aqui se apresentam, afirmam uma utopia em processo, com suas reflexões, relatos de projetos, propostas. Mostram a importância de se fazer memória, de escrever a história das ações da Rede Multicêntrica e de seu compromisso político com a mudança do sentido do cuidado.

Gilberta Acselrad
Educatória



Capítulo I

Do ruído das pedras ao som da chuva: histórias de criação descentrada da Rede Multicêntrica

Sandra Djamboladjian Torossian, Pedro Augusto Papini

O ruído provocado pelas pedras de cocaína de base livre quando volatizadas através do calor tem sido estridente. Crack. Muitas vezes escutamos alguma coisa de longe e conseguimos imaginar ou identificar o que é, como quando escutamos a chuva lá fora. Sabemos que é prazeroso estar protegidos naquele momento porque, a partir da nossa experiência, temos a noção de que a chuva molha e isso às vezes nos causa mal-estar. Causa-nos prazer escutar o barulhinho das gotas batendo harmonicamente no telhado - lá fora. Longe de nós.

Amplificado pela grande mídia muitos já ouviram o crack, mas poucos o sentiram como a chuva. O barulho bradado sobre essas pedras que se esfumaçam está popularmente centrado na ideia do desespero, do medo, da violência, da doença, da epidemia. Pratos cheios de tristeza para venda massiva de notícias clamam pelo posicionamento dos gestores de políticas públicas. Demonizado como uma praga apocalíptica, a pedra toma a forma concreta e dura de algo possível de ser dizimado. Surge, nesse cenário, o Plano de Enfrentamento ao Crack.

Uma das táticas desse enfrentamento é a criação dos centros de referência em educação para trabalhadores que têm contato com pessoas que usam drogas. Na região metropolitana de Porto Alegre, existiam diferentes instituições e atores que trabalhavam com a temática, desarticulados, mas com pontos em comum. Tocava-se na

perspectiva do trabalho: os princípios e diretrizes do SUS, a lógica da Redução de Danos e da Educação Permanente.

No ano de 2010, a partir do Plano de Enfrentamento ao Crack, a SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas) lança uma série de editais para o financiamento de diversas ações dirigidas a diferentes serviços de saúde e educação. Um desses editais convoca às universidades e propõe a criação de Centros de Referência para a educação permanente nessa área (CRR). Foi assim que a partir de um primeiro diálogo entre a Escola GHC (Escola do Grupo Hospitalar Conceição) e a UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) surge a Rede Multicêntrica: um centro de referência e apoio institucional para políticas de cuidado ao uso de drogas.

A pauta do início desse primeiro encontro marca de modo constante a construção do diálogo intersetorial entre os serviços e a universidade. Nesse primeiro encontro organiza-se um chamado a diversos serviços e gestões da rede SUS e SUAS com o objetivo de construir o projeto. Um projeto elaborado a muitas mãos e orquestrado por inúmeras ideias amarradas a cada uma das proposições dos participantes. Ancorados nos pontos em comum, anteriormente mencionados, inicia-se o tramado de uma rede viva, composta por diversas práticas e saberes que envolvem usuários, familiares, profissionais de diversas áreas, gestores e instituições.

Na reunião inicial, na qual estavam presentes aproximadamente 30 pessoas representantes de diversas áreas e municípios, organizou-se, de modo espontâneo, um grupo que acolheu a perspectiva da realização do projeto. E dessa primeira reunião surgiu também o nome do projeto que carrega no texto a marca de sua fundação: uma Rede Multicêntrica.

Os complementos desse nome foram variando até chegar à denominação atual, no entanto, preservou-se o conceito de **rede**. E, por mais redundante que possa parecer, esse foi suplementado com a afirmação de uma **descentração**: não se trataria de um centro universitário de referência, mas de uma série de centros colocados em diálogo. Grande desafio cujos objetivos ainda perseguimos, ancorado

no esforço de oferecer uma diversidade de ferramentas e de olhares para as situações complexas.

Do enfrentamento ao acolhimento: o olhar da Rede Multicêntrica

Na área da atenção ao usuário de drogas, a ideia de "enfrentamento às drogas" cola-se rapidamente a uma matriz: a abstinência. Abstinência que rapidamente se torna paradigma de cuidado e de promoção à saúde. Paradigma de abstinência que pode ser resumido nas palavras de Passos e Souza (2011):

(...) por paradigma da abstinência entendemos algo diferente da abstinência enquanto uma direção clínica possível e muitas vezes necessária. Por paradigma da abstinência entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (p.157).

O paradigma da abstinência foi problematizado pela Redução de Danos (RD) tal como a estratégia de enfrentamento à AIDS que se transforma num paradigma de cuidado. Nesse paradigma destaca-se o acolhimento aos usuários como uma dos pontos fundamentais. De acordo com Passos e Souza (2011), a RD problematiza as forças que conduzem à criminalização, à patologização e à moral quando reconhece que há pessoas que usam drogas e que não precisam de tratamento, pessoas que não querem parar de usar drogas, pessoas que não querem ser tratadas, ou pessoas que querem diminuir o uso sem, necessariamente, parar de usar drogas.

Para uma melhor compreensão dos usos de drogas destacamos as palavras de Olievenstein (1989) quem avalia a compreensão dos usos de drogas na perspectiva de um encontro.

(...) Uma equação que compreende o **encontro** de um produto, com uma personalidade e um momento sociocultural [...] O objeto droga, matéria inerte, existe, sempre existiu, em todos os tempos e todos os lugares. Diante deste objeto, a atitude do homem é variável, conforme o espaço, a ideologia, o lugar e o momento sociocultural (grifo dos autores) (OLIEVENSTEIN, 1989, p.14).

Encontro é então a palavra-chave para a compreensão da questão dos usos contemporâneos das drogas. Quando nos referimos aos vetores socioculturais, costumamos iluminar os valores contemporâneos, associados ao modo de vida consumidor (do consumidor ou consumista). Realçamos o ideal de felicidade ancorado na aquisição de bens materiais, as relações de trabalho sustentadas na exploração do outro, o imediatismo na busca do prazer. Sem negar tais referências precisamos suplementá-las com um ponto que geralmente fica na escuridão: os contextos proibicionistas.

Podemos falar tranquilamente das questões subjetivas, jurídicas, sociais sem tocar nesse ponto. Deixando na sombra da obviedade o fato de algumas drogas serem proibidas e outras liberadas, sem interrogar a arbitrariedade dessa proibição. Costumamos não interrogar os contextos proibicionistas, naturalizando a ideia da necessidade disso e da periculosidade do contrário. Se isso se sustenta nos cenários do último século, já não se sustenta no cenário atual, e não se sustentava na antiguidade.

Hoje o cenário que deu lugar aos paradigmas proibicionistas convive com os paradigmas não-proibicionistas. Há tensão e conflito entre eles. Um bom conflito. Um conflito que produz abertura para o diálogo.

Ligado a um modelo proibicionista o movimento de transformar os usuários de drogas em não usuários pode impedir o alcance dos mesmos a direitos consagrados na constituição brasileira, como o acesso universal à saúde ou o direito à educação. Dentro de uma lógica proibicionista passa-se não apenas a combater a droga,

coisa inerte e sem vida própria, mas a enfrentar a pessoa que dela faz uso.

O paradigma proibicionista, no trabalho, parece forçar uma dúvida unilateral que se restringe, ao tratar de um sujeito, a saber se ele usa ou se não usa drogas. Como que criando uma distância entre o profissional e o usuário. Quando pensamos em redução de danos as perguntas não estão prontas, e tentam tomar importância e sentido a partir da vida da pessoa com a qual se pretende trabalhar, que pode, além de querer ou não parar de usar drogas, querer muitas outras coisas.

Educação permanente nos cursos da Rede Multicêntrica

Curso, em um rio, é passagem. Quando falamos em educação permanente estamos tentando romper com a noção de um curso estanque - que começa e acaba em si mesmo. Acreditava-se, antigamente, que os espaços de aprendizagem eram especialmente restritos a lugares delimitados por quatro paredes, cadeiras alinhadas e focadas para frente, prontas para absorver as palavras proféticas de um mestre, detentor de um saber.

Muitos autores já trabalham com este conceito e ele é uma realidade em processo nas práticas e nas políticas de saúde do país. As ações governamentais educativas em saúde procuram seguir os preceitos de uma educação que é implicada com o caráter situacional das aprendizagens nos próprios cenários de trabalho em saúde (CECCIN, 2005).

No cotidiano, os acontecimentos esvaziam as teorias. Somos convocados, em constante transmutação, a nos colocar alertas, ocupando-nos das perguntas como um artefato sempre à mão para o enfrentamento das situações complexas. Entendemos que é importante que o cotidiano de trabalho seja um instigador do pensamento, precisamente como são os preceitos da Educação Permanente (idem).

Em um exercício de resistir a práticas cristalizadas em fazeres que desistem de se questionar, nos munimos do conceito de Educação Permanente. Utilizando variadas técnicas, os cursos foram se desenvolvendo de modo que se fizessem presentes as práticas dos profissionais que ali estavam, e que tinham suas histórias pessoais, suas ideias, seus serviços, e seus saberes singulares. Se não paramos de nos interrogar, podemos pensar que nunca estaremos completamente certos do que estamos fazendo. E de fato não estaremos; mas é na certeza que estão as mais fatais armadilhas, “certeza é quando a ideia cansa de procurar e pára”(FALCÃO, 2013).

Nos cursos da Rede Multicêntrica, realizou-se o esforço para que ali fosse encarnada uma potência de passagem. Ou, como nos mostra Ceccin (2004/2005) sobre a Educação Permanente, utilizamos uma definição pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, “que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano” (idem, p. 161). Nos cursos da Rede Multicêntrica um importante rumo foi a valorização e abertura de espaços em sala de aula para, digamos, dar a conhecer o que acontece nos processos de trabalho.

Os modos tradicionais de trabalhar com o tema das drogas, ancorados no paradigma proibicionista marcaram presença nos cursos. E aí se desenharam grandes desafios.

Uma série de práticas instituídas de cuidado tomava corpo e fazia eco nos cursos, onde era possível debatê-las. Um hábito comum, por exemplo, que surgia nas discussões: referir as pessoas que têm problemas com drogas nomeando-as de Dependente Químico, e utilizar isso como baliza para o cuidado. Questionamos: “Se a dependência é química, onde habita o sujeito? Qual o seu estilo de vida, sua história, suas relações? Quem depende da química?” (Torossian e Papini, 2013).

Referências

CECCIN, Ricardo Burg .Educação permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

_____. Educação Permanente em Saúde descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva* vol.10 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2005

FALCÃO, Adriana. *Mania de explicação*. São Paulo, 2013

OLIEVENSTEIN, Claude. *A clínica do toxicômano: a falta da falta*. Porto Alegre: artes Médicas, 1989.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. 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, Abril. 2011

TOROSSIAN, Sandra Djambolackdjian, PAPINI, Pedro Augusto. As drogas e suas políticas: usos, excessos e reduções. Em: CRUZ, Lilian Rodrigues da, RODRIGUES, Luciana e GUARESCHI, Neuza M. F. *Interlocuções entre a psicologia e a política nacional de assistência social*. Santa Cruz do Sul: Udunisc, 2013.

POLÍTICAS



Capítulo II

SUS, SUAS e política sobre drogas: interfaces e tensionamentos

Miriam Dias

O tema das políticas públicas sobre as drogas tem relação direta com o entendimento do seu contexto de instalação e o significado da relação da sociedade e o Estado, requerendo o entendimento de conceitos e dimensões intrínsecas.

A intersetorialidade é um desafio para uma ação articulada das políticas públicas na oferta de serviços e programas à população, e para isto, torna-se necessário um entendimento sobre a seguridade social no Brasil, a característica do federalismo existente no país, e a compreensão dos sistemas nas políticas. A forte setorialidade dos sistemas únicos de saúde e de assistência social repercute na proteção social, requerendo um entendimento de algumas de suas características.

Os aspectos na Saúde que merecem destaque são a mudança do conceito de saúde, os modos explicativos do processo saúde-doença, a organização e os desafios da atenção à saúde. E na Assistência Social são os fundamentos, os tipos de proteções sociais e a organização da rede de um sistema com existência recente no país. Ressalta-se o marco regulatório sobre as drogas, com destaque às contribuições da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010), bem como o arcabouço de atenção presente na recente institucionalização da Rede de Atenção Psicossocial.

Este panorama desvela os desafios que os profissionais, gestores e cidadãos, de um modo geral, têm para a construção de uma articulação capaz de contribuir na elaboração de ações para a atenção integral às pessoas com prejuízos pelo uso de álcool e outras drogas, na perspectiva de respeito aos direitos humanos e da integralidade.

Considerações sobre políticas públicas e a seguridade social no Brasil

As políticas públicas são constituídas a partir de um determinado modo da sociedade conceber e explicar os fenômenos sociais, para que seja possível que a ação pública governamental se efetive, indicando os fins, os setores, os públicos e os meios, ancorados em dispositivos legais e de gestão, requeridos para a sua materialização.

(...) A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006, p. 26).

O entendimento da existência desta relação entre sociedade e Estado, mediada pelos governos, possibilita uma compreensão das peculiaridades presentes no âmbito da execução terminal das políticas sociais, circunstância em que os trabalhadores sentem os impactos e tensões existentes nesta relação, que a Figura 01 procura ilustrar.

Figura 01 - Políticas Públicas - Relação entre Estado e Sociedade



Fonte: elaboração da autora

Assim, as políticas públicas são

(...) espaço de tomada de decisão autorizada ou sancionada por intermédio de atores governamentais, compreendendo atos que viabilizem agendas de inovação em políticas ou que respondem a demandas de grupos de interesses (COSTA, 1998, p. 07).

Esta peculiaridade da política pública expressa o grau de relação com a mobilização e organização de grupos e coletivos que defendem seus projetos societários, cuja trama de negociação e relação com as condições sociais e econômicas, no momento, vão desenhar as formas de oferta de bens e serviços à população.

As políticas públicas setoriais da saúde e da assistência social foram gestadas no teor, ritmo e tempo característicos da formação e consolidação do Estado brasileiro ao longo do século vinte, particularidades que as moldam com feições contraditórias, ora de negação, ora de reconhecimento da questão social. A questão social, entendida como o conjunto das manifestações das desigualdades sociais geradas na sociedade capitalista, e as formas de reação das classes nas lutas por acesso a bens e direitos (IAMAMOTO, 1998).

É para o enfrentamento da questão social que, em determinado momento histórico, a sociedade e o Estado constituíram formas de proteção social, que é um conceito amplo, vigente a partir do século XX, que engloba a Seguridade Social (ou Segurança Social), asseguração (ou garantias à seguridade) e as Políticas Sociais (PEREIRA, 2002). Dois modelos marcaram a história nos países centrais e também inspiraram os países em desenvolvimento.

Um é o modelo Bismarckiano, com seu caráter seletivo e corporativista, no qual os benefícios eram fixos, uniformes e voltados apenas aos grupos profissionais, baseado nas propostas de Otto Von Bismarck, na Prússia do final do século XIX. O outro modelo é o

orientado pelo Plano Beveridge¹, de formatação calcada nos direitos de cidadania, caracterizado por oferecer benefícios uniformes, democráticos, igualitários, desmercadorizantes e universalizantes.

Ambos os modelos inspiraram a elaboração de propostas de proteção social no Brasil, inaugurados na década de 1930, quando o país viveu o momento de construção do estado moderno, e a agenda do governo estabeleceu a criação de um variado conjunto de políticas previdenciárias, sanitárias e trabalhistas.

Os dois modelos de política social instalados, ambos com feições intervencionista e centralizadora foram o Assistencial e o Seguro Social (FLEURY, 2003). O primeiro destinava-se aos grupos pobres mais vulneráveis como medida compensatória pela situação de alta desigualdade social, e não pela concepção de direito social. Modelo inspirado na ação caritativa e reeducacional, com estrutura pulverizada e descontínua, resultante da aliança entre setores privados filantrópicos e Estado, assentado muitas vezes no trabalho voluntário. No modelo de Seguro Social o acesso à saúde era para os que estavam inseridos no mercado de trabalho e contribuintes da previdência social, o que construiu o sistema de medicina previdenciário no país.

Estes modelos vigoraram por décadas até a promulgação da Constituição Federal de 1988, resultante da Assembleia Constituinte que produziu um novo marco conceitual de seguridade social, derivado de um longo processo de luta pela democratização e por melhores condições de vida, com a participação da sociedade de forma mais orgânica nos novos rumos da nação.

A década de 1990 expressou várias rupturas relevantes no país. No quadro político, o retorno do sufrágio universal para a retomada da democracia representativa; na área econômica, a política de estabilização pela via da recessão para combater a herança da inflação; a desregulamentação da economia através da liberação dos preços dos produtos e conseqüentes privatizações e liberalização das

¹Para maior conhecimento sobre o tema ler o artigo A influência do relatório Beveridge nas origens do Welfare State (1942 – 1950), de Cardoso, 2010.

importações, e a flexibilização das relações capital-trabalho (SOARES, 2001).

O Estado brasileiro desenvolvimentista (1945–1964), que havia sido elemento-chave do processo de industrialização, investindo em infraestrutura e criando estatais produtoras de matérias primas essenciais, ocupado em operar um determinado sistema público de proteção social (BIELSCHOWSKI, 2004) iniciou seu processo de reforma administrativa. A contenção do gasto público, dirigida tanto ao combate à inflação como à criação de um superávit primário² fiscal, expressa a posição do Estado de contenção de investimento nas políticas sociais.

É nesse contexto que a Constituição de 1988 introduziu o conceito de Seguridade Social, com a construção de um consenso mínimo sobre direitos sociais a serem efetivados. Ou seja, se evidenciavam as contradições e disputas de projetos societários nos rumos da sociedade e do Estado brasileiro.

Mas o que é seguridade social? Pereira (2002 p. 16) contribui definindo-a como um “sistema programático de segurança contra riscos, circunstâncias, perdas e danos sociais, cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos”. É o sistema mais avançado de proteção social produzido no Estado de Bem Estar Social (*Welfare State*) nos países centrais, de feição socialdemocrata.

Consiste numa união das políticas de cunho social com as perspectivas intervencionistas estatais no mercado, que foi capaz de oferecer excedentes econômicos, desenvolvimento tecnológico, avançada burocratização e um específico modelo de produção - modelo fordista capaz de viabilizar o Estado Protetor, o que se constituiu num regime específico de capitalismo moderno (CARDOSO, 2009).

²O superávit primário: governo passa a ter como objetivo arrecadar mais do que gasta, não considerando o pagamento de juros da dívida. Esta ferramenta contábil se torna essencial na política econômica para o pagamento da dívida. O superávit primário se torna para as políticas sociais um “sacrifício Social” (FBO, 2004, p. 7).

A característica peculiar da noção de seguridade social é o reconhecimento dos direitos sociais como condição da cidadania, e a responsabilidade do Estado em provê-los por meio de sistemas de políticas sociais – Direito do Cidadão, Dever do Estado.

O contexto social e político da Constituinte, resultante da forte mobilização social por reformas no Estado brasileiro para o alcance de prerrogativas cidadãs e o processo de democratização, criou um consenso possível na definição de Seguridade Social, expresso no artigo 194 da Constituição Federal como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

No parágrafo único do referido artigo, estão os objetivos da Seguridade Social, quais sejam: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Estes objetivos vão orientar a organização das políticas sociais setoriais constituindo-se em componentes orientadores e estruturantes dos Sistemas de Saúde e de Assistência Social.

A setorialidade das políticas sociais

O termo setor equivale a um “conjunto de atividades relativamente coerentes em termos técnicos ainda que diferenciados em termos de subsistemas socioeconômicos aos quais pertencem” (DOWBOR, 2003, p. 17).

Classicamente o termo é utilizado para definir os setores da economia, mas também identifica as políticas sociais, demarcando suas especificidades quanto aos objetivos e natureza da ação. A seguridade social no Brasil é formada pelos setores da saúde, assistência social e previdência social, sendo que as duas primeiras serão abordadas nesta discussão.

A seguridade social definida pela Constituição estabelece dois princípios básicos para as políticas sociais correspondentes: participação da sociedade e descentralização político-administrativa. Estes princípios são inovadores na história brasileira da proteção social, pois vão provocar alterações substantivas na relação entre Estado e sociedade (Figura 01). A formação inicial da sociedade brasileira revela que o exercício da cidadania civil foi obstaculizado por três fatores: a escravidão, a grande propriedade rural e um Estado comprometido com os interesses privados. Esta situação torna o Brasil a terra da cidadania inconclusa (CARVALHO, 2004), pois a presença de alguns direitos não garante que todos sejam considerados.

A participação dos brasileiros nas políticas da seguridade social constitui-se numa inovação democrática relevante, pois vai recuperar o tempo de privação da liberdade de expressão e de inserção na vida social que a ditadura militar impôs no país. Mas esta peculiaridade da participação no país é um fator ainda a ser conquistado e fortalecido através da forma histórica como se constituiu a relação entre sociedade e Estado. Coutinho (2003, p. 212) analisa o Brasil contemporâneo à luz da teoria do Estado ampliado de Gramsci e sintetiza que “[...] não só a sociedade civil brasileira era até pouco tempo ‘primitiva e gelatinosa’, mas também que o Estado foi sempre bastante forte”.

A luta pela democratização no país e a forte mobilização de vários setores por melhores condições de vida repôs no campo legal a participação da população através de Conferências e da criação dos Conselhos Setoriais ou de Direitos nas três esferas de governo.

Os conselhos são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo sobre as respectivas políticas, e são “canais de

participação que articulam representantes da população e membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos” (GOHN, 2003, p. 07).

Há uma diferença na composição dos Conselhos de Saúde e os Conselhos das demais políticas setoriais. Os da saúde são formados pelo segmento dos usuários (50%), profissionais de saúde (25%) e gestor e prestadores de serviços (25%). Os demais conselhos tem sua composição paritária entre governo e sociedade civil, ou seja, entidades que representam seus usuários, os trabalhadores do setor e entidades prestadoras de serviços.

Côrtes (2004, p. 251) assinala que

(...) a maior parte dos conselhos tem atribuições relativas ao planejamento e fiscalização da aplicação de recursos financeiros transferidos da esfera do governo federal ou estadual, e relacionados ao monitoramento da implementação de políticas.

Estas atribuições ainda requerem uma maior institucionalização, considerando as diferenças regionais no país e a cultura participativa brasileira, que deve avançar para uma democracia participativa, estágio em que a população tem maior poder na tomada de decisão sobre os rumos do país.

Um aspecto a se considerar na formulação e gestão das políticas sociais no aspecto da descentralização é quanto ao tipo de federalismo existente, pois diferente da maioria dos outros países, o Brasil é um sistema federativo de tripla soberania. A união, os estados e os municípios são entes autônomos, com autoridade administrativa e jurídica própria, não havendo hierarquia entre os mesmos.

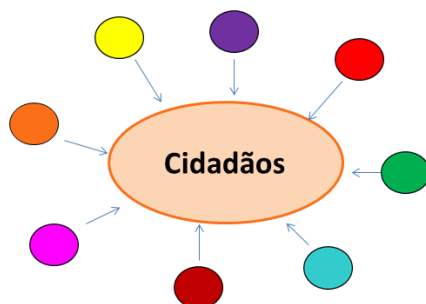
Ocorre uma repartição da autoridade política do Estado [a soberania] e o exercício do poder [o governo] em centros soberanos definidos geograficamente e coordenados entre si. Esta situação produz um elevado grau de heterogeneidade, com a existência de múltiplos centros de poder e de um sistema complexo de dependência

política e financeira entre as esferas governamentais, cujos resultados podem ser diversos e contraditórios pelas disparidades inter e intrarregiões no país (LIMA, 2007).

Na forma como estão organizadas no país, as Políticas Sociais Setoriais têm uma organização calcada em Leis Orgânicas, no caso da Saúde, Assistência Social, Previdência Social e Educação. Os segmentos da população com suas especificidades têm Estatutos: da Criança e do Adolescente, Idosos, Igualdade Racial, Pessoa com deficiência, assim como a política da Habitação com Estatuto das Cidades.

Todas estas políticas têm Planos Nacionais, Estaduais e Municipais, e respectivos programas com regramentos normativos que estabelecem os processos organizativos, de gestão e de financiamento. Da mesma maneira foram instituídos os respectivos Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais e as Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais por setor, responsáveis por garantir a participação da população nos rumos das políticas sociais. Assim, cada uma das políticas se dirige ao seu público, de acordo com as suas finalidades, como mostra a Figura 02.

Figura 02 - A Setorialidade das Políticas Sociais



Fonte: elaboração da autora

Outro aspecto a se considerar diz respeito ao papel das profissões na formulação e gestão das políticas sociais, pois estas são uma

(...) espécie de política pública que visa concretizar o direito à seguridade social, por meio de um conjunto de medidas, instituições, profissões, benefícios, serviços e recursos programáticos e financeiros (PEREIRA, 2002, p. 16).

Cada profissão tem como matriz uma ou mais disciplinas do campo do conhecimento e legislações específicas sobre suas competências e atribuições no exercício profissional. A racionalidade científica criou as disciplinas para possibilitar, por meio da especialização em profissões, para distribuir distintamente as atribuições e as responsabilidades e para que a execução do trabalho seja bem disciplinada, prepará-los e treiná-los para produzirem mais e melhor, de acordo com o método planejado, conforme preconizado pela Teoria da Administração Científica de Taylor, em 1903 (CHIAVENATO, 2000).

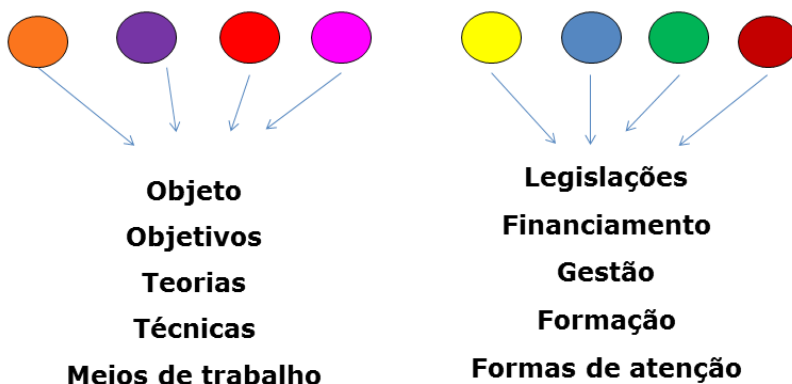
Esta teoria determinou a organização do trabalho no modelo fordista³, hegemônica durante o período do Welfare State nos países centrais e era do desenvolvimentismo nos países como o Brasil. Uma das características deste trabalho realizado em série, dependente de normas e especializado, é a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais.

Associando as características das profissões com as das políticas setoriais já apresentadas, temos um contexto que dificulta a possibilidade de integração e articulação necessária para uma oferta

³Baseou-se em inovações tecnológicas e organizacionais calcadas na produção a partir de ciclos operatórios curtos, segmentados e em fluxo contínuo e progressivo, de modo a obter uma grande produção no menor tempo possível, associado a uma política de recompensa ao operário pela obtenção de um salário mais elevado (HARVEY, 1993).

de serviços centrados no cidadão, como se verifica na ilustração da Figura 03.

Figura 03 - As especificidades das Profissões e das Políticas Setoriais



Fonte: elaboração da autora

As políticas públicas de Saúde e de Assistência Social são sistemas, pois contêm um conjunto de órgãos funcionais, componentes, entidades, partes ou elementos e a integração entre esses componentes se dá por meio de variados fluxos de informações, existindo comunicação entre seus componentes em cada política.

A Lei n.º 12.435, 06 de julho de 2011 que altera a Lei nº 8.742, de 07/12/1993, dispõe sobre a organização da Assistência Social, e no artigo 6º está definido que a gestão das ações na área de assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (Suas).

Os seus objetivos são: I - consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federativos que, de modo articulado, operam a proteção social não contributiva; II - integrar a rede pública e privada de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, na forma do art. 6º-C; III - estabelecer as responsabilidades dos entes federativos na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de assistência social; IV - definir os

níveis de gestão, respeitadas as diversidades regionais e municipais; V - implementar a gestão do trabalho e a educação permanente na assistência social; VI - estabelecer a gestão integrada de serviços e benefícios; e VII - afiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos.

O parágrafo 1º define que as ações ofertadas no âmbito do Suas têm por objetivo a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e, como base de organização, o território. E no 2º parágrafo, fica estabelecido que o Suas é integrado pelos entes federativos, pelos respectivos conselhos de assistência social e pelas entidades e organizações de assistência social abrangidas pela Lei.

O Decreto nº 7508 de 28/06/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19/09/1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. No artigo 3º está definido que o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Como se constata no marco legal destas duas políticas sociais, estas “são pensadas no interior do setor fundamentadas no seu objeto e acúmulo de práticas e saberes [...]” (ANDRADE, 2006, p. 281), peculiaridades da setorialidade histórica nas políticas brasileiras.

O Sistema Único de Saúde

A conceituação da saúde se torna necessária tendo em vista a mudança significativa nas últimas décadas. Considera-se a saúde tanto um valor universal na sua dimensão de cuidados para a manutenção e qualidade de vida, quanto um setor estratégico de política pública, no atendimento das condições necessárias para a reprodução social.

A saúde é também fundamental para a democracia e a cidadania, pois como diz Escorel (2009), a democracia é entendida

como substantiva, que indica um conjunto de fins entre os quais sobressai a igualdade jurídica, social e econômica, onde podemos situar a saúde como um dos *objetivos sociais* a serem atingidos. Esta perspectiva de saúde é resultante do Movimento da Reforma Sanitária⁴, que se constituiu numa articulação de forças sociais com a mesma direção: qualificar a atenção em saúde e torná-la pública, como direito universal dos cidadãos, no período de lutas pela democratização do país e de crítica à política e às condições de saúde vigentes na época.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi o ápice do Movimento pela Reforma Sanitária, e a primeira vez que representantes dos usuários da saúde pública e profissionais de saúde participaram. Os temas discutidos foram: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. O forte debate produzido no Movimento construiu um novo conceito de saúde que esta conferência aprovou: saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

O conceito de saúde ampliado, que não envolve apenas a recuperação da doença, mas como resultante das condições de vida, além de explicitamente considerar a intersectorialidade, transforma a luta pela saúde numa luta pela cidadania, com a primazia do público para garantir os direitos sociais da população. Deste modo, o Brasil superou o clássico conceito de saúde elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU), quando no período pós 2ª guerra mundial, em 7 de abril de 1948, divulga uma carta de princípios (desde então o Dia

⁴ “Processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado” (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

Mundial da Saúde) que reconhece o direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, e formula o conceito de saúde: estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade. A crítica feita a este conceito é quanto ao seu caráter linear sistêmico – coloca num mesmo nível dimensões completamente distintas e independentes, como são o físico, o mental e o social (DAMASO, 1989).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1988 pela Constituição Federal, por ação do movimento sanitário, e criado pelas Leis 8.080 e 8.142/92, é considerado um dos sistemas de saúde mais avançados do mundo. Ao garantir o acesso universal aos serviços de saúde a toda a população, constitui-se numa das maiores conquistas dos brasileiros.

Conhecer os modos explicativos do processo saúde-doença torna-se necessário, visto serem matrizes conceituais que orientam o modo como é organizada a atenção e a gestão em saúde. Dois modos explicativos são preponderantes neste debate. O primeiro é o clássico “História Natural da Doença”, criado na década de 1950 por Leavell & Clark e calcado no tripé: o homem-hospedeiro, o agente patogênico e o meio. E que se baseia na dinâmica do equilíbrio ou desequilíbrio dos três elementos, pelo estabelecimento de uma relação causa-efeito, demarcando dois momentos no processo de adoecimento: fase pré-patogênica - Prevenção Primária e fase patogênica – Prevenção Secundária e Terciária. Este modelo inspirou a organização hierarquizada e de etapas vigente no sistema de saúde até os dias atuais, cujos componentes podem ser visualizados na Figura 04.

Figura 04 – Modelo História Natural da Doença

| PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO | | | PERÍODO PATOGÊNICO OU CLÍNICO | | | |
|------------------------|---|---------------------|----------------------------------|--------------------|---------------------|----------------|
| PERÍODOS | Interação de fatores: Hospedeiro - Agente - Meio ambiente | | Alterações precoces | Primeiros Sintomas | Doença Avançada | Convalescência |
| NÍVEIS DE ATUAÇÃO | Promoção da saúde | Proteção específica | Diagnóstico e Tratamento precoce | Limitação do dano | Reabilitação | |
| | PREVENÇÃO PRIMÁRIA | | PREVENÇÃO SECUNDÁRIA | | PREVENÇÃO TERCIÁRIA | |

Fonte: FIOCRUZ, 1998.

O debate promovido pelo Movimento pela Reforma Sanitária também produziu um novo campo de conhecimento, o da Saúde Coletiva, que mesmo em permanente processo de

(...) autocriação, [...] (que) recompõe e atualiza constantemente os elementos das práticas de saúde - os objetos, os meios de trabalho, as atividades realizadas nessas práticas, e também para que, a partir dessa experiência democrática, sejam instauradas novas relações técnicas e sociais no processo de trabalho em saúde (PAIM, JS; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 312).

Neste contexto outro modo de explicação do processo saúde-doença é produzido, o da Determinação Social da Doença, quando a Epidemiologia Social faz a crítica à Epidemiologia Clínica tradicional, baseada na causalidade. O processo de adoecimento é entendido como uma

(...) realidade concreta expressa em grupos sociais marcados por traços socioeconômicos particulares, que evidenciam as suas similaridades em termos de condições materiais de vida e condições materiais de trabalho (FIOCRUZ, 1998, p. 54).

Deste modo a noção de *causalidade* é substituída pela de *determinação*: as condições ligadas à estrutura social são consideradas na explicação da saúde e da doença, pelas características comuns relativas às condições materiais de vida dos indivíduos que correspondem às relações de trabalho, alimentação, moradia, lazer, educação, transporte, etc.

Os Determinantes Sociais de Saúde são elementos de ordem econômica e social que afetam a situação de saúde de uma população, e passaram a se constituir como referência na política de saúde. Uma Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS)⁵ foi criada em 2005 pelo governo federal, formada por um grupo interdisciplinar e intersetorial, para examinar e propor ações considerando que as desigualdades sociais brasileiras determinam as condições de saúde da população como consequência das escolhas sobre a política econômica e social no país.

Um conceito relevante considerado é o das iniquidades em saúde, que se traduz nas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 1992 apud FIOCRUZ, 2008, p. 11). Um exemplo de iniquidade é a probabilidade de 5 vezes maior de uma criança morrer antes de alcançar o primeiro ano de vida pelo fato de ter nascido no nordeste e não no sudeste. O outro exemplo é a chance de uma criança morrer antes de chegar aos 5 anos

⁵ Ver Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2008. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>.

de idade ser 3 vezes maior pelo fato de sua mãe ter 4 anos de estudo e não 8.

Os pesquisadores Dahlgren e Whitehead propõem um esquema que permite visualizar as relações hierárquicas entre os diversos determinantes da saúde, divulgado pelo Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, como se observa na Figura 05.

Figura 05 – Relações hierárquicas entre os Determinantes Sociais da Saúde



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991) apud FIOCRUZ, 2008.

Esta perspectiva explicativa do processo de saúde-doença demanda a intersectorialidade como eixo catalizador da formulação e execução de políticas sociais na realidade social.

Outro aspecto importante a destacar na política de saúde é referente à Atenção à Saúde, com o fim de explicitar conceitos e a organização do sistema de saúde. Como Atenção à Saúde entende-se um conjunto de ações que envolvem a promoção, a prevenção e os serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade, abarcando a Vigilância em Saúde e a assistência prestada no âmbito do SUS e da Saúde Suplementar (Brasil, 2008).

A atenção à saúde no país segue em processo de atualização e consolidação, que se expressa na Portaria GM/MS nº 4.279, de 30/12/2010 ao estabelecer as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Rede de Atenção à Saúde é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2010a). Esta portaria tem um marco conceitual e organizativo que revela o acúmulo do setor nestas décadas de execução da política pública de saúde.

A atenção à saúde tem relação intrínseca com o entendimento sobre os modos de atenção, que para Campos, é “[...] o modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las” (1989, p. 53). Para Paim,

(...) os modelos de atenção ou modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde podem ser definidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas (2006, p. 18).

Está presente nestas definições a perspectiva histórica processual do modo de atenção, pois são os atores e forças sociais, mediados pelo Estado, que em determinado tempo e condicionados por uma gama de interesses, vão constituir a forma como a saúde será materializada em serviços, processos e gestão.

A Portaria GM/MS nº 4.279 define Modelo de Atenção à Saúde como um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções

sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010a).

Uma apreciação relevante sobre o modelo assistencial hegemônico no Brasil é feita por Teixeira (2004), quando aponta o modelo médico-assistencial privatista, com suas características de considerar o hospital como o centro da organização dos serviços de saúde, desvinculado da relação com os demais serviços que compõem a atenção à saúde. As ações curativas são predominantes na oferta de serviços de saúde, e, por conseguinte, as ações preventivas e de promoção da saúde são consideradas de baixa relevância. Outra característica é o fato da organização do trabalho estar fundamentada na prática médica, com o conhecimento específico dos demais profissionais com posição subordinada.

Outra dimensão relevante para se destacar é que historicamente a Atenção no SUS foi guiada pelas condições agudas que induziram a conformação do sistema de saúde, com suas características de ser um modelo de atenção episódico, voltado para atenuar os sintomas e promover a cura, não se aplicando para atender às condições das doenças crônicas. Os conceitos de doenças transmissíveis e não transmissíveis têm sido os conceitos usados para análise e compreensão da situação epidemiológica, mas sua aplicação na organização de serviços não atende às necessidades decorrentes das peculiaridades das doenças crônicas e agudas (CONASS, 2009).

A condição crônica requer como ação de enfrentamento a continuidade do cuidado, pois constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um longo período de anos ou décadas. As condições crônicas abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos, doenças transmissíveis, não transmissíveis e incapacidades (CONASS, 2009). A figura 06 sintetiza as peculiaridades das condições agudas e crônicas de saúde.

Figura 06 - Condições Agudas e Condições Crônicas

| CONDIÇÕES AGUDAS | CONDIÇÕES CRÔNICAS |
|--|---|
| Duração limitada | Duração longa |
| Manifestação abrupta | Manifestação gradual |
| Diagnóstico usualmente preciso | Diagnóstico usualmente incerto |
| Intervenção usualmente efetiva | Intervenção usualmente com alguma incerteza |
| Resultado: a cura | Resultado: o cuidado |
| Centradas no cuidado profissional | Centradas no autocuidado orientado |
| Cuidado centrado no profissional da medicina | Cuidado multiprofissional |

Fonte: CONASS, 2009.

A situação de saúde no Brasil, segundo Mendes (2010) é de uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva. Há uma forte predominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada, assim como o forte crescimento da violência e das causas externas.

O atual modelo de atenção orientado para a constituição das Redes de Atenção à Saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 4.279, requer uma mudança necessária no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas. Para isto a Estratégia Saúde da Família representa o principal modelo para a organização da Atenção Primária à Saúde, tornando-se uma exigência para o estabelecimento da RAS (BRASIL, 2010a).

Conforme o Art. 7º da Portaria GM/MS nº 4.279, as Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores⁶, devendo conter em cada Região de Saúde, no mínimo, ações e serviços de I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde. No Art. 9º estão definidas as Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: I - de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto.

Estes são, portanto, os atuais componentes da atenção à saúde no SUS, que o conjunto de municípios, estados e união precisam organizar, financiar e ofertar à população para que a saúde seja acessada por todos os cidadãos, como expressão deste direito social.

Importante referir que o SUS tem também entre suas atribuições constitucionais a atuação em Saúde do Trabalhador, conforme artigo 200 da Constituição Federal. A Lei 8080/90, que institui o SUS, no seu artigo 6º, parágrafo 3º, descreve a Saúde do Trabalhador como: Conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Esta área ainda precisa ser devidamente valorizada e efetivada na política pública de saúde, pois o trabalho também produz adoecimento e está presente nas determinações sociais da saúde.

Por fim, é relevante assinalar as mais recentes mudanças no marco legal do SUS. O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, 19/09/1990 na organização do SUS: planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. E a Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de

⁶Fóruns de negociação e pactuação sobre o funcionamento do sistema de saúde.

2012 (PEC 29), que Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde.

Estes instrumentos legais consolidam a saúde como uma política de Estado no país, oferecendo os mecanismos organizativos e financeiros para que o direito à saúde e o dever do Estado se efetive no Brasil.

O Sistema Único de Assistência Social

No marco do processo de democratização da sociedade brasileira se instituiu a Política de Assistência Social, orientada pelo princípio de respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao acesso a benefícios e serviços de qualidade, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade. Com este princípio, a assistência social se orienta sob a condição de direito social e integrante da seguridade social no país. A assistência social passou então a ter reconhecimento de política pública setorial, com as diretrizes de descentralização político-administrativa e a participação dos indivíduos auto representáveis na sua formulação e sua fiscalização.

Esta inovação no marco da cidadania não eliminou as tensões entre concepções distintas e até antagônicas, típicas das políticas sociais. Sposati (2009) destaca que há duas concepções em embate: uma que considera a política de assistência social como direito do cidadão e dever do Estado, requerendo então uma gestão pública e transparência quanto ao seu financiamento. E a outra posição interpreta a Constituição Federal pelo princípio da subsidiariedade, isto é, o “Estado deve ser o último e não o primeiro a agir. [...] opera a assistência social sob o princípio de solidariedade como ação de entidades sociais subvencionadas pelo Estado” (SPOSATI, 2009, p. 16).

Estas concepções vão delinear o tipo de gestão da política, ou sob a responsabilidade do Estado ou pela parceria com as entidades privadas filantrópicas.

Esta tensão, presente em todas as políticas sociais setoriais na contemporaneidade brasileira, é muito forte na assistência social pelo fato de estar ancorada

(...) por décadas na matriz do favor, clientelismo, do apadrinhamento e do mando, [...] [que] caracterizou-se historicamente como *não política*, renegada como secundária e marginal no conjunto das políticas públicas (COUTO, 2010, p.33).

O desafio para os segmentos sociais que defendem a política pública como direito social é o de garantir os princípios da seguridade social. O marco legal da política é formado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) Lei Nº 8.742/1993, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004) e a Lei nº 12.435/2011 que institui o Sistema Único de Assistência Social, SUAS. No Art. 1º da LOAS a assistência social é definida como direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prove os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Os mínimos sociais estão entendidos como o acesso aos bens e serviços básicos de reprodução da vida moderna, mas que se ampliam quando seu provimento se relaciona com o enfrentamento da pobreza, universalização dos direitos sociais, tornando-se um conceito “problematizador do próprio padrão desta reprodução” (LOPES, 1998, p. 96).

O público da assistência social é constituído por cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e risco, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade, ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnicos, culturais e sexual, desvantagem

peçoal resultante de deficiências, exclusão pela pobreza e ou dificuldades de acesso às demais políticas públicas, uso de substâncias psicoativas, vítimas de diferenças formas de violências advindas do núcleo familiar, de grupos e ou indivíduos, desemprego ou inserção precária no mercado formal ou informal, além de sujeitos ou grupos que utilizam outras estratégias de sobrevivência que possam representar risco social ou pessoal (BRASIL, 2004, p.33).

O Art. 2º da Lei do SUAS (BRASIL, 2011) define os objetivos da assistência social, que são o da proteção social, da vigilância socioassistencial e a defesa de direitos.

A proteção social também orienta a materialização da política de assistência social, rompendo

(...) com a noção dos cidadãos como massa abstrata e os reconstrói a partir da realidade de sua vida [...] e age sob três situações: proteção às fragilidades/vulnerabilidades próprias ao ciclo de vida; proteção às fragilidades da convivência familiar; proteção à dignidade humana e combate às suas violações (SPOSATI, 2009, p.42).

Está assentada em princípios apresentados no Quadro 01.

Quadro 01 – Princípios da Proteção Social

| Princípios | Significado |
|--------------------------------|---|
| Universalidade | Pode ser acessado por todos os cidadãos. |
| Matricialidade sociofamiliar | A família é o núcleo protetivo intergeracional, presente no cotidiano e que opera tanto o circuito de relações afetivas como de acessos materiais e sociais. |
| Descentralização compartilhada | Federalismo cooperativo, cuja concepção se opera pelo processo de regionalização. |
| Territorialização | Dimensão da política que supõe o reconhecimento da heterogeneidade dos espaços em que a população se assenta e vive bem como o respeito cultural aos seus valores, referências e hábitos. |

| | |
|--------------------|---|
| Intersetorialidade | Construção de uma relação de complementaridade entre as políticas públicas. |
|--------------------|---|

Fonte: Sistematização de SPOSATI (2009).

A proteção social consiste no “conjunto de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS para redução e prevenção do impacto das vicissitudes sociais e naturais ao ciclo da vida, à dignidade humana e à família como núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional” (BRASIL, 2005). A Lei do SUAS estabelece no Art. 6 A os tipos de proteção:

I - proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;

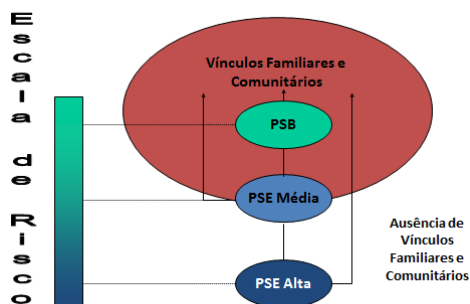
II - proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.

O Art. 6º-B define que as proteções sociais básica e especial serão ofertadas pela rede socioassistencial, de forma integrada, diretamente pelos entes públicos e/ou pelas entidades e organizações de assistência social vinculadas ao Suas, respeitadas as especificidades de cada ação.

O Art. 6º-C estabelece que as proteções sociais, básica e especial, serão ofertadas precipuamente no Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), respectivamente, e pelas entidades sem fins lucrativos de assistência social.

A Figura 07 apresenta de forma esquemática a Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE) de Média Complexidade e Alta Complexidade.

Figura 07 – As formas de proteção Social no SUAS



Fonte: Brasil, 2005.

A Proteção Social Especial de Média Complexidade é para o atendimento especializado a famílias e indivíduos que vivenciam situações de vulnerabilidade, com direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. A Proteção Social Especial de Alta Complexidade é para o atendimento de famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem. O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS, 2009) aprovou a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, organizados pelos níveis de complexidades, categorizando e detalhando cada um dos serviços de atenção.

A proteção social inclui a rede hierarquizada de serviços, benefícios e programas, que são formas complementares de atenção. A Lei do SUAS, no Art. 23 define os serviços socioassistenciais “como as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas”.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif) foi instituído no Art. 24-A da Lei do SUAS, integrando a proteção social básica e consiste na oferta de ações e serviços socioassistenciais de prestação continuada, nos CRAS, por meio do trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social, com o objetivo de prevenir o rompimento dos vínculos familiares e a violência no âmbito de suas relações, garantindo o direito à convivência familiar e comunitária.

O Art. 24-B institui o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi), que integra a proteção social especial e consiste no apoio, orientação e acompanhamento a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, articulando os serviços socioassistenciais com as diversas políticas públicas e com órgãos do sistema de garantia de direitos.

O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família, previsto no Art. 20. Os benefícios podem ser eventuais, e consistem em provisões suplementares e provisórias destinadas “aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública”, conforme Art. 22.

E o Art. 24 define que os programas de assistência social “compreendem ações integradas e complementares com objetivos, tempo e área de abrangência definidos para qualificar, incentivar e melhorar os benefícios e os serviços assistenciais”.

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), de caráter intersetorial, integrante da Política Nacional de Assistência Social, que, no âmbito do Suas, compreende transferências de renda, trabalho social com famílias e oferta de serviços socioeducativos para crianças e adolescentes que se encontrem em situação de trabalho foi instituído no Art. 24-C da Lei do SUAS.

Em 27 de novembro de 2009, foi sancionada a Lei 12.101, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência

social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social e dá outras providências. Esta legislação, junto com a tipificação dos serviços de assistência social, está produzindo um reordenamento no setor, possibilitando a formatação da política na forma de sistema único de fato, superando a multiplicidade de serviços e programas existentes até recentemente, típica da forma como a assistência social se constituiu no Brasil.

A política de assistência social, na perspectiva da universalidade, não é mais exclusiva para aqueles considerados inaptos para o trabalho, mas inclui aqueles em situação de desemprego, subemprego e sob precárias condições de trabalho (COUTO, 2010). As vulnerabilidades sociais estão postas a muitos extratos sociais, pois o padrão de desigualdade social brasileiro não se alterou, apesar dos índices de melhora na empregabilidade e no aumento de renda na população em geral, ainda está presente o desafio da justiça social para todos.

Políticas sobre drogas

Inicialmente é importante o registro de que se consideram os direitos humanos como a matriz ética orientadora do marco legal e estratégico das políticas sobre drogas. “Os direitos humanos integram direitos e valores universais, nenhuma pessoa pode ser excluída desse respeito, e toda exclusão social é negação do humano” (DALLARI, 2000, p. 24).

O horizonte é o do respeito aos direitos dos homens e mulheres, com universalização do acesso a bens e serviços, tendo a liberdade como valor central nos seus corolários de autonomia e emancipação dos indivíduos sociais.

A abordagem sobre o marco legal e das políticas públicas sobre as drogas no país é muito dinâmico e controverso, considerando o intenso debate na sociedade sobre o tema. O objetivo neste tópico é apresentar sucintamente o que de significativo foi produzido como

referência na área, de modo a possibilitar uma informação deste arcabouço e contribuir em estudos subsequentes.

O Ministério da Saúde lança em 2002 o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos usuários álcool/outras drogas que é um marco no período para a construção de uma política específica para esse campo da saúde mental. A política específica vai ser consolidada em 2004, com o lançamento da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

A Intersetorialidade é um dos aspectos relevantes desta Política, visto que: O impacto de políticas públicas coordenadas setorialmente é visível e vem se impondo para todas as áreas sociais de governo; O uso de álcool e outras drogas é um tema transversal a outras áreas - da justiça, da educação, social e de desenvolvimento; Requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas; As articulações com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e universidades são fundamentais para a elaboração de planos estratégicos ampliando-se significativamente a cobertura das ações dirigidas a populações de difícil acesso (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) aborda a relevância da redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, indicando um conjunto de iniciativas a serem realizadas pelo poder público, como: I – Investimento em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e suas consequências; II – Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool; III – Promover campanhas municipais em interação com as agências de trânsito no alerta quanto às consequências da direção alcoolizada; IV – Desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a corresponsabilização e autonomia da população; V – Investimento no aumento de informações veiculadas pela mídia quanto aos riscos e danos

envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e acidentes/violências; e VI – Apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais.

Em 2005 o Presidente do Conselho Nacional Antidrogas – CONAD, aprova e o Presidente do Brasil sanciona a Política Nacional de Drogas que

(...) avança ao enfatizar a prevenção ao uso indevido de drogas e o tratamento humanizado à pessoa que faz um uso abusivo de drogas, em um movimento de afastamento da repressão como central, reconhecendo a redução de danos enquanto uma estratégia para intervenção em relação às drogas (MACHADO, 2013, p.69).

No âmbito legislativo, a Lei Federal 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 par repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Posteriormente o Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006regulamenta a referida Lei.

O Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007 aprovou a Política Nacional sobre Álcool e Outras Drogas que dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e a criminalidade. As principais medidas para reduzir e prevenir danos à saúde: Propaganda de bebida alcoólica: regulamentação, monitoramento e fiscalização; Campanhas de informação e sensibilização quanto às consequências do uso indevido de bebidas alcoólicas; Redução da demanda de álcool por populações vulneráveis: fiscalização do ECA, populações indígenas, escolas/universidades; Álcool e trânsito; Capacitação profissionais

rede básica saúde e da segurança pública; Fiscalização de estabelecimentos diversão/lazer.

O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras drogas (PEAD 2009-2011), foi aprovado em Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do SUS em maio de 2009, com os objetivos de: 1) Ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS); 2) Diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos, e 3) Construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e à complexidade desta clínica.

O Decreto n.º 7179, de 20 de 05 de 2010 instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. A prevenção é direcionada a educação e informações sobre drogas, visando ampliar a rede de assistência ao dependente e autoridade no enfrentamento ao tráfico.

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial, 2010, os delegados participantes examinaram a política sobre drogas no país e deliberaram sobre o conjunto de princípios que devem orientar a ação do Estado, e destacam-se aqueles referentes à imprescindível articulação entre as políticas sociais.

Deliberação 183:

Assegurar que as políticas públicas sejam elaboradas integralmente, prevendo ações e financiamento intersectorial, em especial nos campos da infância e adolescência, no que se refere à violência doméstica, exploração sexual, uso de álcool e outras drogas, moradores e em situação de rua, em cumprimento de medidas socioeducativas e em situação de risco, seguindo a Política Nacional para cada área.

Quanto a princípios e diretrizes gerais, a Deliberação 485 enfatiza que o enfrentamento da problemática do uso e abuso de álcool e outras drogas requer a implantação e o desenvolvimento, nos três níveis de atenção, de políticas públicas intersetoriais, em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) e do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Do mesmo modo a Deliberação 486 enfatiza que é necessário se estabelecer, efetivamente, a estratégia de redução de danos como política pública de saúde; e expandir, em todo território nacional, a rede de cuidados em saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, garantindo de forma irrestrita o direito à saúde e a uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2010b).

O mais recente ordenamento da política pública sobre drogas é a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088⁷, 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.

Os objetivos, conforme artigo 3º são de I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - 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.

O art. 5º da Portaria elenca os componentes da Rede: I - Atenção Básica em Saúde; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de

⁷ A Portaria na sua íntegra está disponível no sítio:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e VI - Reabilitação Psicossocial.

No ponto de atenção da Atenção Básica em Saúde, é institucionalizado um dispositivo relevante para abordagem e cuidado a pessoas em situação de rua com problemas decorrentes do uso de drogas e as mais diversas vulnerabilidades sociais, as Equipes de Consultório na Rua, cujas diretrizes de organização e funcionamento estão regradas pela Portaria do Ministério da Saúde nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Já a Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

Estes são alguns destaques orientadores para a elaboração e execução de políticas de atenção às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tema complexo e que requer a intersetorialidade como patamar imprescindível na sua realização.

O desafio da intersetorialidade

Contemporaneamente o campo de conhecimento da gestão de políticas públicas tem constatado que a intersetorialidade é um fator preponderante para a efetivação de serviços e programas à população. A natureza das necessidades humanas e sociais tem em si complexidade relevante que não podem ser atendidas na perspectiva da setorialidade. Do mesmo modo, a integralidade é um princípio fundamental das políticas de saúde e de assistência social, políticas sociais aqui analisadas, requerendo uma ação articulada das políticas públicas.

A integralidade se expressa na Assistência Social por meio das Seguranças Socioassistenciais: atenção básica, média e alta complexidade. E na Saúde, é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro através do SUS para conjugar as ações

direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço à população. Mas a forte setorialidade dos Sistemas Únicos de Saúde e de Assistência Social repercute na efetividade de suas ações de proteção social, e no caso de políticas sobre drogas, torna-se imperiosa a intersetorialidade.

Um conceito de intersetorialidade apropriado para este debate é o que o considera

(...) um princípio de gestão das políticas sociais que privilegia a integração das políticas em sua elaboração, execução, monitoramento e avaliação. Busca superar a fragmentação das políticas, respeitando as especificidades de cada área (SAMPAIO, 2009).

A gestão em políticas públicas tem o papel de ser a protagonista nos esforços de ações intersetoriais. Aproveitando a conceituação no setor saúde, a função gestora é um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área, através de quatro grandes grupos: (1) formulação de políticas e planejamento; (2) financiamento; (3) regulação, coordenação, controle e avaliação do sistema/redes e prestadores de serviços, (4) prestação direta de serviços (MACHADO et al, 2009, p. 56).

Ou seja, no processo de gestão devem ser incluídas ações e estratégias para a necessária articulação entre os setores, pois

(...) a intersetorialidade se assenta no princípio da convergência da ação, devendo refletir uma racionalidade interna da ação governamental. [...] O que a move é o pacto de uma ação coletiva, integrada para um objetivo (SPOSATI, 2006, p. 140).

As ações de atenção à saúde e assistência social, assim como as de educação, trabalho, habitação entre outras, para a população com

prejuízo pelo uso de álcool e outras drogas torna mais complexa o tipo de intersectorialidade, pois vai requer as outras esferas da sociedade. Por isto o conceito de rede intersectorial colabora na compreensão e formulação deste tipo de ação. Como Porto e colaboradores expressam,

(...) as redes intersectoriais são estruturas flexíveis que permitem a construção de canais de comunicação e de estratégias de ação conjunta, estabelecendo novos compromissos entre instituições e atores sociais organizados (2003, p. 196).

Esta perspectiva alia as políticas que foram sendo gestadas na área específica de álcool e outras drogas como a da promoção da saúde, ficando evidenciado que a magnitude do problema em tela é tanto do Estado como da sociedade em geral, e principalmente, precisa ser elaborada e executada na perspectiva da intersectorialidade.

Considerações finais

O debate realizado e a aproximação das legislações do SUS e do SUAS revelam o elementar: apontam ações diretas aos cidadãos. A interface é evidente, com ações que se complementam entre si. Portanto, é requerido aos gestores, trabalhadores e prestadores de serviços um esforço de pensar a política pública tendo como sua centralidade os indivíduos, a população usuária e, a partir deste foco, revisitar as normas, processos e ações para a construção de elos de articulação. É preciso ter como direção da execução das políticas sociais públicas a Integralidade, articulando os meios para o alcance da maior cobertura possível de ações, com postura interdisciplinar e ética, de modo a pautar as políticas nos direitos e na cidadania de todos.

Os desafios estão postos aos profissionais, gestores e cidadãos em modo geral para a construção de uma articulação capaz de contribuir na elaboração de ações para a atenção integral às pessoas com prejuízos pelo uso de álcool e outras drogas, na perspectiva de respeito aos direitos humanos e da integralidade.

Mudanças conceituais também se fazem necessárias, pois a perspectiva das condições agudas das doenças não é mais suficiente para a formulação e organização de ações de cuidado, uma vez que os problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas exigem atenção ao longo da vida, e de práticas capazes de possibilitar a inserção social destes indivíduos.

Outros desafios para a efetiva política pública também estão colocados, como a permanente tensão entre um Estado garantidor de direitos e um Estado privatista, o que determina o insuficiente financiamento público para as necessidades da população por meio das políticas públicas.

Por fim, a organização dos serviços de saúde e de assistência social, assim como as demais políticas setoriais, deve ser orientada pelo cuidado ao usuário; esta é uma máxima que vai possibilitar ações de intersetorialidade. Para tanto, é fundamental o incentivo a participação social no processo de decisão e gestão das políticas públicas, com destaque ao controle social.

Referências

ANDRADE, LOM. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.

BIELSCHOWSKI, R. *Pensamento Econômico Brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo*. 5. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, 19/09/1990 - organização do SUS: planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 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.

_____. Lei Nº 12.435, de 06 de julho de 2011. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2010a.

_____. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final, 27/06 a 01/07 2010*. Brasília, 2010b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília: MDS, 2009.

_____. Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os

procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. *Mais Saúde: direito de todos*, 2008-2011. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. SUAS – Norma Operacional Básica -NOB/SUAS, Brasília – DF, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Brasília – DF, 2004.

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

_____. Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Anais*. 1986. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

CAMPOS, GWS. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde. In: CAMPOS, GWS; MERHY, E; NUNES, ED. *Planejamento sem normas*. São Paulo: HUCITEC, 1989.

CARDOSO, F.L.L. A influência do relatório Beveridge nas origens do Welfare State (1942 – 1950). *Revista Todavia*. Ano 1, nº 1, 2010. Porto Alegre. Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/revistatodavia/Artigo3%20-%20Revista%20Todavia.pdf>. Acesso em 11/04/2012 .

CARVALHO, J.M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CHIAVENATO, I. *Administração: teoria, processo e prática*. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

CONASS. Seminário sobre modelo de Atenção à saúde no SUS. Brasília, 2009.

_____. *A gestão da saúde nos estados: a avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Brasília, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS). Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009 - Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

CÔRTEZ, Soraya M. Vargas. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio (orgs.) *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

COSTA, N.R. *Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: Hucitec, 1998.

COUTINHO, CN. *Gramsci, um estudo sobre seu pensamento político*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

COUTO, B. A política nacional de assistência social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, B; YAZBEK, M.C.; SILVA, M.O.S; RAICHELIS, R. (orgs). *O sistema único de assistência social no Brasil: uma realidade em movimento*. São Paulo: Cortez, 2010.

DALLARI, DA. Direitos Humanos, Exclusão Social e Educação para o Humanismo. In: PIRES, Cecília Pinto et al. (Org.). *Direitos Humanos: pobreza e exclusão*. São Leopoldo: Adunisinos, 2000.

DAMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

DOWBOR, L. *A reprodução social: política econômica e social, os desafios do Brasil*. Vol. II. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

SCOREL, S.; MOREIRA, M.R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. (org.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

SCOREL, S. Saúde uma questão nacional. IN: TEIXEIRA, S.F. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.

FIOCRUZ. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2008. Disponível em:
<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>

_____. Gestão em saúde: curso de aperfeiçoamento pra dirigentes municipais de saúde. Programa de educação á distância. Processo Saúde-Doença. V. I, 1998.

FLEURY, S. Seguridade social: a agenda pendente. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 414-424, set./dez. 2003.

FÓRUM BRASIL DO ORÇAMENTO – FBO. Superávit primário. *Cadernos para Discussão*. Brasília: FBO, 2004.

GOHN, MG. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003. Coleção Questões da Nossa Época 84.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1993.

IAMAMOTO, MV. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.

LIMA, LD. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

LOPES, C. R. Movimento contra as iniquidades. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 45, maio 2006.

LOPES, J.R. Mínimos sociais, cidadania e assistência social. *Serviço Social e Sociedade*. Ano XIX, n. 58, São Paulo: Cortez, 1997, p. 94-108, nov. 1998.

MACHADO, BS. Política proibicionista de drogas no Brasil. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social PUC RS. Porto Alegre, 2013.

MACHADO, CV; LIMA, LD; BAPTISTA, TWF. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: OLIVEIRA, RG; GRABOIS, V. MENDES JÚNIOR, WV. (Orgs.) *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, 15 (5): 2297-2305, 2010.

PAIM, JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, JS; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma nova 'saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 32 (4), 1998.

PEREIRA, PAP. *Necessidades humanas subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PORTO, MFS; LACAZ, FAC; MACHADO, JMH. Promoção da Saúde e Intersetorialidade: contribuições e limites da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 192-206, set./dez. 2003.

SAMPAIO, APS; LEITE, MR; NETO, AL. *Glossário de Assistência Social*. Governo do Estado do Espírito Santo, Instituto Jones dos Santos Neves, outubro de 2009.

SOARES, LTR. *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 2001.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: MDS, UNESCO, 2009.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. *Revista Serviço Social e Sociedade*. n. 85, ano XXVII, São Paulo: Cortez, 2006.

TEIXEIRA, C. (org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010.

_____. Planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde. *Espaço da Gestão*. Informação para tomadores de decisão em saúde pública. BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em www.itd.bvs.br.

TEIXEIRA, SF. (org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.



Capítulo III

Drogas, vamos pensar!

Samantha Torres; Daniel Dall'igna Ecker

Frequentemente escutamos falar que uma das coisas que diferencia o ser humano dos animais é sua capacidade de pensar e refletir sobre si no mundo. O argumento de que os humanos são seres racionais, por vezes, é usado como forma de colocar as pessoas em um patamar de superioridade, quase como uma marca de poder que distinguiria os humanos de outros animais. Por essa perspectiva, o pensar, debater e refletir sobre os diversos aspectos da vida seria quase como algo inerente ao que caracterizaria o ser humano. Nesse raciocínio, *pensamos*: qual o significado e o objetivo de se fazerem campanhas para *não se pensar* sobre determinados assuntos se o humano, como alguns argumentam, é um ser essencialmente racional?

Uma campanha muito difundida nos últimos anos elaborada por uma grande mídia tinha como slogan a expressão “Crack, nem Pensar!” (GRUPO RBS, 2009). Entende-se que nesse slogan o que se trata não é necessariamente o ‘nem pensar’ do pensamento, mas o ‘nem pensar’ no sentido de não experimentar, de manter afastado o sujeito do objeto considerado droga – o crack. Porém esse ‘nem pensar’, no sentido de estímulo a repulsa, traz um interdito ao pensamento pois, além de tratar como óbvio a ideia de que não se pode experimentar ou usar a substância como se a mesma fosse por si só um grande malefício, estigmatiza no crack o discurso da interdição. Com essa campanha, entendemos que houve uma construção de um

tabu em cima da substância, no sentido das pessoas falarem do crack apenas como algo que precisa ser evitado e repulsado. Como grande parte dos tabus, oculta-se algo que está presente no cotidiano humano, tendo o interdito do pensamento como estratégia para que esse cotidiano não seja colocado em análise.

Compreendemos que, se existe um fenômeno acontecendo na sociedade, distante de tentarmos anular sua existência acobertando-o com discursos morais sob o argumento do perigo ou da impureza, é preciso refletir sobre ele: tentar compreender o porquê do surgimento do fenômeno, o que ele significa e ao que ele vem dar conta em uma determinada conjuntura político-social. Exemplificamos a estratégia de censura com o discurso sobre o uso do Crack mas, dentre os desafios presentes no campo da Redução de Danos, poderiam ser diversas outras situações citadas que envolvem padrões morais, convenções sociais, religiosas ou culturais em torno do uso de substâncias químicas.

Frente a essas diversas fontes de interdição no campo do uso de drogas propomos, neste texto, trazer para discussão o tema sem o uso da censura como estratégia de anular algo que faz parte do cotidiano humano: **Drogas, vamos pensar!**

Para guiar nosso pensamento na escrita, partimos das seguintes indagações: quais são as condições para que emerja o fenômeno do uso de drogas no meio social? Afinal, o que são *drogas*? De onde surge o termo e exatamente ao que ele se designa? O que significa o uso de substâncias químicas para os sujeitos e para o meio social?

Trazer para reflexão a problemática discursiva que envolve o tema das drogas, não significa com isso, que se está defendendo o uso indiscriminado de drogas e que todos os usos ‘são bons’, ‘legais’ e devem ser aceitos. A reflexão busca, na verdade, o entendimento da complexidade que envolve o tema do uso de substâncias, sem cair em dicotomias simplistas do ‘certo’ e ‘errado’ que negam a complexidade do tema e, por vezes, produzem profissionais nos serviços que atuam de forma moralizante e superficial. É importante analisar o uso de

substâncias em seus múltiplos determinantes e não em simplórios julgamentos morais.

Infelizmente, grande parte das campanhas sobre o uso de drogas ainda mantêm como lente de entendimento o moralismo. É a esse tipo de campanha, estudos e demandas, que não podemos responder mecanicamente como se fossem óbvias, claras e ‘verdades absolutas’. Quando falamos de seres humanos, e o discurso sobre a gestão deles aparece sob argumentos muito claros, óbvios e lógicos, é preciso um pouco de desconfiança. Antes de mais nada, é necessário entendermos que o ser humano é algo complexo, por vezes não lógico, que vive em determinada cultura e tempo histórico. Existem valores na contemporaneidade, que nem sempre foram assim e nem sempre serão. Reconhecendo que as realidades mudam no decorrer do tempo, torna-se inviável e falso a tentativa de estabelecer verdades absolutas sobre os humanos. Que outros modos de analisar e se relacionar com o fenômeno do uso de substâncias existiram/existem/existirão? Há apenas um caminho na prática do trabalho com usuários de drogas?

Pensamos que toda a trabalhadora e trabalhador, seja de serviço público ou privado, deveria desconfiar um pouco mais dos objetivos e resultados que seu trabalho lhe impõe. Afinal, ‘para o quê’ e ‘para quem’ estão sendo convocadas respostas sobre o comportamento humano? Através de nossa prática, percebemos que muitos profissionais partem de certas verdades impostas pelas políticas, ou por suas próprias perspectivas de vida, para executarem suas tarefas sem ao menos desconfiar de onde surgem tais verdades e ao que elas vem dar conta. O risco de se atuar em cima de verdades dadas a priori, sem ao menos coloca-las em análise, é acabar servindo como ferramenta *não pensante* da máquina de tabus que, infelizmente, ainda sustenta nosso social. Construída em cima de profundas desigualdades e injustiças, essa maquinaria reflete um sistema social que é permeado por práticas humanas perversas, que propulsiona a alavanca das injustiças, travestindo-se em ‘boas ideias’, práticas de ‘prevenção’ ou como ações ‘corretos e óbvias’.

Como dispositivo para embasar essa reflexão, trazemos um levantamento de conceitos sobre drogas que foram obtidos em um curso sobre o tema, oferecido a profissionais de serviços públicos, como forma de introduzir as aulas do dia. A proposta deste levantamento era compreender o que cada um dos profissionais entendia por ‘droga’ e que tipo de drogas ‘cada um ali já havia feito uso, ou mantinha fazendo’. No total, foram 25 profissionais que responderam esse levantamento de forma anônima em uma folha em branco. Os resultados foram muito diversos e, a partir deles, foi possível fazer rodas de debates com reflexões sobre o tema, estimulando o **pensar sobre as drogas!**

Pela nossa experiência com as atividades da Rede Multicêntrica, de forma geral, quando as pessoas vão fazer um curso que tem como tema as drogas elas já partem de certas ideias sobre o assunto, pois a própria palavra drogas incita em cada uma delas um pensamento, valorações e uma série de estereótipos e repetições sociais. Não há como negar que, na conjuntura social atual, potencializada por veiculações da mídia, a ideia sobre drogas ainda é difundida como algo negativo, que precisa ser censurado, e que é colocada no patamar dos problemas sociais graves. Então, quando falamos de drogas com os serviços, já estamos partindo de uma narrativa construída historicamente que vê na relação do ser humano com as substâncias uma série de estereótipos e fabricações discursivas (GOMIDE, 2010).

Porém, o uso de substâncias sempre foi algo problemático? Em todas as sociedades o uso de substâncias é considerado algo problemático? Por que algumas substâncias são criminalizadas e outras não? Que interesses existem em criminalizar algumas substâncias e outras não? O uso do álcool, por exemplo, como discute Guareschi et al. (2015) já foi considerado uma das causas da criminalidade, do caos social e, inclusive, da loucura. Segundo as autoras, era recorrente na década de 1930 discursos que situavam o álcool como futura epidemia social, semelhante a tuberculose e a varíola. O álcool já fora colocado como ameaça ao processo

civilizatório, sendo situado como “[...] o principal responsável pelo pauperismo, pelo abandono do lar, pela immoralidade, pela vadiagem, pelo crime e depravação social” (GUARESCHI et al. apud PENNA, 1929, nº12: 2-3).

Interessante verificar como os discursos sobre o uso de drogas se transforma ao longo do anos e, provavelmente, nem fosse possível pensar naquela época que o álcool seria uma substância tão consumida mundialmente, alvo de grandes publicidades e central produto na movimentação econômica do país. O exercício de questionar termos, **pensando sobre a palavra ‘drogas’**, permite a desestabilização das noções de sujeitos, modos de ser e estar no mundo que vem diretamente colados ao seu discurso. O próprio termo drogas fora cunhado tendo como origem a palavra *drogg*, proveniente do holandês antigo, cujo significado é folha seca. Esta denominação é devido ao fato de que, antigamente, quase todos os medicamentos utilizavam vegetais em sua composição (GÓIS; AMARAL, 2016). Inicialmente, então, a palavra droga não era entendida como hoje comumente se compreende. De certa forma, até hoje o termo drogas não se refere ao uso dependente de uma substância. Os medicamentos vendidos em farmácias também são drogas e, tanto é assim, que muitas farmácias são chamadas de drogarias.

A variabilidade de possibilidades de entender o termo ‘droga’ evidencia-se na lista de substâncias que foi formulada junto ao profissionais envolvidos nas atividades do curso da Rede Multicêntrica. Não havia limite para a citação de itens, então alguns colocaram mais de uma substância. O número ao lado esquerdo da substância se refere a quantidade de profissionais que a citaram. A pergunta era: que drogas você usa ou já fez uso?

Drogas Usadas

| | | |
|----------------------|-------------------------|---------------------------|
| 23 - Álcool | 01 - Facebook | 01 - Anti-inflamatório |
| 16 – Cigarro | 01 - Solvente | 01 - Paracetamol |
| 14 – Medicamentos | 01 - Refrigerante | 01 - Antibiótico |
| 12 - Maconha | 01 - Revista Veja | 01 - Trabalho |
| 11 - Café | 01 - Gordura | 01 - Moderador de apetite |
| 05 – Chocolate | 01 - Compras | 01 - Religião (fanatismo) |
| 04 – Antidepressivos | 01 - Sexo | 01 - Consumismo |
| 03 - Chimarrão | 01 - Cocaína | 01 - Excessos |
| 03 – Ansiolíticos | 01 - Sal | 01 - Aprisionamentos |
| 03 – Açúcar | 01 - Analgésicos | 01 – Celular |
| 02 – Coca-Cola | 01 - Relaxante Muscular | 01 - Comida |
| 02 – LSD | | |

É interessante notar que dos 25 profissionais do serviço público 23 deles citaram que fazem ou já fizeram uso do álcool. O álcool, apesar de ser uma droga lícita, é comprovadamente, através de estudos, 114 vezes mais letal que a maconha (LACHENMEIER, REHM, 2015). Porém, o álcool está aí nas ruas, nas festas, nos encontros, sendo vendido e usado publicamente, sem restrições. Contudo, nesse mesmo estudo, os autores fazem uma discussão a respeito das metodologias usadas para avaliar os riscos de cada substância no organismo. Eles apontam algumas problemáticas e limitações das metodologias da pesquisa científica no campo das substâncias químicas.

De acordo com os autores (LACHENMEIER, REHM, 2015), de forma geral, os estudos são feitos em animais em um ambiente muito diferente da condição em que vive os seres humanos com suas relações. Quando levamos em conta a vida humana é preciso pensar sobre a multiplicidade de modos de existências, nesse sentido, o risco do uso de drogas é extremamente variável, sendo difícil ter resultados precisos em termos de efeitos gerais do uso de drogas para população geral. Os estudos acabam tendo resultados generalizantes que, na maioria das vezes, subestimam ou superestimam o efeito de alguma droga. Exemplo disso é a maconha, que durante muito tempo foi

colocada no patamar das drogas nocivas e atualmente tem sido apresentada como uma das substâncias que tem menor nível de toxicidade, sendo inclusive utilizada de forma terapêutica para determinadas doenças.

Grande parte dos danos do uso de drogas não está relacionada ao consumo, mas é fortemente influenciada pelas condições ambientais do uso, pelo uso concomitante com outras substâncias químicas, e esse risco adicional não está incluído na análise de drogas com base em toxicologia animal. Exemplo muito frequente disso, a partir de nossa experiência com usuários de drogas, se refere a diferença do uso da mesma substância em classes sociais divergentes. Por vezes, a falta de infraestrutura econômica acarretará em grandes danos a um usuário de drogas de classe popular, quando um usuário da mesma droga de classe média pouco se afetará. Ter uma má alimentação, precário acesso a higiene, má qualidade de sono (devido a uma infraestrutura precária ou o a um contexto social hostil), excessiva carga horária de trabalho e não ter acesso aos Direitos Sociais previstos em Constituição Federal (lazer, transporte, educação, saúde, etc.) influenciará na precarização da vida do usuário pela potencialização dos efeitos danosos da substância.

Essa variabilidade de reações frente ao uso de drogas nos fazem questionar seriamente o que, de fato, se define por drogas. Definimos por droga uma substância devido a algum tipo de efeito que ela nos causa? Drogas seriam tudo aquilo que consumimos que nos trazem malefícios? E o que de fato criminalizamos, levando em conta que diversas classes sociais faz uso, mas de forma geral, apenas uma classe mais desfavorável acaba sendo punida?

Os conceitos relatados pelos profissionais na atividade **para pensar sobre o que são drogas** nos ajudam a ampliar a análise sobre essa questão. Para isso, através das 25 respostas, criamos 5 grandes temas que permearam a discussão naquele encontro, são elas: 1) Drogas e Saúdes; 2) Drogas e Efeitos; 3) Drogas e Materialidades; 4) Drogas e Seres Humanos e 5) Drogas e Conceitos.

1) Drogas e Saúdes

Drogas como algo que faz mal ao organismo

Droga como algo prejudicial à saúde

Droga como algo que precisa de tratamento

Droga como algo que leva a dependência e ao vício

Droga como algo que toma o lugar na vida das pessoas aprisionando-as

Será que realmente as drogas fazem mal para o organismo? O que de fato faz mal ao organismo? Vamos pensar um exemplo: Uma pessoa fuma um baseado, ou toma um copo de cerveja, já outra pessoa, toma de uma só vez, 5 litros de água. Quem vai ter o organismo prejudicado? A droga é algo que nos leva necessariamente à dependência? Toda pessoa que bebe um copo de vinho é um dependente? Toda pessoa que cheira cocaína é um dependente?

A dependência pode ser uma forma de se relacionar com as drogas, mas não é a única. Não é a substância que aprisiona, mas a forma como a pessoa se relaciona com a substância que a coloca, ou não, num aprisionamento. As drogas em si não fazem, necessariamente, mal ao organismo, já que o que causa mal estar ao organismo depende da forma como os sujeitos introduzem a droga no seu cotidiano. Se a droga for introduzida na vida como elemento principal da existência, provavelmente é uma existência-droga que será produzida na vida do sujeito. E isso não se refere apenas ao consumo de substâncias químicas, pois tudo aquilo que se torna única fonte de significação da existência para alguém (seja pela religião, sexo, consumo, política, esporte, etc.) pode reduzir o sujeito a uma unicidade pessoa-objeto.

O risco desse modo de existência pautado em apenas um modo de ser é a limitação das possibilidades da vida que o sujeito passa a impor no seu cotidiano. Circular sempre nos mesmos lugares, se relacionar sempre com as mesmas pessoas, viver preso em circuitos pré-estabelecidos por aquele objeto que consome. Um exemplo frequente disso, é em relação a aqueles usuários que anteriormente tinham o consumo de alguma substância química como centralidade

em suas vidas e, como estratégia de cura, são apresentados a religião e essa nova religião torna-se centralidade na vida do sujeito. O sujeito deixa de ser um fanático pela droga para se tornar um fanático pela religião.

O uso por si só de substâncias químicas não necessariamente torna um sujeito dependente. E esse argumento se torna evidente quando percebemos que grande parte dos profissionais que responderam à enquete já utilizaram algum tipo de substância: LSD, cocaína, maconha, álcool, cigarro, dentre outras. Podemos dizer que todos esses profissionais são dependentes porque em algum dia de suas vidas já fizeram ou fazem uso de alguma substância considerada droga? Por esse uso eles, necessariamente, teriam problemas de saúde e precisariam ser tratados como viciados?

Por que algumas pessoas ficam dependentes e outras não? Por que algumas pessoas ficam dependentes de uma relação afetiva, do trabalho, da comida, da ginástica, por exemplo, e outras não? Quando pensamos a dependência de forma ampla mais podemos ver que ela se trata de uma relação. Relação que um ser humano estabelece com as coisas ou com pessoas. Neste sentido, a droga em si não leva ninguém à dependência. Ninguém usa crack uma única vez e torna-se imediatamente dependente. Aliás, é justamente essa ideia – a da inevitabilidade da dependência fatal e imediata do crack - muito difundida em campanhas midiáticas, o que causa muitas dificuldades no tratamento com as pessoas usuárias dessa substância. Elas passam a acreditar que, por terem consumido apenas uma vez, estariam “perdidas” (SIC)⁸ e por isso “não conseguem mais deixar o seu vício” (SIC). As campanhas, nessa perspectiva, fazem um desfavor social ao transmitir esse discurso que estereotipa os sujeitos e os impossibilita de **pensar sobre as drogas** e o uso delas na constituição de sua saúde.

⁸ Relatos frequentes de usuários de crack, mesmo em casos em que o uso fora esporádico.

2) Drogas e Efeitos

Droga como algo que altera nosso funcionamento psíquico ou físico

Droga como algo que nos aciona o prazer

Droga como algo que substitui uma frustração, insegurança

Droga como algo que modifica nossa emoções

Droga como substâncias que provocam sensações

Sim, as drogas provocam sensações e modificam nossas emoções, assim como qualquer coisa na vida pode nos provocar sensações e alterar nossas emoções e comportamentos. Porém, nem sempre o uso de uma substâncias altera emoções e comportamentos. Muitas vezes vemos uma pessoa usar uma substância e não sentir absolutamente nada, e nem haver nenhuma mudança, seja física, psíquica ou emocional. Ao falar de estados alterados temos que pensar antes: alterados a partir de quais parâmetros de normalidade?

Muitas pessoas quando escutam música sentem muitas emoções ao ponto de terem significativamente seu comportamento alterado. E, tanto isso é verdade, que as academias de ginástica utilizam músicas com ritmos fortes como forma de dar ânimo e estimular as pessoas a melhorar o desempenho nos exercícios (RODRIGUES; COELHO FILHO, 2012). Assim como também muitas religiões se utilizam de ritmos musicais e até de alterações na voz chegando a gritos, para induzir as pessoas a um estado de transe. Podemos, então, dizer que músicas e ondas sonoras são drogas? Podemos falar que uma festa - momento em que as pessoas muitas vezes mudam o comportamento pelo uso da música – seria um ritual para uso dessa “droga” sonora? Podemos pensar que diversos rituais religiosos – em que nitidamente as pessoas estão alteradas - são espaços de uso de drogas? E, revertendo a questão: existiriam usos de algo na vida que não influenciariam em nosso funcionamento psíquico e físico? Vamos proibir todos de comerem, fazer sexo e compras apenas porque algumas pessoas fazem uso disso de forma compulsiva e negativa?

Outro ponto importante **para pensarmos sobre o que são drogas e efeitos** se refere a tendência que temos em desenvolver um olhar sobre o usuário muito focado para a questão do uso de drogas e perdemos de vista outras contingências de sua vida. Para muitos profissionais dos serviços o objetivo final de um atendimento seria levar o usuário à abstinência mas, essa ação nega, por vezes, que esse uso existe para dar conta de outras demandas da vida daquele sujeito.

Vamos pensar dois exemplos. Um desses exemplos foi contado a partir da experiência de um Redutor de Danos que trabalhava com a população de rua. Nele, a equipe se deparou com o caso de uma adolescente de 13 anos que tinha um uso prolongado de crack. De uma forma geral, o que se pensaria é que era preciso fazer um tratamento no sentido de eliminar a dependência dessa adolescente. O foco neste caso seria a droga. Porém, essa equipe ao invés de pensar somente na questão do uso de crack, optou por ter um olhar mais ampliado sobre a vida dessa adolescente. Em uma das conversas, a adolescente então diz: “eu uso o crack, para poder suportar a dor de fazer sexo” (SIC).

No caso dela a prostituição servia como estratégia de sobrevivência, pois era de onde ela obtinha recursos para obter alimento. O crack, nesse exemplo, era uma ferramenta que ela usava para suportar suas condições de vida. Tirar essa ferramenta dela de forma autoritária e abrupta poderia ter consequências negativas sobre a forma como ela organizava sua vida. Por isso, não podemos atuar tendo focos e objetivos *a priori* da realidade dos sujeitos, anterior ao encontro e ao diálogo com cada pessoa, já que a droga possui efeitos e funções diferentes e, por isso, demandará tratamentos singulares. É no encontro e no diálogo que podemos construir um plano com a pessoa dentro de suas necessidades e possibilidades. Se acreditamos que apenas a abstinência é o caminho, vamos deixar de ver outras questões importantes da vida dessas pessoas, e por vezes vamos construir projetos terapêuticos que fracassarão ou podem ter consequências negativas importantes na vida do usuário.

Outro caso semelhante, foi de um rapaz que relatou ter feito uso de maconha em um momento de profunda tristeza, quando ele pensava em suicídio. A maconha, nessa situação, servia como um efeito anestésico da realidade, permitindo um prolongamento da vida do jovem, pela suspensão e afastamento das ideias de suicídio. Alguém que está de fora do contexto desses exemplos pode emitir muitos julgamentos morais pré-concebidos a partir de sua estrutura emocional própria, porém, no cuidado com usuários de drogas, é necessário legitimar que é o sujeito que tem conhecimento sobre sua própria vida: só quem está passando a situação para sentir e saber o que significa o uso de substâncias no seu cotidiano. Muitas vezes, ao contrário do que muitos discursos hegemônicos de criminalização das drogas tentam impor - que a droga enfraquece a pessoa -, é na droga que muitas pessoas encontram força para resistir e sobreviver. Por isso, enfatizamos a extrema importância de não termos uma única visão sobre o uso de substâncias, mas sim **sempre pensando sobre a singularidade de cada uso da droga**, buscando ter uma escuta ampliada do que significa esses usos e qual a funcionalidade dele na vida de cada pessoa.

3) Drogas e Materialidades

Drogas como substâncias químicas ou naturais

Drogas como algo concreto, visível

Drogas como um objeto que deve ser ingerido

Drogas como algo palpável, uma materialidade

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 'droga' é um nome genérico dado a todo o tipo de substância, natural ou sintética, que ao ser introduzida no organismo provoca mudanças em suas funções (WHO, 1992). Se droga é considerada a partir de uma materialidade, somos convocados a deixar de lado muitos dos exemplo presentes no relato dos profissionais sobre aquilo que eles consideram como droga: trabalho, uso de tecnologias, religião, consumo, etc.

O relato deles nos provocam a pensar sobre as drogas por uma outra perspectiva: afinal, essas coisas não são substâncias, não possuem uma materialidade, isso significa que não poderiam ter um efeito inebriante e alucinógeno sobre a realidade? Por não serem um objeto palpável, significa que não são capazes de viciar e trazer impactos negativos na vida das pessoas?

Podemos definir as drogas como substâncias advindas da natureza ou como substâncias criadas em laboratório, mas, ampliando a análise sobre nossas vidas, torna-se possível pensar que essas substâncias também podem ser produzidas pelo nosso próprio organismo, a partir de vários setores da vida, por discursos, pensamentos, ideias, comportamentos ou papéis sociais que adotamos. A ideia de satisfação, como um fim almejado quando se usa uma droga, pode ser vinculada a várias outras esferas de nossas vidas: quando conquistamos um novo cargo de trabalho, quando atingimos um efeito muscular depois de meses em uma academia, quando seduzimos aquela pessoa desejada, quando obtemos uma determinada nota na escola, quando compramos um objeto que almejavamos... todos esses exemplos, e muitos outros, falam de um comportamento humano em busca de algo externo a nós para atingir a satisfação. Satisfação essa que traz prazer e também pode ter muitos efeitos negativos.

A busca de satisfação é algo quase que inerente ao humano. A droga pode ser uma das vias para atingir essa satisfação, mas ela não é a única. A prática de esportes radicais, por exemplo, atua na liberação de hormônios como forma de sentir prazer. E, por isso, muitas vezes dizemos: “O fulano é viciado em adrenalina!”. Fazer corrida de carros em centros urbanos também pode ser um comportamento com fim satisfacional e perigoso para quem o faz e para o seu entorno. Neste sentido, pensar sobre o que são drogas, contrapondo a um simplismo da materialidade, permite-nos refletir que é a relação que o ser humano estabelece com a sua satisfação que poderá, ou não, ser problemática para ele e seu entorno. Deveríamos proibir e criminalizar

o uso de automóveis já que algumas pessoas os usam como dispositivo de satisfação?

4) Droga e Seres humanos

Droga como escape ou fuga

Droga como potencializadora ou aliviadora de sensações

Droga como mediadora de encontros sociais

Droga como algo inerente a cultura humana

A droga é uma substância inanimada, logo somos nós seres humanos vivos, desejosos e pensantes que significamos e atuamos em cima das substâncias. E é essa significação que vai moldar a forma como vamos nos relacionamos com as coisas. Muitas pessoas, talvez por tanto escutarem que droga vicia, acabam por perder a dimensão de seu potencial de relação com as coisas, significando demais objetos inanimados e esquecendo de seu protagonismo e responsabilidade na forma como se relacionam elas. Substâncias estão paradas, é o ser humano que se impulsiona sobre as mesmas. Droga é algo que nos relacionamos. A ação sobre algo está em nós (humanos) e não nas substâncias. Elas não nos possuem, nós as possuímos.

O debate com os profissionais na atividade para **pensar o que são drogas** nos fez colocar em análise a ideia de droga como algo contraposto ao ser humano. Droga é uma palavra relativamente atual, cunhada a pouco tempo dentro da história humana. Sua noção como algo pejorativo, que faz mal e precisa ser evitado, é um discurso fabricado mais intensamente no último século. O uso de substâncias é algo que sempre esteve presente nas culturas humanas. Esses usos podiam se dar de forma individual (no caso de alívio de dores, ampliação do espírito, satisfação, etc.), e tinham funções sociais, tais como comunhão com o coletivo, ritos religiosos, festejos, etc. (GUARESCHI et al., 2015). Até hoje isso não é diferente, tanto é que o álcool muitas vezes é chamado de 'lubrificante social'. Dessa forma, não almejamos sermos hipócritas e queremos convencer você leitor que existe uma sociedade isenta do uso de drogas como muitas

campanhas antidrogas discursam. As drogas não são ameaças aos humanos, são os humanos que se utilizam delas.

5) Drogas e Conceitos

Droga um conceito múltiplo

Droga como uma palavra diversa em sentidos

Droga um conceito em constante construção

Droga como um termo indefinível

O mais interessante do levantamento que tinha como intenção **estimular o pensar sobre o que são drogas** foi perceber que, mesmo entre os profissionais das políticas públicas, não existe um único significado sobre drogas. E o mais interessante de se refletir é que se não existe uma única maneira de enxergar o fenômeno do uso de substâncias, também não existe uma única maneira de lidar com esse fenômeno. O conceito de drogas realmente é um conceito múltiplo, por vezes indefinível ou embasado por valores morais, naturalizações e determinismos simplistas.

Também não podemos esquecer - como foi dito anteriormente - que os usos de substâncias sempre estiverem presentes nas culturas humanas, e a forma como lidamos com esses usos é algo que vai se transformando ao longo do tempo. Se hoje a cocaína é proibida, a pouco tempo ela era usada como medicamento (GURFINKEL, 2008). Drogas torna-se um conceito em constante transformação. A Marijuana (nome como é chamada a maconha no país do Paquistão) é encontrada no país em vários lugares, semelhante aos arbustos daqui. Quando fomos buscar referências na internet sobre isso, ficamos surpresos ao vermos fotos de lugares em que há pés de maconha plantados em qualquer canto, sem que isso seja um problema. A Figura 1 ilustra essa situação, é a foto de uma mulher australiana que viveu alguns anos no Paquistão. Na foto vemos ela agachada em frente a pés de maconha que nascem livremente perto da cidade de Islamabad (capital do Paquistão). Contatamos alguns moradores da cidade e pedimos informações sobre a “tal” planta da imagem. E nos

foi informado que a erva tem em tudo que é lugar na cidade e que, frequentemente, as mulheres usam por seu efeito medicinal.

Ao questionarmos uma pessoa no Paquistão se ela já havia feito uso da planta, ela respondeu que não, pois não havia tido a doença específica em que se usaria ela. De fato, essa pessoa responde tudo com uma certa inocência, pois a maconha não tem no sul da Ásia o mesmo significado que tem para nós do ocidente. Essa significação (como droga ilícita) faz parte de nossa construção cultural e denuncia um determinado modo de constituir uma sociedade.

Figura 1 – Planta de maconha usualmente encontrada no Sul da Ásia em espaços públicos



Fonte: Facebook (autora não deseja ser identificada)

Uma dos moradores locais que nos respondeu essas questões sobre a planta da foto, é uma pessoa que trabalha como policial no país, e é interessante destacar que, mesmo nesse cargo, seu olhar sobre a planta não tem nenhum viés criminalizador. A preocupação em criminalizar algo na sua região está muito mais voltada para as práticas de terrorismo do que sobre os costumes medicinais da população. Esse exemplo nos faz visualizar os múltiplos

entendimentos que se tem sobre a ideia de droga enquanto conceito e a variabilidade do impacto na constituição do social, dependendo de como a população interpreta determinados elementos. Trazemos esse exemplo como uma forma de estranharmos nossa cultura e aquilo que para nós já parece naturalizado. A pessoa que nos concedeu a entrevista de fato nem sabia o que significava aquela erva na cultura ocidental. A ‘ignorância’ dela sobre isso escancara as construções sociais que estão por detrás das drogas. O fato da maconha nascer lá em diversos locais públicos não torna as pessoas paquistanesas viciadas ou dependentes na planta, muito menos a torna causadora de um ‘caos social’.

Considerações Nunca Finais

Ao propormos esse texto, como uma estratégia de reflexão sobre a ideia de drogas, não tínhamos o objetivo de fazer apologia ao uso indiscriminado de substâncias químicas ou de modo algum levantar bandeiras e posicionamentos estanques frente aos debates sobre o tema. Iniciamos a escrita desse capítulo, fazendo uma provocação ao pensamento sobre algo que tantos humanos se orgulham: serem sujeitos racionais. A racionalidade é colocada como central na vida humana, permitindo a criação e resolução de importantes meios de sobrevivência para a espécie, mas também pode-se tornar uma ferramenta de censura ao próprio pensar.

Desse modo, questionamos a forma como o debate sobre drogas ainda é envolto por muitas ações de censura e, assumindo a falência dessa estratégia nas políticas de cuidado que tem se mostrado eficazes, afirmamos a importância do **pensar sobre as drogas** como meio para o tratamento dos usuários que fazem uso problemático, com base na reflexão sobre o uso, responsabilização e auto-gestão de todos os envolvidos. Acreditamos, por nossas experiências no campo, que não cabe formular projetos terapêuticos pré-prontos: é necessário, frente as verdades apresentadas como absolutas, colocarmos mais interrogações do que respostas prontas. Quando

temos interrogações, pesquisamos mais, observamos e escutamos mais antes de agir. Ao escutarmos, construímos algo coletivo mais genuíno junto a aquele que nos fala. Frente ao usuário de drogas, e a complexidade que envolve sua vida, não devemos basear nossa prática em textos que apenas nos conduzam a agir: precisamos ser e produzir condutores e não apoiarmos a produção de meros sujeitos assujeitados por discursos externos a si.

Como dispositivo para embasar nossa reflexão, trouxemos um levantamento de conceitos sobre drogas que foram obtidos em um curso sobre o tema da Redução de Danos, oferecido à profissionais de serviços públicos. Os resultados apontaram para uma complexidade no campo do uso de drogas que não deve ser negada pelo pensar, mas usada com forma de potencializar cuidados singulares. O fenômeno do uso de substâncias é algo extremamente complexo. É preciso deslocar o foco da substância para conseguirmos olhar para tantos outros fatores além da droga que envolvem o fenômeno desse consumo.

Existem muitas variáveis na questão dos usos, tantas variáveis, que o que nos sobra é analisar cada caso na sua existência. É muito confortável vivermos com receitas que nos mostrem como devemos proceder diante de cada situação. Isso é confortável realmente, porém ilusório: ilusão de nossa suposta primazia de racionalidade que, pelo próprio pensar, tenta nos ludibriar cegando-nos frente aos escapes de nossa razão.

Nós humanos nos orgulhamos de sermos seres racionais? Frente às drogas, sugerimos que esse orgulho deva ser mantido: **Drogas, vamos pensar!** Mas, nos atrevemos a dizer que com essa própria lógica, da razão como primazia humana, devemos ter uma certa desconfiança. Nossos sentimentos e comportamentos, por vezes contraditórios e complexos, provam que não somos máquinas previsíveis. Nossa racionalidade nos engana e nos surpreende e isso não deve ser desconsiderado quando estamos em frente de humanos, usuários de alguma substância química, e somos convocados a construir políticas de cuidado junto a eles. Drogas, vamos **pensar, para poder cuidar!**

Referências

GÓIS, Mariana Maiza de Andrade; AMARAL, José Hamilton do. **O uso de drogas lícitas e ilícitas e suas consequências sociais e econômicas.** Trabalho de Conclusão. Universidade Federal do Pará – UFPA, 2016. Disponível em: <http://www.progep.ufpa.br/progep/docsDSQV/ALCOOL E DROGAS.pdf>

GOMIDE, Henrique Pinto et al. Estereótipos dos profissionais de saúde em relação a alcoolistas em Juiz de Fora-MG, Brasil. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v.12, n. 1, p. 171-180, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvs.alud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100014&lng=pt&nrm=iso

GRUPO RBS. **Guerra ao crack** - um talk show para mobilizar o Estado (2009, 30 de junho). Zero Hora, p. 33. Disponível em: <http://www.clicrbs.com.br/especial/sc/cracknempensar/home,0,3710,Home.html>

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; LARA, Lutiane de; ECKER, Daniel Dall'Igna. A internação compulsória como estratégia de governamentalização de adolescentes usuários de drogas. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 21, n.1, p.25-35, Mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2016000100025&lng=en&nrm=iso

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; RODRIGUES, Luciana; ECKER, Daniel Dall'Igna; MAGALHÃES, Francisca; ARGENTA, Vinícius Fretes. Archivos rio-grandenses de medicina de 1920 a 1943: Uso do álcool e a construção do comportamento de risco. **Mnemosine**, v.11, n.2, 2015. Disponível em: <http://mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/443/365>

GURFINKEL, Decio. O episódio de Freud com a cocaína: o médico e o monstro. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p.

420-436, setembro 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n3/06.pdf>

LACHENMEIER, Dirk W.; REHM, Jurgen. Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. **Scientific Reports**, (5), Article number: 8126 doi: 10.1038/srep08126 Published 30 January 2015.

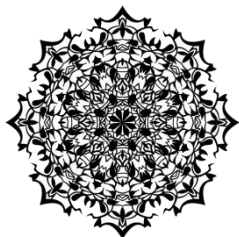
<http://www.nature.com/srep/2015/150130/srep08126/abs/srep08126.html#supplementary-informationER>

PENNA, Belisario. A lucta contra o alcoolismo. **Archivos rio-grandenses de medicina**. Anno VIII, nº12, Dezembro de 1929, Porto Alegre - RS.

RODRIGUES, Nathália Sixel; COELHO FILHO, Carlos Alberto de Andrade. Influência da audição musical na prática de exercícios físicos por pessoas adultas. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo , v. 26, n. 1, p. 87-95, Mar. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1807-55092012000100009&lng=en&nrm=iso>

WHO, World Health Organization. **The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines**. Geneva, World Health Organization, 1992.



Capítulo IV

Educação permanente e humanização no campo da saúde coletiva voltada às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas

Marta Conte, Fátima de Barros Plein, Marília Silveira

Sempre foi um desafio para as práticas de saúde aliar o âmbito clínico de intervenção com o da saúde coletiva. O primeiro tem como seu foco as manifestações individuais das alterações da saúde, enquanto que o segundo efetua outro tipo de corte, tomando a incidência e a prevalência das alterações em plano coletivo. Menos do que contribuir para o avanço de dispositivos e instrumentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, promoção e prevenção, esta divisão entre a clínica de um lado e a saúde coletiva de outro tem resultado em embates de saber/poder que (re) afirmam suas verdades em campos separados e, grande parte das vezes, oponentes. Quando seguimos esta lógica, a das binarizações, todos perdemos. Perdemos as contribuições da experiência clínica que está voltada para as características singulares que se expressam em cada corpo, em cada sujeito, em cada história de vida. Perdemos as contribuições das análises propiciadas pelo recorte da saúde coletiva que capta as expressões de uma comunidade, de uma localidade, de um tipo de afecção, de uma categoria social ou de gênero, de histórias que se cruzam configurando a história em um certo momento (MS, 2004, p. 9).

A escrita deste texto nasceu da necessidade de se estabelecer um intervalo entre a prática em saúde coletiva e a produção de conhecimento que pudesse ser compartilhada entre os profissionais que transitam no campo da saúde coletiva, na atenção às pessoas que consomem álcool e outras drogas de forma problemática.

Esse intervalo colabora com o distanciamento necessário para analisarmos nossas práticas em saúde por outros ângulos, produzindo diferença e desafiando-nos a dar sustentação ao que se vem trilhando na Rede Multicêntrica. Nesta rede articulam-se diferentes atores que estão inseridos na 1, 2, e 18 CRS. Neste coletivo que vem se constituindo a partir das práticas de educação que se realizam através de quatro modalidades de curso (médicos, hospitais, SUS-SUAS nível médio e SUS-SUAS nível superior) reconhecemos diferenças, mas também interesses que são mútuos e que vão ao encontro do que tem sido essencial para todos, isto é, a criação de condições favoráveis à fala, à escuta e ao trabalho de inclusão das pessoas que consomem álcool e outras drogas nas ações intersetoriais públicas.

Cotidianamente, na saúde coletiva, estamos às voltas com o tema da singularidade nos processos de trabalho e de produção tanto de educação quanto de saúde, pois os entendemos como indissociáveis. As mudanças nas práticas profissionais que almejamos operam-se através de diferentes políticas, estratégias, arranjos e dispositivos. A Educação Permanente em Saúde, como uma destas propostas, desenha-se a partir do resgate do sujeito e dos coletivos no processo de trabalho. Neste contexto, a aprendizagem acontece de forma distinta da educação formal, pois aquilo que andava da teoria para a prática, passa da prática à teoria através de outros percursos que valorizam os diferentes saberes, a cultura, os contextos socioeconômicos e políticos, e aqui a aprendizagem no trabalho torna-se um processo significativo ancorado na elaboração significativa da experiência para daí produzir teorias.

Outro aspecto que ressaltamos, de início, é o tipo de relação que se estabelece entre o usuário e o trabalhador na perspectiva da aposta na alteridade como possibilidade da construção de uma saúde

coletiva acessível a todos, mas com singularidade nas respostas, uma vez que o sujeito e os coletivos não se repetem em série.

Para delinear os aspectos apresentados na introdução, situaremos alguns conceitos como sujeito, clínica ampliada, saúde e saúde coletiva e os modos de operá-los através da mudança das estratégias de modelo, da ampliação da clínica e das condições de viabilidade desta perspectiva de trabalho.

O sujeito contemporâneo: que invenção é esta?

A noção de subjetividade surge na passagem do Renascimento para a Idade Moderna, com a crise do Sujeito Moderno, que se consoma no final do século XIX. A experiência medieval era de amparo e constrangimento. Com a falência do mundo medieval e a abertura do ocidente ao restante do mundo, produzem-se perdas de referências, experiência de liberdade e a consequente condição de desamparo. Com o declínio da figura de autoridade, o Homem fica obrigado a escolher seus próprios caminhos e a arcar com as consequências de suas opções. É na sociedade contemporânea que as contradições do sujeito individual – social e coletivo se acentuam. Muitos autores problematizaram as fronteiras entre o psíquico e o social e a passagem entre Individual - Social e Coletivo, mas Campos (2002) chamou a atenção para a pesquisa que sistematizou as formulações de vários deles valorizando diferentes ângulos, especialmente a análise dos teóricos construtivistas sócio históricos, de Vygotski a Paulo Freire, que trabalharam com a inseparabilidade do sujeito e do objeto, do coletivo e do individual (CAMPOS, 2002).

Trata-se de um movimento amplo, com limites imprecisos no qual se somam inúmeros autores com concepções completamente aplicáveis à Saúde Coletiva, como vem demonstrando os profissionais ligados à denominada educação em saúde (VALLA, 1999; VASCONCELOS, 1999, CAMPOS, 2002).

Em Freud (1980 a), é possível identificar uma recusa à fragmentação contraditória das diferentes dimensões do sujeito. Entre

consciente e inconsciente, ele sempre trabalhou numa perspectiva dinâmica, em que lógicas distintas estariam presentes o tempo todo. A psicologia individual é, também, psicologia social. As relações de um indivíduo com os pais, com os irmãos, com o objeto de seu amor, com seu médico, na realidade, todas as relações que até o presente constituíram o principal tema da pesquisa psicanalítica, podem reivindicar serem consideradas como fenômenos sociais.

Ao lado de outros autores como TENÓRIO (2001), a leitura que fazemos pressupõe uma concepção de sujeito que integra a dimensão de sujeito do inconsciente, do sujeito da cidadania e do sujeito psicossocial:

(...) o discurso sobre o sujeito tem vindo acompanhado, no campo *psí*, de um processo de despolitização destas mesmas práticas. No mesmo movimento em que o sujeito é tomado como centro (ou mesmo eventualmente descentrado) opera-se uma dicotomização com o social que se acredita circundá-lo (BENEVIDES, p.21).

Considerar as três dimensões do sujeito é o que mais se aproxima do princípio da integralidade para a saúde coletiva. Cabe aqui não confundir integralidade com totalidade, uma vez que esse é um princípio que tem como premissa um sujeito complexo e não completo.

A concepção de clínica na saúde precisa ampliar-se, em oposição a práticas “amesquinhas” (TENÓRIO, 2001) e indiscriminadas (PAULON, 2004) que reduzem o sujeito à dimensão do biológico, do dever, da vontade e da performance. Há muitas objeções à clínica ampliada; entre elas, a perda da especificidade quanto aos limites de cada intervenção interdisciplinar, o risco da homogeneização e da perda de domínio dos diferentes saberes.

No entanto, pensamos, como Tenório (2001, p. 73), que:

(...) esta expressão tem um valor estratégico: de um lado preserva e afirma a *clínica* e sua tradição, de

outro recusa uma concepção estreita, incorporando à preocupação clínica inúmeros elementos antes manejados burocraticamente por serem expelidos como “extraclínicos”.

A clínica à qual nos referimos inclui como eixos da prática, além do sujeito, o coletivo, a cidadania e a análise institucional. Numa prática clínico-institucional, não se escuta necessariamente um paciente, mas escutam-se os sujeitos que emergem da intersecção com coletivos (profissionais/gestores, comunidade, usuários, etc.), com relações institucionais, com relações políticas, com relações midiáticas, entre outras. Consideram-se na análise clínico-institucional as diferentes instâncias nas quais o sujeito busca inscrição e reconhecimento. Para este enfoque, é condição importante uma leitura transdisciplinar da realidade, que rompa com fronteiras e práticas fragmentadas.

Mas de que saúde falamos?

O conceito de saúde como qualidade de vida e processo social, presente no Sistema Único de Saúde (SUS), permite vislumbrar uma estrutura que provê as condições básicas de um relativo bem-estar e promove um amplo desenvolvimento do potencial humano e comunitário. Neste sentido, saúde não se resume à ausência de doença, pois ter saúde é poder conviver com as fragilidades expressas através de diferentes formas, entre elas as doenças, caracterizando-se pela capacidade de enfrentar adversidades.

Nos últimos anos, o conceito de saúde vem sofrendo modificações forjadas tanto pelo debate quanto pela urgência de uma mudança que acompanhe o dinâmico processo de transformação social. Partilhamos das ideias de Ceccim (1997), que propõe uma concepção de saúde como defesa da vida que busca olhar para os problemas como expressão de uma maneira particular de construir e levar a vida. Para ela, as responsabilidades com a saúde afirmam-se para além do âmbito individual, envolvendo coletivos, as práticas

sociais e de atenção integral. A saúde que tomamos como ponto de partida é a que se propõe a promover a vida numa sociedade complexa, e isto é propiciado pelos processos cooperativos, pela formação de redes intersetoriais e pelo respeito às diferenças.

A Saúde Coletiva se situa no marco conceitual que está fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS e constitui-se como campo científico consolidado pela formulação de modos de operar que incidem no âmbito das práticas de saúde. Sustenta-se por um campo interdisciplinar dinâmico, renovado e recomposto a partir de uma produção teórica ousada e consistente, enfrentando diversas interrogações e dilemas. As crises na saúde – científica, econômica e política – lançam novos desafios para a saúde coletiva neste século XXI (PAIM;ALMEIDA FILHO, 1998). O nascimento da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), em 1979, consagrou, segundo Ceccim (2001), a participação das ciências sociais e das ciências humanas na compreensão do que realmente promove saúde e nas chances de efetiva interferência pela qualidade do cuidado à saúde. O autor define:

(...) assim, o campo de estudos da saúde pública que toma em conta o estudo interdisciplinar das ciências da saúde, das ciências sociais e das ciências humanas passou a ser nomeado como campo da saúde coletiva (CECCIM, 2001, p.32).

Essa retrospectiva mostra, então, como se redimensiona a concepção de saúde via ampliação dos campos de conhecimento e de sujeitos e coletivos que até então compunham o espectro conceitual da mesma. Com a incorporação definitiva de outros campos de conhecimento, a educação em saúde coletiva se abre à complexidade da transdisciplinaridade e intersetorialidade (rompendo fronteiras entre diferentes disciplinas e setores) e transversa objetivando a transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde.

Saúde acessível ou igual para todos? Coletividade ou massa?

O SUS é uma perspectiva que nasce primeiro como utopia, diante de uma sociedade em profunda transformação e da necessidade urgente de reformulações em diferentes âmbitos. Na década de 1970, importantes movimentos são encabeçados por intelectuais, trabalhadores e líderes políticos ligados à saúde que compartilhavam uma concepção histórica e social do processo saúde-doença e da adoção de novos dispositivos legais e administrativos para a organização do sistema de saúde.

Muitas mobilizações, reuniões e movimentos ocorreram com instituições de destaque para a saúde (ABRASCO - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva e CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) resultando no reforço do movimento sanitário. O que ficou como marco histórico para a reforma sanitária foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs a reforma administrativa e a unificação das instituições e serviços de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, que ficaria com a responsabilidade pela condução e gestão de toda a política de saúde (ROSA ; LABATE, 2005).

A construção legal do SUS é fruto de uma história que foi coletiva e contemplou, portanto, diferenças, tensionamentos, avanços e retrocessos. O processo de implementação foi obviamente sustentado por atores que já tinham práticas anteriores, arraigadas em modelos e concepções de saúde que se contrapunham, muitas vezes, ao que se vinha construindo como desejo daquele coletivo.

O que foi primeiro desejo de muitos e para todos, transformou-se em uma arrojada proposta de um sistema de saúde no nosso país. Foi desse coletivo que emergiu a concepção de saúde que se queria e foi formalizada através da Lei 8080/90 com a designação de Sistema Único de Saúde. Os princípios e diretrizes que orientam sua implementação são universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade

física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Aqui vamos focalizar a integralidade, um dos princípios fundantes do SUS, que tem um lugar central na atenção em saúde pelo reconhecimento, na prática dos serviços, das várias dimensões e necessidades dos sujeitos, a saber: educação, saúde, assistência social, geração de renda, esporte, lazer e cultura, entre outras. Estas necessidades e dimensões são contempladas através de várias modalidades de serviços e áreas, diferentes níveis de complexidade e interdisciplinaridade, visando a uma atenção integral.

Em relação às diretrizes para os serviços de saúde, construiu-se com a clínica ampliada uma forma de operacionalizá-las, valorizando alguns aspectos: o vínculo entendido como a humanização da relação com o/a usuário/a, na sua singularidade, reconhecendo em cada um a capacidade crítica de escolha da modalidade de atendimento que melhor esteja adequado às suas necessidades. A responsabilidade integral pela atenção aos sujeitos considera a especificidade de crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas em situação de rua e pessoas institucionalizadas. A corresponsabilidade que envolve o contrato de cuidados entre os profissionais e usuários, sendo que esse contrato se caracteriza por engajar a todos e a cada um dos atores (considerando as suas diferentes funções na rede). A cada nova

combinação (individual ou coletiva, terapêutica ou preventiva) estabelecida, considera-se o engajamento do usuário no processo de atenção à saúde, a sua história de vida, a cultura, a sua singularidade, suas **inter-relações** na sociedade, reconhecendo o saber de cada um sobre suas potencialidades e fragilidades (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

A humanização da atenção e gestão é a responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a sociedade, e o estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população. Entre os princípios desta política, encontram-se o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos. Atenta-se para as responsabilidades compartilhadas em uma construção coletiva dos processos de gerir e cuidar que logram maior efetividade quando se afirma a autonomia de sujeitos e dos coletivos.

A constituição de redes dá contorno aos princípios e diretrizes acima descritos ao considerar os diferentes saberes sem situar fronteiras, permitindo fluxos, laços, responsabilidades compartilhadas, possibilidades de trânsitos entre eles, de forma inusitada, sem a ilusão de recuperar uma unidade perdida (GALLO, 1997). Além disso, supera as limitações das disciplinas em favor de um diálogo entre os sistemas teóricos que, ao mesmo tempo, rompe com os limites disciplinares estabelecidos (BRICEÑO-LÉON, 2002). Aprender a construir integralidade e inter (ou trans) setorialidade é um dos modos de intervenção propostos através da Educação Permanente em Saúde e da Clínica Ampliada, aprofundadas mais adiante.

Neste ponto, abrimos espaço para pensar como estabelecer uma intersecção entre uma proposta que é *“para todos iguais”* com uma teoria que convoca o sujeito a uma posição singular? Teoria esta que tem como um dos eixos centrais a alteridade, o respeito à diferença e ao desejo. E o coletivo, como significante que, em princípio, serviu para instaurar um movimento de direitos, uma saúde para todos como garantia de inclusão.

Cabe aqui diferenciar *coletivo* e *massa*. A palavra *coletivo* tem entre seus significados *“sociedade, aquilo que, mesmo estando no singular indica um conjunto de pessoas, animais ou coisas”*

(FERREIRA,1980). Em contrapartida, enquanto coletivo aponta para conjunto, combinado, unido a outro, a massa aponta para um apagamento das diferenças; trata-se de quantidade, de indiferenciação. Com o passar das décadas, das lutas e organizações sociais construímos, do ponto de vista legal, esse direito de todos e caminhamos no sentido de uma construção de fato, o que pressupõe um movimento dinâmico, com momentos de muitos tensionamentos, estancamentos, avanços, crises, produções, melhorias, problematizações, superações, etc.

Nesse processo em construção, em alguns momentos, as demandas sociais em saúde foram acolhidas através de ações que não consideraram as especificidades subjetivas que emergiam dos coletivos, caracterizando-se como respostas massificadas. O que era igual para todos no direito à saúde passou a ser para “*todos iguais*”. O que era para ser singular passou a ser padrão. Daí não se saber o nome, não se escutar um pedido, não se formular uma pergunta e não se realizar um acolhimento que é sempre singular.

O profissional reiteradamente silenciado pela impessoalidade dos procedimentos em saúde, herança de uma concepção fragmentada, falou. Denunciou através de sintomas como embrutecimento e/ou adoecimento, deixando no caminho dúvidas sobre como construir uma saúde coletiva para todos, considerando que esse todo não fosse mera soma de iguais, mas uma composição de diferenças.

Desse processo, gradativamente, vamos construindo estratégias para lidar com esses dois campos, a Saúde Coletiva e a Psicanálise. Apesar do próprio Freud (1980 a) ter considerado impossível *educar, curar e governar* considerava de alto valor social o trabalho realizado por aqueles que se empenham na educação e na gestão. Concordamos com ele sobre os desafios colocados neste empreendimento que articula saúde, educação, trabalho e psicanálise na gestão da saúde pública.

Entretanto, a despeito de toda construção que considera as várias dimensões do sujeito, como situado anteriormente,

encontramo-nos, ainda, com o desafio de movimentar concepções instituídas que olham para a doença, o órgão, o direito, o dever, a classificação, o sintoma, mas nem de longe escutam um sujeito que toma posição em um determinado laço social. Sabemos que um sujeito interroga de um lugar original e único e que ele mesmo desconhece.

A Saúde Coletiva, para escapar da cristalização decorrente dos limites do positivismo e do estruturalismo, tem articulado teorias e práticas oriundas do campo da política e da gestão com saberes e experiências originários da psicanálise, pedagogia e análise institucional (CAMPOS, 2002).

Nesse movimento constante de aproximar diferenças, conviver ao mesmo tempo com o que gostaríamos, o que queremos, o que conseguimos, o que precisamos reformular, buscamos estratégias e alternativas para mobilizar recursos que permitam abrir vias de escuta, espaços de criação e autoria para todos os envolvidos no movimento de promover saúde e cuidar de si e do outro.

Mas por que a educação?

O que entendemos aqui por educação compreende uma concepção de educação que é ao mesmo tempo estratégia, prática e política. Tem como objetivo incidir na qualificação dos profissionais da saúde, mobilizando recursos como protagonismo e para a gestão participativa, criando condições para a transformação do modelo de atenção e da formação dos futuros profissionais. Visa a uma educação articulada com a realidade política e as necessidades sociais de saúde da população em um território, bem como a transformação das práticas na rede intersetorial, contribuindo, assim, com a consolidação da reforma sanitária.

Talvez uma das possibilidades para manter esse processo dinâmico seja através de uma educação que se aproxime da psicanálise, do campo do sujeito/coletivo e do desejo e, ao mesmo

tempo, dos processos sociais que produzem sentidos quanto à saúde, estilos de vida e existência, e subjetividades.

Em uma interlocução com a psicanálise, torna-se necessário discutir o termo educação, pois desde sempre essa não tem sido uma combinação possível. Como se sabe, o inconsciente não se submete a fórmulas pedagógicas de qualquer ordem e nem é objetivo da psicanálise comprometer-se mais que com a possibilidade de surgimento e as condições para um sujeito manter-se desejante. Diante disso, é preciso também revisitar brevemente o universo conceitual que ressignifica o próprio conceito de ensinar e aprender. Afinal, o que se ensina no ensinar a não ser a possibilidade de desejar aprender? Pois, como escreve Freire (1999), o educador educa a *fome do desejo*.

Considerando, ainda, neste mote, a ideia de que antes de oportunizar um saber é necessário assegurar-se de que o aprendente sente falta deste saber, e que este vem a dar-lhe uma resposta a um problema. Ainda, sabe que, para um problema surgir, são necessárias instigantes e exigentes experiências participativas nas quais se possa viver prática e efetivamente os caminhos de uma indagação (PAIN, 2005, p. 24).

Assim, busca-se uma educação que promova algumas paradas necessárias em meio ao grande volume de trabalho que a saúde coletiva demanda, permitindo ao trabalhador que elabore sua prática, instale o espaço, a dúvida, a incerteza, possibilite novos caminhos e novos movimentos do desejo. Ao mesmo tempo, deve legitimar nos coletivos (pares, usuários e comunidade) suas práticas que, muitas vezes, são inovações e criações no trabalho e que não são reconhecidas, necessitando um olhar externo que as ressituem. Essas práticas não prescindem dos sujeitos para os quais são planejadas, sendo que a inclusão do sujeito desde o planejamento, durante o seu desenvolvimento e na avaliação (para redirecionamento das mesmas) torna-se uma condição do trabalho em saúde.

A Política de Educação Permanente em Saúde

Esta proposta de educação tem respaldo na Política de Educação Permanente em Saúde, a qual o governo federal apresenta como uma das estratégias de implementação do SUS. Para isso, em substituição à antiga portaria (GM/MS 1996) que regulava a política até 2006, foi publicada a Portaria GM/MS nº 198, em agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes de implantação da política de educação permanente em saúde no país. Essa portaria é abrangente composta por gestores, trabalhadores em saúde, instituições formadoras e controle social que se articulam para promover e construir mudanças nas práticas profissionais.

O conceito de educação permanente não é novo e nem nasce no campo da saúde, mas para esse trabalho é importante estabelecer que a ESP/RS assumiu a proposição do Ministério da Saúde nesta Portaria, que define educação permanente nos seguintes termos:

(...) Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2007).

Esse convite, feito aos profissionais de saúde, a falar e colocar-se como sujeito, busca dar sentido ao seu fazer e a seu espaço de trabalho.

Retomando o diálogo com Freud sobre o trabalho, ele deixa transparente, ao longo de sua obra, a função estruturante do trabalho para a saúde psíquica apontando para um caminho de investimento libidinal, que tem um efeito mais poderoso do que qualquer outro aspecto da vida humana de vincular uma pessoa à realidade, e chega a resumir como propósito da existência humana: amar e trabalhar. Contudo, essa perspectiva inscreve-se na possibilidade de um trabalho criativo, em que seja possível deixar marcas e deixar-se marcar.

Dejours (2000) analisa a loucura do trabalho e aponta o sofrimento psíquico gerado pela constante alienação do homem ao seu fazer e as estratégias de defesa que acompanham o processo de adoecimento no trabalho. O trabalho é problematizado por Dejours e Mehry em suas obras, quando o mesmo se caracteriza como um conjunto de procedimentos indiscriminados, padronizados, “eficientes” e neutros, em relação ao qual a singularidade, a humanidade e a criatividade não tem lugar.

Entrar no campo da saúde tendo como premissa a afirmação da vida (CECCIN, 1997) implica irremediavelmente considerar que a sustentação das práticas profissionais é feita por sujeitos e para sujeitos e que como tal, se não constroem e se apropriam de seu processo de trabalho, adoecem. Esse processo de trabalho criativo implica respeito ao desejo. Neste sentido, podemos acrescentar que o sujeito da saúde coletiva não é altruísta, pois ele mesmo é um dos beneficiários do laço que se estabelece nos coletivos que possibilitam reconhecimento e testemunho compartilhado de suas experiências.

Neste aspecto, situamos a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como HumanizaSUS, que tem respaldado a proposta de Educação Permanente em Saúde. Essa Política tem como orientações gerais a valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania, destacando-se as necessidades específicas de gênero, étnico - racial, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo, extrativista, povos indígenas, quilombolas, ciganos,

ribeirinhos, assentados, população em situação de rua, etc.). Outra orientação geral é o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade, bem como a valorização da ambiência, com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores. Amplia-se para a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.

Ainda, essa Política visa a “construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS e a corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção”. Chama atenção para o fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS, culminando com o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, e o estímulo à educação permanente em saúde. A PNH se estrutura a partir de princípios, método, diretrizes e dispositivos, sendo que um dos principais objetivos estratégicos dessa política é a “infiltração” de todo o seu corpo conceitual nas práticas dos serviços.

Tanto a educação permanente em saúde quanto a política HumanizaSUS são estratégias, políticas e práticas em serviço, nas quais a aprendizagem se dá nos processos de trabalho que abrem espaço para o lugar de sujeito e coletivo que trabalha com saúde. Inverte a lógica de objeto que recebe conteúdo e reproduz um fazer, para deixar emergir um sujeito e coletivos que produzem conhecimento a partir de práticas engajadas que lhe permite investir libidinalmente no trabalho e oferecer escuta, acolhimento e atenção integral.

Estas duas estratégias políticas têm permeado a formação, a atenção, a gestão e o controle social de forma articulada, entre diferentes segmentos e profissionais, para pensar ações em saúde com vistas à corresponsabilização na construção de uma saúde que seja efetivamente coletiva.

Tecemos algumas ideias que permitiram aproximar educação, saúde e trabalho, acolhendo as contribuições da psicanálise. É o

próprio processo do trabalho que tem nos indicado quais saberes são necessários para a qualificação da atenção aos usuários e a melhoria das condições de trabalho no SUS. E é na interface da Educação com a Psicanálise que encontramos subsídios para construir um processo que possibilite e reconheça o desejo, engaje cada um com a saúde de todos, inclusive com a própria.

Cabe deixar como questão as nuances de cada um dos discursos dos segmentos envolvidos nos processos de condução da Educação Permanente em Saúde como diferenças que sirvam à reflexão de como em cada espaço, o mesmo sujeito que também é usuário, trabalhador, ator, enfim, envolvido na construção da sociedade, opera e protagoniza as necessárias transformações sociais e de saúde. Para além das possibilidades de articulações conceituais entre psicanálise e saúde coletiva - diálogo que está apenas começando - os profissionais que transitam nestes campos vão construindo alternativas em saúde para a coletividade na qual estão inseridos. Pensar neste processo e contribuir para essa construção é o objetivo primeiro desse movimento de interlocução.

Situamos, neste texto, que a articulação teórica que reúne Psicanálise, Educação Permanente e Saúde Coletiva foi estratégica para o alcance dos objetivos dos cursos da rede multicêntrica. Como espaço potencial produziram-se mudanças nas formas de ver e intervir nos problemas relacionados ao consumo problemático de álcool e outras drogas, focando os coletivos e operando com maior resolutividade às abordagens neste campo. A produção de subjetividade ocorreu tanto com os docentes quanto com os alunos, bem como a valorização dos saberes populares, que colaborou para o empoderamento e o intercâmbio que se produziu com o curso.

Para finalizar, pensamos que o exercício desta escrita lançou-nos ao risco, possibilitou-nos deixar um rastro, um pedaço de trilha entre os campos da Psicanálise e da Saúde Coletiva. Como propõe Fernández (1997), escrever é também uma necessidade de deixar marcas do nosso pensar e do nosso desejar quando nos ausentamos, e, assim, esperamos que esta escrita possa germinar, pulsar, fazer laço

e produzir sempre novas perguntas, ideias, invenções e novos espaços para pensar.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização.** 2.ed. Brasília : 2008. 16 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 198*, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2004. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

BRICEÑO-LÉON, R. (Org.). **Violencia, sociedad y justicia.** Buenos Aires: Clacso., 2002.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

CECCIM, R. B., ANTONACCI, P. A. (Org.), **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida.** Porto Alegre: UFRGS, 1997.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 23, dez. 2001.

COSTA, A. **A ficção de si mesmo**: interpretação e ato em psicanálise. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001.

DEJOURS, C. Nouvelles formes d'organisation du travail et lésions par efforts répétitifs (LER): approche par La psychodynamique du travail. In: SZNELWAR L. ; ZIDAN, L. (Org.). **Trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços**. São Paulo: Plêiade, 2000. p. 421-428, 2000.

LANCMAN, S.; SZNELMAN, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz : Paralelo 15, 2004. 346 p.

FERNÁNDEZ, A. Aprender a escribir inscribiendo el aprender. Aportes desde la clínica y desde la formación en psicopedagogía. **Revista Escuela Psicopedagógica de Buenos Aires**, Buenos Aires, v. 4, n. março/97, p. 05-15, 1997.

FREIRE, M. O sentido dramático da aprendizagem. In: GROSSI, E. P.; BORDIN, J. (Org.) **Paixão de Aprender**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 262 p.

FREUD, S. A psicologia das massas e a análise do eu[1921]. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XVIII**. Rio de Janeiro: Imago, 1980a.

FREUD, S. Prefácio à juventude desorientada, de Aichhorn [1925]. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XIX.** Rio de Janeiro: Imago, 1980b.

GALLO, S. **Ética e Cidadania: caminhos da filosofia.** Campinas: PAPIRUS, 1997.

KUPFER, M. C.M; VOLTOLINI, R.. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Set/dez. 2005, Vol. 21, n. 3, pp. 359-364.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública,** v.32, n.4, p. 299-316, 1998.

PAIN, S.. **Corpo, pensamento e aprendizagem.** Porto Alegre: GEEMPA, 2005. 27 p.

PAULON, S.. Clínica Ampliada: Que(m) demanda ampliações? In: FONSECA, T. G.; ENGELMAN, S. (Org.). **Corpo Arte e Clínica.** Porto Alegre: UFRGS, p. 259-274, 2004.

PELBART, P.P. (1997). Manicômio mental _ a outra face da clausura. In A. Lancetti (org.). **Saúdeloucura 2.** São Paulo, SP: Hucitec, pp.131-8.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latinoamericana de Enfermagem,** v. 13, n. 6, nov./dez., 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Guia de Serviços de Saúde Mental,** 2002.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro número 15 p. 7-14, 1999.



Capítulo V

“Ex-viciado conta que a maioria dos amigos que consumia crack já morreu”

Dênis Roberto da Silva Petuco

Desde o princípio, ela está lá. A sombra, a escuridão, o pretume. Não importa de que modo refiro este aspecto preto-avermelhado que aparece na base da dispersão de signos que compõem os enunciados desta campanha de prevenção: o que importa é que este fundo escuro e nebuloso se faz presente ao longo de todo o percurso de navegação neste site. Sendo assim, este fundo é mais um signo que se articula a toda esta multiplicidade de signos, produzindo efeitos, fazendo funcionar dinâmicas de positividade e de ocultação. Mais que mero suporte para os enunciados, este fundo é, ele próprio, um elemento enunciativo.

As imagens também estão presentes em todos os lugares percorridos. Com sua monótona coloração pálido-acinzentada, os usuários de crack, sujeitos deste discurso preventivo, compõem o fundo de tudo o que se venha a acessar neste território virtual. Independente de que link eu acione, as imagens se repetem aleatoriamente no fundo da tela, como dispositivos que fazem ver e cegar, e que produzem efeitos nas articulações com os outros signos nos conjuntos. Em suas articulações, o fundo escuro e avermelhado e as imagens, com seus personagens e cenários, produzem efeitos muito eloquentes, que afirmam os usuários de crack como zumbis (PETUCO, 2011).

Quero debruçar-me sobre os links visíveis na capa do site. Acionando-os, pode-se navegar por todos os recantos deste site, em espaços nos quais posso acessar: respostas de especialistas às perguntas de internautas; informações técnicas sobre o crack e seus efeitos no organismo; material interativo; filmes, gráficos e *slideshows*; cartazes e outras peças visuais; um blog com a cobertura de uma série de iniciativas relacionadas à prevenção e tratamento.

O que me trouxe ao território virtual desta campanha foi a busca por vozes de pessoas que usam drogas, busca esta que me manteve alerta por todo o tempo em que me dediquei a esta investigação. Neste tempo, fui interpelado por estas vozes, expressas das mais diferentes maneiras, tanto na vida vivida quanto em suportes de diferentes tipos (campanhas de prevenção, romances, músicas, poemas, filmes, notícias...). E foi durante este processo de investigação que me deparei com esta campanha, organizada por um importante grupo de comunicação da região sul do Brasil.

Desde minha primeira visita ao site, impressionou-me a multiplicidade de enunciados inscritos na superfície desta campanha, numa interessante demonstração da amplitude de positivities articuladas pelo objeto “droga” (neste caso específico, o crack). São discursos sanitários (subdivididos em discursos psi, organicistas e neurobiológicos); discursos jurídicos (subdivididos em debates legais e em reflexões e anúncios sobre a ação policial); discursos educativos (dispositivos pedagógicos e preventivos); discursos de mobilização (anúncios de celebridades que apoiam a campanha, dispositivos de sensibilização). Ao longo de quase dois anos eu percorri a superfície de dispersão dos enunciados inscritos no site da campanha. Naveguei por todos os links, e encontrei o que procurava dentre as centenas de notícias no site, durante o período mencionado. São entrevistas com pesquisadores, trabalhadores de saúde e autoridades, reportagens sobre centros de recuperação, cobertura de ações organizadas pelo próprio grupo de comunicação que veicula a campanha, declarações de artistas e outras pessoas famosas, notícias sobre ações policiais,

além de muitas matérias com declarações de pessoas que usam ou usaram crack, bem como de familiares.

Em 20 notícias, encontrei a fala de pessoas que usam ou usaram crack, expressa de distintas maneiras: aparece citada por pessoas entrevistadas (como uma mãe que reproduz o que o filho diz pouco antes de morrer); nas transcrições relativamente longas de narrativas pessoais; nos depoimentos colhidos em centros de tratamento de diferentes tipos; na fala de ex-usuários e de pessoas ainda em uso. Há fotos em diversas destas matérias, e em pelo menos uma, é possível assistir a uma entrevista com um rapaz que parou de usar crack, gravada durante uma atividade de auditório ligada à mesma campanha analisada.

De que modo a fala destas pessoas é configurada nestas reportagens? Que recursos discursivos são utilizados? O que dizem estas pessoas? Como? Que articulações existem entre os distintos signos que inscrevem os enunciados expressos por estas matérias jornalísticas? Que regularidades podem ser observadas nesta dispersão de elementos? A análise arqueológica deve fazer falar o discurso no interior do enunciado, a partir de seus próprios elementos, da articulação dos signos expressos nos conjuntos analisados (FOUCAULT, 2005b, p. 149). Que assim seja.

Um acontecimento no interior do discurso

Aciono o link para o já referido programa de auditório. Ao fundo, as mesmas imagens e cores já descritas. Ao centro, uma imagem que se amplia, ocupando a quase totalidade da tela do computador. Nela, vejo duas pessoas sentadas em poltronas brancas: ao lado direito, um jovem com cerca de vinte anos, cabelos pretos, pele morena, usando bigode e uma jaqueta de nylon preta sobre uma blusa vermelha, segurando um microfone; do lado esquerdo, um senhor de barba e cabelos brancos, vestindo terno de cores claras, também com um microfone numa das mãos.

Olhando para o rapaz fica difícil definir se os seus olhos estão voltados para o chão, ou se estão fechados. Suas costas apoiam-se no encosto de uma ampla poltrona, e sua cabeça está levemente abaixada, aproximando o queixo do peito. Parece bastante cansado, e apoia o cotovelo direito no braço da poltrona, sustentando o peso do microfone, seguro muito mais pelos dedos do que pela mão. Articulando estes aspectos da imagem deste jovem, pode-se dizer que ele parece prostrado, atirado à poltrona.

À sua frente, a imagem do homem de cabelos brancos interpela-me de modo absolutamente distinto. Ele está sentado na ponta da poltrona, como que buscando ficar mais próximo do rapaz. Suas costas mantêm-se distantes do encosto, e sua mão esquerda segura o microfone com firmeza. Mas o que mais chama a atenção é o movimento de seu braço direito: sua mão está firmemente fechada, o cotovelo apoiado no braço da poltrona, permitindo que o punho cerrado fique mais próximo do rapaz. Bastante diferente da imagem do jovem, os signos que inscrevem este senhor oferecem uma imagem ativa, de alguém prestes a levantar do local em que está sentado.

Começo por este dispositivo em que uma pequena foto abre um repertório de diversas fotos. A imagem descrita acima é a sétima de treze. Na primeira, há um auditório com algumas cadeiras ocupadas, dentre muitas vazias; a segunda e a terceira mostram o visor de uma filmadora em primeiro plano, com um palco ao fundo; na quarta foto, vê-se lateralmente o mesmo palco, agora com uma pessoa ao microfone, e as cadeiras já ocupadas; na quinta, o palco é mostrado frontalmente, mais de perto, e nele vejo pessoas acomodadas em poltronas (dentre as quais o jovem e o senhor de cabelos brancos descritos anteriormente); na sexta foto, um homem em *close up*, falando ao microfone; a sétima imagem é aquela descrita logo acima; na oitava, há um jogo de espelhos constituído por duas pessoas que aparecem em um telão, enquanto as mesmas duas pessoas aparecem de costas para a imagem, e de frente para uma câmera filmadora; na nona foto, veem-se novamente o homem de cabelos brancos e o jovem de jaqueta preta, além de uma terceira

pessoa ao lado direito, também sentado em uma poltrona; na décima e décima primeira imagens, vejo homens sentados nas poltronas, segurando microfones; nas duas últimas fotos, vejo diversos homens de meia idade, vestindo camisetas pretas, com a frase “CRACK NEM PENSAR”.

Que não restem dúvidas: não estou descrevendo uma sequência de fotos soltas no tempo e no espaço, dispersas em um bloco ao mesmo tempo branco e obscuro. Estas fotos configuram-se como um dispositivo que é acionado quando clico a pequena foto situada no centro da tela do computador, cuja imagem é aquela com o jovem e o homem de cabelos brancos. Os signos dispersos na superfície do enunciado, incluindo esta pequena foto no centro da tela, expressam ao mesmo tempo uma totalidade em suas articulações, e uma impossibilidade de que metanarrativas venham explicar a complexidade das relações sociais em torno daquilo que se convencionou chamar de “o fenômeno das drogas”. Longe de expressar consensos, tornam-se cada vez mais nítidas as lutas no interior do discurso. Configurado simultaneamente como *arma* e *objetivo*, como *meio* e *fim*, o discurso expõe, em suas entranhas, àquilo que o faz funcionar (FOUCAULT, 2005a, p. 10).

Às imagens (das fotos e do fundo anteriormente descrito), articula-se o texto, palavra escrita. Em suas articulações, os signos enunciam um evento - encontro presencial organizado no seio desta campanha de prevenção. Plateia, pessoas sentadas em poltronas sobre um palco, telões, microfones. Um *acontecimento* para além da virtualidade midiática da campanha, ou um acontecimento midiático no interior da campanha? Nas imagens que analiso a plateia não se faz presente para ver, mas para *ser vista*. Esta plateia é mais um signo na ordem do discurso. Mais um dispositivo que o faz funcionar.

Na sequência ordinária do texto, logo me deparo com uma descrição mais detalhada do par formado pelo jovem moreno e pelo homem de cabelos brancos. Posso agora revelar do que falam as expressões capturadas na foto? Resisto. Talvez seja mais interessante observar outros elementos deste enunciado antes de me dedicar um

pouco mais a esta imagem, ao que dizem estes dois homens em seus silêncios tão eloquentes. Ou talvez eu deva mesmo seguir o enunciado em sua dispersão, respeitando não *apenas*, mas *também* a sua frágil linearidade. Talvez eu deva, sim, percorrer o enunciado do modo como ele se apresenta, pois que disto também são feitas suas regras de formação.

Que me diz o texto escrito sobre os dois homens capturados na foto que se situa exatamente no centro desta página de internet? Aquele de cabelos brancos é um jornalista, e o jovem moreno é apresentado como alguém que “foi viciado em crack por quatro anos”. Há uma espécie de “dispositivo narrador” a informar-nos que o jovem teria dito que o apoio de sua família foi “[...] *fundamental para que ele superasse a dependência. Ele contou que roubava objetos dos familiares, inclusive de seu filho*”. Nas linhas seguintes, confere-se destaque às palavras do jovem:

- Eu andava como um mendigo, dormindo na rua e não comia.

- Os que não estão nos presídios estão mortos.

- Quando meu filho me via, ele chorava. Ficava agarrado na mãe dele, queria correr para os meus braços, mas eu não gostava que ele chegasse perto. Agora ele passa dias lá em casa, faço tudo com ele. O meu filho é tudo para mim, me salvou.

Imagem de degradação. Um herói enfrenta uma batalha da qual poucos saem vitoriosos. Desde a referência à mendicância até o momento em que o jovem diz do seu receio diante da aproximação do filho, é de desumanização que falam estas palavras. Imerso em uma cultura que apregoa aos quatro ventos a bestialidade de pessoas que usam drogas, convencido de sua própria desumanidade, prefere manter seu filho amado afastado deste demônio que ele mesmo representa. Agora, livre do crack, torna-se digno de gozar as delícias da paternidade.

Uma batalha no interior do acontecimento

Ato contínuo à fala do dito “ex-usuário”, emerge na superfície do enunciado a presença do *especialista*, fortemente articulada ao discurso do jovem “ex-usuário” de crack. Entre ambos, estabelece-se um jogo discursivo:

- *À medida que vai ficando mais longe do momento em que parou, vai ficando mais fácil suportar (a abstinência).*

Se é possível afirmar que o *especialista* reforça o discurso do “ex-usuário”, afirmando que a fala do jovem é típica de quem já superou os piores momentos, por outro lado também pode-se dizer que o “ex-usuário” reforça o discurso do *especialista*, ao balançar a cabeça positivamente diante das assertivas do pesquisador. Se sobre o “ex-usuário” recaem efeitos de potencialização de sua fala, sobre os discursos do *especialista* recaem efeitos semelhantes. Neste ponto, julgo pertinente problematizar a emergência da noção de *especialista* com que opero neste ponto do texto. Inicialmente, recorro aos discursos poéticos da *performer* estadunidense Laurie Anderson:

[...]

Agora vamos dizer que você foi convidado para
estar na Oprah
E você não tem um problema
Mas você quer ir no show, então você precisa de
um problema
Então você precisa inventar um problema
Mas se você não for um especialista em problemas
Você provavelmente não vai inventar um problema
muito plausível
E então você provavelmente vai ficar pregado
Você vai ficar exposto
Você vai ter que se curvar e pedir desculpas
E implorar o perdão do público.

Porque só um especialista pode ver que há um problema
E só um especialista consegue lidar com o problema
Somente um especialista pode lidar com o problema

(Laurie Anderson - Only an expert)

O *especialista* de que nos fala o fragmento da canção não está solto no tempo e no espaço; capaz de colocar-se discursivamente em um *campo* que imprime sentido às suas assertivas, ele move-se sem expor-se (portanto, sem ter de *se curvar* ou *pedir desculpas*). Assim, à definição de *especialista* construída por Laurie Anderson, gostaria de somar a noção de *campo* e de *agente* em Pierre Bourdieu:

(...) A noção de campo está aí para designar esse espaço relativamente autônomo, esse microcosmo dotado de suas leis próprias. Se, como o macrocosmo, ele é submetido a leis sociais, essas não são as mesmas. Se jamais escapa às imposições do macrocosmo, ele dispõe, com relação a este, de uma autonomia parcial mais ou menos acentuada (BOURDIEU, 2004, pp. 20-21).

Um território de relações sociais, de luta e de articulação, de aproximações e embates, de rupturas e enlacs. Neste *microcosmo dotado de suas leis próprias* (Idem, p. 20), que pode ser lido como um *campo de forças* e um *campo de lutas para conservar ou transformar esse campo de forças* (Ibidem, p. 22-23), operam aqueles a quem Bourdieu chama de *agentes engajados*, com foco muito mais em suas relações sociais (a posição de um agente em um campo), do que em uma pretensa natureza essencial destes agentes:

(...) Isso significa que só compreendemos, verdadeiramente, o que diz ou faz um *agente*

engajado num campo (um economista, um escritor, um artista, etc.) se estamos em condições de nos referirmos à posição que ele ocupa nesse campo, se sabemos “de onde ele fala”, como se dizia de um modo um tanto vago por volta de 1968 [...]. [grifo nosso] (BOURDIEU, 2004, p. 23).

No caso em questão, o *especialista* não está em um destes ambientes convencionais a um *intelectual específico*, segundo a expressão de Foucault (1979, p. 11). Não se trata de um debate em uma universidade, congresso ou atividade promovida por algum instituto de pesquisa, mas em um evento promovido por uma empresa de comunicação, no seio de uma campanha de prevenção ao uso de crack, dirigido ao público leigo. Acerca disto, julgo pertinentes os comentários de um importante intelectual francês, pronunciados justamente na abertura de um programa de televisão:

(...) Hoje, graças ao serviço audiovisual do Collège de France, benefico-me de condições inteiramente excepcionais: em primeiro lugar, meu tempo não é limitado; em segundo, o assunto de meu discurso não me foi imposto – eu o decidi livremente e ainda posso mudá-lo -; em terceiro, ninguém está ali, como nos programas comuns, para me chamar à ordem, em nome da técnica, em nome do “público-que-não-compreenderá” ou em nome da moral, da conveniência, etc. É uma situação inteiramente particular já que, para empregar uma linguagem fora de moda, tenho um *domínio dos instrumentos de produção* que não é costumeiro. Insistindo no que as condições a mim oferecidas têm de absolutamente excepcional, já digo alguma coisa sobre as condições habituais nas quais se é levado a falar na televisão (BOURDIEU, 1997, pp. 15-16).

Emerge no texto a fala do *especialista*, em resposta ao relato do “ex-usuário” sobre as dificuldades vividas nos primeiros tempos sem a droga. Diz ele que estas dificuldades diminuem com o passar do tempo. Ao relato pessoal do “ex-usuário”, portanto, sobrepõe-se um discurso que reduz o relato a um excerto do tipo “Como vocês podem ver...”. À complexidade da vida, uma assertiva generalizante e transparente. À vida, a ordem:

[...]

Se quiserem, podem meter-me numa camisa de força
mas não existe coisa mais inútil que um órgão.

Quando tiverem conseguido um *corpo sem órgãos*,
então o terão libertado dos seus automatismos
e devolvido sua verdadeira liberdade.

Então poderão ensiná-lo a dançar às avessas
como no delírio dos bailes populares
e esse avesso será
seu verdadeiro lugar.

(Antonin Artaud – Para acabar com o julgamento de Deus)

Artaud clama por um *corpo sem órgãos*, como que numa resposta antecipada ao *especialista* de Laurie Anderson. Um *corpo liberto de seus automatismos*, ao qual foi devolvida sua *verdadeira liberdade*. E ele dançará *às avessas, como no delírio dos bailes populares*. Livre de julgamentos (de Deus ou dos *especialistas*):

Ao *Corpo sem Órgãos* não se chega, não se pode chegar, nunca se acaba de chegar a ele, é um limite. Diz-se: que é isto - o *Corpo sem Órgãos* - mas já se está sobre ele - arrastando-se como um verme,

tateando como um cego ou correndo como um louco, viajante e nômade da estepe. É sobre ele que dormimos, velamos, que lutamos, lutamos e somos vencidos, que procuramos nosso lugar, que descobrimos nossas felicidades inauditas e nossas quedas fabulosas, que penetramos e somos penetrados, que amamos (DELEUZE & GUATTARI, 1996, pp. 9-10).

Há uma luta no interior do discurso. Nela, disputa-se o direito de enunciar. Pode o “ex-usuário” dizer de si, com sua linguagem própria, com sua verdade? Pode o *especialista* dizer sua verdade, à revelia de um mínimo pacto com tão eloquente objeto de pesquisa?

Não fosse já suficientemente dramático o momento vivido no fio da linearidade narrativa, sou surpreendido pela presença de um novo dispositivo na superfície do enunciado. Entre um parágrafo e outro, surge uma pequena tela que reproduz a gravação do evento a que a matéria se refere. Volto a pensar no evento como processo para a produção de uma peça que se perpetua no tempo, que resiste ainda que descolada da memória daquele momento. Um *evento* a produzir um *acontecimento*:

[...] não [se deve] *confundir acontecimento com sua efetuação espaço-temporal em um estado de coisas*. Não perguntaremos, pois, qual é o sentido de um acontecimento: o acontecimento é o próprio sentido. O acontecimento pertence essencialmente à linguagem, ele mantém uma relação essencial com a linguagem; mas a linguagem é o que se diz das coisas [grifo do autor] (DELEUZE, 2000, p. 23).

Aciono o dispositivo. Assisto a um programa de auditório, semelhante a tantos que existem em diversos países. Há a plateia que aplaude, e o homem responsável pela condução do espetáculo. O presidente do grupo empresarial em que a campanha de prevenção ao crack a qual este evento está vinculado abre os trabalhos, e os

repórteres responsáveis por entrevistar pessoas da plateia são apresentados.

Aparentemente, há uma quebra no ritmo da narrativa com o surgimento deste dispositivo. No entanto, basta que eu o acione para perceber que não há ruptura, já que a primeira atração logo após as apresentações de praxe no início do evento registrado é justamente o *especialista*, chamado a falar sobre o crack. À primeira pergunta, sobre a dificuldade em tratar pessoas que usam crack, ele responde:

- Eu diria que ao mesmo tempo em que é difícil, não existe sensação melhor para um especialista que trata de dependência de drogas, que é a de recuperar um dependente depois de um tratamento.

Uma batalha contra um inimigo que dificilmente pode ser derrotado. Assim como nos enunciados percorridos ao longo das últimas páginas, emerge aqui também um discurso ao mesmo tempo heroico e desesperado. Talvez fosse possível uma analogia com o uso de drogas, em que prejuízos físicos e sociais são justificados pelos momentos em que predomina uma *sensação* de bem estar. Aqui também, os fracassos em apoiar a recuperação de pessoas que usam crack são justificados pelos momentos (raros?) de “vitória” (“*não existe sensação melhor para um especialista*”).

Interpela-me a utilização da expressão “especialista”. Não se fala em “profissional”, ou em “terapeuta” (muito menos em “trabalhador de saúde”). Fala-se do “especialista”. E de um *especialista* que trata de “dependência de drogas”. O *especialista* e seu campo de intervenção, de pesquisa. O *especialista* e seu objeto de estudo. O *especialista* em sua relação, não com a saúde, não com a pessoa que sofre, mas com a doença. O *especialista* e a doença: o herói e seu inimigo poderoso.

Mas, talvez eu esteja sendo injusto. O sujeito que sofre está presente, sim, na discursividade do *especialista*. Diz ele que não há sensação melhor que a de “[...] *recuperar um dependente depois do*

tratamento". Quem é este *dependente* de quem o *especialista* fala? Não é o próprio sujeito do sofrimento?

Talvez sim. Mas o protagonismo é do *especialista*. É ele quem *recupera um dependente*, mais ou menos como quem resgata a cidadania de outrem. O foco está no herói que recupera. É ele que se sente realizado quando tem sucesso, quando vence o inimigo poderoso. Sujeito, aqui, é sujeito *ao* (nunca sujeito *do*) projeto terapêutico, sempre planejado *pelo* (nunca *com*) *especialista*. Sujeito recuperado, sim, mas nunca um sujeito implicado no próprio processo de recuperação. Sujeito verbo, não substantivo.

Talvez eu esteja sendo, mais uma vez, injusto. Estou afirmando que o *especialista*, em sua discursividade, não acolhe o protagonismo da pessoa a quem se destina sua prática. Não estaria novamente incorrendo em um julgamento por demais rigoroso? Vejamos: em resposta a pergunta sobre a dificuldade dos pais em levar seus filhos para tratamento, o *especialista* diz o seguinte:

- Levem! O que eu posso dizer é isto: levem! Se tiver que levar pela mão, pelo pé, pela orelha, levem! As chances não estão em casa. Do ponto de vista da recuperação, as chances estão em ambiente profissional. Não há o que se possa fazer em casa para tratar da grave dependência que é esta substância. Levem! Se tiver que ser contra a vontade, eu imagino que vai haver um momento em que este paciente, quando recuperado, vai agradecer. É um gesto difícil de fazer. Eu imagino que um pai ou uma mãe teria muita dificuldade de fazer isto com o seu filho. Mas a gente tem de entender que atrás deste gesto aparentemente agressivo, está um gesto, na verdade, de salvação.

O *especialista* define o ato de levar a tratamento um filho que usa crack como um *gesto de salvação*. A imagem do herói que enfrenta um inimigo poderoso segue sendo reforçada. Um gesto

aparentemente agressivo, mas, na *verdade*, um gesto de *salvação*. Há o componente de heroísmo (até mesmo messiânico), ao mesmo tempo em que há a afirmação de saberes técnicos. *Não há o que fazer em casa*, diz o especialista (*As chances estão em ambiente profissional*).

Havia a fala do “ex-usuário” nas primeiras linhas do texto escrito sobre o mesmo fundo preto-avermelhado já fartamente descrito, com suas imagens em tonalidades sombrias ao fundo, compondo o enunciado. As palavras do “ex-usuário” são interrompidas pelas palavras do *especialista*, e surge, na superfície do discurso, o dispositivo do vídeo em que podem ser vistas as imagens do *evento-acontecimento* ao qual a própria matéria se refere. No vídeo, há a fala do especialista, e na sequência de sua aparição, surge novamente o “ex-usuário”, entrevistado pelo homem de cabelos brancos descrito anteriormente. Há, pois, um efeito de retorno, de retomada das palavras que iniciaram a narrativa em sua linearidade discursiva.

Mas não é ao mesmo texto que se retorna. As mesmas palavras, ditas pela mesma pessoa; é outro o discurso, entretanto. Entre as palavras do “ex-usuário” no início do texto escrito, e as palavras deste mesmo “ex-usuário” que emergem agora, por meio deste vídeo com as imagens de sua entrevista, há um oceano de *saber-poder*. A separar estas palavras – que são, mormente, *as mesmas palavras* – há todo o espaço percorrido pela discursividade do *especialista*. Tudo o que foi dito antes, e também o que será dito agora, faz parte deste mesmo enunciado, deste mesmo discurso, em sua totalidade inequívoca, em sua dispersão, em suas lutas intestinas.

Mas há ainda mais a ser dito, antes que o “ex-usuário” possa dizer de si próprio. É preciso que, a este monstro anormal que é o “ex-usuário”, se lhe devolva sua humanidade, para que somente então ele possa expressar-se por sua conta e risco. Sua discursividade, já *organizada* na fala do *especialista*, sofre nova investida do poder, promovida agora pelo *especialista da comunicação*. Assim, sua fala é precedida por uma longa arguição na qual o entrevistador apresenta-

se, ele também, como um *viciado*, cuja única diferença para com o “ex-usuário” residiria no fato de que a droga de um é *lícita* (o tabaco), enquanto que a droga do outro é *ilícita* (o crack); sobre este ponto interroga o *especialista*, que confirma: de fato, tanto o tabaco quanto o crack são drogas, e podem-se estabelecer relações de dependência com qualquer uma das duas.

A partir deste ponto, vejo a reprodução em vídeo da fala do “ex-usuário”, incluindo alguns trechos já registrados no texto escrito. Conta que usou crack por quatro anos, e que chegou a roubar de familiares e desconhecidos para sustentar seu uso. Conta que chegou a usar mais de trezentas pedras (mil e oitocentos reais), em apenas três dias, durante os quais ficou sem dormir ou comer, apenas fumando e bebendo água. Conta que foi preso, e que em algumas manhãs não conseguia sequer caminhar depois de uma noite de uso. E arremata: “*daqueles que andavam comigo, quase todos morreram ou estão presos*”.

Mais uma vez, um herói emerge no discurso. A narrativa fala de uma luta contra um adversário indestrutível, diante do qual o herói escapa com vida. Que corpo é este que sobrevive àquilo que matou ou tirou a liberdade de tantos? Que corpo é este, que escapa com vida após uma batalha de três dias, sem comida ou sono, diante de um adversário tão poderoso?

[...]

É que me pressionavam
ao meu corpo
e contra meu corpo

e foi então
que eu fiz tudo explodir
porque no meu corpo
não se toca nunca.

(Antonin Artaud – Para acabar com o julgamento de Deus)

Os locais onde se usa crack são inóspitos, a se considerar as imagens que compõem os enunciados da campanha, bem como os relatos de auto-exposição a situações-limite, às agruras da noite, da rua, da droga. Viver quatro anos neste mundo, e sair para contar os relatos do campo de batalha. É um corpo heroico que emerge neste tipo de relato, bastante comum entre “ex-usuários”, mas com um diferencial; uma inflação de vontade que emerge no discurso do “ex-usuário” (“*eu me orgulho, pois daqueles que usavam comigo, quase todos morreram ou estão presos*”).

O entrevistador pede que o “ex-usuário” dê um conselho àqueles que ainda não conseguiram parar de usar crack. Qual deveria ser a conduta, a postura adotada pelas pessoas que desejam abandonar o uso de crack? Neste momento, emerge na voz do “ex-usuário” uma discursividade que produz abalos na ordem estabelecida, até então, no discurso:

- Eu acho que tem que ter vergonha na cara, porque eu estive internado em clínicas por duas vezes, e não resolveu pra nada. Então eu parei e pensei: do jeito que eu andava, eu até dizia para minha mãe esperar, que eu ia morrer. Eu não saía mais de cima da cama. Durante doze dias eu fiquei deitado em cima de uma cama, porque eu não podia levantar mais.

- Há quanto tempo você parou? – pergunta uma repórter.

- Há dois anos – responde o “ex-usuário”.

Aplausos na plateia. René Magrite me lembra que *não há contradições no interior do discurso*. Mas, como explicar que agora a pouco o *especialista* dizia que *não há o que fazer em casa para tratar desta grave dependência*? As chances não estavam apenas em

ambiente profissional? Como não reconhecer aqui uma contradição no seio do discurso?

Não se trata de contradição, mas de luta. A unidade do discurso é sua própria multiplicidade, e as lutas que parecem desestabilizá-lo, antes o constituem. Relações de força, de luta e de poder trespassam o enunciado. *O discurso é o próprio poder pelo que se luta*, lembra Foucault (2005a, p. 10). Nele, nada se estabiliza, nunca. Nunca um vencedor, nunca um vencido. Nunca uma hegemonia, nem mesmo precária.

Lágrimas e aplausos na plateia. O repórter ressalta o exemplo que o “ex-usuário” oferece naquela noite, e lhe pergunta, com uma voz enérgica:

- *É possível parar de fumar crack?*

- *É possível. Meu pai e minha mãe jamais me abandonaram, e hoje eles olham para mim com orgulho. Meus amigos hoje têm orgulho de mim, me abraçam, e vêm na minha casa me buscar para jogar bola com eles. Hoje eu sou um orgulho para eles.*

Reforça-se a luta no interior do próprio enunciado, e esgarçam-se as possibilidades de alcance do discurso. Amplia-se a dispersão, a multiplicidade. *Não há o que fazer em casa*, diz o *especialista*, ao mesmo tempo em que o jovem afirma que o acolhimento dos pais e dos amigos foi fundamental em seu processo de recuperação.

Neste ponto, ainda amparado pela perseguição da narrativa em seu fio linear, vejo o entrevistador voltar-se novamente ao *especialista*, pedindo-lhe que fale sobre as possibilidades de recuperação, provocando o surgimento da frase com que ele irrompeu no interior do enunciado, ainda em sua parte textual:

- *À medida que vai ficando mais longe do momento em que ele fumava, vai ficando mais fácil a cada dia. Não são dias fáceis, provavelmente...*

Há um retorno ao momento em que o discurso do *especialista* aparece pela primeira vez, nos signos que compõe a multiplicidade discursiva deste enunciado. Mas, assim como nas palavras do “ex-usuário”, também aqui não há um retorno ao mesmo enunciado; ele jamais é o mesmo, ainda que fossem as mesmas palavras (e não são). Aqui, o enunciado emerge modificado pelo transcorrer do *evento-acontecimento* em sua linearidade. Articulada à rede de signos dispersos no interior do discurso, à linearidade temporal produzida pelo vídeo (em que algumas falas são recolocadas depois de terem anteriormente aparecido na textualidade do enunciado), a fala do especialista é esgarçada pelos efeitos de força no interior do próprio discurso. Mantém-se o jogo:

- Nos primeiros dias eu me acordava de noite, suando, tendo pesadelos de que tinha droga dentro de casa, e eu saía procurando, revirando tudo dentro de casa.

Quem reforça os discursos de quem? Os jogos de relações que se estabelecem entre as falas do *especialista* e do “ex-usuário” fazem funcionar dinâmicas de reconstrução, desvio, ruptura, reforço, reconfiguração e redimensionamento no interior do discurso. O *especialista* e o “ex-usuário” forçam, esgarçam, esticam, dobram e desdobram o discurso de múltiplas maneiras, articulando múltiplos pontos de força no interior do enunciado. Alguém pergunta se é possível deixar o uso de crack apoiado apenas na própria força de vontade:

- Gostaria de tirar de sua frase a expressão “apenas” força de vontade. Não se pode tratar de um paciente se ele não possui aquilo que o “ex-usuário” está relatando. Ele tem uma motivação real. O que a equipe deve fazer, os terapeutas, é reforçar no paciente isto que o “ex-usuário” parece

que conseguiu encontrar sozinho. Muitas vezes é preciso ajudar a procurar. As coisas já estão lá.

- É. O meu pai e minha mãe nunca me abandonaram. Nem os meus irmãos. Quero agradecer ao meu irmão mais jovem, que é o caçula lá de casa. É ele quem me dá conselhos.

Captura minha atenção a reconfiguração dos discursos do “ex-usuário e do *especialista*. Percebo uma terceira via, entre o “*levem-no à força*” e o “*foi tudo uma questão de força de vontade*”. Da parte do *especialista*, há a afirmação de um processo terapêutico que deve levar em consideração a vontade do sujeito que sofre; da parte do “ex-usuário”, há o crédito às pessoas que estão ao seu lado durante este tempo, com destaque para os conselhos do irmão mais jovem. Jogos de força, de tencionamentos, que produzem efeitos sobre o próprio discurso. Não se trata do discurso de pessoas que usam drogas, tampouco dos discursos psiquiátricos sobre o uso de drogas, mas dos discursos midiáticos produzidos na articulação de múltiplas discursividades.

À guisa de conclusão

As vozes que constituem a rede de enunciados desta campanha de prevenção sobrepõem-se, reforçam-se, esgarçam-se, articulam-se. Outras vozes ainda surgirão neste *eventoacontecimento*: vozes de autoridades ligadas à área de saúde e da repressão, vozes de outros especialistas, vozes de humoristas que tentarão conferir um clima mais leve ao evento. Fico apenas com estes dois personagens: nos últimos momentos do diálogo-luta entre o “ex-usuário” e o *especialista*, já era possível perceber um efeito de mescla, em que as duas vozes, depois de dobrarem-se mutuamente, emergem como se fossem uma única voz, uma única discursividade, inseparáveis em sua multiplicidade, reconciliadas em sua peleja. Vozes que incidem uma sobre de tal maneira, que a separatividade torna-se complicada. Fundem-se na multiplicidade, a própria unidade do discurso.

De minha parte, não buscarei acompanhá-las. Não mais. Já não se trata de individualidades, de frases pronunciadas por sujeitos concretos, mas da própria materialidade discursiva que constitui a unidade deste acontecimento:

Gostaria de me insinuar sub-repticiamente no discurso que devo pronunciar hoje, e nos que deverei pronunciar aqui, talvez durante anos. Ao invés de tomar a palavra, gostaria de ser envolvido por ela e levado bem além de todo começo possível. Gostaria de perceber que no momento de falar, uma voz sem nome me precedia há muito tempo: bastaria, então, que eu encadeasse, prosseguisse a frase, me alojasse, sem ser percebido, em seus interstícios, como se ela me houvesse dado um sinal, mantendo-se, por um instante, suspensa. Não haveria, portanto, começo; e em vez de ser aquele de quem parte o discurso, eu seria, antes, ao acaso de seu desenrolar, uma estreita lacuna, o ponto de seu desaparecimento possível (FOUCAULT, 2005a, pp. 5-6).

Referências

ANDERSON, Laurie. Only an expert. In.:ANDERSON, Laurie. **Homeland**. New York: Nonesuch Records, 2010.

ARTAUD, Antonin. **Os escritos de Antonin Artaud**. Porto Alegre: L&PM Editores, 1983.

BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

_____. **Sobre a televisão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

DELEUZE, Gilles. **Lógica do sentido**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2000.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia** (vol. 3). São Paulo: Editora 34, 1996.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola, 2005a.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b.

_____. Verdade e poder. In.: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 1-14.

GEERTZ, Clifford. **Vidas e obras**: o antropólogo como autor. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2005.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. **Entre imagens e palavras**: o discurso em uma campanha de prevenção ao crack. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, UFPB, João Pessoa, 2011.



Capítulo VI

Incursões sobre as políticas sobre drogas e o cuidado nos processos de drogodependência

Maria Gabriela Curubeto Godoy

Breve análise histórica das políticas sobre drogas

Apenas recentemente as drogas tornaram-se objeto passível de intervenção sistemática do campo da saúde, predominantemente de um saber de caráter biomédico, sucedaneamente ao ocorrido em outros campos, como o da loucura. Conjugam-se nesse processo novos modos de produzir e estar no mundo, engendrados na Modernidade com o advento do capitalismo, da racionalidade científica e do Estado Moderno e suas tendências de controle biopolítico das populações, que contribuíram para inspirar abordagens teóricas e intervenções no campo da saúde.

Dentre as vertentes que tratam da questão das drogas, observamos atualmente um debate entre partidários de políticas de legalização, regulamentação e/ou descriminalização das drogas e defensores do proibicionismo, vertente gestada nos Estados Unidos da América (EUA) ao longo do século XIX, que influenciou as políticas sobre drogas em diversos países. Para contextualizar nossa discussão, analisaremos resumidamente neste texto experiências históricas referentes à legalização, regulamentação ou proibição de determinadas drogas e algumas consequências decorrentes desses processos.

Iniciaremos rememorando o surgimento do “GIN ACT”, promulgado pelo parlamento britânico em 1751. Por volta de 1690, a Inglaterra permitiu a importação de *gin* da Holanda e posteriormente

liberou a produção inglesa desta bebida destilada, que gradativamente suplantou o tradicional consumo de cerveja. Neste período a Inglaterra passava por grandes transformações decorrentes de modificações na Lei dos Pobres e dos primórdios da Revolução Industrial. Intensificava-se o êxodo rural, o crescimento acelerado e desordenado da população urbana, a exploração da força de trabalho nas fábricas e os problemas decorrentes desses processos, onde grande parte da população estava submetida a péssimas condições de vida. É nesse contexto que aumenta exponencialmente o consumo de *gin*, provocando o “Gin Craze” em 1730. As taxas de alcoolismo na população em geral, inclusive em crianças, eram muito altas e havia grande mortalidade infantil. (ROSEN, 1994)

Surgiu então, a proposta do *Gin Act*, que proibiu a venda de *gin* destilado de comerciantes não licenciados, estabeleceu o controle do teor do *gin* e aumentou sua taxação. Além disso, gradativamente estabeleceu-se a estratégia de substituição do *gin* por uma bebida estimulante não alcoólica através do incentivo à importação e consumo do chá – cujos importadores atingiram grandes lucros com o negócio - e que acabou tornando-se a bebida oficial do país.

Grosso modo, o *Gin Craze* e o *Gin Act* possibilitam algumas reflexões. A liberação e o consumo descontrolado do *gin* ocorreram em um contexto de mudança social e econômica que intensificou as tensões sociais e o aumento da pobreza de grande parte da população inglesa. A disseminação do uso de uma determinada (??) como questão relacionada ao contexto social tem sido adotada por autores do campo da Socioantropologia das drogas. Um exemplo é o estudo de Bourgois (2010) sobre os primórdios do comércio e o consumo do *crack* em guetos pobres de Nova Iorque e as decorrentes estratégias de sobrevivência econômica (comércio de drogas) e subjetiva (consumo de drogas) dessas pessoas ante seu contexto social.

Quanto ao *Gin Act*, vale destacar que, como medida mais regulamentadora do que proibicionista, foi efetivo no que pretendia, ou seja, reduzir as taxas de alcoolismo e de mortalidade infantil. Como política pontual, foi congruente com o capitalismo, pois obviamente não incidiu nas determinações sociais e políticas da pobreza e das péssimas condições de vida da população, mas propiciou menos problemas

laborais e, por outro lado afetou positivamente a saúde pública. A substituição gradativa do *gin* pelo chá, que, na atualidade poderia ser interpretada como uma estratégia de redução de danos propagou-se inicialmente entre burguesia inglesa constituindo parte de seu ritual social, e apenas ao longo dos séculos seguintes atingiu e propagou-se a outras parcelas da população.

Já o proibicionismo como política incipiente de Estado surgiu mais de cem anos depois. A primeira experiência proibicionista iniciou-se a partir de 1898, nas Filipinas ex-colônia espanhola tomada pelos EUA, que nesse período ensaiaram uma política externa imperialista - de caráter expansionista e neocolonialista - que perdurou ao longo do século XX até nossos dias. O consumo do ópio, introduzido na Ásia a partir dos interesses comerciais ingleses em relação à China, era liberado nas Filipinas. Quando este país se tornou colônia dos EUA, o comércio e consumo de ópio foi gradativamente sendo proibido, efetivando-se em 1908. Essa primeira experiência proibicionista dos EUA influenciou a política interna e externa proibicionista americana, que combinava *moralismo* - inspirado por políticos puritanos dos EUA, e *repressão seletiva* a certos grupos sociais. (ROMANÍ, 1999).

O discurso proibicionista possibilitou, subliminarmente, referendar juízos morais, posturas racistas e xenófobas que instituíram as bases do que Romaní (1999) designa de *paradigma jurídico-repressivo* das políticas sobre drogas. Políticas internas nos EUA como a Lei Seca, em 1920 e o *Marihuana Act*, em 1937, referendaram as tendências proibicionistas adotadas por esse país e a expansão das mesmas internacionalmente, sobretudo nos países submetidos a relações colonialistas com os EUA.

Esse novo enfoque sobre as drogas e a elaboração de um regime internacional de controle das mesmas fundamentou diversas convenções, tratados e deliberações que gradativamente estabeleceram a restrição do uso de drogas para fins exclusivamente médicos e científicos, proibindo a produção, a distribuição e o consumo das substâncias e matérias primas tornadas ilícitas, mediante a criminalização dessas atividades. Entretanto, a experiência da própria Lei Seca nos EUA, que vigorou entre 1920 a 1933, favoreceu a reativação do crime organizado, que gradativamente passou a obter maiores lucros com o comércio ilegal de bebidas do que

com seus antigos negócios: o jogo clandestino e a prostituição. (SOUTHWELL, 2014).

Entre os argumentos sobre a ineficácia do proibicionismo, podemos citar a Lei Seca e o legado da política de Guerra às Drogas instaurada pelos EUA, ao longo da segunda metade do século XX, sobretudo no decorrer da década de 80, com o final da Guerra Fria e a dissolução da União Soviética, que expõe um novo panorama na reorganização geopolítica e econômica do mundo. É nesse contexto de globalização neoliberal que as drogas “ilícitas”, o narcotráfico e os próprios usuários passam a ser o foco da Guerra às Drogas, justificando a criminalização e exclusão de populações pobres, bem como a ocupação geopolítica e a militarização de determinadas regiões da América Latina.

Algumas consequências desse processo foram o aumento da violência e mortalidade decorrentes do narcotráfico e o aumento exponencial da população carcerária, principalmente de homens jovens, pobres e de minorias étnicas nos EUA e também em outros países. (BOURGOIS, 2010) (UNODC, 2010).

As experiências acima citadas, de liberação e posterior regulamentação do *gin* na Inglaterra, e as diversas propostas proibicionistas oriundas dos EUA, propiciam reflexões sobre o debate contemporâneo a respeito das drogas. Ante as limitações e consequências negativas do proibicionismo, a legalização tem sido apontada como alternativa. A legalização apresenta diversas nuances, desde a descriminalização do usuário, até a liberação do comércio de qualquer droga, o que, mesmo em países que avançaram em suas políticas sobre drogas, não ocorre livremente. A liberação total, referendada, inclusive, por expoentes da economia liberal e neoliberal, trata a droga enquanto mercadoria à mercê de uma economia de mercado que relega o Estado a um papel mínimo. A experiência do *Gin Craze* representou a liberação sem controle e teve consequências sociais problemáticas.

Torna-se, portanto, indagar, no caso da legalização, qual legalização e qual o papel do Estado nesse processo: um Estado refém de uma economia de mercado sem nenhum tipo de controle ou regulação, ou um Estado ao qual caiba um papel importante na regulamentação e elaboração de políticas sobre drogas e políticas sociais em geral? Até

porque os problemas como o crescimento do narcotráfico e da violência a ele associada, não são apenas decorrentes do proibicionismo, mas também do capitalismo como modo de organização social e econômica que torna diversos objetos, inclusive as drogas, em mercadoria.

A questão das drogas exige, por conseguinte, um conjunto de políticas sociais para além da própria legalização/regulamentação das mesmas. A busca de soluções para problemas complexos, relacionados a uma organização social e econômica excludente de grande parcela da população depende de respostas articuladas, que derivem em diversas políticas sociais, no sentido de maior equidade e justiça social para todos. Na atual conjuntura, a questão das drogas e, acima de tudo, a *drogodependência*, representa apenas mais um dos sintomas sociais que expressam o mal-estar na contemporaneidade, conforme veremos abaixo.

Drogodependência e sintoma social

Mudanças nas políticas sobre drogas afetam a organização do cuidado à saúde das pessoas que vivenciam processos de drogodependência e estimulam reflexões sobre os paradigmas de cuidado vigentes. Os próprios serviços de saúde que atendem pessoas com problemas de álcool e outras drogas desvelam tensões e até a coexistência de modelos e abordagens de tratamento por vezes contraditórios entre si.

O uso de drogas, prática milenar ao longo da história da humanidade, é um fenômeno multidimensional relacionado a fatores culturais, econômicos, políticos, históricos, sociais e subjetivos. Na contemporaneidade, o uso de drogas representa também um *sintoma social*, cuja manifestação mais evidente desvela como um determinado sujeito se relaciona com alguma droga e também com o mundo. Mas, como *sintoma social*, o uso de drogas não nos revela apenas questões desse sujeito, mas também da sociedade na qual ele está inserido, pois é partir desta última que surgem intervenções para lidar com o uso de drogas e seus efeitos. Na contemporaneidade, as drogas tornaram-se mercadorias de consumo expressivas de processos sociais e econômicos

mais amplos que incidem sobre os processos de produção de subjetividade e vice-versa.

A questão das drogas ocupa, então, um lugar de regulação social correlato aos mesmos interesses que perpassam processos de medicalização social e da constituição de uma sociedade de consumo pautada, paradoxalmente, pelo excesso e pelo vazio. Esse processo apresenta grande influência do modelo neoliberal e seus sucedâneos: a globalização econômica, a reestruturação produtiva, a entronização do mercado e a fragilização do Estado de Bem-Estar e as políticas sociais, que afetam processos de subjetivação. Acentuam-se transformações culturais de modos de vida marcadas pelo individualismo, o consumismo, a aceitação passiva da restrição do público e a expansão do privado, maior serialização e controle disciplinar na gestão das populações, intensificando a exclusão social e gerando maior insegurança ante o porvir. (GUINSBERG, 2004). Claro que esse cenário representa uma forte tendência contemporânea confrontada por diversos movimentos de resistência pautados por parâmetros éticos solidários que postulam inflexões nesses modos de estar no mundo.

De qualquer maneira, essa discussão descortina e reforça a perspectiva que o efeito de uso das drogas não dependem apenas das propriedades farmacológicas das mesmas, mas também das atitudes e características do usuário e do meio físico e social em que ocorre o uso, ou seja, o efeito de uso depende de três elementos inter-relacionados: o sujeito, a substância e o contexto. (ZINBERG, 1984).

Alinhando-nos a essa perspectiva, adotamos uma definição de *droga* congruente com a mesma, conforme propõe Romaní (1999:53):

(...) Substâncias químicas que se incorporam ao organismo humano, com capacidade para modificar várias funções deste (percepção, conduta, motricidade, etc.), mas cujos efeitos, conseqüências e funções estão condicionados, sobretudo, pelas definições sociais, econômicas e culturais que geram nos conjuntos sociais que as utilizam.

Para além do uso controlado e não prejudicial de drogas, que é o mais frequente na população, o uso extremado de drogas pode induzir prejuízos à saúde e apontar para dimensões relativas ao sofrimento e à morte, e, quando associado a contextos de extrema pobreza e exclusão, expressa os efeitos destrutivos do biopoder e da governamentalidade na produção de subjetividades lumpenizadas. (BOURGOIS, 2011).

A questão das drogas como sintoma social não cabe, assim sendo, nos critérios epidemiológicos que reduzem o uso a parâmetros mensuráveis como a intensidade e frequência, adotados pela literatura biomédica e que, justamente, desconsideram implicações subjetivas e sociais mais profundas do mesmo. Por isso, alinhamo-nos ao conceito de *drogodependência* como fenômeno das sociedades contemporâneas relacionado ao campo das adicções, cujas características específicas são descritas abaixo:

(...) Conjunto de processos através dos quais se expressam certos mal-estares mais ou menos graves, que podem ter causas diversas, mas cujo principal sintoma seria a organização do conjunto da vida cotidiana de um indivíduo em torno do consumo compulsivo de determinadas drogas (ROMANÍ, 1999:55).

sobre drogas e sua interface com os modelos de cuidado

Para compreender as propostas vigentes no campo da saúde, apresentaremos o que Romaní (1999) designa como diferentes paradigmas que têm norteado as políticas sobre drogas: a) o *modelo jurídico-repressivo*; b) o *modelo médico-sanitarista*; e c) o *modelo sociocultural*.

O *modelo jurídico-repressivo*, inspirado a partir de vertentes religiosas puritanas que inspiraram o proibicionismo, considera os assuntos relativos às drogas como *delito* e os usuários como *delituosos*. Um paralelo possível deste paradigma é que assuntos relacionados a drogas são concebidos como *pecado* e *vício*, e os usuários são, por esse motivo, *pecadores*. Nessa perspectiva, a proposta de tratamento

predominante é o afastamento do contexto social do usuário e a abstinência completa das drogas.

O *modelomédico-sanitarista*, surgido no final do século XIX e início do XX, baseou-se na obra do antropólogo e farmacologista polonês-alemão Louis Lewin, que investigou casos de “morfismo” em soldados feridos da guerra franco-prussiana tratados com morfina. Foi Lewin quem criou os conceitos de dependência, tolerância e abstinência e estabeleceu classificações das diferentes drogas. Este modelo reforçou o deslocamento parcial da questão das drogas do campo judicial para o médico, considerando os problemas relacionados ao uso de drogas como *doença* e o usuário como um *doente*. Avanços posteriores nos conhecimentos neurobiológicos associados a concepções biomédicas de caráter organicista e fisicalista, historicamente alinhados a processos de controle social, contribuíram no delineamento de teorias científicas com pretensão de neutralidade e intervenções que referendam a exigência de abstinência como forma mais eficaz de entrada, permanência e saída do tratamento.

Evidenciam-se, assim, aproximações e reforços entre o *modelo jurídico-repressivo*, de base religiosa e moral e o *modelo médico-sanitário*, baseado em determinadas concepções de ciência, que expressam ideologias e práticas dominantes no cuidado a pessoas com problemas de drogdependência.

O terceiro modelo, designado de *sociocultural* surgiu da perspectiva de que o fenômeno das drogas deve levar em conta o indivíduo, a droga e o contexto e que as variáveis determinantes nessa relação são socioculturais, pois tanto o sujeito, quanto o significado de seus atos, o tipo de drogas, as formas de obtenção, as técnicas de uso, as vias de ingestão e as dosagens são mediadas pelo contexto sociocultural. Neste modelo, o usuário é um sujeito de direitos, as políticas sobre drogas apontam para a descriminalização, regulamentação e legalização.

As propostas de tratamento são orientadas por estratégias de redução de danos, baseadas na negociação com o usuário e não se reduzem ao ato prescritivo daquilo que é considerado adequado por uma autoridade competente, no caso, o profissional de saúde.

O quadro abaixo sintetiza os modelos acima apresentados:

QUADRO 1 – Principais modelos nas políticas e no cuidado a questões relativas às drogas.

| PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS | MODELO JURÍDICO - REPRESSIVO | MODELO MÉDICO – SANITARISTA | MODELO SOCIOCULTURAL |
|--------------------------------|--|---|--|
| Assuntos relacionados a drogas | DELITO | DOENÇA | Levam em conta o: Indivíduo, a Droga e o Contexto |
| Usuários | DELITUOSOS Criminalizados e estigmatizados | DOENTE Faz carreira institucionalizada como paciente tornando-se um 'ex-adicto' | SUJEITO DE DIREITOS |
| Políticas | PROIBICIONISMO | PROIBICIONISMO | <ul style="list-style-type: none"> • REGULAMENTAÇÃO • DESCRIMINALIZAÇÃO • LEGALIZAÇÃO |
| Intervenções de saúde | ABSTINÊNCIA PRESCRITA | ABSTINÊNCIA PRESCRITA | DA REDUÇÃO DE DANOS À ABSTINÊNCIA NEGOCIADA |

Limite como cuidado ou limite do cuidado?

Ante as questões apresentadas acima, os desafios cotidianos no cuidado de pessoas que vivenciam processos de drogodependência expressam os modelos acima apresentados. Uma questão que perpassa tais modelos e que, frequentemente, é colocada pelos trabalhadores de serviços de álcool e outras drogas é a do *limite*. É comum ouvir que usuários de álcool e outras drogas precisam de *limites* ou têm falta de *limites*. Mas o que é o limite? Segundo o dicionário, o limite é uma linha de demarcação, real ou imaginária que separa territórios contíguos; um ponto extremo, confim; o momento que marca o começo ou fim de

espaço de tempo; o ponto que não se pode ou não se deve ultrapassar (FERREIRA, 1986).

Parece que é neste último sentido que a questão dos *limites* do usuário é concebido no campo que trata de problemas de álcool e outras drogas, como ponto de *desvio* do padrão estabelecido. Como categoria sociológica, o *desvio* é uma noção que pode variar segundo a época histórica, a cultura e a ideologia vigente (BECKER, 2008). Subjetivamente, o limite pode relacionar-se à continência, à internalização de regras e normas socialmente estabelecidas e à capacidade de um sujeito estabelecer seus próprios processos de normatividade.

Então, no caso de pessoas que têm problemas com álcool e drogas, práticas consideradas terapêuticas seriam as que estabelecem limites externos ao sujeito ou as que ativam a possibilidade deste estabelecer seus próprios limites? Como dar continência sem cercear as possibilidades do sujeito estabelecer/experimentar seu processo de normatividade?

Intervenções em saúde baseadas na concepção do usuário como incapaz de estabelecer seus próprios limites parecem, então, alinhadas às políticas proibicionistas e aos modelos jurídico-repressivos e médico-sanitaristas pautados pelo controle e disciplinarização da população. É na incapacidade do usuário que se fundamentam intervenções como a abstinência prescrita e práticas como os exames de urina obrigatórios para verificar presença de metabólitos de drogas, que anulam a possibilidade de o usuário construir gradualmente seus próprios critérios de normatividade, enquadrando-o em uma normatividade política e ideologicamente pré-estabelecidas.

Enfim, as práticas em saúde, especialmente aquelas pautadas em tecnologias leves, ativam as dimensões relacionais do cuidado, onde os profissionais executam não apenas procedimentos 'cientificamente' estabelecidos, mas também expressam suas concepções de mundo. A escolha de vertentes teóricas no campo do cuidado a problemas de álcool e outras drogas também expressa a impossibilidade de isenção e neutralidade pretendida por determinadas compreensões do que seja ciência e, em última instância, nos coloca ante o desafio sobre o tipo de sociedade que pretendemos construir e como lidamos com a diversidade

dos modos de estar no mundo. Nessa perspectiva, o cuidado como limite pode incorrer no risco de revelar justamente o limite do cuidado.

Referências

BECKER, H. (2008). *Outsiders. Estudos da Sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

BOURGOIS, P. (2010). *En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

BOURGOIS, P. (2011). La lumpenización de los sectores vulnerables en la guerra contra la droga en los Estados Unidos. . *Umbrales, Fugas de la Institución Total: Entre Captura y La Vida. Dario Malventi (ed). Sevilla: Universidad Internacional de Andaluzia , 22-35.*

FERREIRA, A. (1986). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S.A. .

GUINSBERG, E. (2004). *La salud mental en el neoliberalismo*. San Rafael, México.: Plaza y Valdés S.A. 2a ed.

ROMANÍ, O. (1999). *Las drogas: sueños y razones*. Barcelona: Ed. Ariel.

ROSEN, G. (1994). *Uma história da Saúde Pública*. São paulo: HUCITEC: Ed. UNESP.

SOUTHWELL, D. (2014). *A história do crime organizado*. São Paulo: Ed. EScala.

UNODC. (2010). *Da coerção à coesão: Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição*. New York: Nações Unidas.

ZINBERG, N. (1984). *Drug, set and setting*. The Basis for Controlled Intoxicant Use. New Haven: Yale University Press.



Capítulo VII

Redução de danos e linhas de cuidado: Ferramentas possíveis para o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas

Paula Emília Adamy, Rosane Neves da Silva

Pensar em saúde mental, álcool e outras drogas no momento atual implica em contextualizar este campo de disputa no processo da Reforma Psiquiátrica e pensar quais ferramentas poderão ser potentes para articular o cuidado no território. As linhas de cuidado e a Redução de Danos são trazidas aqui como ferramentas possíveis ao acompanhamento para além de serviços estanques, tendo o usuário como protagonista de um itinerário a ser construído. Afirmar a Redução de Danos enquanto diretriz de trabalho a pessoas que usam álcool e outras drogas implica em trabalhar, junto aos usuários, um cuidado através de linhas e fluxos para além dos serviços de saúde, pressupondo um acompanhamento que contemple os modos de andar a vida singular de cada sujeito.

O tema álcool e outras drogas na reforma psiquiátrica

“Vários tipos de categorias profissionais vem sendo convidadas a exercer funções policiais cada vez mais precisas: professores, psiquiatras, educadores de todo tipo”.

Michel Foucault.

O uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente nos diversos momentos históricos e nas diferentes culturas humanas, recebendo, em cada tempo e geografia, significados e valores distintos, não necessariamente associados a práticas marginais ou criminosas (ESCOHOTADO, 1996). Dependendo do lugar e do período, uma droga pode ser considerada lícita ou ilícita, assumindo diferentes *status* e estatutos na cena social. O sentido de experiência de borda é um elemento contemporâneo nesta histórica relação. As políticas públicas, por sua vez, incidem diretamente nestes processos sócio-históricos, reproduzindo outras economias psíquicas.

Desse modo, para construir uma política sobre drogas, é preciso compreender seus lugares e funções num determinado contexto social, considerando sempre o caráter multifacetado do epifenômeno⁹, evitando, assim, o investimento público em projetos fundamentados em reducionismos.

Um país como o Brasil, com dimensões continentais e multiculturais, apresenta diferentes cenários para o uso de drogas e distintas formas de relação com as mesmas. O uso do crack, por exemplo, tem sido situado como um dos principais problemas atuais na saúde pública brasileira, ainda que os dados epidemiológicos demonstrem que o uso de álcool e tabaco seja mais preocupante em relação às mortes por acidentes de trânsito ou doenças pulmonares.

Assistimos a mídia enaltecendo projetos de leis de internação compulsória que retrocedem às conquistas do cuidado em liberdade e no território, das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, violam direitos humanos, estigmatizam usuários, além de induzir à terceirização do Sistema Único de Saúde. O que tem sido “vendido” como oferta de

⁹ Segundo Novo Dicionário Aurélio (1989): “(de epi + fenômeno) (1) *Filos.* fenômeno que é subproduto ocasional de outro, sobre o qual não exerce qualquer influência, e do qual é dependente. (2) *Med.* Acontecimento excepcional, acidental ou secundário”. Ricardo Brasil Charão referiu-se ao crack como epifenômeno ao problematizar nossas formas de viver na contemporaneidade no Encontro Estadual de Saúde Mental em Hospital Geral. Porto Alegre, 2011.

cuidado tem por trás uma limpeza social, tirando das ruas os que denunciam nosso maior problema, que é a desigualdade social.

Ao analisar esse contexto, cabe como desafio das políticas públicas intersetoriais, no que diz respeito ao cuidado em saúde de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, trabalhar na direção da desassociação do estigma, pois quando o tema vem fortemente colado à criminalidade e práticas antissociais, as possibilidades de tratamento acabam sendo inspiradas em modelos manicomial, de exclusão/separação dos usuários do convívio social.

É preciso repensar as formas de cuidar destas pessoas, contemplando formas de promoção à saúde, em consonância com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003) que traz a redução de danos de forma transversalizada em todo o documento, de forma a ser interpretada como *diretriz* de trabalho no cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas por qualquer trabalhador da saúde que for acolher esta temática. Esta interpretação foi feita a partir de diversas discussões a nível estadual e federal, com trabalhadores e gestores de diferentes políticas, incluindo saúde mental e controle de DST/Aids.

Essa Política traz uma série de proposições que convergem com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, pois vemos a necessidade de desconstruir o senso comum de que todo usuário de drogas é um doente que requer internação, prisão ou absolvição.

(...) A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. 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 (BRASIL, 2003, p. 10).

Domiciano Siqueira e Rose Mayer (2010) sistematizam um conceito de Redução de Danos que afirma o seu lugar como diretriz de trabalho¹⁰:

(...) Redução de Danos é uma das diretrizes de trabalho do SUS. Não estabelece a diminuição do consumo como condição de acesso ou exige abstinência *a priori*, mas o protagonismo da pessoa que usa drogas. Fundamenta-se nos Direitos Humanos e considera o exercício da liberdade, os modos de viver e trabalhar, a saúde como produção e determinação social, convergindo com a posição ética e compreensiva proposta pela Saúde Coletiva. Implica um repertório de cuidado integral e intersetorial, na perspectiva da rede. Incluem conjuntos de estratégias singulares e coletivos voltados as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e sua rede social e afetiva. Dirige-se à identificação e minimização dos fatores de riscos sociais econômicos e de saúde bem como potencialização dos fatores de proteção, cidadania e defesa da vida.

Passaram-se 20 anos de Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul e quase 12 anos no Brasil e ainda estamos em um campo de extrema disputa. Historicamente, o tema álcool e outras drogas caminharam à margem do processo da Reforma Psiquiátrica, pois foi pouco discutido no processo de criação e implantação desse outro modelo de cuidado. É a partir dessa lacuna que modalidades de tratamento geradoras de exclusão têm sido justificadas, além de

¹⁰ Conceito sistematizado por Domiciano Siqueira e Rose Mayer na Oficina de Redução de Danos ocorrida no Congresso de Crack, em Porto Alegre, julho 2010.

suscitar olhares diversos com referencial muitas vezes de aspectos morais. Talvez essa lacuna também seja a de nos apontar que não basta fechar os hospitais psiquiátricos e criar novos serviços, mas fortalecer a rede de atenção e, principalmente, incidir sobre o olhar da sociedade.

Segundo Lancetti (2011), um dos maiores riscos que o advento do crack nos traz é a possibilidade de interrupção do processo de Reforma Psiquiátrica na construção do sistema público de saúde mental. Isso se deve a “fissura” por responder rapidamente a uma demanda de urgência, ao invés de construir uma visão compartilhada com o outro, buscando quais os caminhos possíveis.

Linhas e fluxos de um cuidado no território

“Olhar dá medo porque é risco. Se estivermos realmente decididos a enxergar não sabemos o que vamos ver. (...) Tudo o que somos de melhor é resultado do espanto. Como prescindir da possibilidade de se espantar? O melhor de ir para rua e espiar o mundo é que não sabemos o que vamos encontrar. (...) (Essa é a maior graça de ser gente).”

Eliane Brum, 2005

Acompanhar pressupõe estar junto de alguém; fazer companhia a; dar atenção a; partilhar. Cuidado implica solicitude, diligência, desvelo; ter preocupação ou atenção em; disponibilidade ao outro; se ocupar de (NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO, 1989). Estar junto, fazer companhia, estar solícito a dar atenção ao outro, estar disponível, se ocupar do outro, partilhar exige escuta. Acompanhar em saúde supõe, portanto, a escuta do desejo do outro de por onde ele quer andar. E esse andar pressupõe diferentes andares, que podem mudar a cada instante e a cada nova potência de vida que se abre.

São diferentes linhas que se entrecruzam e que podem ou não conter em seus trajetos dispositivos de saúde. Esses dispositivos

não serão necessariamente serviços estanques se as linhas em si presumirem cuidado ao abrir os trajetos para novas vias de desejo e de vida.

Ao refletir sobre o cuidado em saúde, inevitavelmente vem à mente quais os serviços de saúde estão disponíveis no território como oferta de cuidado, como se todo o acompanhamento tivesse que se antecipar como terapêutico e como se todas as ofertas fossem garantia de acesso em saúde. Nem toda a oferta é garantia de acesso, assim como nem todo o acompanhamento se nomeia como terapêutico. Mas um acompanhamento poderá ter efeitos terapêuticos se puder dar espaço à singularidade, dando aberturas possíveis para que o desejo possa se enunciar. E que outros tantos espaços e linhas de cuidado um território pode oferecer?

A Linha de Cuidado acontece no território, que é o que Milton Santos define como “matriz da vida social, econômica e política” (SANTOS, 2006). Um território dentro de uma cidade com tudo que o que nela é vivo e que se descobre mesmo quando se tenta esconder; com “tudo o que nela deixa marca: o suor e o trabalho, o desespero e a lágrima, a tragédia e o sangue” (BAPTISTA, 1999, p. 9). Um território dentro de uma cidade onde a lógica capitalista fabrica indivíduos, como demonstram alguns contos de Luis Antonio Baptista na obra citada, mas que possa abrir espaços para possibilidades de escolhas que emergem de encontros e palavras, “que é o mais humano de todos os artifícios para devolver-lhes de pleno direito o seu lugar no mundo da cidade e da História” (BAPTISTA, 1999, p. 10).

O território é onde todos se encontram, pois com as novas tecnologias, o espaço adquiriu outras características para se tornar um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações, que trazem como categorias analíticas internas “as paisagens, a configuração territorial, a divisão territorial do trabalho, o espaço produzido ou produtivo, as rugosidades e as formas conteúdos” (SANTOS, 2004, p. 22). Desse modo, o espaço é um “conceito histórico atual e fruto, ao mesmo tempo, da emergência das redes e do processo de globalização” (*Idem*).

O usuário é o elemento estruturante da Linha de Cuidado, pensada a partir do Projeto Terapêutico, já que a linha de Cuidado é fruto de um pacto a ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais, pois o trabalho é integrado e não partilhado (FRANCO & FRANCO, 2011).

Conceitualmente, a Linha de Cuidado é entendida como o trabalho integrado entre serviços e recursos de uma rede que compõem um território, que é muito mais amplo do que a rede que conhecemos. Isso significa acompanhar o caminho que o usuário faz, tendo o Projeto Terapêutico Singular – PTS como fio condutor e o usuário como o elemento estruturante da gestão desse cuidado, ou seja, o desejo do usuário é o “GPS” dessa Linha. Considera-se que quem caminha nesta linha não é a patologia, mas sim um sujeito, cuja saúde diz respeito principalmente a ele mesmo (CECCIM e FERLA, 2006).

A Linha de Cuidado tem a Atenção Básica como ordenadora e a porta preferencial, mas não a única, já que em saúde mental não se pode ter portas de entrada rígidas. O conjunto de estratégias é pensado a partir da demanda de cuidado do usuário, com base em uma avaliação de risco, reorganizando o processo de trabalho, com objetivo de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita. Dessa forma, a Linha de Cuidado é fruto de um pacto a ser realizado entre todos os atores que gerenciam serviços e recursos assistenciais, pois o trabalho é integrado e não partilhado e se difere dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Trata-se de, a partir do vínculo, acompanhar o caminho que o usuário faz dentro da rede (FRANCO & FRANCO, 2011).

Depois de organizada a Linha de Cuidado, a formação de um Grupo Gestor é importante para manter seu funcionamento, pois é ele que vai fazer o acompanhamento e o monitoramento dos fluxos pactuados, garantindo que seus caminhos e acessos permaneçam desobstruídos (FRANCO & FRANCO, 2011).

Este Grupo Condutor, que irá fazer a gestão da Linha de Cuidado, poderá ser composto por aqueles que têm a apropriação dos

fluxos da rede e trânsito em todos os serviços; também poderão ser pessoas indicadas por cada serviço para fazer esta gestão, garantindo que este processo tenha participação de todos e que as pessoas que farão parte do Grupo Condutor sejam representantes da rede.

(...) A gestão das Linhas de Cuidado deve estar atenta aos processos instituintes, isto é, as mudanças do processo de trabalho, os novos fluxos que surgem, as inovações no ato de cuidar, o grupo gestor deve procurar perceber essas inovações como elementos que enriquecem o que foi anteriormente definido para os fluxos assistenciais. Não é porque algo não está previsto anteriormente nos fluxos, que pode ser prejudicial ao mesmo. Muitas vezes a novidade que surge é um aperfeiçoamento ao processo pensado originalmente e, portanto, deve ser contemplado. Liberdade anda junto com a criatividade, e esta é a maior fonte de enriquecimento e aperfeiçoamento das Linhas de Cuidado Integral (FRANCO & FRANCO, 2011, p. 5).

Redução de danos na linha de cuidado em saúde mental

“Não pense que a pessoa tem tanta força assim a ponto de levar qualquer espécie de vida e continuar a mesma. Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso — nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro”.

Clarice Lispector

No cenário atual, chama à atenção, tanto no sentido de uma convocação como de um analisador, a potencialidade da Redução de Danos como estratégia de cuidado no território para pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas concomitante a fragilidade de sua sustentabilidade. Há uma polissemia de sentidos e

processos que justificam esse quadro: a forte resistência em reconhecer que esse lugar na rede “está em franca sintonia com todas as experiências sanitárias que buscam a defesa da vida” (LANCETTI, 2006, p. 77), é uma delas.

Quais seriam as outras polissemias? Qual a compreensão de Redução de Danos que conduzem as práticas? Qual o caminho que os usuários percorrem? Por onde passam e com quem contam? O que buscam? Quem faz redução de danos? Como aprendemos com a Redução de Danos e a Saúde Coletiva respostas somente são possíveis a partir de cada situação, seus atores implicados, as forças em movimento num dado território de vida, disputa e diversidade.

A Redução de Danos é tomada como uma ferramenta importante no cuidado das pessoas que usam álcool e outras drogas por possibilitar a produção de saúde, cuidado e cidadania. As três grandes contribuições da Redução de Danos, todas na direção do protagonismo e da equidade aos usuários, são: a não exigibilidade da abstinência; o direito e o incentivo a participação política em diferentes espaços, como conselhos de saúde, conferências, etc.; e o trabalho no campo articulado com o território, já que “para promover saúde é preciso transformar a cidade numa máquina de produzir cuidado” (PETUCO & MEDEIROS, 2010).

E quem pode operar os conceitos da redução de danos? Importante ressaltar o território como o redutor de danos e a importância no seu trabalho de campo, mas lembrar que não é o único agente que pode operar os conceitos de Redução de Danos no cotidiano¹¹. Como diretriz, a RD pode estar atravessada no fazer de qualquer profissional do campo das políticas públicas ao transversalizar as ações do cuidado com pessoas que usam álcool e outras drogas, com intervenções que passem por propiciar o estabelecimento de novas formas de relação com a droga, fortalecendo o protagonismo e promovendo a capacidade de transformação.

¹¹ Denis Petuco, em apresentação no Congresso Sul-Brasileiro de DST's e AIDS, 2009 – não publicado.

Os redutores de danos, por sua vez, são agentes que se deparam com situações limite, sendo que a singularidade do trabalho remete, muitas vezes, a uma concretude subjetiva, em que é preciso “emprestar o desejo” ao sujeito para que ele possa vir ou voltar a desejar, exercendo, em alguns momentos, uma função de espelho, no sentido de devolver uma imagem e lembrá-lo dos sonhos e projetos que ora foram compartilhados, mas que estão esquecidos. É essa aproximação do agente redutor de danos com esses sujeitos que possibilita com que o redutor se coloque nas brechas que a pessoa abre entre ela e a droga no caso da dependência, bem como minimizar os riscos que experimenta no caso de uso e abuso. Reconhecendo, assim, os gestos de cada um em se enfrentar e se superar, mesmo quando não conseguiu tudo o que pretendia e, assim, criar com cada um, alternativas e distâncias necessárias entre ela e a droga quando ela se sente vacilar (ROBERTO, 2003).

Mas é importante pensar nesse limiar que se coloca o redutor de danos, entre emprestar o desejo ou prescrevê-lo, pois há uma forte demanda de prescrição em virtude da concretude dos casos acompanhados. A prescrição pode passar pela indução às trocas de objeto de gozo, pois há quem trabalhe com a ideia de que fazer redução de danos se resume a trocar simplesmente uma droga pela outra, e também passa pelo risco em induzir um “modo de ser da redução de danos”, impondo uma permissividade muito ampla que passe por colocar a droga num lugar divino e de desconsiderar que algumas relações com o objeto da droga são prejudiciais. Com isso, vemos a importância de retomamos Foucault ao dizer que “(...) *ser livre em relação aos prazeres é não estar a seu serviço, é não ser seu escravo*” (FOUCAULT, 2003, p.74). Dessa forma, qualquer intervenção que não passe pela escuta do desejo e da singularidade, nesse sentido, pode ser prescritiva, e a redução de danos não está livre disso.

Em uma oficina de trabalho com agentes redutores de danos para trocas de experiências do trabalho de campo nas cenas de uso de drogas, uma das redutoras aponta para um possível “perfil” para esse trabalho: “*Para ser redutor é preciso se autorizar para isso*”. Eu

ampliaria esta afirmação, colocando que para promover cuidado, abrindo espaços de potência de vida no território, também é preciso se autorizar para isso. E de onde vem essa autorização? Uma formação garante essa autorização? Não existe uma única via que possa nos explicar de onde possa vir essa autorização, nem mesmo uma formação que garanta a suspensão da moral, tão imprescindível para esse trabalho. Mas talvez uma das hipóteses seja a de poder se lançar no encontro com o outro a partir de modos de ação, que nos convocam a fazer uma escuta ativa, aquela que tem potencial de transformar quem fala, mas de transformar quem escuta também.

Faz-se necessário o acompanhamento do trabalho de Redução de Danos em um processo cotidiano de educação permanente para fortalecer e refletir sobre as suas práticas, seu lugar e efeitos na organização da rede local, os itinerários dos usuários e suas relações com outros espaços, os acessos e barreiras ao cuidado e a articulação entre gestão, atenção, educação permanente e controle social. Ceccim e Feuerwerker nos convocam a refletir sobre a importância de cada eixo do SUS e da articulação entre eles a partir do quadrilátero de formação, em que cada face é liberada e controlada por fluxos específicos, composta por interlocutores específicos e se configura por espaços-tempos com motivações diferentes (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, p. 47).

A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores também têm que envolver a apropriação dos aspectos culturais de cada território, bem como os aspectos pessoais e ideais que cada um deles tem sobre o SUS, sobre a Saúde Mental e sobre as questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. É importante ressaltar que o local de trabalho também é um lugar privilegiado de produção e disseminação do conhecimento (BRASIL, 2005).

Dos territórios possíveis da redução de danos

A temática álcool e outras drogas tem encontrado muitos desafios nos itinerários e linhas da Reforma Psiquiátrica. O maior

desafio talvez seja o de reafirmar o cuidado no território num contexto de forte pressão política que retrocedem às conquistas já realizadas pela Reforma, vide os Projetos de Lei de internações compulsórias.

As linhas de cuidado e a Redução de Danos podem contribuir para a ampliação desse acesso em saúde mental, álcool e outras drogas, para além do que temos como oferta de serviços aos usuários, já que estas ofertas não são garantia de acesso. Essa ampliação do acesso se dá na medida em que a escuta pode se dar no território, sem colocar a exigibilidade de abstinência independente de ser no território ou em algum serviço de saúde, bem como incentiva sua participação política em diferentes espaços.

A Redução de Danos lança mão de ferramentas que propiciam o protagonismo, além de dirigir nosso olhar e práticas ao território. Este é protagonizado especialmente pelo usuário e inspirado, desde a Saúde Coletiva, na intencionalidade de um Plano Terapêutico Singularizado ao encontro de uma saúde agenciada na negociação ética, que reconheça a dimensão política dos modos de viver e trabalhar implicados nas escolhas e nos delineamentos intercessores que podem pautar um projeto de vida e, por conseguinte, uma construção social.

O território da Redução de Danos é o da Linha de Cuidado porque convoca o usuário a buscar e potencializar em si e ao seu redor formas de cuidado a partir de caminhos muito singulares. Um cuidado que, ao cuidar de si, traz efeitos na sua relação com o outro, como nos coloca Foucault em *História da Sexualidade 3: o cuidado de si* (1985), e com o seu território, que é sempre subjetivo. Sendo subjetivo, ele não pode ser visto apenas como o espaço geográfico, mas como espaço de práticas de cuidado, relações, cultura e produção de subjetividade. Um território que possibilite a legitimidade do desejo.

Referências

BAPTISTA, Luis Antonio de. **A cidade dos sábios**. São Paulo: Summus, 1999.

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**. Brasília: Ministério da Saúde: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRUM, E. **A vida que ninguém vê**. Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2005.

CECCIM, R. B.; Feuerwerker, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

ESCOHOTADO, Antonio. **O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios**. SP, Dynamis Editorial, 1996.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 2003. v.2.

_____. **História da sexualidade 3: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. **Microfísica do poder**. 25ª edição. São Paulo: Graal, 2012.

FRANCO, Camila Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Universidade Federal Fluminense, 2011. Disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização** (1930). Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

LANCETTI, Antonio. **A clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Os riscos escondidos do crack**. 2011. Disponível em: <http://www.coletivodar.org/2011/09/os-riscos-escondidos-do-crack-por-antonio-lancetti/>

NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO. 2ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

PETUCO, Denis Roberto da Silva ; MEDEIROS, Rafael Gil. **Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: Contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. 2010. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/9808-saude-mental-alcool-e-outras-drogas-contribuicao-a-iv-conferencia-nacional-de-saude-mental-intersectorial>

OLIEVENSTEIN, Claude. Assistência a adolescentes toxicômanos e 76 adolescentes usuários de produtos tóxicos. **Boletim de Psiquiatria de São Paulo**. São Paulo, v. 19, n. 1-2, p. 14-18. 1987.

ROBERTO, Clarice. Redução de danos: consequências na clínica analítica. In: **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**. Número 24. Porto Alegre: APPOA, 2003.

SANTOS, Milton. **Pensando o espaço do homem**. 5ª Ed. São Paulo: Editora da USP, 2004.

_____. **O mundo global visto do lado de cá**. Documentário: 2006. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=-UUB5DW_mnM



Capítulo VIII

Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas “O cuidado que eu preciso”

Károl Veiga Cabral, Ana Carolina Rios Simoni, Sandra Maria Sales Fagundes, Paula Emilia Adamy, Carolina Nunes Port, Jaqueline da Rosa Monteiro, Vanessa Bettiol Oliveira, Simone Alves Almeida

A maioria das atuais práticas de atenção em saúde ofertadas a pessoas que fazem uso de drogas é atravessada por uma moralidade que cega e ensurdece os profissionais de saúde para as demandas singulares e coletivas dos usuários. Nesse contexto, soluções únicas e reducionistas aparecem travestidas de salvação, e vão construindo formas de atenção nos serviços de saúde desconectadas dos modos de viver daqueles a quem se dirige o cuidado. O modelo centrado na doença como dependência química prolifera ações prescritivas de internação, desintoxicação e manutenção da abstinência, padronizando o “terapêutico” e retirando do cuidado sua força criativa potencializadora da vida.

Diante dessa realidade, surge como desafio à Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil, em todas as esferas governamentais, reinscrever o cuidado AD no campo imantado pelos princípios ético-técnico-estético-políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no qual a cidadania e o direito ao cuidado integral em saúde em liberdade são *a priori* inegociáveis. Alguns dos desafios que se colocam nessa empreitada de trazer, efetivamente, a atenção aos usuários de drogas para dentro da Reforma são:

- disseminar o cuidado usuário-centrado, tendo a redução de danos como diretriz e promovendo a educação permanente em saúde e a cidadania;
- garantir a atenção integral no campo das políticas de álcool e outras drogas, considerando a ineficiência do modelo centrado na internação, desintoxicação e abstinência;
- superar o modelo que reproduz um ciclo de internações sucessivas (hospital com porta giratória), no qual o itinerário terapêutico do usuário é um interminável vai-e-vem de internações para desintoxicação, sem vínculo com equipe de referência e sem acompanhamento territorial no retorno à comunidade, na qual encontram-se as mesmas condições que o fazem retornar à internação;
- constituir uma rede sólida de serviços de saúde, em linha de cuidado, com garantia do acesso e articulação transversal com outras políticas públicas, de modo a desencadear processos de cuidado com acolhimento, vínculo, corresponsabilização e acompanhamento longitudinal em rede;
- ofertar cuidado territorial, inclusive nas cenas de usos de drogas, acionando os pontos de atenção da rede, organizados em linha de cuidado, tendo a Atenção Básica como ordenadora do cuidado integral, via construção de Projetos Terapêuticos Singulares, assessorados e acompanhados em práticas de apoio matricial.

Para conferir concretude a estas formulações, a Secretaria Estadual da Saúde criou o Projeto Estratégico de Governo *Linha de Cuidado em Saúde Mental Álcool e outras Drogas “O Cuidado que eu Preciso”*. A primeira etapa do projeto (no primeiro semestre de 2011) consistiu na realização de um mapeamento e diagnóstico situacional da rede de atenção psicossocial de nosso estado, onde ficou clara a necessidade de ampliar a rede de serviços, fortalecer a atenção básica para o cuidado em saúde mental, bem como de buscar a intersetorialidade e a transversalidade das ações em parceria com as

demais secretarias estaduais, as coordenadorias regionais de saúde, os movimentos sociais e as gestões municipais. A segunda etapa (segundo semestre de 2011) consistiu na elaboração e aprovação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB – de propostas de redirecionamento do financiamento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Na terceira etapa do projeto (durante o ano de 2012), se intensificou a ampliação dos pontos de atenção territoriais desta rede e se dispararam uma série de processos de educação permanente para os profissionais. Além disso, e, principalmente, houve a adesão oficial dos municípios ao projeto, o que significa que gestores e trabalhadores assumiram o compromisso de operar a *Linha de Cuidado* como ferramenta de gestão para o trabalho em rede. Na prática, essa adesão implicou a criação de instâncias permanentes de pactuação e repactuação de fluxos de cuidado entre os pontos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, nos níveis municipal e regional, incluindo a articulação com as redes intersetoriais.

Neste artigo, será descrito como este projeto conferiu movimento à rede de saúde e materialidade ao cuidado integral em álcool e outras drogas nas regiões e municípios gaúchos.

Reorientação estratégica das linhas de financiamento em saúde mental

No Rio Grande do Sul, as políticas públicas de saúde mental implementadas pelo Governo do Estado priorizaram, de 2007 a 2010, investimentos em meios de internação – leitos hospitalares e vagas em Comunidades Terapêuticas. O Projeto Estratégico de Governo, criado em 2011, *Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – O cuidado que eu preciso*, redirecionou os recursos do tesouro do estado em torno dos seguintes eixos de estratégicos:

1. Linha de Cuidado como estruturante do redirecionamento do modelo de atenção hospitalocêntrico para o de trabalho em rede;
2. Fortalecimento da Atenção Básica;
3. Expansão e Qualificação da Atenção Psicossocial Estratégica;
4. Qualificação do componente Atenção Hospitalar;
5. Expansão qualificada do componente Moradia Transitória.

A escolha destes eixos foi feita em consonância com as recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial e com a Política Nacional de Saúde Mental, que criou no país a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011a), para acolher e acompanhar as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Considerando que a estruturação das Redes de Atenção em Saúde tem a atenção básica como ordenadora do cuidado e também tendo em conta que quase 80% dos municípios gaúchos têm população inferior a quinze mil habitantes e, portanto, não podem contar com serviço especializado de saúde mental (CAPS) em seu território, a Secretaria de Saúde do Estado, criou dispositivos e linhas de financiamento próprios para potencializar o cuidado em saúde mental em rede a partir da atenção básica.

Os serviços componentes da Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Rio Grande do Sul são: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Núcleos de Apoio à Atenção Básica – NAAB, Oficinas Terapêuticas – OT, Composições de Equipes de Redução de Danos – RD, Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental em Hospital Geral – HG, Unidades de Acolhimento adulto e infanto-juvenil – UA e Uai, e vagas contratualizadas e monitoradas em Comunidades Terapêuticas – CT. Estes serviços tiveram o implemento de recurso estadual com diretrizes de funcionamento especificadas em resoluções CIB (RIO GRANDE DO SUL, 2008; 2011a; 2011b; 2011c;

2012a; 2012b e BRASIL, 2011b, 2012a, 2013). Tais cofinanciamentos são importantes subsídios aos municípios para a contratação de profissionais, o aprimoramento da estrutura dos serviços e a organização das ações, qualificando assim a rede de atenção.

A atenção básica é o ponto de atenção da rede de saúde privilegiado para desenvolver ações de cuidado e promoção de saúde na infância e adolescência, para incidir nos ciclos da violência e em outras vulnerabilidades sociais. A articulação intersetorial para criação e fortalecimento de espaços de promoção da saúde que incluam acompanhamento de crianças, adolescentes, pais, cuidadores, homens e mulheres de todas as faixas etárias, em ambiente escolar, domiciliar e comunitário são ações passíveis de serem executadas por profissionais da atenção básica.

Estas e outras ações podem potencializar os aspectos de resiliência dos sujeitos, famílias e comunidades. Tendo em vista necessidades desta ordem, foram criados os Núcleos de Apoio à Atenção Básica, as Oficinas Terapêuticas e as Composições de Trabalho e Equipes de Redução de Danos.

O Núcleo de Apoio a Atenção Básica – NAAB foi um dos dispositivos criados para fortalecer este nível da atenção. A inserção de uma equipe multiprofissional de apoiadores junto às equipes de Atenção Básica almejou, especialmente, a mudança de modelo de atenção, ampliando ações já desenvolvidas e construindo novas possibilidades de processos de trabalho das equipes com vistas à diversificação dos modos de cuidar.

As Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica foram destinadas à Promoção da Saúde, ao configurarem-se como *lócus* de práticas coletivas, enlaçando interesses singulares em torno de um fazer comum, promovem os laços de pertença comunitária na direção da inclusão social. Seu intuito foi o de fortalecer os espaços comunitários de convivência e a produção de redes de solidariedade. Consistem em encontros realizados no território da atenção básica em que se realizam atividades criativas em grupo, tais como: música, teatro, artesanato, carpintaria, costura, cerâmica, fotografia, artes plásticas,

dança, culinária, entre outras. Até dezembro de 2014, segundo dados da SES/RS, 120 NAABs e 297 oficinas estavam em funcionamento no RS.

Destinadas a municípios com população superior a 16 mil habitantes, criou-se financiamento para as Composições de Equipes de Redução de Danos, as quais também devem operar na lógica de fortalecimento do cuidado no território pela atenção básica. O trabalho destas equipes visa aproximar-se dos cenários e experiências do uso de drogas para criar com o usuário estratégias de cuidado singular para construir projetos de vida nos quais o cuidado de si e do outro seja possível, independentemente da presença ou ausência de abstinência.

Neste dispositivo, cada equipe é formada por três profissionais de nível médio ou superior que organizam seu processo de trabalho de modo a realizar atividades de campo de redução de danos nas cenas de uso e articulam práticas de apoio matricial sobre redução de danos para outras equipes da Rede de Atenção Psicossocial. Ao incluir, nos cenários da atenção em saúde, práticas de cuidado e de apoio matricial descoladas dos imperativos sociais morais que demonizam o uso de drogas e que prescrevem futuros dantescos para os usuários, as Composições de RD contribuem para transversalizar na rede de saúde e intersetorial a ética da redução de danos, da integralidade, equidade e universalidade do cuidado. Em dezembro de 2014, as composições de RD somavam 40 equipes em diferentes municípios do RS.

A expansão e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial estratégica também foi uma ação prioritária do projeto *Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e Outras drogas* da SES, com a destinação de recursos para financiamento estadual de CAPS em implantação e complementação de financiamento para CAPS dia e CAPS 24h.

Os Centros de Atenção Psicossocial são dispositivos de base comunitária, cujo processo de trabalho precisa ser caracterizado por plasticidade suficiente para se adequar tanto às necessidades das

pessoas em sofrimento psíquico grave, relacionados ou não ao uso de álcool e outras drogas, quanto às de seus familiares. Em suas diferentes modalidades, os CAPS são os pontos de referência estratégicos no desenvolvimento de projetos de cuidado e proteção para usuários e familiares nos momentos mais intensos do sofrimento, sendo de sua responsabilidade a atenção à crise, o acompanhamento longitudinal a partir de planos terapêuticos singulares de reabilitação psicossocial, o apoio matricial em saúde mental para os demais pontos da rede na direção do compartilhamento do cuidado e a transferência do cuidado dos usuários, que já não demandem cuidado intensivo, para a atenção básica.

Na atenção psicossocial estratégica os dispositivos grupais, as ações comunitárias intersetoriais, os acompanhamentos domiciliares e o acolhimento noturno (nos caso dos CAPS 24h) são potentes estratégias de cuidado no contexto do uso problemático de drogas (BRASIL, 2011b e 2012a). Entre o final de 2011 e o fim de 2014, agregaram-se à RAPS do RS 50 novos CAPS, dos quais 11 são do tipo AD 24h. Isso significa que a ampliação da rede que foi posta em curso priorizou tecnologias de cuidado como a hospitalidade noturna, oferecendo aos usuários com problemas relacionados ao uso de drogas espaços de acolhimento ao invés da segregação produzida, comumente, nos tratamentos compulsórios.

O projeto estratégico *O Cuidado que Eu Preciso* considerou ainda a atenção hospitalar em hospitais gerais como um dos pontos a ser qualificado para a efetivação das redes de cuidado. Entendeu-se que os leitos hospitalares são um componente importante da atenção, mas que seu funcionamento apenas é efetivo quando em articulação aos demais pontos da rede.

Neste sentido, elegeu-se como necessário: a) qualificar os processos de regulação do acesso aos leitos; b) aproximar os dispositivos hospitalares dos dispositivos de atenção territorial da rede; c) realizar uma realocação dos leitos existentes, de modo que eles estejam distribuídos de forma mais equânime nas regiões do estado.

Visando adequar a realidade estadual às novas diretrizes nacionais, regidas pela Portaria 148 do Ministério da Saúde, de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012c), o Estado do Rio Grande do Sul redefiniu a forma de organização e financiamento dos Serviços Hospitalares para atenção integral a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em hospitais gerais. No que diz respeito ao aspecto financeiro, o valor dos incentivos mensais aumentou significativamente, entretanto, o pagamento foi atrelado à taxa de ocupação dos leitos para evitar o financiamento de serviços que obstaculizam o acesso ou que utilizam os recursos da saúde mental para investir em outras áreas do hospital.

A principal modificação técnica adotada referiu-se à exclusão da distinção dos leitos nas categorias “leitos psiquiátricos” e “leitos clínicos para álcool e outras drogas”. Doravante, os leitos destinam-se a pessoas em sofrimento psíquico, decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas, sendo denominados *leitos de atenção integral em saúde mental*. Essa transformação implicou na qualificação e ampliação das equipes de saúde mental dos hospitais, assim como a necessidade de reformulação de seus projetos técnicos institucionais, para que efetivamente ofertassem cuidados articulados em rede com os demais pontos da atenção.

Outro novo serviço da RAPS, nesse caso, criado pelo governo federal e cujo financiamento é complementado pelo Estado são as Unidades de Acolhimento – UA. São pontos de atenção que ofertam um ambiente residencial de caráter transitório para pessoas em vulnerabilidade e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O tempo de permanência neste dispositivo é de até seis meses e o ingresso é definido pela equipe de referência do território, conjuntamente com usuário e familiares, a partir de um projeto terapêutico singular.

Há possibilidade de se implantar Unidades de Acolhimento específicas crianças e adolescentes – UAi – de 12 a 18 anos, modalidade infanto-juvenil, e Unidades específicas para adultos. Tais dispositivos configuram-se como uma alternativa para evitar

internações hospitalares de longa permanência (as quais não trazem efeitos terapêuticos). As Unidades de Acolhimento visam ainda a fortalecer a longitudinalidade e intersectorialidade do cuidado, ao se articular aos demais pontos da rede de saúde e intersectorial para garantir cuidados contínuos em saúde (nos CAPS, ESF, HG etc.), bem como acesso à educação, trabalho e renda e outros direitos sociais (BRASIL, 2012b).

Desse modo, este ponto da rede se difere das comunidades terapêuticas pelo seu caráter laico, pela não padronização do acompanhamento e do tempo de permanência do usuário e pela sua capacidade de articulação com a rede de saúde e intersectorial. Considerando a baixa cobertura de Unidades de Acolhimento no Rio Grande do Sul, o investimento no cofinanciamento deste dispositivo também foi uma ação da Política Estadual para estimular a adesão dos municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2013), a partir do qual se implantaram algumas unidades no RS. Em dezembro de 2014, já se contava com duas UAi e duas UA em funcionamento no RS. O cuidado nas unidades de acolhimento é um desafio para a RAPS do RS, uma vez que os longos anos de trabalho com o modelo das CTs sedimentaram a lógica da abstinência como foco da oferta assistencial, o que vem se modificando aos poucos no empuxo gerado pelo trabalho em rede.

Georreferenciamento, Apoio Institucional e Educação Permanente

É importante salientar que o Projeto Estratégico *Linha de Cuidado em Saúde Mental Álcool e outras Drogas - O cuidado que eu preciso* inseriu-se num contexto mais amplo de redesenho da atenção em saúde no RS, a partir da criação de Linhas de Cuidado por ciclo de vida, grupos vulneráveis e políticas transversais estratégicas para operar itinerários mais resolutivos de cuidado nas regiões de saúde. Para implementar as linhas de cuidado nas trinta regiões de saúde do estado, disparou-se um processo de gestão georreferenciado, com a criação de uma equipe de apoio composta por assessores técnicos da Secretaria Estadual de Saúde referenciada para cada uma das sete

macrorregiões do RS. O objetivo do trabalho foi o de realizar apoio institucional às Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios na implementação das Linhas de Cuidado.

Sabia-se que ampliar o conjunto dos serviços sem modificar os processos de trabalho instituídos não resultaria em mudanças na qualidade do cuidado. Nesse sentido, a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas se inseriu no processo de georreferenciamento, tendo representação em cada um dos grupos macrorregionais, quais sejam: 1) Macro Metropolitana; 2) Macro Norte; 3) Macro Vales e Macro Serra; 4) Macro Missioneira e 5) Macro Centro-Oeste e Macro Sul.

Tratou-se, em cada uma das Macrorregiões, de identificar os vazios assistenciais em todos os níveis da atenção e de fomentar a ampliação da rede via implantação dos pontos de atenção que compõe a linha de cuidado, já mencionados anteriormente. No entanto, tratou-se, acima de tudo, de incidir na relação entre os serviços e equipes e nos modos de operar o cuidado em cada um deles. O mandato foi o trabalho em rede, através da intensificação da comunicação qualificada e da pactuação de ações articuladas entre os diversos pontos de atenção.

Conforme Franco & Franco (2011), acolhimento, vínculo e responsabilização são diretrizes de uma Linha de Cuidado, o que significa que se trata, como já referimos, de reorganizar processos de trabalho para ofertar a cada usuário, a cada vez, “uma escuta qualificada do seu problema de saúde, resolver e, se necessário, fazer um encaminhamento seguro” (FRANCO & FRANCO, 2011, p. 3-4).

O vínculo é fundamental para que se estabeleça responsabilização pelo acompanhamento dos itinerários de cuidado dos usuários. A responsabilização afiança a criação e pactuação de novos fluxos entre os serviços. E o Projeto Terapêutico Singular, por sua vez, dispara a Linha de Cuidado Integral, fazendo com que as equipes operem centradas nas necessidades dos usuários e, não mais, na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso. Nesse caso, o

Apoio Institucional e a Educação permanente tornaram-se estratégias fundamentais para operar a transformação almejada.

A perspectiva do Apoio Institucional visa a estimular a problematização do cotidiano pelas equipes de Atenção Básica e a gestão local das redes de atenção, com o objetivo de aumentar a capacidade resolutiva das equipes a partir da análise e intervenção diante das demandas concretas. O apoiador institucional tem o papel de auxiliar as equipes a colocar seu próprio trabalho em análise, identificando os nós críticos, tendo como diretrizes a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos ao produzirem o enfrentamento dos problemas cotidianos. O trabalho deve ser o de potencializar as experiências da equipe, na construção da responsabilização por aquilo que está na sua governabilidade, evitando processos de culpabilização e de produção da impotência e estimulando ações inovadoras.

O apoio institucional opera com os princípios da Atenção Básica e da Linha de Cuidado – território, vínculo e responsabilização – para produzir modos compartilhados de cuidar que levem em conta a realidade local e os processos singulares de trabalho. Pressupõe o planejamento, a avaliação constante e agendas de educação permanente com vistas ao desenvolvimento de estratégias gerenciais, pedagógicas e matriciais. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde é uma importante estratégia com potencial para provocar mudanças na micropolítica do trabalho. Inscreve a aquisição e atualização de conhecimentos no campo das aprendizagens significativas, ou seja, daquelas que façam sentido para o trabalhador a partir da análise dos problemas presentes no cotidiano do trabalho em equipe.

As ações de educação permanente foram construídas em parceria com a Escola de Saúde Pública do RS – ESP – na perspectiva de se desenhar linhas de formação, sustentadas em um Plano Estadual e em Planos Regionais de Educação Permanente, que superassem a fragmentação das ações pontuais de formação e atenção e fortaleçam as coordenadorias regionais de saúde e os municípios em seu papel de

gestores da educação para profissionais de saúde. A integração entre as políticas de saúde da SES e a ESP foi crucial para o planejamento e execução de ações de educação mais permanentes e sustentáveis.

É assim que Educação Permanente e Apoio Institucional, enquanto ferramentas que incidem nos processos de trabalho e convocam as equipes a reverem seus modos de trabalhar e de ofertar cuidado, foram situados como fundamentais para a reorientação estratégica do modelo de atenção em saúde mental. As equipes georreferenciadas da SES, em seu trabalho de apoio às regiões e municípios, estruturaram suas ações a partir destas metodologias, o que produziu efeitos consistentes na implementação das linhas de cuidado, que seguem reverberando no cotidiano das práticas.

Desse modo, além das visitas periódicas às CRS para escutar os trabalhadores das regiões e colocá-los em roda para trocas de experiências e resolução coletiva de problemas em grupos condutores e fóruns de saúde mental, realizaram-se as oficinas regionais de implantação da linha de cuidado (2012), os encontros macrorregionais de CAPS (2013), e os encontros macrorregionais sobre redução de danos (2014). Aqui, focaremos na descrição da implantação da linha de cuidado nas regionais a partir das oficinas, bem como nas ações desencadeadas na esteira desse processo.

Implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – a experiência nas Macrorregiões

A implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – *O Cuidado que Eu Preciso* iniciou com a realização de oficinas de trabalho nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, primeiramente, apenas com os servidores das regionais e, em seguida, com os gestores e trabalhadores dos municípios da região. Tais oficinas tiveram os seguintes objetivos:

- fortalecer o coletivo técnico regional para apoiar os municípios;

- apresentar da *Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas* como ferramenta de gestão, a partir de conceitos éticos, técnicos e políticos sustentados nos princípios da Saúde Coletiva, da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos como diretriz de trabalho e nas portarias e resoluções que regulamentam a saúde mental no país e no RS;
- produzir pactos entre os gestores, serviços e setores em torno da constituição de grupos condutores da Linha de Cuidado;
- definir os fluxos para a rede a partir das realidades locais, através do mapeamento das várias possibilidades e das barreiras de acesso aos serviços, usando de criatividade para encontrar formas de desobstruir entraves burocráticos e garantir que o sistema trabalhe centrado nas necessidades dos usuários;
- efetuar planejamento conjunto sobre a implantação da Linha de Cuidado na região, construindo agenda sistemática de apoio institucional à região e aos municípios e de espaços de educação permanente.

Nas oficinas de trabalho, utilizou-se a metodologia de discussão de casos e construção de Projetos Terapêuticos Singulares com o objetivo de subsidiar o desenho de Linhas de Cuidado e Linhas de Formação possíveis para a região. Nestes encontros, as peculiaridades de cada região puderam se mostrar, demandando estratégias de seguimento do trabalho distintas e diversas, construídas conjuntamente com os municípios e com as coordenadorias regionais de saúde. Agendas regionais e municipais foram realizadas para trabalhar a Linha de Cuidado como ferramenta de gestão ou mesmo para abordar questões específicas, como a implantação de determinados serviços.

Na Macrorregião Metropolitana, por exemplo, foi possível avançar na realização de um encontro macrorregional de equipes de NAAB, promovendo-se trocas de experiências (iniciantes ou já em andamento) entre os municípios. O caminho construído no apoio institucional a esta macro apontou também para a necessidade de

acompanhamento mais sistemático e próximo aos CAPS, tendo em conta o grande número de leitos nela existentes e sua significativa taxa de ocupação. No município de Porto Alegre, por exemplo, que implantou Consultórios na Rua e CAPS ad III foram feitas oficinas intersetoriais com os trabalhadores da saúde, segurança e assistência social para pactuar fluxos de cuidado para usuários drogas.

Nas macrorregiões Sul e Centro-Oeste onde houve um maior número de composições de redução de danos implantadas realizaram-se encontros e oficinas de trocas de experiências entre os redutores, nas quais se discutiu a especificidade do trabalho de campo e do apoio matricial em álcool e outras drogas. Outro desdobramento do processo regional de implantação da Linha de Cuidado *O Cuidado que eu Preciso* na Macro Centro-Oeste foi a realização de encontros itinerantes (a cada vez um município diferente sediou o encontro) com os grupos condutores da linha de cuidado.

Nas macrorregiões Serra e Vales onde é grande número de municípios de pequeno porte houve uma adesão maciça às oficinas terapêuticas na atenção básica. Também nestas macrorregiões surgiram as primeiras demandas para a implantação de CAPS ad III e Unidades de Acolhimento, os quais se encontram habilitados. Na Macro Norte onde há um excesso de leitos de saúde mental em hospitais gerais, comparado às demais regiões, foram realizadas diversas oficinas para fortalecer a atenção básica. Obteve-se também grande adesão à implantação de NAAB e Oficinas Terapêuticas, o que diversificará a oferta de cuidados para além da internação.

Já na macrorregião da Missioneira, através do processo de educação permanente com os grupos condutores da linha de cuidado, levantaram-se algumas necessidades regionais de ações. Dentre elas, a revisão dos processos de regulação do acesso aos leitos de saúde mental integral dos hospitais gerais, o acompanhamento de equipes de CAPS para a inserção do atendimento à crise no seu processo de trabalho e a realização de oficinas sobre apoio matricial com vistas à inclusão do cuidado em saúde mental na atenção básica. Um dos analisadores que levaram os coletivos regionais à identificação destas

necessidades foi o grande número de internações judiciais de saúde mental solicitadas nesta macrorregião.

A continuidade do trabalho de implantação da *Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas* ganhou desenhos e cores distintas em cada região. Nesse caminho, o conhecimento e a apropriação dos técnicos das coordenadorias sobre as especificidades dos territórios foi fundamental para o planejamento de ações sustentáveis e pertinentes às realidades locais. Contudo, um dos grandes desafios das equipes georreferenciadas foi o de trabalhar para que os planejamentos das ações das linhas de cuidado e linhas de formação aconteçam com mais autonomia nas regionais, considerando as peculiaridades e singularidades de cada uma.

Tomando emprestada uma expressão de Rose Mayer, nossa colega e Coordenadora do Centro de Referência de Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do RS, “todas as versões são válidas, a questão está em como dar estatuto a cada uma delas”.

O desafio da legitimidade e da autonomia do planejamento regional encontrou-se com outro impasse importante. Como garantir a sustentabilidade destas versões, uma vez que a Linha de Cuidado é um Projeto Estratégico de Governo? Todos sabem que projetos desta ordem tendem a ter dificuldades para resistir à alternância de partidos no poder. Todavia, a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas é uma Política de Estado e não de Governo, cuja sustentabilidade vem sendo ameaçada por governos e setores da opinião pública mergulhados em preconceitos e responsáveis pela proliferação de práticas excludentes e desrespeitosas dos direitos humanos. Como então superar esses obstáculos que se traduzem em políticas higienistas e verticais?

Para isso, o apoio institucional constituiu-se em importante ferramenta. Ao considerar o caráter vivencial de que se fazem as práticas de apoio matricial, institucional ou temático, ousamos afirmar que a legitimidade destas versões de linha de cuidado reside nas próprias experiências regionais singulares, que se validaram a cada passo, ao longo do processo de construção coletiva. A

sustentabilidade, por sua vez, pode ser um efeito deste processo vivencial de cogestão, à medida que a linha de cuidado, o apoio institucional e a educação permanente, como ferramentas de gestão, se capilarizam pelos territórios e sobrevivam aderidas aos desejos e aos modos de trabalhar dos servidores das regionais e das redes dos municípios.

Especificamente no que tange à educação permanente, foram encontrados alguns impasses e obstáculos. Foram recebidos muitos pedidos de “capacitações” e “cursos” por parte dos municípios e regionais. O acúmulo de técnicas é importante, mas é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, não é o seu foco central. Presa à lógica de educação continuada na qual o conhecimento aparece como unilateral, a educação de trabalhadores de saúde renuncia a operar a partir do saber dos mesmos sobre o território e do seu imaginário acerca dos temas abordados. Esquece que o local de trabalho também é um lugar privilegiado de produção e disseminação do conhecimento e retira dele sua potência de agenciar novas tecnologias (BRASIL, 2005).

Assim, avançar no entendimento do que realmente se caracteriza como educação permanente, enquanto processo cotidiano cujos contornos se desenham a partir dos problemas enfrentados na realidade e dos conhecimentos e experiências das pessoas implicadas, segue sendo fundamental.

Considerações finais

A experiência de gestão relatada neste artigo contribuiu para o redesenho dos modos de promover acesso e a qualidade do cuidado, na medida em que muitos municípios puderam efetivamente entrar num rol de territórios com cobertura de atenção. Tal redesenho impactou, principalmente, nos municípios de médio e pequeno porte, antes alijados do acesso a recursos financeiros para a política de saúde mental, ainda que se constituíssem e se constituam como perfil

preponderante de composição populacional de municípios no RS e no Brasil.

A partir da reestruturação dos processos de trabalho da SES, com a criação dos grupos georreferenciados, pode-se acompanhar o avanço nos processos de ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, por meio da implantação da *Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas* nas regiões do RS. Processos que colocaram impasses e desafios constantes, diariamente, o que faz da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas um texto aberto, pulsante, escrito a várias mãos e ainda sem ponto final.

Ainda que se trate de uma transformação em curso e sem um ponto final derradeiro, como a própria ideia de Reforma Psiquiátrica carrega, foi extremamente importante consolidar os avanços conquistados em textos normativos norteadores. Nesse sentido, em 2014, foi aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde, a Portaria SES 503/2014, que estabelece a Política de Redução de Danos para o cuidado aos usuários de drogas, bem como a Política Estadual de Saúde Mental Álcool e outras Drogas. Nessa mesma direção, a Comissão Intergestores Bipartite CIB/RS aprovou o Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial 2013-2015, que estabelece as metas e rumos da ampliação RAPS nos municípios gaúchos até o final de 2015. Trata-se de documentos que registram um processo ao mesmo tempo em que lançam desafios para o futuro.

O seguimento e o acompanhamento da implantação das linhas de cuidado nas Macrorregiões de Saúde têm na descentralização e na corresponsabilização de diversos atores a sua continuidade. Os grupos condutores regionais da linha de cuidado/RAPS compostos por gestores, trabalhadores e conselhos de saúde locais, em consonância com a Política de Saúde Mental no Brasil, são instâncias compartilhadas de gestão, que podem garantir essa continuidade, assegurando as pactuações regionais para a qualificação do acesso, dos fluxos de cuidado e da atenção longitudinal nos territórios.

O momento político do RS e do Brasil coloca importantes obstáculos para que os usuários de drogas tenham assegurado seu

direito de dizer “o cuidado que eu preciso”, à medida que velhas fórmulas “terapêuticas”, que excluem e segregam, reivindicam permanência e/ou retorno. Desse modo, o caminho a seguir implica não recuar à problematização do cuidado em álcool e drogas, de forma ética, técnica, estética e política. Articular espaços para tal nos pontos de encontro entre gestão, atenção, educação e controle social, assim como entre as políticas públicas de saúde e o poder judiciário é crucial nesse sentido.

Assim como criar e fortalecer dispositivos de cuidado e de educação permanente que, de diferentes formas, são capazes de agenciar a multiplicidade e intensidade das forças que habitam a arena do cuidado no território para inaugurar invenções cotidianas de modos de cuidado em liberdade segue sendo, nesse cenário, um ponto de partida, um método e um horizonte compartilhado.

Referências

FRANCO, Camila e FRANCO, Túlio. **Linhas do cuidado Integral**: Uma proposta de organização da rede de saúde. 2011. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088 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. 2011a. Disponível em:

<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3089 de 23 de dezembro de 2011**. Estabelece novo tipo de financiamento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). 2011b. Disponível

em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111277-3089.html>

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012**. Redefine os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24 h (CAPS ad III) e os respectivos incentivos financeiros. 2012a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. 2012b.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. 2012c.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução CIB nº 430/2008**. Institui dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental, incentivos financeiros Estaduais para o atendimento pelo SUS a usuários dependentes de álcool e outras drogas, em especial o crack, em Comunidades Terapêuticas - CT. 2008. Disponível em: www.saude.rs.gov.br

_____ **Resolução CIB nº 401 de 03 de novembro de 2011**. Institui, dentro da Política de Saúde Mental, Incentivo Financeiro Estadual para custeio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). 2011a. Disponível em: www.saude.rs.gov.br

_____ **Resolução CIB nº 403 de 03 de novembro de 2011**. Cria os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) – saúde mental, dentro da Política Estadual da Atenção Básica. 2011b. Disponível em: www.saude.rs.gov.br

_____ **Resolução CIB nº 404 de 03 de novembro de 2011**. Institui o Incentivo Financeiro Estadual para implantação pelos municípios de atividades educativas – modalidade Oficinas Terapêuticas. 2011c. Disponível em: www.saude.rs.gov.br

_____ **Resolução CIB nº 038, de 1 de março de 2012**. Institui, dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental, álcool e outras drogas, Incentivo Financeiro Estadual para a Redução de Danos em âmbito municipal. 2012a. Disponível em: www.saude.rs.gov.br

_____ **Resolução CIB nº 562 de 19 de setembro de 2012**. Institui normas para organização e financiamento dos Serviços Hospitalares para Atenção Integral em Saúde Mental nos Hospitais Gerais do Estado do Rio Grande do Sul. 2012b. Disponível em: www.saude.rs.gov.br

_____ **Resolução CIB nº 242 de 24 de junho de 2013.** Institui, dentro da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, incentivo financeiro para custeio dos CAPS ad III, CAPS III, UA, UAI e SRT tipo I e II, em complementação ao financiamento federal. Disponível em: www.saude.rs.gov.br

_____ **Resolução CIB nº 655 de 12 de novembro de 2014.** Institui o Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. Disponível em: www.saude.rs.gov.br

_____ **Portaria SES 503, de 1 de julho de 2014.** Institui a Política de Redução de Danos para o cuidado em Álcool e outras Drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental e DST/AIDS e redefine as Composições de Redução de Danos. Disponível em: http://cosemrs.org.br/imagens/portarias/por_g1b2.pdf

CENÁRIOS



Capítulo IX

A droga enunciando conflitos: (des) encontros com a adolescência

Magda Martins de Oliveira, Paula Flores, Karine Szuchman

As forças do mundo não cabem todas numa só pessoa; o mundo está cheio delas, diferentes, contrastantes, de várias intensidades. O mundo não tem paz, ele é nervoso, finito, inventado e reinventado a todo momento.¹²

Um cenário: a socioeducação, os serviços de execução de medidas socioeducativas de Porto Alegre, as ruas desta cidade, a saúde, uma rede de atenção à juventude, uma rede de proteção.

Uma cena: um adolescente de 17 anos que vive seus conflitos: um deles com a lei, que gerou uma medida de prestação de serviços à comunidade (PSC) e outro conflito com o uso de drogas, que gerou um percurso de internações sucessivas.

Uma intervenção: um encontro. Como inventar um encontro que favoreça diálogos ainda que a partir de uma medida socioeducativa? Um encontro que potencialize a rede de atenção composta também pela socioeducação? Como produzir abertura e análise dessa vida em conflitos, dessa vida-mundo nervoso?

Protagonistas: o adolescente e os trabalhadores do Programa de Prestação de Serviços à Comunidade da UFRGS (PPSC).

¹² BAPTISTA, L. A. A cidade dos sábios. São Paulo: Summus, 1999.

O presente texto versa sobre a experiência dos trabalhadores do PPSC no acompanhamento dos conflitos de MEL, um adolescente que chega para o cumprimento de uma medida socioeducativa. Tais conflitos ganham corpo no cruzamento dos campos da socioeducação, saúde mental e justiça, percurso no qual o adolescente constrói sua travessia. Utilizando-se de relatos do arquivo do PPSC e da experiência pela qual os trabalhadores foram marcados, levantamos aqui algumas questões para pensar as possibilidades e limites desse acompanhamento enquanto executores de um programa de medida socioeducativa. Da mesma forma, avaliamos as oscilações desses campos que ora se aproximam e ora se afastam, muitas vezes deixando o adolescente no desencontro das políticas. Através dos tensionamentos que se fazem presentes com a chegada de MEL e de tantos outros jovens, vamos abrindo novas possibilidades de cuidado e inventando formas de um acompanhar construídas na singularidade dos casos e na sutileza dos encontros.

A chegada de MEL ao Programa de Prestação de Serviços à Comunidade da UFRGS: distância, aproximações e histórias

A primeira notícia que recebemos sobre MEL, adolescente de 17 anos, quando ainda não o conhecíamos, foi de que já havia sofrido várias internações em função do uso da maconha, cocaína e crack. A última havia acontecido dois meses antes de apresentar-se no PPSC para o cumprimento de uma medida de Prestação de Serviços à Comunidade de 24 semanas pelo ato infracional de tráfico. MEL veio acompanhado da mãe, uma senhora meiga, com fala mansa, visivelmente cansada. Durante o encontro MEL falou sobre o uso do cigarro, mas afirmava não estar fazendo uso de outras drogas. Tossia muito, estava magro e abatido.

O relato da mãe confirmou a informação repassada pelo CREAS: o filho já teria passado por várias internações. MEL falou das experiências como não boas, mas admitiu que “serviram para alguma

coisa”. Segundo Torossian (2014, p.88) não raramente os usuários “se identificam com os produtos que utilizam, deixando de pensar e deixando-se aniquilar”. Importante pensar o quanto o conflito com a Lei, as idas e vindas dos hospitais e o cansaço da mãe não estariam fazendo com que MEL se sentisse alguém de menor importância, uma “droga” de pessoa.

Na entrevista inicial a mãe contou que MEL tinha acolhimento agendado em uma entidade que oferecia atendimento para adolescentes usuários de drogas. Imediatamente colocamo-nos à disposição para acompanhá-lo caso desejasse ou considerasse necessário. MEL agradeceu e deixou uma porta entreaberta. Pela fresta, uma possibilidade de vínculo e relação, um início de conversa entre o PPSC e essa vida. Questionamos, então: como sustentaríamos os efeitos da aproximação com essa vida em cena, em ato, em movimento? Como nossa intervenção - enquanto executores de uma medida socioeducativa- conversaria com a história de MEL, seus percursos e limites e como produziríamos *com* ele uma prática de cuidado e de acompanhamento? Era preciso, primeiramente, estar atentos às oportunidades que MEL nos concederia de estar junto a ele e construir boas experiências, um bom encontro. "O bom seria como um alimento, que se compõe com nosso corpo, constituindo um bom encontro, à medida que aumenta nossa potência de existir, produzindo afetos de alegria. (FUGANTI, 2001 apud NASCIMENTO e COIMBRA, 2009, p.47).

Nossa estratégia era ir ao encontro de MEL, buscando compartilhar experiências que pudessem fortalecê-lo durante a trajetória.

As possibilidades e limites do encontro entre MEL e o PPSC

Logo que chegou ao PPSC MEL foi acolhido pela equipe das oficinas socioeducativas como fazemos com todos os adolescentes que chegam ao programa. De acordo com a proposta de trabalho, todo adolescente que chega ao PPSC participa de três oficinas e em

seguida é encaminhado ao setor onde cumprirá suas tarefas. Segundo avaliação da equipe era necessário ter cautela no caso de MEL e procurar sentir a sua condição de enfrentar o novo desafio. Após sua quinta participação, agendamos o encontro para planejarmos a sua ida ao setor. Neste dia MEL perguntou várias vezes sobre as horas, demonstrando ansiedade. Optamos, no entanto, por apostar na sua vinculação no setor escolhido e na experiência de trabalho que poderia advir sem perder de vista os cuidados que a situação inspirava.

A técnica do CREAS ligou e contou que MEL teve um atendimento ambulatorial e lhe deram uma nova medicação, que segundo ela o deixa bem “grogue”. [...] já tínhamos comentado que ele parecia um pouco “grogue” mesmo com a outra medicação. Pensei nisso porque no segundo dia MEL veio até o PPSC e pediu para que eu o acompanhasse até a PROPLAN porque ele não conseguia chegar lá; não lembrava o caminho. Talvez alguma coisa dessa desatenção possa estar relacionada ao uso do remédio. (Arquivo PPSC. janeiro/2013).

Como conciliar as condições momentâneas de MEL à exigência do cumprimento da medida? Importante propormos aqui a sempre oportuna reflexão sobre a aplicabilidade da medida socioeducativa e sobre a possibilidade consentida pela Lei de que a autoridade competente leve em conta a capacidade do adolescente de cumpri-la (ECA, art. 112). No caso de MEL a medida de PSC lhe fazia exigências que não podia corresponder naquele momento como, por exemplo, a circulação no ambiente de trabalho, a interação com outros funcionários do setor e a qualidade na realização das tarefas. O cuidado com MEL incluía administrar tais dificuldades e evitar ao máximo sua exposição a situações que o fragilizassem ainda mais.

Dias após ter iniciado no setor MEL voltou a fazer uso de drogas. Tentando evitar o agravamento da situação, a equipe do CREAS intercedeu para que MEL fosse acolhido no CAPS III ad recém-inaugurado na região, enquanto a equipe do PPSC pensava maneiras de dizer a MEL sobre a sua disponibilidade de estar com ele, sem desconsiderar, no entanto, seu desejo e as escolhas que era capaz de fazer naquele momento. Um mês após ter sido acolhido no CAPS, MEL foi novamente internado. A história repetia-se. Tínhamos a sensação de estarmos todos - MEL, a mãe, a equipe do PPSC e a equipe do CREAS - andando em círculos. Com que ferramentas poderíamos contar para encontrar a saída dessa porta giratória de internação-desinternação?

Internação protetiva: um paradoxo?

Ao longo destes anos de trabalho no PPSC temos verificado que para muitos adolescentes e suas famílias, a internação tem sido tomada como a única alternativa de tratamento para o abuso de drogas, talvez pela dificuldade do próprio usuário-jovem de assumir uma rotina de atendimentos, consultas, grupos e, ainda, pela dificuldade de dar conta da sempre presente exigência da abstinência.

Ressalta Conte (2004) que também os profissionais tendem a acreditar que a sua função junto aos pacientes é mantê-los abstinentes e distraem-se para a necessidade imperativa do acolhimento e da construção de vínculos mais duradouros. Sob o véu da proteção, o Brasil tem se revestido de crescentes processos de psiquiatrização, haja visto o crescimento da internação psiquiátrica de adolescentes por mandado judicial (nos maiores hospitais psiquiátricos para adolescentes do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre).

Em pesquisa realizada no Centro Integrado de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes do Hospital Psiquiátrico São Pedro, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, foi verificado que a

questão da drogadição tem sido a “patologia” juvenil que mais demanda atendimento naquele serviço, sendo corriqueiramente encaminhada de um modo bastante peculiar: via determinação judicial (VICENTIN, M. E GRAMKOW, G., 2010, p.4).

Através da judicialização da saúde determina-se como medida protetiva o isolamento do adolescente de seu convívio social. Questionamos então: quem está sendo protegido?

Aproximando o cuidado em saúde e o campo socioeducativo, salienta-se que, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, a aplicação de uma medida deverá considerar as condições do adolescente de cumpri-la (art.112,§1º), sendo as medidas de meio aberto uma importante alternativa à medida de privação de liberdade que deverá estar “sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento” (art. 121). No entanto, o isolamento tem sido tomado como alternativa de tratamento e de penalização, sempre presente nos procedimentos da saúde mental e da justiça, respectivamente, assim como nas escolhas de MEL.

O adolescente inaugurou sua relação com a medida socioeducativa solicitando ajuda à sua orientadora de Liberdade Assistida (LA) para ser internado. Em resposta, ele foi acompanhado a um hospital referência na região tendo seu pedido de internação negado. Um mês depois MEL fez nova tentativa, desta vez sozinho, diretamente ao Departamento da Criança e do Adolescente (DECA). Lá foi orientado a pedir a intervenção do Conselho Tutelar e só então conseguiu sua internação. Num momento em que a internação compulsória passa a ser amplamente discutida interrogamos sobre a insuficiência dos serviços de saúde e sobre o não atendimento da internação buscada espontaneamente, sobretudo por um usuário jovem.

Enquanto a judicialização do tratamento incide sobre a autonomia do jovem e o devolve à condição de “incapaz”, defendida no Código de Menores (Lei nº 6.697/1979), a busca de MEL respondia

aos seus desejos e afirmava sua condição de sujeito de direitos. A singularidade da relação de cada adolescente com a droga indica a delicadeza que é preciso ter na hora de construir estratégias de cuidado, seja no Plano Individual de Atendimento (na área da socioeducação) ou no Projeto Terapêutico Singular (na área da saúde mental).

Encontros e desencontros no Acompanhamento de MEL

Passado o período de internação MEL reapresentou-se no PPSC. Em conversa, falou do tempo em que iniciou o uso de drogas, ainda com 12 anos, da primeira namorada e do desejo por uma oportunidade de trabalho. Contou também sobre a mudança para outro bairro da cidade. Ele e a mãe movimentavam-se entre dois bairros da periferia de Porto Alegre visando maior segurança, levando em conta os riscos sempre presentes na vida de ambos em função do envolvimento com o tráfico, o conflito com a Lei e a exposição à violência.

Ao final da conversa, MEL comentou que precisava alistar-se. A informação soou-nos como um convite e prontamente colocamo-nos à disposição para acompanhá-lo. Desde que havia chegado ao PPSC, aquela era a primeira oportunidade concreta que MEL nos concedia de estar com ele. Segundo Oliveira & Santana (2014, p.21):

Fazer companhia a alguém pressupõe certa distância entre aquele que acompanha e aquele que é acompanhado, o que os coloca ao mesmo tempo juntos e separados. O acompanhado está indo ao encontro de algo, não importa a clareza que tenha sobre isso. Aquele que acompanha, por sua vez, sabe que o caminho não é seu, embora se ocupe intensamente da busca. O acompanhamento tem a importância, a duração e a intensidade que o acompanhado lhe concede. Não está inscrito no campo das determinações, pois aquele que

acompanha só o faz mediante a licença daquele que é acompanhado.

Conforme combinado, MEL veio ao PPSC e seguiu em companhia para fazer o alistamento. MEL estava bastante falante naquele dia, diferente das outras vezes em que estivemos juntos. Falou sobre escola, exército, tráfico e sobre outros adolescentes que conhecia e que também cumpriram medida no PPSC. Uma semana depois MEL estava sentado em frente ao prédio onde fica a sede do Programa. Parecia feliz. Perguntou sobre o educador que o havia acompanhado. A pergunta nos causava muito mais alegria do que surpresa: MEL havia escolhido para si uma companhia. E nós havíamos escolhido acompanhá-lo.

Segundo Lazzarotto (2013), acompanhar exige uma atitude de diálogo entre saberes compartilhando a responsabilidade dessa análise dos percursos juvenis com os próprios jovens e com aqueles que os atendem em serviços e programas, constituindo o que passamos a enunciar como um Acompanhamento Juvenil (AJ). Caminhar entre, circular nos espaços e criar um fluxo pra abrir outras possibilidades de se conhecer, de se identificar e ser identificado: é disso que se alimenta o dispositivo do AJ. A circulação pela cidade, por espaços desconhecidos, tem como objetivo ir além das fronteiras institucionalizadas, possibilitando a produção de outros sentidos. A potência dessa circulação com eles (acompanhando seus passos, seus olhares) está na invenção de formas de vida, produzindo em cada jovem outra forma de falar de si.

Acompanhar MEL até o setor, ao alistamento, ao atendimento em saúde e em tantos outros espaços que pudessem surgir nos colocava como parceiros na tessitura dessa rede, nesse percurso entre o cumprimento da medida e seus projetos de vida. Lançamos mão do dispositivo do AJ na medida em que o próprio adolescente anuncia este desejo, diferenciando de qualquer outra tarefa que surge como uma obrigação na vida dele.

Seguíamos, no entanto, capturados na porta giratória. Uma semana depois a situação havia mudado novamente. MEL veio ao PPSC como de costume, mas parecia bastante nervoso. Contou que havia sido preso no final de semana por posse de drogas (disse ter sido enxertado) e levado ao presídio central. A experiência havia sido muito ruim, afirmou. Nos demos conta, então, que ao completar 18 anos, MEL deixava de ser um adolescente para ser um adulto (segundo a Lei). Enquanto adolescente, estava sob um regime jurídico que age em nome da proteção e do cuidado (ECA, Lei Federal 8.069/90), mas a partir desse momento passava para o estado de “maioridade” e, embora estivéssemos diante do mesmo jovem vulnerável de ontem - a mesma demanda de proteção e cuidado, a mesma história de vida - percebíamos que o percurso de MEL começava a tomar outros rumos, fazendo desvios, acionado por outras forças que incidiriam sobre a sua realidade.

MEL ficou desaparecido por dois dias e reapareceu bastante machucado. Neste período, furtava objetos de casa para dar conta do uso da droga. Resolvemos fazer contato com a equipe do CAPS no qual foi acolhido antes da última internação. Fomos informados que MEL teria tido alta do atendimento. Para o funcionário, a alta estaria relacionada à internação do jovem paciente.

Questionei sobre quem eles esperavam que acompanharia o jovem pós-internação e ele me disse que orientaram o adolescente a procurar o CAPS novamente. Então, por que a alta anterior? Falei da situação atual de MEL e ele me sugeriu internação novamente (?!?!?). Falei do que entendo como CAPS, ainda mais como CAPS III ad. Conversamos mais um pouco e ele me disse para orientar MEL a procurar o CAPS novamente para um novo acolhimento (Arquivo PPSC: abril/2013).

Percebe-se com o relato que a condição de isolamento não diz respeito apenas à internação propriamente dita, mas também aos

serviços que não dialogam entre si, inviabilizando um fluxo de ações possível nas redes de trabalho, que aparecem como proposta para uma ação em um dado território, quando se percebe que a especialidade de uma equipe ou serviço não consegue responder às demandas apresentadas pelo usuário. (PONZI & CARVALHO, 2014, p.138)

Neste caso nem o CAPS nem o hospital/clínica conseguem perceber o trabalho que realizam dentro de uma lógica de complementaridade e de continuidade, o que potencializaria em muito o tratamento de MEL. Os referidos serviços, no entanto, pensam MEL de forma isolada, ou seja, fora do seu contexto de existência, circunscrevendo a origem e a solução das suas dificuldades exclusivamente ao campo da saúde. Conforme Vicentin & Gramkow (2010), crianças e adolescentes estão sendo isolados dentro de programas e políticas específicas de atenção que não conseguem dialogar com os demais espaços sociais que compõem a circunstância de vida desses sujeitos.

Dias depois recebemos a notícia de que MEL teria dado entrada no Hospital de Pronto Socorro da cidade com ferimentos graves. O telefonema recebido por parte da equipe do HPS tinha o objetivo de informar o atendimento do jovem e de solicitar que o retirássemos de lá. Com a dificuldade de encontrar a mãe e com a impossibilidade do CREAS de assumir a situação entendemos nossa responsabilidade de fazer o acompanhamento. A manhã foi bastante difícil. A situação ora enfrentada e há muito anunciada nos colocava diante dos limites desse acompanhamento, cujas ações foram insuficientes para evitá-la. A vivência da angústia dizia da impossibilidade de fazermos *por* MEL (Conte, 2004). Era preciso acreditar na sua força e na sua capacidade de superar situações como aquela.

Cheguei ao Pronto Socorro e em minutos estava no quinto andar com a assistente social. Vi que havia alguém deitado numa maca no corredor quase em frente à porta, mas ela precisou dizer-me: “ele está

ali”. Aproximei-me de MEL ao som da voz da assistente social que me alertava “ele não pode ficar aqui. Já estão reclamando”. MEL estava num sono profundo. Assustei-me com sua aparência; tinha vestígios de sangue por todo o corpo e roupas. Olhar para ele era defrontar-me com a violência, com as misérias da vida. Toquei no seu rosto e o chamei pelo nome baixinho: “MEL?”. Ele demorou um pouquinho, mas abriu os olhos e levantou a cabeça surpreso exclamando meu nome. Deitou novamente. Não tinha energia para muito mais (Arquivo PPSC: abril de 2013).

A conversa que seguiu pautava-se pela necessidade de MEL ser retirado do corredor do hospital, afinal já estava medicado e todos os procedimentos já haviam sido realizados. Alegavam, também, que MEL já tinha 18 anos de idade e, por isso, poderia sair sem estar acompanhado por um responsável. Os registros do hospital informavam que MEL havia chegado de ambulância por volta das 5h da manhã, com traumatismo craniano leve, inspirando cuidados.

Sentei numa cadeira bem em frente à maca. Enquanto fiquei por ali meus olhos não desgrudavam dele. MEL encolheu-se o que pode. Em meio a gemidos deitou de lado e pegou no sono. De quando em quando abria os olhos e me olhava. Assim que me via, fechava os olhos e voltava a cochilar. Parecia querer certificar-se de que eu ainda estava ali (Arquivo do PPSC: abril de 2013).

Parecia claro para nós que, afóra todos os males que a droga pudesse causar à saúde de MEL, existia ainda a violência que o vitimava e impunha sérios riscos à sua vida. Ademais, era possível que aqueles que não o conheciam, pudessem associar a violência sofrida

por MEL à sua capacidade de praticar atos violentos/ ou de ser violento.

Na semana seguinte retomamos o contato com a mãe para saber como MEL estava. Seguiu furtando em casa. Ela pediu ajuda para interná-lo. Antes que pudéssemos dar um passo à frente, MEL tropeçou e foi preso por roubo. A mãe foi orientada a apresentar na Justiça cópia da negativa do Posto de Saúde ao pedido de internação feito por MEL dias antes da prisão. Três meses depois MEL foi liberado do presídio e conduzido à FASE onde permaneceu por 60 dias em função do descumprimento das medidas de meio aberto anteriores. Assim que saiu da FASE MEL foi ao PPSC visitar-nos, afinal não havia mais medidas a serem cumpridas. Dando continuidade a um planejamento antigo, combinamos com MEL dia e hora para acompanhá-lo ao CAPS.

Antes de chegar ao CAPS fiquei me perguntando qual seria a minha “função” neste acompanhamento, mas convicte de que seria importante. Logo que MEL chegou percebi sua atrapalhão e sua ansiedade, sem saber o que fazer. Nunca a palavra “apoio” fez tanto sentido pra mim. Enquanto preenchia a ficha de acolhimento MEL perguntou se poderia dar o nº de telefone do PPSC como referência. Perguntamos a MEL se queria que entrássemos com ele e respondeu que “podia ser”. Enquanto esperávamos, MEL tirou um papel do bolso e disse que precisava apresentar-se no Foro Central. Parecia bastante ansioso. Falei que veríamos isso com ele depois e com o CREAS também (Arquivo PPSC: setembro/2013)

Em novembro, um mês depois, MEL conseguiu um emprego, mas assim que recebeu o primeiro salário voltou a fazer uso da droga. A mãe voltou a pensar em isolamento, desta vez numa fazenda terapêutica. Pedimos que viesse conversar. Ambos tinham horário

agendado no CAPS naquele mesmo dia. O tempo passou e os contatos tornaram-se raros, até que MEL veio ao PPSC pedir ajuda para fazer cópias de alguns documentos. Havia conseguido um novo emprego e estava já há bastante tempo sem fazer uso da droga.

Afetos e efeitos de um (des)encontro

Assim como a prática infracional, o uso de drogas também deve ser tomado como um dos aspectos que compõem a circunstância de vida do adolescente/jovem. Estar atento aos acontecimentos que circunscrevem a medida socioeducativa diz do nosso fazer cotidiano, a partir do momento em que compreendemos o cumprimento da medida enquanto *oportunidade* de ir ao encontro daquele que nos chega. No cenário descrito, vários desencontros: de MEL com os serviços da rede, da medida socioeducativa com o uso da droga, do tempo da internação com o tempo da vida e do adolescente com seus direitos. Sem garantias de qual seria o próximo passo acompanhamos MEL pelas ruas da cidade em um percurso marcado por possibilidades e limites; em meio a isolamentos e ferimentos procuramos abrir outras possibilidades de cuidado, de estar junto. Para que realmente conseguíssemos encontrar com MEL, foi preciso antes encontrar sua vida.

A possibilidade de encontro com os adolescentes/jovens que chegam aos serviços de saúde ou que se apresentam para o cumprimento de uma medida se constrói sob a seguinte premissa: o programa socioeducativo não tomará o ato infracional como centro da intervenção, nem o serviço de saúde tomará o uso da droga como centro do tratamento. O que está no centro do processo é a pessoa. O encontro que, não raras vezes, nos coloca diante de muitas incertezas e silêncios, constitui-se uma prática de cuidado e acompanhamento construída *com* e *para* os adolescentes/jovens que nos chegam com histórias comumente marcadas pela negação de direitos ditos fundamentais. Sustentar os efeitos dessa aproximação, desse

encontro, requer suportar a angústia de não podermos fazer *pelo* adolescente/jovem com o qual trabalhamos.

O desafio é fazer da medida socioeducativa um percurso que o ajude a construir outras formas de perceber-se e de falar de si neste mundo nervoso marcado, entre outras coisas, pela dificuldade de escutar e respeitar os jovens. Através de olhares cautelosos e escutas afinadas, vamos nos aproximando dos adolescentes/jovens, marcando os percalços e os êxitos de cada um que vem cumprir sua medida de PSC conosco, refazendo os primeiros e potencializando os últimos. Assim vamos tecendo um acompanhamento construído na singularidade dessas vidas, acolhendo os mais diferentes sentidos que vão sendo produzidos.

Na prática, fomos inventando um modo de estar com MEL e com outros tantos adolescentes/jovens que passaram pelo PPSC e que compartilharam conosco seus percursos que muitas vezes não cabiam no espaço/tempo da “medida”. Da mesma forma, temos construído a possibilidade de a(com)panhar histórias e narrativas desses intensos confrontos e encontros cotidianos da vida com ela mesma, da vida com seus próprios efeitos e de nós operadores de políticas públicas com nossas práticas e intervenções sempre sujeitas ao embate com o outro. Por ora afirmamos que nossa prática segue em seu caráter finito, incompleto, mas aberta às possibilidades de invenções futuras de outros cuidados e outras formas de intervir.

Referências

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, ano 169, p.1353, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei nº 6.697, de 1º de outubro de 1979. Institui o Código de Menores. **Diário Oficial da União**: Brasília, em 10 de outubro de 1979; 158º da Independência e 91º da República.

CONTE, Marta. Drogadição: entre a angústia e as possibilidades de intervenção. In: Mello, Adriana, Castro, Ana Luiza de Souza & Geiger, Mylène. **Conversando Sobre Adolescência e Contemporaneidade**. Porto Alegre: Libretos, 2004.

LAZZAROTTO, Gislei. Acompanhamento Juvenil: percorrer mundos e acolher sentidos. In: SIGNORI, S (ORG). Acompanhamento Terapêutico: contribuições teórico-práticas para aplicabilidade clínica. Curitiba: Santos Editora, 2013, v.1, p. 127-136.

NASCIMENTO, Maria Lívia do; COIMBRA, Cecília Maria Bouças. Juventude Normatizada, moralizada e violentada: alguns modos de subjetivação contemporâneos. In: Bocayuva, H. & Nunes, S. A. (Orgs.). **Juventudes, subjetivações e violências**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2009, p.41-50.

TOROSSIAN, Sandra Djamboladjian. Drogas. In: LAZZAROTTO...[et al.]. **Medida Socioeducativa: entre A & Z**. Porto Alegre: UFRGS: Evangraf, 2014, p.87-89.

OLIVEIRA, Magda & SANTANA, Fernando. Acompanhamento. In: LAZZAROTTO...[et al.]. **Medida Socioeducativa: entre A & Z**. Porto Alegre: UFRGS: Evangraf, 2014, p. 21-23.

PONZI, Carolina & CARVALHO, Julia Dutra. Intersetorialidade. In: LAZZAROTTO...[et al.]. **Medida Socioeducativa: entre A & Z**. Porto Alegre: UFRGS: Evangraf, 2014, p.138-140.

VICENTIN, Maria Cristina G. & GRAMKOW, Gabriela. Que desafios os adolescentes autores de ato infracional colocam ao SUS? Algumas notas para pensar as relações entre saúde mental, justiça e juventude. In: RIBEIRO, Edith Lauridsen & TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Saúde**

Mental de Crianças e Adolescentes – contribuições ao SUS. São Paulo:
Hucitec, 2010.



Capítulo X

Álcool e Outras Drogas: Práticas Possíveis na Atenção Básica

Camila Maggi Rech Noguez, Rose Teresinha da Rocha Mayer

A pesquisa – qualitativa - versa sobre as possibilidades de cuidado de pessoas, na Atenção Básica à Saúde (ABS), que usam álcool e outras drogas, ao mesmo tempo em que se desenvolve a partir de referenciais que se afinam à prática no contexto da Saúde Coletiva e da construção do SUS. O objetivo do trabalho é conhecer e compartilhar os diferentes dispositivos, recursos, estratégias e referenciais em relação ao cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas, bem como suas respectivas concepções de sujeito. Utilizou-se um questionário aberto *on-line*, que teve a abrangência do SUS como limite de seu universo investigativo: o território nacional.

As respostas de oito profissionais de saúde ligados à Atenção Básica foram submetidas à Análise de Conteúdo que levou a considerar, principalmente, o Projeto Terapêutico Singular, a Educação Permanente, a Ação Intersetorial e o Apoio Matricial como sugestões de ferramentas que se orientam para a possibilidade de cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas na ABS.

Introdução: as dobras da prática

“Quando inventamos o trem, inventamos o descarrilamento.”

Paul Virilio.

O presente trabalho localiza-se no contexto da Residência Integrada em Saúde – RIS – na ênfase da Atenção Básica (AB), programa sob responsabilidade da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – ESP/RS – que conta com o Centro Saúde-Escola Murialdo – CEM – como um dos cenários dessa formação em serviço. A Residência em questão é uma modalidade de pós-graduação multiprofissional orientada pela integração entre ensino, serviço e gestão do Sistema Único de Saúde – SUS.

Apesar dos consequentes problemas de saúde, gerados em função do uso abusivo de drogas, não se tinha na Unidade Básica de Saúde (UBS), cenário de prática da RIS -, uma sistematização concernente a esse aspecto, que nos permitisse acompanhar o número de pessoas envolvidas pelo uso problemático de drogas. No entanto, através da rotina de trabalho na UBS, foi possível observar que tal questão permeia a comunidade: nos embates familiares, como possibilidade de lazer, nas manifestações de doenças, nas fontes de renda, em alguns dos casos de violência, no laço social, no sofrimento psíquico e na circulação comercial das substâncias. Quando inventamos saídas para um problema, inventamos, ao mesmo tempo, outro problema, tal qual o trem e o descarrilamento de Paul Virilio (2006).

A aposta é que os problemas possam ser outros; mas ainda, problemas. A questão que nos é colocada assim se apresenta: quais seriam os dispositivos/estratégias/recursos possíveis a serem acionados pelos profissionais de saúde, na AB, em relação ao cuidado às pessoas que usam drogas? Seguindo por essa interrogação, objetivamos conhecer e compartilhar os diferentes dispositivos/recursos utilizados pelos profissionais de saúde, na Atenção Básica. A investigação busca também possibilitar o resgate e a apropriação, por parte dos participantes da pesquisa, das práticas utilizadas em suas trajetórias profissionais concernentes ao tema.

Processo de Pesquisa:

Optamos por trabalhar com profissionais de diferentes áreas que tenham tido dois ou mais anos de experiência laborativa na AB; não importando se em meio rural, ou nos grandes centros urbanos, seja no funcionamento de UBS, seja em equipe de Estratégia Saúde da Família - ESF. Ao todo, foram oito participantes. Além da produção (questionário on-line) e análise dos dados (análise de conteúdo) que constituem o processo investigativo em si, as estratégias e fundamentação teórica apresentadas nesse trabalho também dizem de um lugar possível de entendimento e prática das autoras, o que implica discutir as problematizações decorrentes dessas diferenças no lidar com a saúde e as drogas.

Segundo Paiva (2004), o correio eletrônico é uma ferramenta que facilita a colaboração, discussão de tópicos de trabalho e aprendizagem, viabilizando a criação de comunidades discursivas, superando limitações de tempo e de espaço. Apesar de novo em trabalhos científicos é recurso cada vez mais utilizado na comunicação entre as pessoas e o presente trabalho esteve atento às notícias e aos processos que essa via de coleta pode suscitar. No entanto, percebemos que os e-mails enviados em decorrência de indicação de outro profissional e que mencionavam essa indicação tiveram um melhor retorno, provavelmente por se estabelecer aí um sentimento de compromisso com a expectativa do colega que o indicou.

Verificamos que a dinamicidade e a fluidez favoráveis nesse tipo de comunicação pôde significar também a dificuldade na coleta de dados, haja vista o significativo número de e-mails não respondidos. Provavelmente porque essa mesma dinamicidade e fluidez de comunicação por vezes atropelam assuntos que exijam maior tempo e concentração – a exemplo de um questionário.

De todos os e-mails enviados, apenas 14% (oito participantes) deram retorno, respondendo ao questionário. Outro aspecto que merece ser destacado é que dos oito participantes apenas dois eram profissionais ligados – tradicional e convencionalmente - à saúde

mental: dois psicólogos, três enfermeiros, um dentista e dois médicos pediatras. Somado ao fato de que o modo de acessar os participantes ocorreu através de indicação de colegas (*snow ball*), isso mostra-nos que, reconhecidamente, as ações em saúde mental (ou pelo menos as referentes a álcool e outras drogas) estão sendo marcadas pela multidisciplinaridade.

Para a análise dos dados elegemos a Análise de Conteúdo que, conforme Minayo (2003, p. 74), visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto.

“(...) o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente).” A partir da decodificação das contribuições dos participantes, foi possível a sistematização de categorias que auxiliaram no objetivo do estudo.

Quanto aos aspectos éticos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido constou no próprio corpo do e-mail, juntamente com o instrumento e anteriormente a ele. Ele foi considerado aceito pelo participante na medida em que este retornou o e-mail, respondendo às perguntas do questionário. A pesquisadora responsabilizou-se pelo cuidado de enviar e-mails somente individuais, de modo que os endereços eletrônicos dos destinatários não ficassem vulneráveis a redes de contatos não solicitadas pelos participantes.

Políticas de Cuidado e Atenção Básica:

Sobre as interrogações que investigam a ética de um trabalho, consideramos que os espaços em uma UBS podem contribuir na desconstrução do “senso comum que encara todo usuário de drogas como aquele que é doente, requer internação, prisão ou absolvição” (BRASIL, 2004). Além disso, a resolutividade do trabalho na AB

romperia com a ideia de que somente sendo especialista se pode lidar com as especificidades, desconsiderando que as iniciativas devem ser desenvolvidas frente ao que se apresenta no cotidiano da comunidade. Incertezas fazem parte do processo de trabalho com qualquer temática de saúde. Ao serem admitidas, vividas e trabalhadas pela equipe, tornam-se ferramentas operadoras de qualificação do cuidado (CECCIM, 2005).

Deste modo, a AB segue sendo convocada a potencializar seu trabalho na questão das drogas – como parte da rede de serviços – justamente por ser cenário privilegiado e marcado pela complexidade da vida que nele circula. A UBS pertence à malha de relações de uma comunidade e, não só se faz mais próxima à vida local, como compõe o repertório dessa vida; suas intervenções se dão no território dos acontecimentos.

Para Merhy (2002) o entendimento sobre o que seja cura ou saúde é consequência de um cuidado, sendo este, então, o principal objetivo das equipes de saúde: desenvolver essa tecnologia leve de atenção, responsabilização e interesse pelo usuário. No limite, todo profissional de saúde é um cuidador, apesar de ainda haver uma supervalorização dos avanços tecnológicos e do saber em saúde, dimensão que contrasta com o desamparo nos serviços.

Pessoas que usam drogas – expressão sugerida pelo redutor de danos Denis Petuco (2007), que propôs desnaturalizar termos como usuário ou dependente, que circunscrevem toda a multiplicidade de uma existência a um único hábito. O uso de drogas muitas vezes não é central, mas é referido através desses termos convencionais, como se fosse; são estigmas identitários que produzem subjetividades reduzidas porque assim são vistas pelos profissionais de saúde, cientistas, direito, comunidade, família, etc. O termo usuário, então, se reservaria ao âmbito dos serviços do Sistema Único de Saúde – usuários do SUS.

Caponi (2003) nos lembra que no paradigma da saúde e da vida nem sempre consideramos que esses elementos pelos quais se configura o mal-estar podem ser mais estimulantes que a ausência

total de desafios e que, em alguns casos, representam uma escolha; esquecemos que, ao contrário de situações impostas (como a má distribuição de renda, alimentação deficiente, condições sanitárias precárias, analfabetismo), possa existir algo de desejável nessa busca do indivíduo. Caponi (2003) retoma ainda Canguilhem (1990) para definir *saúde*: possibilidade de enfrentar situações novas, mobilidade - segura ou tolerada – que se tem para lidar com as adversidades do meio. Enquanto isso, o *patológico* diz de um sentimento direto de sofrimento, de uma impotência diante da vida contrariada.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) estabelece a revisão e as diretrizes sobre normas e organização especificamente da rede básica de saúde e, mais uma vez, reitera o papel desse nível de assistência para o diagnóstico, a prevenção, a promoção, o tratamento e a reabilitação.

A Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004) tem a Redução de Danos como diretriz de trabalho, pois não se orienta exclusivamente pela abstinência, na medida em que reconhece as escolhas e a corresponsabilidade de cada pessoa. A Política entende a necessidade do fortalecimento de uma rede de atenção centrada na comunidade e na reforma psiquiátrica – CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas), PSF (Programa Saúde da Família), PACS (Programa Agente Comunitário de Saúde), PRD (Programa Redução de Danos) e UBS (Unidade Básica de Saúde)– que é apoiada por leitos psiquiátricos e clínicos em hospitais gerais.

Cuidado e Controle: encontros sociais entre Saúdes, Drogas e Liberdades.

Como as liberdades se atravessam em cada vivente no contemporâneo? Se ele recicla ou não o lixo, se adere ou não à greve ainda que com ameaça de corte de salário, se é a favor ou não da legalização da maconha, sua posição quanto a fumar em locais

fechados. Quantas pessoas frequentam seu Conselho Local de Saúde para participar das decisões referentes à sua UBS?

Notemos que uma liberdade de participação voltada aos interesses públicos recai, nos nossos tempos, prioritariamente sobre os direitos: de educação, de realizar casamento gay, de se ter terra, salário, de se usar drogas (Carvalho, 1998). Curiosamente, reivindicações indissociáveis de uma caminhada hedonista, moderna, individualista. Não é à toa que uma das campanhas do Ministério da Saúde seja “Álcool e outras drogas alteram os seus sentidos, mas nada altera seu direito à saúde”.

Como refere Vargas (1998), a experiência humana de se consumir drogas com propósitos não apenas medicamentosos é antiga, mas foi somente a nossa sociedade que declarou guerra a certas substâncias. Toda essa mobilização médico-criminal, que não existiu desde sempre e é bem datada, se deve ao fato de que nunca se consumiu tantas drogas – ilícitas ou não – como nos dias de hoje. Paradoxalmente, essa crescente e inédita repressão ao uso de drogas ilegais convive com a também crescente incitação ao consumo de drogas legais, desde o álcool e o café, até os anoréticos, esteroides e ansiolíticos. Há então, aos olhos da saúde, um consumo autorizado e outro não autorizado e, em ambos os casos, o pivô causal se dá em nome da saúde dos corpos, segundo o mesmo autor.

A relação drogas-saúde é potente quando não sucumbe ao mais simples e cômodo: instalar-se na dimensão exclusivamente destrutiva do consumo ou de enxergar apenas o êxtase da experiência. Pensar e planejar ações em saúde em relação às drogas é encarar e reconhecer o paradoxo que seu uso carrega, e entendimento de saúde como direito indica que o cuidado não deve ser confundido com controle.

Prevenção. O mesmo que prevenir, evitação de encontros. *Venir*, em espanhol; *vir*, em português. Prevenir, então, pode ser entendido aqui como uma forma de não permitir a experiência de se dar (TORTORELLI, 2006.), talvez pela possibilidade do confronto, uma das repercussões do encontro. Prevenir para antecipar de outro jeito a

fim de ter controle do acontecimento por medo do que ele possa disparar, interrompendo o imprevisível. Prevenir, não deixar vir. Como pensar agora os fenômenos da recaída e da frustração no trabalho junto a quem usa drogas?

Se nos propusermos a realmente acompanhar o desejo da pessoa que usa drogas e seu processo - seus momentos de falar sobre o que teme perder caso pare de usar, sobre o prazer de usar, seus medos e receios do que possa acontecer caso não consiga se reposicionar diante da droga, suas tentativas de repensar seu uso, seus rituais de consumo, suas quantidades e inclusive sua vontade de parar totalmente – talvez essa frustração possa tomar outras dimensões.

Diante da pessoa que está usando drogas e que, portanto, enfrenta uma série de complicações na vida social, amorosa e profissional é tentador para o profissional entrar na lógica de prescrição de condutas, que tem circulação tão tranquila entre os profissionais de saúde. Falamos tanto em autonomia ou promover a autonomia. Assim, é realmente um exercício trabalharmos com a noção de corresponsabilidade, fazendo-se possível um protagonismo de quem usa drogas com relação ao seu projeto terapêutico. A propósito, a abstinência é atingida por apenas 30% das pessoas que são internadas (BRASIL, 2004). E o que acontece com os outros 70%? Que tipo de atenção, de cuidado eles podem encontrar nos serviços?

Redução de Danos: *No te percas, tu sabes tu limite!*

O debate da corresponsabilização faz lembrar um festival de música ocorrido em Buenos Aires, no ano de 2008. Chamou a atenção o telão ao lado do palco que dizia: “no te percas, tu sabes tu limite!”, campanha bem diferente da brasileira “Diga não às drogas” (máxima encontrada no rodapé dos documentos de referência e contrarreferência do SUS). Isso produz um efeito diferente, tal qual um ato clínico capaz de provocar desvio e reposicionamento subjetivo, pois quando alguém diz: “*tu sabes o teu limite*”, imediatamente somos remetidos a um autoexame: “sei mesmo?” e logo, “qual é o meu

limite?”. Ter de se ocupar dessa resposta é bem diferente de toda uma equipe afirmando categoricamente que quem usa drogas não tem controle algum sobre seus atos, que se trata de uma doença e que a única via é a internação.

Corresponsabilizar o outro consigo é trabalho mais difícil e mais rigoroso do que as políticas que até 2004 executamos no Brasil, em que prevenção se torna sinônimo de “não faça isso nunca” e tratamento é igual a “pare para sempre”, segundo a fala de um dos participantes do Seminário “Outras palavras sobre o cuidado a pessoas que usam drogas” 2008, Porto Alegre. Por isso a necessidade de não ocupar esse papel superegóico e, em certo sentido, cômodo, por anular qualquer necessidade dos sujeitos pensarem sua implicação nos conflitos que vivem. Daí a importância de quem faz uso ocupar-se desse prazer, pensar seus desdobramentos no laço social, responsabilizar-se também pelo próprio projeto terapêutico se por isso optar.

Análise e Discussão dos Conteúdos:

“Já que se há de escrever, que pelo menos não se esmaguem com as palavras as entrelinhas”.

Clarice Lispector.

É justamente na aposta de que quanto mais palavras houver mais entrelinhas se produzirão, que se fundamenta a Análise de Conteúdo. Em conversa com Clarice, Minayo (2003) diria que como o analista de conteúdo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto, quanto mais palavras houver, mais entrelinhas se produzirão. Assim, trata-se de uma escuta ativa dos textos enviados pelos participantes no sentido de compreender a partir de uma leitura intensiva seus pontos de conexão, zonas de proximidade, diferenças, dissonâncias, mapeando saturações e delineamentos simbólicos; destacando, desta maneira, linhas e entrelinhas na direção dos objetivos desta pesquisa.

Sempre lembrando que essa projeção de sentidos que atribuímos às escritas dos participantes não é livre das bem-vindas “impurezas” da pesquisadora, na medida em que “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”. (MINAYO, 2003, p.17). O próprio surgimento da presente pesquisa se dá por inquietações, desconfortos, perguntas, encontros e afetos. Impurezas essas que poderiam ser reduzidas à ordem pessoal, mas que se despersonalizam quando buscam alteridades na orientação, nos colegas, na rede de cuidado, no diálogo com os autores e com os participantes da pesquisa.

É daí que se podem desfiar concepções de saúde, doença, atenção, cuidado, bem como os modos de estar e operar frente a alguns temas. Temos presente que não se trata de análises individuais, mas singulares (BIRMAN, 2000), na medida em que entendemos o discurso a ser analisado e desmembrado, não como de posse exclusiva do sujeito que o enuncia, mas como resultado de uma série de vetores sociais, históricos, ditos científicos, políticos, de formação, do mundo do trabalho, os quais se traduzem em maior ou menor passagem por algumas subjetividades. Optamos pelo exercício de categorizar questões que, mesmo admitindo negativas, pudessem apontar na direção de um possível.

Assim, a partir das contribuições dos participantes (representadas a seguir em *itálico*), da implicação da pesquisadora e de toda a retomada sobre o tema feita até então, se destacam – em todo corpo textual das respostas ao questionário - quatro temáticas que consideramos importantes pontos de análise. São elas: 1) Intervenção e Projeto Terapêutico Singular, 2) Estratégias potencializadoras do cuidado: como fazer possível? 3) Contravenção e 4) Atenção Básica à Saúde em Relação.

Intervenção e Projeto Terapêutico Singular:

Não estamos falando daquelas drogas que eu cansei de prescrever (“remedinhos” em geral...) mesmo para crianças pequenas. Nem mesmo do uso “não problemático” de álcool ou outros entorpecentes. Estamos falando de abuso, dependência e coisas afins, certo? Pois bem, (...) na maioria das vezes as in(ter)venções positivas foram construídas artesanalmente, caso a caso, situação a situação.

As noções de Intervenção e Projeto Terapêutico Singular se diferenciam, mas não se separam, pois se alternam e coabitam as ações de um mesmo profissional muitas vezes. No entanto, é oportuno sinalizar a diferença nos discursos dos participantes em relação a essas duas noções, pois remetem a um tipo de prática. Consideremos aqui a concepção dos profissionais: *como se referem ao fenômeno uso/abuso de álcool e outras drogas e como se relacionam com os sujeitos que encontram. O que buscam com suas práticas, para que adotam as estratégias que adotam, estas questões dizem da dimensão ética: em que interfere um agir? Que implicações teremos decorrente de tal prática?*

Esta intervenção (...) visa que o profissional da Atenção Básica consiga manejar melhor estas pessoas, sem necessitar encaminhar para outro serviço, e também busque motivar o usuário a se manter em abstinência.

O verbete Intervenção – Dicionário Aurélio (1998) – significa “1. Ato de intervir; interferência. 2. Operação. 3. Interferência do poder central em qualquer unidade da União.” Intervir, por sua vez: 1. “Meter-se de permeio”. A palavra Intervenção, escolhida aqui para nomear uma categoria de análise, carrega consigo uma noção de operação vertical de um agente externo que, a partir da sua análise,

produz um entendimento e, mediado por uma relação de poder tensiona para um novo arranjo que atenda melhor às suas expectativas. Esse fragmento nos traz muitas possibilidades de leituras que terão sequência na quarta categoria: Atenção Básica em Relação.

Inicialmente, trabalhávamos com o conceito de abstinência, com o passar dos anos, passamos a rever nossos conceitos e trabalhávamos com a delimitação do objetivo individual que cada um dos usuários se propunha a alcançar. O mais importante era a expectativa que o próprio usuário tinha em relação a sua saúde, entendendo saúde em seu conceito ampliado. Procurávamos encontrar conjuntamente, novas formas de significar a droga na vida da pessoa e o afeto associado ao uso.

Aqui, nos é contado de que forma a equipe realizou uma torção conceitual: no momento em que se amplia o que se entende por saúde e suas possibilidades, se singulariza o fenômeno saúde/doença que passa a não mais exigir uma resposta única, como a abstinência.

O Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2009) é um conjunto de propostas terapêuticas (geralmente vinculado à saúde mental) pensadas por uma equipe multidisciplinar em articulação com o sujeito (individual ou coletivo) que faz uso do serviço de saúde. É estratégia que só pode ser pensada se há um bom vínculo e, portanto, uma boa margem para negociação e capacidade constante de se recriar o projeto se percebida essa necessidade.

Para isso, a equipe precisa estar em constante diálogo e reposicionamento se assim for avaliado; o apoio matricial (CAMPOS & DOMITTI, 2007) à equipe de referência pode ser de grande ajuda nesse processo, na medida em que propõe a reorganização dos serviços e da gestão do cuidado a partir da corresponsabilização e da complementaridade ao modelo da referência/contrarreferência, oferecendo retaguarda assistencial e apoio técnico pedagógico às equipes de referência. O apoio matricial é recurso transversal que

assume a impossibilidade de algum profissional, por mais especialista ou generalista que seja, saber o que e como fazer diante de todas as situações que vão se apresentar.

Aposta-se no potencial protagonista que cada pessoa tem para mudar sua relação com a vida, estando esse ator em construção permanente e exigindo da equipe um exercício de abertura ao imprevisível. “O caminho do usuário é somente dele, e é ele quem dirá se e quando quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde” (BRASIL, 2009); trata-se, então, de fazer junto com o outro e não para/pelo o outro. Essa é uma estratégia que deve contar com a figura do técnico de referência:

Iniciamos com a definição de dois técnicos de referência para a organização dos planos terapêuticos com os UD's [Usuários de Drogas] - uma técnica de enfermagem e um enfermeiro. Esta escolha se deu pela maior "abertura" destes à esta abordagem e também pelo desejo destes de experienciar novas possibilidades (clínica aberta) de cuidados aos UD's. Com o passar do tempo, novos trabalhadores se colocaram como técnicos de referência - estratégia que aumenta as possibilidades de vínculo, de responsabilização. Vale destacar que a definição de técnico de referência não é burocrático-administrativa, mas construída na relação com os usuários, conforme as afinidades, empatias e sensibilidades de cada um.

Estratégias Potencializadoras do Cuidado: como fazer/tornar possível?

Não sendo o nosso objetivo ruminar as dificuldades e impedimentos das práticas, guiamo-nos pelas possibilidades. Temos a intenção de afirmar e não de apontar as faltas, os não-acontecimentos. Acreditamos, porém tratar-se de colocar ênfase,

potencializar forças ativas para que elas reverberem, engendrem ainda outras possibilidades.

Havia muita resistência (...) o cenário muda. Um exemplo, sinalizador das mudanças, é o início do acompanhamento homeopático de UD na própria unidade e o programa semanal na Rádio Comunitária, recém-iniciado.

A participação de redutores de danos em reuniões de equipe disparara os primeiros "incômodos".

Levantamento de casos (...) indicação dos Agentes Comunitários de Saúde; divulgação de cartazes com a seguinte afirmação: "Saúde é direito de todos. Quem usa drogas também tem direito". Procure fulano e ciclana (técnicos de referência) na unidade de saúde... Esta foi a principal forma de "divulgação" da ESF como possibilidade de cuidados aos UDs.

(...) Acredito que a sensibilização de toda a equipe para a importância das ações frente a esta problemática. Não foi fácil "trazer a equipe para perto".

Fui, insistentemente, trazendo o tema em discussões de equipe, agendando interconsultas, pedindo parcerias, fazendo capacitações para a equipe, o que foi fazendo com que as pessoas fossem lentamente desmistificando alguns conceitos e "comprando" esta nova ideia, de acolhida aos usuários e seus familiares.

Os fragmentos acima representam também outros trechos não destacados aqui. São trabalhadores que viram necessário, antes de tudo, um processo junto às suas equipes que denominaram

“sensibilização”. Aos poucos, o *como fazer* dessa sensibilização vai se traduzindo para o que entendemos por Educação Permanente. Avisamos de antemão ao leitor que, nessa categoria, denominada por nós de *Como fazer possível*, não iremos poupar fragmentos trazidos pelos participantes, e fazemos o convite para a razão desse trabalho: as possibilidades.

Interessante essa pergunta, porque fui me lembrando da prática com tristeza, pensando “mas que merda, esse troço não tem jeito mesmo”. É muito difícil trabalhar num sistema que não te dá ferramentas pra exercer o teu trabalho de forma digna, que não tá preocupado com as reais necessidades de saúde das pessoas e usa o discurso de equidade para a prática descarada da iniquidade. Acho que a questão do uso de drogas vai continuar sendo tratada como um problema, mas no entendimento de “problema” de quem não tem noção da realidade e, por isso, as pessoas vão continuar com as suas necessidades de saúde – pensando na saúde - desassistidas por mais muito tempo.

Merhy (2009) nos lembra: quando os trabalhadores não se sentem participantes da gestão do cuidado, há uma forte tendência em culpar o chefe, o sistema e demais instâncias que representam o poder deliberativo do qual efetivamente ele não faz parte e tem pouco acesso. Essa participação real nos espaços coletivos de decisão é apontada como fundamental para realização pessoal e profissional do trabalhador. A partir do fragmento, podemos pensar em algumas questões: em que espaços, na Unidade, se conversa sobre a circulação de afetos entre usuários e equipes e como essa subjetividade é levada em conta nos processos de gestão do cuidado? Existe democratização e publicização dos processos decisórios? Seguimos por outros possíveis.

Inicialmente uma escuta, que poderia ser ao próprio usuário ou ao familiar que vinha buscar ajuda. Alguns casos atendíamos em terapia de família, em coterapia com outros profissionais da equipe, das diversas áreas da saúde. Fazíamos visitas domiciliares e o encaminhamento ao grupo de dependentes químicos, que chamávamos de GADEQUIM, ou seja, grupo de apoio a dependentes químicos... Uma atividade que considero de suma importância era o acesso à rede de apoio intra e extra familiar.

(...) as equipes – e eu me incluo – têm um mínimo pra dar conta desta demanda, além de ter pouco espaço na agenda para discussão franca dos assuntos relacionados ao uso de drogas. Não existem ações programáticas a esse respeito.

(...) muitas das intervenções eram "espontaneístas" - sustentadas no referencial da saúde coletiva, de um "saber militante", mas não sistematizado pela equipe. Entretanto, entendo que nesta falta de planejamento e avaliação, pelo menos não fomos capturados por planejamentos normativos, burocratizados.

Sobre os últimos recortes, se insinua uma questão: seria interessante ter uma ação programática específica para álcool e outras drogas no primeiro nível de atenção? As intervenções em AB são marcadas por conselhos, ações programáticas e urgência em se elaborar projetos, um “ter de dar conta” marcado pela captação e resolução de problemas na velocidade dos acontecimentos. Entretanto, também na escuta de AB é necessário um espaço para o vazio, para outro tempo, para a não pressa, condição para o usuário ir trazendo os significados, os sentidos e as iniciativas (CAMPOS, 2009). Para os trabalhadores da AB, a ação programática traz consigo uma

ambiguidade: ao mesmo tempo em que é vista como pedido vertical que muitas vezes passa por cima da autonomia dos profissionais e da realidade local para eleger as necessidades de saúde da comunidade, é vista também como uma ancoragem diante de uma problemática, uma vez que vem acompanhada de orientações, protocolos e respaldo para incluí-la na agenda como prioridade.

Estou com muitas dificuldades, não sei como trabalhar, estou com muitas dúvidas, pois acho um tema difícil para trabalhar, pois não saímos preparados para este trabalho da Universidade.

De todos os modos, a construção de um vazão se faz necessária também ao trabalhador de saúde, perguntas que tenham um espaço possível e cotidiano de circulação de dúvidas, ansiedades, valores, ideias. Abertura, inclusive para críticas entre a equipe, condição para a revisão dos objetivos através de uma aprendizagem significativa concatenada ao desenvolvimento profissional e institucional. Propostas que não devem ser pensadas de cima para baixo, que problematizam as realidades locais, envolvendo diferentes segmentos e atores: nisso consiste a Educação Permanente, dimensão inseparável do mundo do trabalho tanto na gestão como na produção de cuidado à saúde (BRASIL, 2005).

Constituímos um espaço permanente de encontro de escolas, instituições religiosas (...), CAPS AD, Redução de Danos, coordenação de saúde mental da SMS, Equipe de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde com território contíguo, Associação Comunitária, Pastoral da Criança, Conselho Tutelar, CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) e pessoas sem vínculos institucionais.

Na Intersetorialidade, mais possíveis...

(...) grupo do Centro de Referência de Redução de Danos da Escola de Saúde Pública.

Uma trabalhadora, técnica de enfermagem, têm liberação de carga horária para realizar curso de formação em Terapia Comunitária.

Redutores de Danos do município de Gravataí combinam e realizam intervenções em conjunto com trabalhadores da Equipe de Saúde da Família - oportunidade de formação em serviço

Oficinas de sensibilização de professores e discussão das responsabilidades desta instituição.

A disponibilidade e preparo da equipe de saúde mental em capacitar as equipes e o gestor, a boa escuta do Secretário de Saúde acolhendo as indicações de fortalecer a rede como um todo e não só aumentar os leitos hospitalares a coordenação da atenção primária por entender que este é um problema importante, ou seja equipe capacitada e gestor disposto a ouvir os técnicos.

Contravenção

Ser humano é ser trajeto.

Paul Virilio

Partamos da seguinte disposição estabelecida: “não usar drogas é condição para a boa saúde”. Disposição essa desenvolvida pela construção histórica da saúde pública em intersecção com diversos outros setores. A nomenclatura “contravenção”, aqui, nos serve como ideia de torção, como forma de transgressão a outras disposições estabelecidas, noção que nos faz um convite a sair das prescrições. Contravenção enquanto operadora de movimento na

contraversão hegemônica, na outra-versão, sem a necessidade de se recorrer ao polo da ilegalidade para sustentar um encontro singular entre profissional e usuário.

A ilegalidade interdita, silencia: define regras sobre quem pode abordar, como, onde(...).

(...)a ilegalidade "atrapalha".

A ilegalidade faz com que o assunto não possa ser tratado em espaços formais, dificulta a aproximação do usuário ao serviço de saúde pelo medo relacionado às consequências de se estar "infringindo a lei", dificulta o acompanhamento domiciliar porque os profissionais se sentem amedrontados ("batidas" policiais não são incomuns nas comunidades). Quanto menos se fala no assunto, menos problemas!

Definimos como moral tudo aquilo que se encontra no registro das normas, regras, costumes, noção de bem e mal. Já a ética é uma reflexão acerca das normas vigentes e não pode ser encontrada em códigos ou leis (MEDEIROS, 2002). Ser ético não significa simplesmente cumprir o que manda a lei, mas problematizar, refletir sobre normas, sejam elas sustentadas por hábitos ou por leis do Estado. A maneira como se concebe a ilegalidade no contexto da saúde acaba por provocar uma infração grave: rouba da ABS a particularidade do território e seus caminhos de acesso.

A ilegalidade é uma barreira a mais. É uma barreira para o usuário chegar ao serviço, trazer o seu problema e pedir ajuda. É uma barreira – real e simbólica – para o profissional de saúde e a equipe lidarem com o problema do usuário. Ilegalidade lembra crime, que lembra julgamento, que lembra punição... e tudo isto não lembra saúde.

A ilegalidade aqui é dada como barreira real e simbólica. Quais as repercussões desse sentimento? A partir do momento em que a impossibilidade de circulação assombra os encontros entre profissionais e usuários do SUS, é posta em cheque toda a potência do território já mencionada (trata-se de *posto de saúde*, não de *polícia*.) se vê ameaçada. A AB é convocada a potencializar seu trabalho na questão das drogas – como parte da rede de serviços – justamente por ser cenário privilegiado e marcado pela complexidade da vida que nele circula. A UBS pertence à malha de relações de uma comunidade, não só se faz mais próxima à vida local como compõe o repertório dessa vida; suas práticas se dão no território dos acontecimentos e a ilicitude parece ser tomada como impossibilidade.

Encontramos a seguir um fazer ético (ou seja, de determinadas repercussões) que busca desvio do bloqueio de passagem, ao mesmo tempo em que afirma o direito do usuário de drogas de ser usuário dos serviços de saúde: em mais de um relato a questão da ilegalidade tem suas repercussões entre as pessoas que usam álcool e outras drogas.

Oportunizar a essa clientela acesso aos demais recursos disponibilizados pela UBS. (Pergunta da revisora: Por que a frase acima está diferenciada, é um está subtítulo?)

Mais sobre ilegalidade, transgressão, contravenção; agora, no sentido de queda de disposições estabelecidas, que possibilita ir além da mera aceitação de regras e normas (dimensão moral), quebra decorrente de uma reflexão crítica sobre as mesmas:

O que tornou possível as ações? A informalidade; uma vez que a gestão municipal tinha postura centralizadora, e proibia o contato com qualquer outro secretaria ou setor sem a prévia autorização do Secretário Municipal de Saúde. Orientação que a equipe ignorou, até ter dado "corpo" às iniciativas e ter acumulado força na rede de relações institucionais que se formou (Associação Comunitária, escolas, conselho tutelar, serviço da Assistência Social, Pastoral da Criança, apoiadores

não vinculados às instituições, entre outros). Neste sentido, por exemplo, foi viabilizado um programa na Rádio Comunitária.

A questão da ilegalidade entre as pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas:

Sentia uma dificuldade entre os próprios usuários do grupo. Parecia que os alcoolistas, consideravam os usuários de drogas ilícitas, como "delinquentes, ou marginais"(...)

Poderíamos reduzir essa problemática ao pragmatismo de decidir agrupar ou não os que fazem uso de álcool com os que fazem uso de outra substância. Ou poderíamos dar prolongamento a esse debate e perguntar sobre as razões pelas quais ocorre tal fenômeno. Por que se abram as relações entre usuários de álcool e os usuários de outras drogas? “Delinquentes”, “marginais” são construções exclusivas dos usuários de álcool? Seria objetivo de um grupo colocar em análise os estigmas? Pensar então num grupo híbrido ou não, agora parece ganhar outro sentido.

Atenção Básica em Relação:

Um "sinalizador" da desarticulação é a forma de registro e arquivo dos (prontuários) no CAPS AD: não tem qualquer registro sobre a unidade básica de referência.

Em relação sempre se está, mas que tipo de relação a AB está estabelecendo com outros serviços e setores? Se há o predomínio de uma articulação piramidal, isso significa dizer que há muitos com pouco poder e muita responsabilidade. Se o que predomina é uma articulação em rede, as relações são marcadas pela interdependência e nenhum ponto da rede é central ou principal, os efeitos são

compartilhados e a comunicação (fluxos em todas as direções e sentidos) é intensa.

Esta intervenção (...) visa que o profissional da Atenção Básica consiga manejar melhor estas pessoas, sem necessitar encaminhar para outro serviço, e também busque motivar o usuário a se manter em abstinência.

Interessante observar nesse recorte que certa verticalidade não só se encontra presente na expectativa de uma *intervenção* que *dê conta* de um *manejo*, como também na menção ao (curto) circuito referência/contrarreferência, modelo que pressupõe uma organização piramidal do cuidado se exclusivamente adotado. Não seria por essa razão que o profissional em questão pensa em uma estratégia que não coloque em risco o contato, o vínculo com os usuários do serviço? No recorte abaixo, o pedido é pela capacitação, que segue num formato mais convencional de aprendizagem através da transmissão de um conhecimento que daria conta de um não saber.

Há mais ou menos 2 meses um novo serviço foi inaugurado no mesmo prédio do nosso posto, e estamos pensando em realizar uma aproximação maior dos profissionais deste CAPS com os profissionais da Atenção Básica, para que estes tenham uma maior capacitação.

O apoio pedagógico, no entanto, diferente da proposta de capacitações se constitui justamente a partir do não saber em sua constante e infindável reformulação diante do cotidiano. O apoio não vem com a promessa de vencer um conteúdo, mas sim de incitá-lo, de provocar seu advento a partir, principalmente, das trocas.

Os usuários dependentes de drogas são, na grande maioria das vezes, encaminhados para o CAPS AD.

Infelizmente não temos uma adequada articulação entre os serviços que visem a continuidade do tratamento destas pessoas (por ex. o usuário é encaminhado e não ficamos sabendo como está evoluindo o caso.)

Mesmo quando há serviços substitutivos (ao recurso da internação), não temos garantia de que a rede será vibrátil. Ainda se espera pacientemente pela eficiência da referência e contrarreferência. Em outras experiências a estratégia adotada é outra, na medida em que o estreitamento das relações entre os serviços priorizam o vínculo, a continuidade e a instrumentalização a partir da prática, elementos que introduzem o fazer do apoio matricial:

Creio que "pensar" nesta ação foi possível pela proximidade com o CAPS, pela boa vontade demonstrada nos contatos iniciais com os profissionais do CAPS, e também por já termos um Grupo de Trabalho em Saúde Mental composto por profissionais da nossa própria UBS e de profissionais do CAIS Mental, que ha mais de 1 ano se reúne regularmente buscando estratégias de melhorar o acesso das pessoas com sofrimento mental da nossa UBS.

Desfecho:

A incursão sobre o tema álcool e outras drogas teve um de seus inícios com o relato de um impossível – o desabafo de um médico que parecia um tanto solitário na tarefa de ter que lidar com o imprevisível das consultas de saúde mental. Tendo ele (o médico do desabafo e o médico enquanto categoria) o poder de prescrever substâncias psicoativas, não raro ocupa um lugar paradoxal na equipe: ora são os colegas, que, diante dos impasses de casos-limites, delegam ao médico todos os poderes de decisão sobre o caso, ora esse mesmo médico é

acusado de reduzir o cuidado a uma mera camisa-de-força química. Esses dois fenômenos costumam coexistir nas relações de saúde e versam na lógica da não corresponsabilidade.

Contudo, o resgate de práticas, submetidas à Análise de Conteúdo, levou-nos a considerar principalmente o Projeto Terapêutico Singular, a Educação Permanente, a Ação Intersetorial e o Apoio Matricial como sugestões de ferramentas que se orientam para a possibilidade de cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas na ABS.

É importante que a tensão entre promoção e reabilitação paire sobre o profissional da AB, como um alerta constante para que o trabalho não tenha como foco a doença e sim o usuário e seu processo saúde-adoecimento numa concepção mais ampla. Ser mais itinerante, explorar outros territórios e possibilidades que não somente a Unidade e a problemática das drogas. Em outras palavras, seria interessante colocar mais potência na exploração de espaços culturais, profissionais e de lazer.

Faz-se necessário ver de onde vêm as perguntas que sempre fazemos para entender as respostas e práticas de que sempre lançamos mão. Produção de conhecimento impossível sem o *outro*, o *mesmo* fenômeno, *diferentes* autores, *novos* colegas-participantes. Na medida em que se afirma a possibilidade, se assume um compromisso com os novos e inevitáveis problemas, mas que vê nas entrelinhas um possível que não se amortece.

Referências

Birman, J. (2000). O signo e seus excessos: a clínica em Deleuze. In: Alliez, É. (Org.) *Gilles Deleuze: uma vida filosófica* (pp. 463-478). São Paulo: Ed. 34.

Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2004). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. A Política Nacional de Atenção Básica, Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006.

Brasil. Ministério da Saúde; Lei orgânica da Saúde 8080 de 19/09/1990. Disponível em <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A Educação Permanente entra na Roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, 2005.

Boletim Saúde para Todos. Ano I, edição número 10, abril de 2006. Endereço eletrônico:[http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/docs/Boletim Saude Para Todos 2006 10.pdf](http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/docs/Boletim_Saude_Para_Todos_2006_10.pdf)

Canguilhem, G. (1990). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Campos, G. W. S. e Domitti, A.C. (2007) *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, Fevereiro, Vol.23, Nº.2.

Campos, G.W.S (2000). *Método para Análise e Co-gestão de Coletivos*, Um 1ªed. São Paulo: Hucitec.

Caponi S. (2003). A saúde como abertura ao risco. Em Czeresnia D., Freitas C.M., (Orgs), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. p. 55-77). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Carvalho, J. M. (1998). *A formação das almas: o imaginário da República no Brasil*. 5. ed. São Paulo: Companhia das Letras.

Ceccim RB 2005. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 9(16):161-177. .

Lispector, C. (1998). *A paixão segundo G.H.* Rio de Janeiro: Rocco.

Cunha GT. (2005) *A clínica ampliada na atenção primária*. São Paulo: Hucitec.

Deleuze, G. (1988). *Foucault*. São Paulo, Brasiliense.

Ferreira, A. B. H., Novo Dicionário (Aurélio) da Língua Portuguesa, 2.^a edição revista e ampliada, Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1986.

Kehl, M.R. (2002). *Sobre ética e Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.

Kinoshita, R. T. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. Em Pitta A. M. F.(org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, Hucitec.

Lancetti, A. (2001) Saúde mental nas entranhas da metrópole. *Saúde e Loucura* 7. São Paulo: Hucitec, 11-52.

Medeiros, G. A. (2002). *Por uma ética na saúde: algumas reflexões sobre a ética e o ser ético na atuação do psicólogo*. *Psicol. cienc. prof.*, mar. 2002, vol.22, no.1, 30-37.

Merhy, E. E. (2002). Ato de cuidar a alma dos serviços de saúde. Em Merhy, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC.

Merhy, E. E. e Onocko R. (orgs.) (1997). *Agir em saúde, um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: HUCITEC/LUGAR EDITORIAL.

Minayo, M.C. de S. (org.), (2003). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes.

Paiva, V.L.M.O. (2004). E-mail: um novo gênero textual. In: Marcuschi, L.A. & Xavier, A.C. (Orgs.) *Hipertextos e gêneros digitais* (pp.68-90). Rio de Janeiro: Lucerna.

Petucco, Denis (2007). Nem usuário, nem dependente: por uma nova definição. Conteúdo da página: *Redução de Danos, Educação e Saúde*. Disponível em <http://www.denispetuco.com.br/>. Acesso em 01 de nov. 2009.

Piccolo, F. D. (2001). *“Se deixar a droga levar...”*: Um estudo sobre as trajetórias sociais de usuários de drogas em uma vila de Porto Alegre. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade federal do Rio Grande do Sul . Porto Alegre, RS.

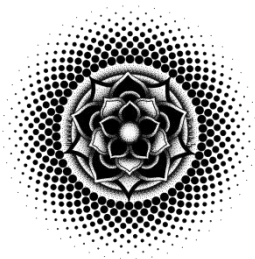
Rauter, C. (2003). *Criminologia e Subjetividade no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan.

Rolnik, S. (2006). *Cartografia Sentimental*. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS.

Tortorelli, A. (2006). Conferência realizada no *V Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos* realizado em Buenos Aires, de 16 a 19 de novembro de 2006.

Vargas, E. V. (1998). Os Corpos Intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. Em Duarte L.F.D. & Leal O.F. *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Virilio, Paul. (2006). Em Eichenberg, F. *Entre Aspas: diálogos contemporâneos*. São Paulo: Globo.



Capítulo XI

O CHEIRO DA RUA: Intervenções e invenções nas ruas de Porto Alegre.

Carmen Lúcia Paz, Mateus Freitas Cunda

É pedra, é porre, é o perfume e o brilho, é a cana no bafo, é a merda vizinha. São silhuetas, são corpos no meio do caminho, são lampejos da rua, são cheiros invisíveis. As avenidas preenchidas pelos fluxos dos veículos que ligam um ponto ao outro pertence aos apressados. Quem, na borda, assiste ao espetáculo, resta com as narinas cheias do combustível queimado, dos pneus e freios desgastados. Além dos narizes, os ouvidos ficam plenos de buzina e motor, o paladar pasteurizado, os olhos cegos pelas luzes e pela velocidade.

À margem, a vida acompanha o fluxo de intensidades em euforias e orgias, em farras e farrapos, em medos e vícios. No efeito da invisibilidade, identidades se edificam e se constrói uma vida em comunidade. Ainda que poucos escutem, pode-se falar alto, bradar, xingar, cantar e rodar a baiana. A bebida se serve farta, a pedra de crack se fuma com a cerimônia necessária dos cachimbos, o corpo fica exposto à cidade de modo íntimo. Poucos veem. Melhor dizendo: não é desejável vê-los. Mas seus cheiros atravessam o passeio, seus corpos exalam uma vida rueira, uma identidade íntima da cidade. Desse encontro com a rua, brotam questões.

Qual a beleza que encanta o juiz-clérigo-empresário que avança as ruas do centro da cidade em busca de um colo perfumado, de um prazer depravado? A quem ele procura? Que relação íntima ele

encontra naquele esconderijo da cidade? Um corpo perfuma a cidade, impregna os sentidos e altera o fluxo do gozo.

O que tem a dizer o mesmo senhor ao encontrar as fezes frescas de um morador de rua em frente ao seu comércio no início da manhã? De onde vieram? Quem seria o proprietário do pacote? Para qual endereço remeter? A merda para o movimento e muda o fluxo do capital.

Em meio a esses odores, o cheiro das drogas é componente cotidiano da rua e, neste artigo, junto com o perfume e a merda, será também posto no ventilador. São odores-demanda, são ofertas de cheiro. As narinas, em resposta, propõem indagações sobre as formas de negociação com os clientes/usuários, sobre o enquadre das categorias *profissional do sexo* e *população em situação de rua*, sobre o acesso desse público às políticas públicas, sobre, enfim, duas experiências de intervenções ruelas que o acaso da Rede Multicêntrica fez aproximar: o Núcleo de Estudos da Prostituição e o Serviço de Abordagem Social.

Demandas entrecruzadas:

O telefone toca no Centro de Referência Especializado de Assistência Social e a voz chega nervosa, ansiosa: “tem uma pessoa na frente da minha casa há dois dias”. E você já tentou algum contato com ela? – se ousa perguntar. “Eu? Isso não é assunto meu. Quando vocês vêm?” O profissional olha a agenda, calcula que pode demorar até a equipe se deslocar ao local. “Mas que demora! Eu pago impostos, tenho direito de ter minha calçada limpa!” O interlocutor toma o ar, suspira o cheiro de café da mesa e pergunta como é o perfil da pessoa, idade aproximada, características gerais: “é um vagabundo, usa droga todo dia, como vou saber? E agora ainda caga e mijá! O fedor ninguém aguenta”. Com um pouco de memória olfativa, o ouvinte consegue imaginar o cheiro acre de urina e cachaça, misturado com tons de fumaça e óleo diesel da rua. Esse é o cenário

da intervenção. “Guardamos seu contato, vamos falar com esta pessoa, depois conversamos, tenha um bom dia”.

A equipe de Abordagem Social já está acostumada com a demanda de higienização, são solicitações costumeiras das grandes avenidas. Surge um intruso no caminho seguro da cidade, um cheiro que invade a propriedade e logo a Kombi do CREAS parte para negociar a situação do ruelle e do proprietário do espaço. O demandante defende seu território, o morador da rua também: a equipe defende uma política de garantia de direitos para ambos. Há um mal entendido sobre o papel que a Assistência Social ocupa na cena: “- Mas vocês não vão levá-lo?” Vê-se que a conversa pode ser longa.

Na outra rua, o corpo defende seu charme. “Nós não queremos saber o número do CPF dele, não queremos que a relação dure para além do sexo”. Quanto mais rápido, melhor: tempo é dinheiro, diz o outro. Nesse acordo, o cliente fica vendido às suas vontades, realiza fantasias que não cabem nas roupas comuns: vestir uma calcinha, ficar de quatro, inverter os papéis, ter o cu manipulado. Não só o corpo, a prostituta trabalha a mente humana. Nessa demanda, entre habilidades de escuta e de exortação dos prazeres, se estabelece a profissional do sexo, com a oferta de corpos quentes e acolhedores, sorrisos doces e molhados.

Os clientes podem ser fixos ou esporádicos, o prazer varia em possibilidades de gozo, o mercado é frenético. A demanda vem complexa, mas trata-se, como produto, de ter um gozo final. O comércio durante o dia funciona como qualquer outro. Entre os hábitos corriqueiros do dia, uma passada no banco, uma ida ao correio, uma cruzada pela praça e a oferta encanta, sobretudo, aos trabalhadores de baixa renda. Já à noite, quando as lojas fecham e a penumbra avança, o comércio sexual é um dos principais produtos, quando se pode pegar peixes do alto escalão, endinheirados: políticos, empresários, gente da televisão, juizes, pessoas ligadas ao crime organizado. A oferta também muda, há mais espaço para travestis e homossexuais. A noite adensa a cena, torna-se mágica e obscura.

Além das ruas, o comércio se espalha em salas, boates, inferninhos, etc. Entre a negociação e o desfecho, há uma cidade em pulso, há química dos cheiros nas veias, há um desejo e há uma profissional. Há, na última linha, a membrana fina do preservativo, que guarda o esperma do corpo.

Por incrível que pareça, ainda existem casos de clientes (muitos!) que querem fazer uma relação sem preservativo, dizem: “tu é uma mulher limpinha, eu sou um homem casado, não tem perigo...”. Em todo caso, há sempre possibilidade de negociar, de driblar a resistência inicial e excitar o cliente até o ponto em que o tabu já não seja importante. “Toda a relação é com camisinha, meu anjo” e todo gozo é possível. Há muitos modos de satisfazer a demanda e com ela, ao mesmo tempo, proteger o corpo e o negócio.

Da penumbra das praças às luzes multicoloridas das boates, o Núcleo de Estudos da Prostituição – NEP – aborda, informa e orienta as prostitutas no tangente às violências, no cuidado à saúde, na afirmação da profissão. Então são bilhetes, recados, piscadas de olho, oficinas e grupos que se colocam entre a força dos perfumes e os estigmas de uma cidade, com o intuito de garantir a cidadania das profissionais e o fortalecimento da categoria.

O NEP trabalha para a assunção da prostituta como protagonista e não como vítima, tirando-a da invisibilidade das relações de trabalho. Afirma, por outro lado, a visibilidade de seus encantos e a apropriação desse poder para afirmar um campo de trabalho: só é prostituta quem assume e quem gosta de ser, quem não gosta acaba fazendo um trabalho descuidado, como em qualquer outra profissão, e desgasta a classe.

Políticas e ações para as profissionais do sexo:

A ocupação de profissional do sexo, conhecida como a mais antiga das profissões, foi reconhecida no Brasil pelo Ministério do Trabalho e do Emprego somente em 2002. Mesmo com a conquista, a profissão apresenta condições de trabalho muitas vezes desiguais,

exploratórias, violentas. Com tal situação, o acesso aos direitos fundamentais fica sobreposto pelos estigmas concernentes à prostituição, que atrelam o trabalho à criminalidade, ao uso de drogas, às doenças sexualmente transmissíveis, afastando a profissional de um olhar de cuidado, tornando invisíveis as violências que sofrem.

A luta para a melhoria nas condições de trabalho iniciou ainda na década de 1970, e o cume do movimento ocorreu em 1987 com o I Encontro Nacional de Prostitutas, tendo eixos de discussão em torno da criação de associações de prostitutas e definição de estratégias para combater a violência policial (GERSHON, 2006).

Nesse período, surgiu em Porto Alegre o NEP - Núcleo de Estudos da Prostituição: uma organização da sociedade civil que atua junto às profissionais do sexo na capital e em outras cidades do Rio Grande do Sul. A iniciativa veio de um grupo de pessoas, entre elas, Tina Taborda Rovira - que permanece até hoje na instituição - que se reuniu para formar uma associação da categoria. Entre as ações, estava articular e organizar estratégias contra violência policial da época, pela busca da cidadania, no incentivo à autoestima e à saúde integral.

(...) Desde 1989, um grupo de prostitutas está zelando pela saúde e bem-estar de colegas e clientes. Oferecendo atendimento social e cuidados médicos, distribuindo camisinhas e desmontando preconceitos, elas viraram o jogo nas esquinas da capital gaúcha (MACCA, 2004, p. 28).

A luta é cotidiana. Um dos estigmas mais presentes com as prostitutas é a associação entre a prostituição e o contágio do HIV. No Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da epidemia da AIDS e outras DST (BRASIL, 2007), que contempla as profissionais do sexo entre o público que pretende abranger, o combate ao estigma e à violação dos direitos humanos é uma ação estratégica e fundamental do plano:

(...) Historicamente grupos organizados de mulheres representantes do movimento feminista, do movimento de prostitutas, do movimento de lésbicas e do movimento de pessoas vivendo com HIV/Aids, entre outros, estiveram sempre presentes na luta pelos direitos das mulheres. A união dos diferentes movimentos em prol da realização das ações previstas no Plano possibilitará a redução do estigma, o fortalecimento da articulação intersetorial e, por conseguinte a promoção do acesso aos dispositivos sociais necessários para o exercício da cidadania (BRASIL, 2007, p. 18).

Em uma versão revisada (BRASIL, 2011), o Plano apresenta uma agenda afirmativa para as mulheres prostitutas, contendo 34 ações estratégicas. A primeira delas refere-se à

“(...) consideração dos contextos de vulnerabilidade em sua amplitude, quando se tratar do tema prostituição, evitando uma identificação simplista entre o exercício da prostituição e uma maior vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS” (pág.48).

Assim, os fatores principais de exposição ao HIV são “aspectos advindos das relações afetivas e sociais”, não sendo a realidade do grupo das profissionais do sexo diferente de outros grupos populacionais. Esses simplismos trazem uma visibilidade indesejável à prostituta. Para o NEP, o que se deseja é garantir os direitos fundamentais inerentes a qualquer pessoa. O Núcleo não trabalha com o foco na AIDS e sim na saúde integral da mulher, não deseja uma política específica para as prostitutas, mas políticas públicas de qualidade que respeitem a diversidade da população e o profissionalismo de qualquer categoria.

Nesse sentido, o NEP atua diretamente junto à Promotoria de Direitos Humanos para a garantia da cidadania independente da

profissão da mulher, lidando com situações de violação de direitos pelo simples fato da profissão, bem como atua junto aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde da Mulher e de Direitos Humanos na construção de projetos de intervenção.

Alguns exemplos desses trabalhos foram os projetos *Mulher no Ponto*: educação em saúde e direitos para mulheres profissionais do sexo e seus parceiros; *Mulher Cidadã*: atividades de reinserção social de profissionais do sexo em suas comunidades de origem; *Mulher Experta*: trabalho educativo-preventivo com profissionais soropositivas; *Esquina na noite*: capacitação de 13 organizações da região sul do Brasil para criação de projetos em municípios; *Damas da Prevenção*: capacitação de profissionais do sexo como multiplicadoras de informações sobre o uso de drogas; *Tenda dos Desejos*: intervenção com barracas para informação e distribuição de preservativos em novos territórios de prostituição em Porto Alegre.

Além disso, o NEP integra a Rede Brasileira de Prostitutas, cuja Carta de Princípios, produzida no IV Encontro Nacional da Rede em 2008, entende que a prostituição é uma profissão para maiores de 18 anos, tendo como produto os serviços sexuais. Com isso, entende a prostituição para meninas com menos de 18 anos como exploração sexual, defendendo as punições previstas pela legislação brasileira. Ademais, a rede repudia a vitimização das prostitutas, o controle sanitário, o oferecimento de exames em locais em que exercem o trabalho (a não ser que seja uma medida para a população em geral), a associação das prostitutas com a criminalidade, entre outros pontos. Defende, enfim, a regulamentação do trabalho da prostituta, a auto-organização das prostitutas, o acesso aos serviços de saúde integral e às políticas públicas cidadãs.

Políticas e ações para a população em situação de rua:

Frente à demanda de intervenção com as pessoas na rua não há resposta pronta. Que poderia ser dito para a solicitante da cena inicial? Que são pessoas com histórias de vida que se formam de mil

pedaços, dos quais conhecemos poucos, mormente os que refletem a figura da norma? No caso dela, sua posição na comunidade; no caso do profissional, sua função no estado! As conversas, assim, saem tortas. Uma relação que pode variar de policialesca a sanitarista, quase sempre com a clara ideia de que há uma hierarquia entre os presentes.

Nesse evento, o sujeito da invisibilidade dá o recado que o presente é engano e afirma que não vive ali faz tempo. De fato, o passado é repassado no rosto: são rugas que não se encerram, são covas que não se descobrem, são remorsos, saudades e intensidades de uma vida que segue. A rua contorna o desamparo e acolhe esses sujeitos. De modo geral, possuem desencontros com instituições como família ou trabalho, afastados no tempo e na geografia dos vínculos passados. Todavia, lidam presentemente com a polícia, com as comunidades higienizadas, negociando seu assentamento na cidade.

São populações ameaçadas por sua não representatividade nos enquadres da vida social. Desse modo:

(...) Permanecem como ameaças ao sucesso da ordem da família, do trabalho e da comunidade, embora saibamos que, historicamente, receberam diferentes classificações e imagens sociais, como, por exemplo as de *clhochard*, *homeless*, sem abrigo, sem teto, sem domicílio fixo, morador de rua, pessoa em situação de rua, etc. (SHUCH *et. al*, 2008, p. 16).

Uma visibilidade pelo enquadre que, ao mesmo tempo em que sustenta o estigma, garante uma estratégia de intervenção do estado. No Brasil, a Política Nacional para a População em Situação de Rua vige desde dezembro de 2009, com o Decreto 7.053 (BRASIL, 2009a). Ela considera esta população (Art. 1º): O grupo heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza logradouros públicos e as áreas

degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Dentre os princípios norteadores da política (Art. 5º), está o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, atendimento humanizado e universalizado. A execução fica a cargo de nove ministérios. No tangente à atuação do Sistema Único de Assistência Social, prevê-se a atuação dos Centros de Referência Especializados nos atendimentos à população em situação de rua, bem como a gestão dos abrigos de permanência temporária.

Conforme previsto na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009), o Serviço Especializado em Abordagem Social, competência do CREAS, “deve buscar a resolução de necessidades imediatas e promover a inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos”, além de objetivar “construir o processo de saída das ruas e possibilitar condições de acesso à rede de serviços e a benefícios assistenciais”. Ao todo, a política para a População em Situação de Rua norteia-se pela garantia dos direitos humanos fundamentais para esta fatia populacional, mas vai além, prevê a necessidade de “ações educativas destinadas à superação do preconceito” (Art. 6º - Inciso IX), de modo a formar uma “cultura de respeito, ética e solidariedade entre a população em situação de rua e os demais grupos sociais” (Art7º - Inciso V).

Porto Alegre aderiu à Política Nacional de Inclusão da População em Situação de Rua em julho de 2014, constituindo o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Municipal para a População em Situação de Rua – Comitê POPRUA, formado por representantes do poder público e da sociedade civil, com participação do Movimento Nacional da População de Rua. Na prática, pouco se viu de intersetorialidade, reduzindo ainda a atenção para esta população à Assistência Social e ao assistencialismo. Por outro lado, vê-se o ativismo contínuo do

MNPR para a construção de uma política intersetorial na cidade, sendo uma referência na luta pelos direitos do povo da rua.

A negociação:

A efetividade das políticas depende de uma negociação *in loco*: uma tarefa cotidiana de diálogo com os velhos preconceitos e para a garantia da dignidade prevista no papel. Nas intervenções ruelas, cabe ao agente governamental ou não governamental um deslocamento da lógica moralista: são cenas que se realizam no *front* dos estigmas.

O carro chega luxuoso, marca dessas importadas. Alcança a penumbra da praça com desejo e desconfiança, o desejo é suspirante. A abordagem é direta, a profissional recebe com sorriso e perfume, causa arrepio no cliente. O preço não é barato: nesta cena, diferente do cotidiano da cidade, a valoração está do lado da prostituta. O senhor executivo- juiz-gerente faz pechincha e exigências: não quer o uso de preservativos. A profissional entra no jogo, não abrirá mão da proteção, nem do cliente: é a hora da sedução. Em minutos a língua já havia feito os argumentos no corpo do homem, a segurança já estava garantida e o perfume aliviado os anseios do cliente.

Que merda é essa? Pergunta o dono de banco, o juiz da avenida. O cheiro azedo de uma merda líquida toma a cena, escorrida do canto onde dormira um punhado de papéis e dois dedos de cachaça. Não há pessoa. O tom é de ressentimento do juiz frente aos vadios, cachaceiros, *dezoitos* e *trezes*. Chega a fazer uma consideração piedosa - "eu sei que eles estão fodidos" - mas deixa claro que merecia mesmo era uma surra, pois melhor distante desse mundo de famílias, casas e rendas. Do outro lado, explica-se o sentido do trabalho, argumenta-se que é preciso conversar com a pessoa, que deve ter uma história, que merece respeito. Mas a demanda pouco altera, pois o que caberia a nós era deixa-lo limpo, no alinhô. Entre tantos

desencontros, estando o autor da façanha invisível na cena, resta apenas o cheiro da merda.

Álcool e outras drogas na rua:

Os odores oriundos do uso de álcool e outras drogas são importantes marcas da rua e compõem o quadro dos estigmas. O bafo da cachaça talvez seja o maior deles. A aguardente mais barata vem *barrigudinha*¹³ e se esparrama pelos botecos e armazéns mais populares da cidade. Na rua ela é oferenda na encruzilhada, é o calor no peito do cidadão, é a caipirinha dos travestis, o samba dos estudantes. É bebida com as fumaças do *palheiro* ou do baseado, estes queimados em papéis quaisquer, jornais, notas fiscais, livros.

A névoa composta de álcool e fumaça se adensa com o cheiro químico do crack. A pedra que é fumada no *pitico*, como recheio no baseado, também atravessa latas e cachimbos num craquear contínuo. O advento dessa droga produziu nas últimas décadas muitos viciados e, junto com eles, um fenômeno de internação em massa, sustentado por um discurso midiático que associou o uso de crack às desordens sociais, sendo a rua seu palco principal.

Esses cheiros também viram números: em Porto Alegre, segundo o Cadastro da população adulta em situação de rua (PORTO ALEGRE, 2012), 49,6% dos moradores de rua manifesta que possuem dependência química/alcoolismo. Na pesquisa, o cigarro é fumado, ao menos de vez em quando, por 67,6% dos entrevistados; a maconha queima-se para 33,8%, entre usuários diários e esporádicos; o mesmo dado chega a 27,8% para usuários de crack; já a cocaína, que perdeu espaço nas ruas com a chegada da pedra, cheira-se para 9,2%.

Nos anos de trabalho do NEP, pode-se constatar que a maior vulnerabilidade das prostitutas, assim como de outras mulheres, está relacionada à ameaça constante de variadas violências, associada ao consumo e abuso de drogas lícitas e ilícitas, que pode facilitar a não

¹³ Garrafa de cachaça de meio litro bastante popular cujo formato que se assemelha ao da barriga.

adoção de práticas sexuais mais seguras como o uso de preservativos. No caso das profissionais do sexo, se acrescenta ainda, a discriminação, o estigma, o preconceito, etc., vividos na família e nas comunidades que muitas vezes afastam as mulheres dos serviços de saúde e de ações sociais de defesa dos direitos humanos.

Mesmo com os esforços, estratégias e projetos desenvolvidos em parceria com os Programas Federal, Estadual e Municipal para prevenção das DST/HIV/AIDS, há, muitos desafios se apresentam no cotidiano da prostituição como também nas comunidades, principalmente entre as populações mais vulneráveis. Entre os aprendizados do NEP, descobriu-se que o uso do crack e outras drogas, também é uma realidade entre as prostitutas, assim como ocorre entre outras categorias profissionais.

Observam-se relatos do aumento de problemas de saúde, do estigma, da discriminação e preconceitos, reduzindo a autoestima e a qualidade de vida. Em geral, tendem a se isolar da família, de amigos e da convivência social, em alguns casos, passam a viver em situação de rua e em constante efeito drogas, participando de guetos de usuário. O preconceito com a prostituta usuária de crack é dobrado, se multiplica.

Desde 2007, passou-se a organizar grupos de mulheres para discussão dos danos causados à saúde no uso e abuso de álcool e outras drogas, entre os temas: prevenção com o uso de preservativos, hepatites, etc.; o uso de cachimbos individuais para evitar herpes, tuberculose, leptospirose, em geral, a droga é fumada em latinhas encontradas na rua e em lixeiras, e evitar os danos das substâncias químicas liberadas pela lata.

E sempre surge algo novo, como uma droga chamada “sucesso”, um inalante composto de materiais duvidosos, que proporciona um barato não caro, a custos de substâncias bastante impuras. Nessas metamorfoses da rua, como lidar com o sucesso? A pergunta que se refaz.

Na outra avenida, e eis que com pouca dignidade a Kombi da Assistência Social chega cotidianamente aos leitos psiquiátricos da

cidade. É uma das articulações de rede que se faz: acompanhamento dos sujeitos que demandaram a seu critério a internação, na maioria das vezes, ansiosos por conseguir a vaga. No meio do caminho, enquanto o carro cumpre o fluxo, busca-se informar os usuários sobre outras possibilidades, construir uma demanda diferente da que estava estampada na manchete do jornal: caminhos intermediários entre a abstinência e a dependência total da substância. Mesmo com a proposta, a internação psiquiátrica segue sendo uma das ações recorrentes no cuidado de saúde da população de rua.

Esse encaminhamento faz permanecer o estigma histórico entre a vida rueira e as estratégias de controle manicomiais, a associação da rua com a loucura. É nessa hora que o cheiro da rua é coberto de creolina, a pele lavada em sabão, o corpo pleno de remédios, as costas estendidas ao longo de uma cama, a comida servida na hora.

A intervenção nesses locais orienta-se, por vezes, pelas estratégias integrais preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, mas substancia-se mais fortemente pela contenção química e física, desintoxicando com outras toxicidades. Cumpre, ao fim, uma função asilar, com pouca eficácia no âmbito terapêutico.

Um pilar fundamental para a nova enxurrada de internações decorre do fenômeno social do crack: a pedra infiltrou sua resina no aparato manicomial e reabriu leitos psiquiátricos que haviam perdido espaço com o movimento de Reforma Psiquiátrica. O diagnóstico predominante nos prontuários, então, mudou: em vez de alienação mental, dependência química; em vez do trabalho de desalienação, desintoxicação (CUNDA, 2011). O crack abriu portas entre a rua e os hospitais, sendo usado como estratégia de controle dos excessos da rua.

A internação se torna linha de cuidado quando a toxicidade na rua parece maior: além de abster-se da droga, o sujeito que deseja a internação quer afastar-se também do frio, do barulho, do medo, do excesso. O crack, nesse contexto, muitas vezes é uma chave para acessar o leito. As tristes e surpreendentes histórias do usuário da

pedra são apropriadas para o dia do ingresso: situação de rua, prostituição, furtos, afastamento da família e do trabalho por uso da droga são argumentos presentes no roteiro midiático e que geralmente asseguram um leito psiquiátrico. Assim, a rua se desencontra com o hospital por longos 21 dias, quando nenhum dos lados se entende sobre demanda e oferta de serviços, restando a convivência com os demais, o descanso.

Numa estratégia de extensão do afastamento das toxicidades da cidade, o plano pós-alta muitas vezes recai nas fazendas ditas terapêuticas. Esses espaços muitas vezes se formam em casas, sítios, terrenos, organizam-se em mutualismo, construindo novos leitos na medida em que a demanda bate na porta; não estão na rede da assistência social nem da saúde, mas se propõem a curar o mal da droga. Em toda parte nascem novos trabalhos nesse modelo e, frente à burocratização do acesso ao cuidado financiado pelo estado, fazem a oferta de um tratamento revolucionário, onde a lei é divina, o trabalho regimenta o corpo, a oração alimenta a alma. Acolhem, afinal, pessoas que em geral não teriam lugar nos fluxos da política pública e seus papéis de encaminhamento ou diagnóstico. Com tudo, assim como os hospitais, prisões e conventos têm dificuldades de aceitar o modo de vida rueiro.

Neste contexto, temos a lamentar que a rede substitutiva ao manicômio seja escassa – o que fortalece um movimento antirreforma. Além disso, o modelo de atendimento ofertado em alguns CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – da cidade, predominantemente na defesa da abstinência, resulta numa baixa adesão ao trabalho terapêutico. A prevalência das internações em hospitais ou fazendas é uma verdade cotidiana nos serviços.

A volta à rua é natural e parece ser de fácil explicação: afora as contenções químicas e afastamentos geográficos, a pessoa permanece ligada aos seus vínculos e a rede ativa que eles exercem – como para qualquer pessoa. Ao serviço, cabe o desafio de construir um plano na efervescência no território, no encontro com o campo, haja vista o franco desencontro entre demanda e oferta do modelo

vigente. As articulações junto à rede de apoio comunitária da pessoa em situação de rua se revelam como medida simples e respeitadora dos movimentos da rua, entranhando a cidade e, ao mesmo tempo, sendo capturada por ela.

Em campo, *in loco*, buscam-se alternativas, artimanhas de rede. O NEP busca apoio junto a outras Organizações da Sociedade Civil – em especial, o *Grupo Vhiva Mais*, a *ARD Poa*, a *Aborda* e o *Aspa* –, Redes e programas governamentais de redução de danos, qualificar a equipe do NEP para desenvolver ações ruelas nas cenas de uso de drogas. E durante meses a equipe foi até os locais de prostituição e de consumo de drogas, promovendo o cuidado e a prevenção, contatando e vinculando usuárias à instituição, encaminhando aos serviços de saúde disponíveis. No entanto, essa e toda a população esbarram na burocracia dos fluxos e na falta de serviços de qualidade que acolham usuários com dignidade.

Função disciplinar e estigmas:

Cheirar e punir, vigiar e sumir. Alinhados no odor, o trabalho na rua, seja da Assistência Social ou da associação de profissionais do sexo, procura ser o menos vertical possível, uma abordagem que leve em conta os movimentos da cidade e suas fugas, as quais todos estamos submetidos.

Entretanto, no caso dos habitantes da rua, apesar de estarmos na mesma merda, a igualdade de condição humana não se transparece no ato: muitas vezes a ação de controle do estado se faz maior e a tarefa fica resumida a encontrar um meio de disciplinar o desviante. O método para a docilização, todavia, não é claro, requer singularizações. O respeito ao atendido previsto na lei nem sempre é possível. Quando a merda vai para o ventilador o Estado dá as caras com suas algemas, seus remédios e técnicos sociais. Aí são cassetetes e palavras que se atravessam numa mensagem esquizofrênica, porém precisa: “aqui tu não mija mais, aqui tu não chupa nem goza; melhor curar o porre em outro bairro, fazer ponto em outro lugar”.

Infelizmente, como se diz, nem sempre dá tempo de tirar o rabo da reta.

Este jogo de pega e aquieta não é novo. Está aprimorado, mas não escapa de comparar-se com as estratégias da sociedade disciplinar em grandes cidades capitalistas dos séculos XVIII e XIX, estudadas por Michael Foucault. Na cidade moderna a vida está geometrizada, os caminhos esquadrinhados e, naturalmente, as pessoas são observadas e enquadradas conforme a conveniência da norma vigente.

(...) O indivíduo moderno é, assim, o resultado das estratégias disciplinares que estão colocadas em jogo na atualidade. Em relação a tais estratégias, a sua individualidade, objeto dócil-e-útil, adquire significação (FONSECA, 2003, p.142).

Esse poder disciplinar, todavia, encontrará os que não se docilizam. Foucault diz:

(...) O ponto em que os sistemas disciplinares que classificam, hierarquizam, vigiam, etc., vão esbarrar, consistirá naqueles que não podem ser classificados, naqueles que escapam da vigilância, os que não podem entrar no sistema de distribuição; em suma, vai ser o resíduo, o irreduzível, o inclassificável, o inassimilável. Eis o que vai ser, nessa física do poder disciplinar, o ponto-limite. Ou seja, todo poder disciplinar terá suas margens (2006, p.66).

É quando o perfume fica inassimilável; é quando o corpo fica enquadrado num preconceito que não pertence mais aos muros das instituições, mas erige-se na cultura. No caso da prostituição, sendo avessa às instituições da monogamia, do casamento, da família, sua representação se dá de forma totalizada, divergente da “boa sociedade”, atrelada a uma imagem de marginalidade que favorece toda a ordem de repressão e violação de direitos.

Vige ainda, para o profissional do sexo, o estigma de ser uma “comunidade de risco”, tendo em vista que as prostitutas e os homossexuais foram aclamados como grandes disseminadores do vírus HIV no início do contágio nos anos 1980. Para Aquino *et. al* (2010), tal endereçamento teve a ver com uma sociedade machista e moralista, fomentando a ideia de que o mal provém das margens e não do centro da sociedade. Para Priscila Gershon (2006), esse lugar de desvio da prostituta é um fenômeno essencialmente urbano, sendo que em comunidades ditas primitivas a prostituição pode assumir um valor cultural importante. A autora remonta a ideia de que o conceito de prostituição no ocidente foi cunhado no século XIX por uma referência médico-policial, em contraposição às codificações morais da “união sexual monogâmica, a família nuclear, a virgindade e fidelidade femininas e o papel reprodutivo da mulher” (GERSHON, 2006, p. 3).

Essa marca está presente mesmo entre as profissionais. Algumas entendem a profissão como um fardo provisório, período para comprar o que precisa. Mas a prostituta não percebe que ela seguirá na profissão se realmente for uma boa profissional. Só é prostituta quem gosta de ser, quem assume. Assim, pode-se driblar o estigma, como os olhares de controle, as violências ruerias.

Enfim, tanto a população em situação de rua, quanto as profissionais do sexo surgem enquanto categoria de acordo com seus riscos, marcando um lugar nas políticas justamente por serem insubmissos. São imagens que se estabelecem por contra-imagens, ocupam posições avessas às instituições vigentes, sendo visíveis apenas pela sua condição de incômodo.

Posicionamentos:

Qual a posição preferida? Qual a dose certa para o momento? Por frente ou por trás? Estimulante ou depressor? Com camisinha ou sem? Ações sádicas ou silêncios masoquistas? O cheiro da merda ou

da creolina hospitalar? Os dilemas éticos na intervenção com os sujeitos da rua surgem de questões simples como essas.

Para respondê-las é necessário ter narinas desobstruídas, ouvidos atentos, sentidos à flor da pele. Frente aos estigmas sobre as populações que ocupam a rua para moradia ou sobrevivência, receita-se uma saída inevitável: uma mudança cultural. De outro modo não há como evitar as representações médico-policialescas sobre a vida rueira, os preconceitos que se estendem da mulher zelosa do lar ao gerente do banco - presentificados a cada cena em que o incomodo perfumado ou fedorento chega aos sentidos higienizados.

A existência de políticas, portanto, não garante sua execução. Cabe ao agente que está na rua realizar a negociação entre as diretrizes de um governo e as marcas de uma cultura preconceituosa. A luta contra tais representações cria um dilema para o trabalhador: se de um lado compreende que há uma classificação social “construída pelos códigos impuros que definem uma identidade merecedora de repressão” (Gershon, 2006, p. 14), luta por sua integração social, colocando-se entre a lei e a cidade. Nesse trabalho, a ação é dupla: garantir que o sujeito possa permanecer em sua condição de invisibilidade – de modo a evitar o olhar de controle sobre ele – para, em paralelo, garantir o acesso aos direitos constitucionais previsto a cada cidadão, direcionando um olhar de cuidado e proteção.

Fica-se desse modo numa linha tênue entre estratégias de cuidado e controle, entre visibilidade e invisibilidade, entre o tempo da lei e a pressa da cidade. Em tal corda bamba, para além das categorias das Pessoas em Situação de Rua e Profissionais do Sexo, a estratégia deve acompanhar o cambaleio do equilibrista, entender a função dos sumidouros e esconderijos da cidade.

Enfim, acreditamos na cidadania, esperamos que os profissionais da Saúde, da Assistência Social e de todas as políticas trabalhem de forma a fortalecer o vínculo humano junto a toda a população contribuindo para a redução da discriminação, do estigma, incentivando a prevenção à saúde integral, garantindo o direito das

pessoas que acessam os serviços, independente da categoria social em que esteja enquadrada.

Referências:

AQUINO, Priscila de S.; XIMENES Lorena B.; PINHEIRO, Ana Karina B. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. In: **Revista Enfermagem em Foco**. ISSN: 2177-4285; 2010; 1(1): 18-22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS e outras DST**. Brasília, março de 2007.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. CNAS/MDS. Publicado no Diário Oficial da União em 25 de novembro de 2009.

_____. Casa Civil. **Decreto Nº 7053** de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências. Diário Oficial da União de 24 de dezembro de 2009 (2009a).

_____. Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS e outras DST – Versão revisada**. Brasília, setembro de 2011.

CUNDA, Mateus. **Tramas empedradas de uma psicopatologia juvenil**. Dissertação apresentada como requisito para obtenção de Mestre em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre: UFRGS, 2011.

FONSECA, Márcio A. **Michel Foucault e a constituição do sujeito**. São Paulo: EDUC, 2003.

FOUCAULT, Michel. [1973-1974] **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GERSHON, Priscila. Profissionais do sexo: da invisibilidade ao reconhecimento. In: **Revista Sociologia Jurídica**. ISSN: 1809-2721; 2006; Número 2 – Janeiro-Junho.

PORTO ALEGRE. Fundação de Assistência Social e Cidadania. **Cadastro da População Adulta em Situação de Rua na cidade de Porto Alegre**. Porto Alegre, março de 2012.

SHUCH, Patrice; MAGNI, Cláudia T.; GEHLEN,IVALDO; DICKEL, IARA K. População em situação de rua: conceitos e perspectivas fundamentais. In: **Diversidade e proteção social: estudos quanti-qualitativos das Populações de Porto Alegre**. Porto Alegre: Century, 2008.



Capítulo XII

HIV/Aids e Drogas: diálogos a partir de uma passagem pela Rede Multicêntrica¹⁴

Daniel Boianovsky Kveller

Introdução

Tratarei, no presente texto, sobre a minha inserção junto à Rede Multicêntrica oportunizada pelo Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS), que propõe em sua matriz curricular a circulação de seus residentes por diversos serviços da cidade além do seu campo de referência. Esse foi o primeiro local que escolhi para conhecer e, apesar do período restrito, foi-me possibilitado acompanhar diversas atividades. Destaco aqui, dentre elas, a coordenação de uma das turmas do *Curso de Atualização em Atenção Integral ao Usuário de Crack e Outras Drogas* e a organização do *I Seminário Internacional da Rede Multicêntrica – Políticas Públicas sobre drogas e Descriminalização do Cuidado*.

A Rede Multicêntrica propiciou um importante contato com os avanços e desafios da Redução de Danos, da garantia de cuidado humanizado para usuários de álcool e outras drogas e da educação permanente como estratégia ética e política para a consolidação de um paradigma ampliado de saúde e clínica. Habitado à rotina do

¹⁴ Este capítulo é baseado no Trabalho de Conclusão de Residência do autor (KVELLER, 2015), bem como em um ensaio posterior escrito em conjunto com o Professor Dr. Luiz Felipe Zago (KVELLER; ZAGO, 2015).

Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS), serviço historicamente reconhecido dentro do campo do HIV/Aids e também meu campo de referência na Residência, não pude deixar de me inquietar com algumas questões: passados 30 anos do início da epidemia do HIV/Aids e quase o mesmo período da implementação da política de Redução de Danos no Brasil, que semelhanças ainda guardam entre si o Cuidado nesses dois campos? Que aproximações permanecem não só possíveis, mas pertinentes e complementares? Com base na experiência que a RIS me proporcionou entre os anos de 2013 e 2015, tentarei levantar algumas hipóteses para respondê-las nas próximas páginas.

Meu ponto de partida é o próprio ADS, órgão da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, fundado em 1920, que atende ambulatorialmente em quatro eixos de atenção: Dermatologia, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/Aids e Hanseníase. O ADS está vinculado, quanto à assistência, ao Departamento de Coordenação dos Hospitais; e, quanto ao ensino, à Escola de Saúde Pública. Em relação ao tratamento do HIV/Aids, meu foco nestas reflexões, é conhecido por ter abrigado o primeiro COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico) do Brasil, hoje renomeado como CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), que há mais de 25 anos vem prestando serviços de testagem para HIV e outras IST. Além dos testes, o ADS oferece também atendimento multiprofissional a pessoas soropositivas, incluindo a clínica médica, atendimentos psicológicos, acompanhamento nutricional e assistência social.

O cenário atual: espaços e tempos para o cuidado

A proposta de análise sincrônica entre o campo da Aids e da Redução de Danos não é meramente casual, uma vez que ambos compartilham boa parte de suas histórias. Não seria equivocado afirmar, inclusive, que a estratégia de Redução de Danos no Brasil teve sua própria origem nas práticas de prevenção ao HIV, nos anos 1980, com as trocas de seringas junto aos usuários de drogas injetáveis

(MARLATT, 1999). Desde então, a Redução de Danos deixou de ser apenas um conjunto de práticas para se tornar um referencial ético (MACHADO; BOARINI, 2013) e se consolidou como diretriz fundamental da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003). Como princípio, norteia as ações em saúde para um cuidado sustentado na garantia da autonomia do sujeito frente a sua saúde, na construção de vínculos sólidos de corresponsabilidade entre serviços e usuário e na busca de estratégias singulares que possam extrapolar as normativas da abstinência.

A resposta à epidemia da Aids também passou por diversas transformações durante esse período (GALVÃO, 2000; PAIVA, 2002): houve, por exemplo, um considerável aprimoramento do tratamento medicamentoso, que permitiu controlar o avanço da doença com cada vez menos prejuízos em consequência de efeitos colaterais. Do ponto de vista sociológico, a atenção voltada à epidemia foi fundamental para a consolidação do Movimento LGBT e a asseguaração de inúmeros direitos dessa população. Durante os anos 1990 e 2000, superaram-se as ideias de “grupo de risco” e “comportamento de risco” enquanto a epidemia se direcionava rumo a movimentos epidemiológicos de heterossexualização e feminização.

Na medida em que se materializavam as políticas públicas nestas duas áreas, pode-se dizer que elas foram se distanciando gradualmente e ganhando independência. Atualmente, em termos de gestão e assistência, os pontos de convergência são relativamente escassos e na maioria das vezes aparentemente “sobras” de um passado comum, mas já não muito operativas.

Seria correto afirmar que o tema “Álcool e Outras Drogas” está presente na rotina de atenção ao HIV/Aids, surgindo em alguns espaços até mesmo como um tensionamento da rotina de atendimentos. Nesses casos e na maioria dos outros, no entanto, pode-se dizer que as drogas estão relegadas a um plano se não secundário, restrito a uma necessidade técnica decorrente do tratamento ou da prevenção ao HIV/Aids. O que é muito diferente, claro, dos princípios da Política de Redução de Danos, que privilegia

um cuidado integral, amplo e que abarca a complexidade dos diversos usos que se pode fazer de uma droga ou mais drogas em primeiro plano. No ADS, quando tratamos da adesão ao tratamento, por exemplo, a droga visibiliza-se como uma potencial dificuldade aos usuários que por alguma razão não conseguem conjugar seu uso com a rotina de medicamentos prescritos. É uma situação realmente bastante delicada, visto que a interrupção inadequada do tratamento pode “queimar” um medicamento, ou seja, torná-lo ineficaz dali em diante para aquela pessoa. Em alguns casos, várias combinações do “coquetel” acabam sendo desperdiçadas, deixando o indivíduo imunologicamente mais vulnerável a doenças oportunistas (BRASIL, 2008).

Outra situação em que é comum o uso de drogas surgir enquanto problemática é a sessão de aconselhamento pré e pós-testagem. Nesses momentos, além de serem prestadas orientações sobre o uso do preservativo, informações sobre IST e apoio emocional, também é realizada uma espécie de gerenciamento de riscos, quando o aconselhador avalia junto ao usuário os momentos em que está mais exposto e as relações que o deixam mais vulnerável a contrair alguma infecção sexualmente transmissível (BRASIL, 1998). Até algum tempo atrás, as drogas injetáveis eram as principais preocupações nesse sentido, mas, com a progressiva “substituição social” dessas por outras como o crack, que oferece um risco inferior de transmissão direta do HIV, elas deixaram de ser protagonistas tanto nas sessões de aconselhamento quanto do ponto de vista epidemiológico (BRASIL, 2013a). Comparado ao compartilhamento de seringas, o compartilhamento de cachimbos oferece risco inferior de transmissão de HIV, apesar de ser bastante perigoso para outras doenças infecciosas como a Hepatite B. O maior risco associado ao crack e ao HIV atualmente, como mostra a pesquisa realizada pela Fiocruz (BRASIL, 2013b), é bastante similar ao que acontece com outras drogas: quando, em função do uso, um indivíduo acaba tendo relações sexuais desprotegidas ou se colocando em situações de maior vulnerabilidade (OLIVEIRA; PAIVA, 2007; SANTOS; PAIVA, 2007).

Nessas duas situações, a adesão ao tratamento e o gerenciamento de riscos, o uso “problemático” de drogas parece demandar uma intervenção técnica, um manejo das situações a fim de possibilitar o bom uso dos medicamentos e a prevenção adequada durante a relação sexual. Na prática, a urgência de seguir o tratamento e o receio de que o indivíduo possa vir a fazer parte da cadeia de transmissão do vírus dão a sensação de haver pouco tempo para a discussão ética proposta dentro do paradigma da Redução de Danos. Mesmo quando existe espaço, parecem faltar as ferramentas teórico-operacionais para esse diálogo acontecer de maneira integral e produtiva do ponto de vista da autonomia do sujeito.

Talvez o fato de ter trabalhado em um ambulatório de especialidades, bastante centrado em um modelo biomédico, tenha me tornado um pouco mais pessimista em relação a essas questões. Provavelmente, com a progressiva descentralização dos atendimentos em direção à atenção básica e a constituição de uma linha de cuidado, essa distância entre os dois campos seja atenuada de alguma forma. Ainda assim, o modelo ambulatorial deve continuar sendo levado em conta nesta discussão, visto que provavelmente continuará a atender a parcela da população impossibilitada de acessar as Unidades Básicas de Saúde devido ao estigma da doença e que permanecerá servindo de referência para casos de maior complexidade, em geral (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Para além dos níveis de assistência e dos equipamentos de cuidado, o distanciamento entre os campos em questão também pode ser entendido do ponto de vista das estratégias de gestão e da construção de políticas públicas. Nos últimos anos, é notório que os investimentos públicos na área do HIV/Aids vêm sendo canalizados para o método *testar-e-tratar*: isto é, ampliar a oferta de testagem, seja em direção à atenção básica ou associada a grandes eventos, oferecer a profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) e encaminhar todos os indivíduos com resultado positivo para HIV ao tratamento medicamentoso independentemente dos exames de CD4

e Carga Viral¹⁵. Em termos de prevenção e promoção de saúde ligadas à garantia de direitos e à visibilização política de minorias, estratégias essas que marcaram o início da resposta brasileira à epidemia, pouco ou quase nada de magnitude comparável foi feito. Os grupos em situação de maior vulnerabilidade como homens gays, travestis, transexuais e profissionais do sexo, por exemplo, vêm sendo constantemente ignorados, quando não têm suas pautas simplesmente barganhadas em prol de uma controversa “governabilidade”. São casos recentes como o embargo do Kit Anti-homofobia em 2011¹⁶, sob a desculpa de que a então presidenta não faria propaganda de “opção sexual”; a campanha de prevenção ao HIV/Aids para profissionais do sexo, de 2013, vetada na última hora pelo Ministério da Saúde¹⁷; o lento processo de criminalização da homofobia, que perdeu visibilidade e agilidade ao ser apensado à proposta de reforma do código penal, em 2013¹⁸; e o Plano Nacional de Educação, sancionado em 2014 sem as cláusulas de incentivo à promoção da igualdade de gênero e orientação sexual nas escolas¹⁹. Já está descrita ampla e fartamente na literatura a necessidade intransferível de debatermos esses temas para o avanço e o sucesso das políticas de prevenção em grupos de maior vulnerabilidade (PAIVA; AYRES; BUCHALLA, 2012). Furtar-se a esse enfrentamento não é só um atentado aos direitos básicos dessas populações, como também uma grave omissão do ponto de vista da saúde pública.

¹⁵ Os exames de CD4 e de Carga Viral são pedidos regularmente a todos os usuários em tratamento para HIV/Aids e têm como objetivo monitorar a atuação do vírus e a resposta do sistema imunológico.

¹⁶ Mais informações em <http://g1.globo.com/educacao/noticia/2011/05/dilma-rousseff-manda-suspender-kit-anti-homofobia-diz-ministro.html>

¹⁷ Mais informações em http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia_detalhe/20864#.V1Wn7fkrK70

¹⁸ Mais informações em <http://g1.globo.com/educacao/noticia/2011/05/dilma-rousseff-manda-suspender-kit-anti-homofobia-diz-ministro.html>

¹⁹ Mais informações em <http://ultimosegundo.ig.com.br/educacao/2015-12-26/exclusao-de-genero-do-plano-nacional-de-educacao-e-retrocesso-diz-educador.html>

Se parece ser sempre melhor driblar os enfrentamentos morais e os tensionamentos políticos nessa temática, não é difícil imaginarmos porque as discussões sobre o uso de drogas, pelo viés da autonomia do usuário e da Redução de Danos, tampouco têm recebido o devido valor. Não parece haver investimento suficiente em uma perspectiva ética do cuidado, digamos assim, ou uma aposta na capacidade de cada sujeito de medir por si danos e riscos para poder melhor optar. Tomemos as campanhas publicitárias como exemplo: no ADS, há diversos cartazes espalhados pelos corredores com afirmações, orientações e sugestões aos usuários. Há alguns novos, mais abertos, tratando da não discriminação por raça, identidade de gênero ou orientação sexual; mas predominam ainda aqueles mais ameaçadores (“Hepatite B: sem saber, você pode ter”) ou catastróficos (“Ter aids não é bom. Ter e não saber é pior”). Estão expostas também peças que explicam como se pega e como não se pega, que são indubitavelmente necessárias, mas que raramente usam algum tipo de escala de risco, ou sugerem alternativas em uma perspectiva de Redução de Danos. Na esteira dessa lógica, não poderíamos supor que para o uso de drogas haveria um espaço especial e ético além do manejo técnico rotineiro.

Convergências biopolíticas

A intensificação da estratégia *testar-e-tratar* após a divulgação dos últimos boletins epidemiológicos (BRASIL, 2013a, 2014, 2015), que conferem tons de epidemia concentrada e generalizada ao cenário do Rio Grande do Sul, pode ser entendida e discutida a partir da ideia de biopolítica. Com este conceito, Foucault (2012) visava explicitar um novo conjunto de estratégias políticas e relações de poder surgido na passagem para a modernidade e que tem como seu objeto principal de intervenção a própria vida. Em suas análises, a transição das sociedades de disciplina, nas quais o poder disciplinar organizava temporal, espacial e politicamente a individualização e a produtividade dos corpos (nas escolas, nas fábricas, no exército etc.)

se deu em direção às sociedades de segurança, nas quais o biopoder atua no controle-estimulação da população por meio de um conjunto heterogêneo de práticas biopolíticas.

Fundamental para se entender a emergência do campo da saúde pública e sua lógica de governamentalidade, o biopoder age através de dois polos de exercício simultaneamente: de um lado centra-se na anátomo-política do corpo humano, “no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos” (FOUCAULT, 2012, p.151). De outro lado, desenvolve-se como um controle regulatório da população, levando em conta “nascimento e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar” (p.151). Corpo-máquina e corpo-espécie: dois elementos de uma tecnologia que, como nos mostra Foucault (2012), “caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo” (p. 152).

É importante sublinhar que o conceito de biopolítica emerge nos estudos de Foucault a partir de análises voltadas para pensar as mutações históricas das racionalidades do campo da saúde. O autor (1984) propõe que o capitalismo primeiramente investiu no controle da realidade somática (o corpo), enquanto veículo e instrumento de produção de riquezas por meio do trabalho. Esse controle aconteceu sobretudo através da incipiente medicina social do Século XIX, isto é, tomando o conjunto de corpos que constituem a população como alvo de um conjunto de estratégias de regulação. Daí a já célebre proposição: “O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política” (p. 80).

A biopolítica pode também ser entendida como um conjunto heterogêneo de “tecnologias políticas que (...) vão investir sobre o corpo, sobre a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida, todo o espaço da existência” (FOUCAULT, 2012, p. 152). Na “gestão calculista da vida”, o corpo surge como a carne

regulada, uma realidade a ser administrada; e quando falamos do corpo, falamos tanto do corpo individual – esse que é meu corpo, diferente do seu corpo – como também falamos do corpo da população, ou do corpo social, do corpo coletivo. Corpo individual e social são, pois, produzidos e administrados pela biopolítica, que se utiliza de técnicas disciplinares, por um lado, que visam docilizar os corpos individuais, e técnicas de regulação populacional, por outro, que focam na gestão da vida das massas, da vida da espécie humana.

A apropriação e normalização da vida, dos corpos e das subjetividades pelo biopoder se dão exatamente numa tentativa de penetrar, sujeitar e controlar desde o global à capilaridade da vida humana. Para isso, o biopoder atua cada vez ampliando mais seus territórios de intervenção: geográficos, sociais, culturais, simbólicos, existenciais, planetário. Estamos falando de “um controle que se estende pelas profundezas da consciência e dos corpos da população – e ao mesmo tempo através da totalidade das relações sociais” (HARDT & NEGRI, 2006, p. 43-44). De um governo da “mobilização total” (PELBART, 2011), em que se dá a passagem da ênfase na fabricação de corpos dóceis para o foco na fabricação de cérebros flexíveis e articulados, os quais, por sua vez, comandam corpos também maleáveis. De uma tecnologia de poder que em vez de muros, forja-se num campo não territorial atravessado por práticas de sujeição.

O conceito de biopolítica nos ajuda a entender como as concepções de “população” e “indivíduo” caminham juntas, interdependentemente, enquanto tecnologia política de regulação demográfica e disciplina dos corpos. E, se o campo da saúde pública é exemplo categórico dessa estratégia de governo²⁰ (GADELHA, 2009), as novas estratégias de prevenção ao HIV explicitam precisamente, a partir do seu interior, os tensionamentos que lhe são próprios. Quando se define que os medicamentos antirretrovirais serão indicados a qualquer pessoa diagnosticada como soropositiva,

²⁰ A distinção entre os termos “governo” e “governo” não é apenas um preciosismo semântico, mas uma tentativa de seguir com rigor a lógica conceitual da crítica foucaultiana (VEIGA-NETO, 2005).

independentemente da sua situação imunológica, por exemplo, há, acima de tudo, uma tentativa de diminuir a transmissão do vírus. Como a medicação restaura o sistema de defesa do indivíduo e tende a minimizar a carga viral, a possibilidade de essa pessoa transmitir o vírus é reduzida exponencialmente. É o chamado “tratamento como prevenção”, que funciona ao reduzir a carga viral total em circulação. Sobrepõem-se, claramente, as duas camadas, população e indivíduo, enquanto estratégia de governo e controle.

Se essa estratégia é eficaz, se ela diminuirá a taxa de incidência de transmissão do HIV, isso não é possível se apontar precisamente de antemão. Ademais, não se trata de julgar se ela deve ou não ser posta em prática, mas pensar porque a via biopolítica, o controle que incide diretamente sobre os corpos, acaba sendo a estratégia que “aparentemente” resta, a estratégia que surge como uma solução mágica em um clima de urgência. Depois de anos de negligência em relação à garantia de direitos das populações vulneráveis – que certamente poderiam ter nos levado a um cenário mais otimista do que o atual, cabe reiterar – são propostas ações desse tipo; as quais além de serem passíveis de problematizações históricas, acarretam perigos diretos à saúde física, como o decorrente da própria toxicidade dos medicamentos, elevada com o tempo de uso. Precisamos pensar se frente a essa política, a esse novo protocolo, o usuário conseguirá manter sua opção de iniciar o tratamento quando quiser, se ele terá informações e liberdade para tanto e que ações são necessárias para garantir esses direitos.

Foucault (2012) define a diferença do biopoder para o poder soberano mediante o cruzamento de duas fórmulas: *Fazer morrer e deixar viver* compõem o emblema do velho poder soberano, que representa basicamente o direito de matar; enquanto *fazer viver e deixar morrer*, o inverso simétrico, seria a marca do biopoder moderno, da estatização da vida e do investimento sobre o seu caráter primariamente “biológico”. Agamben (2008) destaca ainda uma terceira proposição que seria mais específica da biopolítica no Século XX: já não *fazer morrer*, tampouco *fazer viver*, mas *fazer sobreviver*. De

acordo com este autor, haveria na matriz das relações de poder próprias à modernidade uma estratégia de cisão sobre seu objeto. O objetivo seria *fazer sobreviver*, atuar no sentido de distender e modular a “vida” por meio de um movimento de ruptura: de um lado a vida como fato, o simples ato de existir, denominado pelos gregos como *zoé*; e de outro lado as formas de vida, sua singularidade peculiar derivada de cada sujeito, *bíos*.

Nem a vida nem a morte, mas a produção de uma sobrevivência modulável e virtualmente infinita constitui a tarefa decisiva do biopoder em nosso tempo. Trata-se no homem, de separar cada vez a vida orgânica da vida animal, o não-humano do humano [...] A ambição suprema do biopoder consiste em produzir em um corpo humano a separação absoluta entre o ser vivo e o ser que fala, entre a *zoé* e o *bíos*, o não-homem e o homem: a sobrevivência (AGAMBEN, 2008, p.155-156).

As novas propostas de enfrentamento à epidemia da Aids evidenciam claramente a cisão *zoé/bíos* quando apostam na ampliação do uso de medicamentos, mas praticamente deixam de lado os princípios que nortearam a luta pelos direitos humanos e pela cidadania que caracterizou a resposta brasileira nos anos 80 e que teve influência direta na construção de um modelo de saúde universal e igualitário. A estratégia biopolítica age, em suma, quando desnuda a suposta vida biológica de suas singularidades e direitos políticos para operar diretamente sobre a *vida nua*.

É a mesma estratégia que vemos no campo das drogas com a proposta da internação compulsória, por exemplo, quando certos saberes, alicerçados ao nível de verdade, despem o sujeito de sua autonomia, de sua capacidade de decidir sobre sua trajetória e do seu próprio direito de pensar. As imagens de usuários de crack parecendo zumbis, que tanto circulam pela mídia, são atravessadas por este mesmo discurso, produzindo um efeito muito parecido com o descrito

por Agamben (2008), e indicam um momento, uma fronteira, onde vemos algo que já não é mais humano, que perdeu completamente sua humanidade e em relação qual, portanto, já não podemos mais nos reconhecer. Pesquisas “científicas”, campanhas publicitárias, o alarme e o medo: peças de um dispositivo que cinde, desumaniza, e reduz o outro à existência sem qualidades, dessubjetivada e, portanto, sem direito algum a ser considerado. Reduz-se a vida a zoé para assim sobre ela intervir sem receios. E tudo isso, ironicamente, como aponta Peter Pál Pelbart (2011), em nome da própria vida.

O uso exacerbado do conceito de risco, analisado por Castiel (2011) como uma hiperprevenção biopolítica, também está atravessado nos dois campos. De acordo com o autor, esta palavra-chave crucial nas pesquisas epidemiológicas e importante ferramenta para o campo da saúde pública, vem sendo super-explorada dentro de nossa sociedade de segurança e controle, onde se cristaliza cada vez mais a necessidade de administrar as possibilidades e evitar desordens e imprevistos. As pesquisas acadêmicas são ávidas em calcular – e a mídia em divulgar, diga-se de passagem – as chances de viciar-se em uma determinada droga logo no primeiro uso, as chances de que experimentar uma droga leve um usuário a experimentar outras, as chances de drogas provocarem esquizofrenia e outros agravos; e também as chances de contrair HIV em cada via sexual, a partir de cada orientação, por idade, sexo, raça etc.

Crawford (2000) propõe a expressão “rituais de risco” para definir práticas simbólicas sociais que, por meio da incitação de seqüências estereotipadas de comportamento, visam gerar uma espécie de espiral gradativa de ansiedade e controle. Dentro do contexto da saúde pública – e da Aids, em especial -, essa tecnologia caberia perfeitamente como estratégia biopolítica de prevenção e promoção da saúde, tendo como seu principal efeito a produção de um sujeito auto-consciente e auto-regulador. Nesse sentido, Seixas (2010) entende o conceito de risco como um operador importante da governamentalidade liberal. Nas sessões de aconselhamento, citada como um exemplo, o fato de que a busca pela testagem seja

voluntária e não coercitiva é fundamental para que cada sujeito entenda-se como principal responsável pelo gerenciamento dos seus riscos. Não é preciso entregar preservativos, pois, se o aconselhamento for bem-sucedido, é certo que o próprio usuário irá pegá-lo por si mesmo. Torna-se, assim, menos visível o poder disciplinar e mais visível o sujeito que a ele se submete.

O processo de auto-responsabilização pode facilmente derivar em uma auto-culpabilização quando o sujeito percebe ter sido ele próprio o motivador do risco corrido, ainda mais quando a busca pela testagem decorre de algum tipo de relacionamento extraconjugal. Retomando a relação com a problemática do uso de drogas, cabe lembrar que a “auto-vigilância” gerada pela culpa é uma das estratégias terapêuticas bastante usadas nos “tratamentos de base religiosa” de diversas adições, sendo o exemplo mais emblemático o dos Alcoólicos Anônimos (Seixas, 2010).

Eis aqui um dos paradoxos a ser pensado criticamente pela Redução de Danos, uma vez que a “autonomia” e a “liberdade”, que são princípios tão caros a essa estratégia – da mesma forma como o conceito de “empoderamento” (ZAGO; SANTOS, 2013) –, tornam-se justamente as tecnologias de controle mais eficientes sob o regime de governo neoliberal (FOUCAULT, 2008). Como podemos diferenciar esses dois tipos de liberdade e autonomia a nível teórico e prático? Como garantir que uma escala de risco facilite ao sujeito o processo de apropriação da própria saúde e impeça o contrário, seu assujeitamento e dominação pelas normativas epidemiológicas? Onde há poder, há resistência (Foucault, 2012); daí a dificuldade de se tentar separar claramente as duas facetas da mesma moeda. Não obstante, é inegável que a hiper-capilaridade do biopoder na contemporaneidade parece cada vez menos suscetível às formas tradicionais de resistência, o que não deixa de ser preocupante.

Castiel (2010) descreve como “epidemiopoder” o novo papel que assumem as normativas epidemiológicas, baseadas no conceito de risco, em nossa sociedade, regendo “os preceitos e recomendações que pretendem disciplinar as populações humanas no interior dos

discursos de promoção da saúde centrados no comportamento saudável” (p.162). De acordo o autor, os preceitos epidemiológicos ocupariam certo espaço e funções sociais na modernidade outrora desempenhados pelas religiões: “pode-se enunciar que haveria uma liturgia e um conteúdo religioso de fundo cristão modelando os discursos da promoção da saúde ao equivalerem a uma utopia da saúde perfeita” (p. 172).

Em suma, a promoção individualista da saúde possuiria aspectos religiosos, quase como uma seita no interior da religião capitalista na qual está subsumida, sob a égide de seus cânones liberal-eclesiásticos: liberdade de decidir com prudência, capacidade de atuar responsavelmente com fortaleza, direito de escolher e consumir com temperança os objetos e deleites da vida mundana, com o propósito de não comprometer os ideais de vitalidade e longevidade. A grande meta não disfarça sua feição paradoxal: uma vida terrena a mais eterna possível (p. 177-78).

Talvez a semelhança entre os lugares ocupados pelos preceitos religiosos e normativas epidemiológicas, enquanto matrizes de produção de subjetividade em diferentes momentos históricos, seja um indicativo dos motivos pelos quais ainda temos de lutar contra uma extensa rede de moralismos que permanece sufocando a saúde pública em campos como o das drogas e do HIV/Aids. Afinal, não é difícil encontrarmos profissionais e serviços de saúde tratando Infecções Sexualmente Transmissíveis como punições para uma vida sexual “promíscua” ou a “dependência química” como sinal de “vagabundagem”. E não são apenas os usuários que sofrem com isso, carregando muitas vezes sentimentos de culpa e vergonha, omitindo aspectos de sua vida com receio de serem julgados por aqueles que deveriam cuidar; os profissionais que buscam conduzir seu trabalho para além de julgamentos morais, valorizando o saber do usuário e

rejeitando a abstinência enquanto única via de tratamento, acabam também sofrendo o efeito desses atravessamentos morais no seu próprio trabalho. É neste sentido que Nardi e Rigoni (2005) sugerem que a precarização e instabilidade do trabalho dos redutores de danos (onde estão eles mesmo?), muitas vezes sem garantia salarial e isentos de direitos trabalhistas básicos, estão diretamente relacionadas aos discursos moralistas e conservadores que ainda pesam sobre os sujeitos-alvo de suas práticas, os usuários de drogas ilícitas e as populações mais vulneráveis ao HIV/Aids, como homossexuais e travestis.

Considerações finais

Desumanização, estigma e higienismo: marcas de um biopoder contra o qual parece haver cada vez menos possibilidade de oposição, e que atravessa fortemente os campos do uso de drogas e do HIV/Aids. Se, de fato, vivemos um tempo em que essas áreas estão distantes em termos de gestão e assistência, talvez a invenção de novas formas de resistência seja um bom motivo para se buscarem reaproximações.

É preciso lembrar, no entanto, que os dois campos apresentam conjunturas políticas bastante distintas para suas militâncias. A saúde mental conhece a Reforma Psiquiátrica e as práticas de Redução de Danos há mais de 20 anos e hoje vive claramente uma disputa política entre dois modelos de cuidado divergentes. Ainda que se tenha avançado na estruturação de uma rede para o cuidado fora do manicômio, vivemos às voltas com discursos pedindo internações compulsórias e um embate público entre essas propostas. No campo da Aids não há uma polarização tão evidente, como tampouco existem modelos de atenção distintos e bem definidos em oposição ideológica. Nesse caso, pode-se pensar que as relações de poder estão mais naturalizadas e menos problematizadas a nível institucional, o que configura, de certa forma, obstáculos ainda mais difíceis de serem

transpostos em nível macropolítico, mas que podem se revelar mais flexíveis a nível micro.

Se o cenário é menos polarizado, menos rígido, torna-se possível operar micropolíticas nos próprios serviços, na rotina de atendimento aos usuários e nos encontros das equipes. Os princípios da Redução de Danos podem ajudar a pensar formas de cuidado em que a autonomia do usuário esteja acima das normativas epidemiológicas e além dos controles biopolíticos das liberdades reguladas. Também se podem pensar ações de saúde que não apenas prescrevam o “melhor” tratamento, mas que abram espaço para o profissional construí-lo junto ao usuário na direção que aponta para a prática ética do cuidado, descolando o profissional de saúde de seu caráter enquanto agente biopolítico de controle da população. Em termos práticos, é possível pensarmos na ampliação do conceito de “adesão ao tratamento”, de forma que se possa pensar o uso de drogas para além da clínica estrita do HIV; o fortalecimento de vínculos com a atenção básica e com serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); atividades de educação permanente etc.

Certamente teremos de seguir refletindo sobre os melhores caminhos para resistir, mas algumas pistas estão dispostas sem maiores mistérios ao longo da história: a garantia de direitos, o diálogo com movimentos sociais e a sociedade civil, os movimentos coletivos de afirmação de redes solidárias e de desindividualização, a democracia como princípio básico. Como coloca Peter Pál Pelbart (2011), em sua reflexão sobre as contaminações positivas que a Aids produziu nos anos 80 e 90: “É intolerável que um corpo, individual ou coletivo, seja separado de sua potência. E como recusar o intolerável, e como reconectar um corpo com sua potência?” (p. 246). Partamos daí.

Referências

AGAMBEN, Giorgio. **O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha (Homo Sacer III)**. São Paulo: Boitempo, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Manuais n. 84. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano II - nº 01. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano III - nº 01. Ministério da Saúde, 2014.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano IV - nº 01. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas. **Perfil de usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CASTIEL, Luís David. Loucuras da Razão: Subjetividade e corpo-risco. Em: SANTOS, Luís Henrique Sacchi & RIBEIRO, Paula Regina Costa. **Corpo, Gênero e Sexualidade: Instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida**. Rio Grande: FURG, 2011, p. 47-57.

_____. Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso. In: NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.161-179.

CRAWFORD, Robert. The Ritual of Health Promotion. In: WILLIAMS, Simon Johnson; GABE, Jonathan; CALNAN, Michael (Orgs). **Health, Medicine and Society: Key Theories and Future Agendas**. London/New York: Routledge, 2000. P. 219-235.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **O nascimento da biopolítica** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GADELHA, Sylvio. **Biopolítica, governamentalidade e educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

GALVÃO, Jane. **Aids no Brasil**. Editora 34, São Paulo: 2000.

HARDT, M. NEGRI, A. **Império**. Rio de Janeiro: Record. 2006.

KVELLER, D. B. **O Cuidado nos Campos do HIV/Aids e do Uso de Drogas: um relato de experiência para novas aproximações**. Trabalho de Conclusão da Residência Integrada em Saúde. Escola de Saúde Pública: Porto Alegre, 2015.

KVELLER, D. B.; ZAGO, L. F. . O Cuidado nos Campos do HIV/Aids e do Uso de Drogas: Uma análise a partir de seus enfrentamentos biopolíticos. In: V Colóquio Latino-Americano de Biopolítica, 2015, São

Leopoldo. **Anais [recurso eletrônico] do 5º Colóquio Latino-Americano de Biopolítica, 3º Colóquio Internacional de Biopolítica e Educação e 17º Simpósio Internacional IHU**. São Leopoldo: Casa Leiria, 2015. v. 1. p. 1201-1211.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 33, n. 3, 2013 .

MARLATT, Alan. **Redução de danos**: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Porto Alegre: ARTMED, 1999.

NARDI, Henrique Caetano; RIGONI, Rafaela de Quadros. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 10, n. 2, Aug. 2005.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Mirian Santos. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 11,n. 4,Dec. 2007 .

PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e promoção da saúde**: da doença à cidadania – Livro I. Curitiba: Juruá, 2012.

PAIVA, Vera. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/Aids e o processo de emancipação psicossocial. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 6, nº 11, p. 25-32, 2002.

PELBART, Peter Pál. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. 1. ed. São Paulo: Iluminuras, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras DST**. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2014.

SANTOS, Alessandro de Oliveira; PAIVA, Vera. Vulnerabilidade ao HIV: turismo e uso de álcool e outras drogas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, supl. 2, Dec. 2007.

SEIXAS, Eunice. Rituais de risco e governamentalidade liberal na prevenção do VIH/SIDA. **E-cadernos ces**, v. 08. Coimbra, 2010.

VEIGA-NETO, Alfredo. Governo ou governo. **Currículo sem Fronteiras**, v. 5, n. 2, p. 79-85, 2005.

ZAGO, Luiz Felipe; SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos. Os limites do conceito de empoderamento na prevenção ao HIV/Aids entre jovens gays e bissexuais no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 681-701, Sept. 2013 .



Capítulo XIII

Casa, família e emprego: o cuidado de usuários de álcool e outras drogas no território como um contraponto aos rumos da política pública sobre drogas no Brasil

Luciana Barcellos Fossi

A questão do consumo abusivo de drogas, ultimamente, vêm sendo atrelada às questões de vulnerabilidade social. Discursos sobre a fragilização e o rompimento de vínculos diversos, relacionados à família, escola, emprego, são apontados como causas e consequências do consumo abusivo de drogas, especialmente o crack. Nos últimos anos, houve um aumento significativo de reportagens nos meios de comunicação, referenciando o crack como a

(...) droga que escraviza em segundos, que zomba das esperanças de recuperação, que corrói famílias, que mata mais do qualquer outra droga e que afunda dependentes na degradação moral e no crime (ROMANINI; ROSO, 2012, p. 86).

Em resposta a tal demanda, a atual política pública para drogas no país, trouxe a lógica da internação de longa duração em comunidade terapêutica como dispositivo de cuidado na rede de saúde.

Na contramão de tais generalizações que homogeneizam os modos de consumo de drogas e seus efeitos, este capítulo apresenta outras possibilidades de modos de subjetivação do sujeito usuário de drogas. Em um grupo terapêutico para usuários de álcool e outras drogas realizado no Centro de Atenção Psicossocial (tipo I) da cidade de Dois Irmãos (RS), orientado pela perspectiva da Redução de Danos, a população atendida, em sua maioria, segue vinculada à família e ao emprego, e não são consumidores de crack, exclusivamente. Portanto, estes não são os sujeitos-alvo das atuais medidas governamentais que preconizam a internação em comunidade terapêutica. Estes são, justamente, os sujeitos que reforçam a potência da lógica territorial de cuidado, proposta pela Reforma Psiquiátrica.

Desta forma, apresentaremos o contexto de vida destes usuários, e a proposta atual do tratamento para álcool e drogas no CAPS a fim de problematizar os rumos da política pública brasileira para questão das drogas, que vem preconizando a inserção na rede pública e o financiamento de comunidades terapêuticas como recurso de tratamento através das medidas propostas pelo plano “Crack, é possível vencer”.

A experiência aqui descrita é resultante do trabalho de uma equipe de saúde mental que participou de dois (dentre quatro) cursos promovidos pela Rede Multicêntrica em 2012 (*Atualização sobre Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional voltados ao uso de Crack e outras Drogas* e *Atualização em Gerenciamento de Casos, Reinserção Social de Usuários de Crack e outras Drogas*) e que, a partir dos conhecimentos produzidos na experiência destes cursos, pôde problematizar e reorientar suas práticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, conforme descrito a seguir.

Atendimento de usuários de álcool e outras drogas em CAPS I: a demanda pelo cuidado no território:

A implementação da Reforma Psiquiátrica em 2001 (Brasil, 2001) estabeleceu uma nova rede de atenção à saúde mental. Antes,

composta praticamente apenas por hospitais psiquiátricos, passou a ser orientada por uma lógica territorial: atendimento mais próximo possível do local onde o usuário mora. Serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Oficinas de Geração de Renda, leitos de internação em saúde mental em hospitais gerais, atendimento em saúde mental na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, Serviços Residenciais Terapêuticos e Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem ser apontados como tecnologias adotadas para o cuidado em saúde mental no SUS.

Desde a implementação dos CAPS com a Portaria GM 336 (Brasil/MS, 2002), houve a preocupação com o atendimento de usuários de drogas. Dentre os cinco tipos de CAPS existentes, um deles é específico para o problema do uso de álcool e outras drogas, sendo denominado Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). No entanto, os CAPS possuem critérios populacionais para sua implementação. Os CAPS AD possuem como critério um número mínimo de setenta mil habitantes para que este serviço possa fazer parte da rede municipal de saúde, segundo a portaria 336/02 do Ministério da Saúde (Brasil/MS, 2002).

Em função do critério populacional, o município de Dois Irmãos conta com um CAPS tipo I. Trabalhar em um CAPS I é um grande desafio, visto que a equipe precisa estar atenta às diversas demandas de saúde mental que devem ser atendidas neste dispositivo, considerando que o sofrimento psíquico também é resultante das condições de vida e, especialmente, das relações sociais, do modo como os sujeitos se constituem, como são e estão no mundo. Portanto, a configuração do sofrimento psíquico se modifica e se reconfigura no mesmo passo em que o mundo se transforma. Mais do que enrijecer a compreensão de sofrimento psíquico com base nos manuais de transtornos mentais, os profissionais de saúde mental devem compreender como se produz o sofrimento psíquico na vida de uma determinada população. Sendo assim, os cursos da Rede Multicêntrica possibilitaram que praticamente todos os membros da equipe (somente dois profissionais não participaram dos cursos, por

dificuldades pessoais) pudessem repensar o cuidado para os usuários de álcool e drogas no município de Dois Irmãos (RS), bem como, compreender como este uso problemático se produz e se apresenta como demanda de cuidados em saúde mental.

Dentre as possibilidades terapêuticas de cuidado a usuários de álcool e drogas, cabe destacar dois grupos terapêuticos realizados neste CAPS: grupo de familiares de usuários de álcool e outras drogas e grupo para usuários de álcool e outras drogas. O grupo de familiares, realizado semanalmente se propõe a escutar a demanda daqueles que são os cuidadores de pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de alguma substância psicoativa, ou, que apresentam sofrimento diante do consumo de álcool e drogas de seu familiar.

Este grupo é aberto à comunidade em geral, não há necessidade de encaminhamento ou de acolhimento prévio no CAPS nem em nenhum outro serviço da rede. O acolhimento dos participantes se dá no próprio grupo e o familiar que está com problemas decorrentes do uso de álcool ou drogas não precisa estar, necessariamente, fazendo tratamento no CAPS. De acordo com Schmidt e Figueiredo (2007), o acolhimento sem fila de espera em CAPS é uma condição facilitadora do acesso, ou seja, acesso e acolhimento estão atrelados e são inseparáveis. O acolhimento é o dispositivo de porta de entrada do serviço.

O grupo específico para usuários de álcool e outras drogas também acontece semanalmente e também é aberto à comunidade: qualquer pessoa que declare ter algum problema devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas pode participar do grupo. No espaço do grupo não existe a diferenciação diagnóstica de uso/abuso/dependência química. É consenso dentre os participantes que alguns têm mais dificuldades ou sofrem mais do que outros, mas não é o objetivo deste grupo tratá-los de acordo com prerrogativas diagnósticas, mas parte-se da premissa de que todos ali presentes estão com um problema.

Desde a origem deste espaço de escuta, a questão do horário foi uma preocupação por parte dos profissionais da equipe. Muitas

pessoas deixam de buscar atendimento para evitar problemas profissionais, evitando saídas durante o horário da jornada de trabalho. Este grupo já mudou de dia e horário algumas vezes, mas sempre se manteve fora do horário da jornada de trabalho das fábricas do município, que são os principais empregadores desta população.

De acordo com Sousa, Pinto e Jorge (2010), o dispositivo grupal pode ser considerado como um meio de intervenção importante, na medida em que possibilita a desnaturalização do sofrimento e a construção de modos coletivos de existência, deslocando o sujeito das situações de exclusão e de negação do potencial de vida. Sendo assim, as abordagens terapêuticas em grupos nos CAPS viabilizam, principalmente, a promoção de autonomia dos usuários. Considerando estes aspectos, tanto o grupo para familiares como o grupo para usuários, além de serem dispositivos terapêuticos e de cuidado, também são espaços de produção de novos sentidos para a questão do consumo de substâncias psicoativas, não só para os sujeitos usuários, mas para a comunidade como um todo.

Trabalhadores-usuários e seus contextos de vida e de uso: para além do discurso da fragilização e da vulnerabilidade:

A maioria dos participantes do grupo de usuários de álcool e outras drogas possui vínculo empregatício, moradia e família, e são adultos. A partir das histórias de vida narradas por estes sujeitos, alguns aspectos chamam a atenção. O problema com o uso abusivo de drogas não surgiu na adolescência, apesar de nesta fase, já terem experimentado a substância que hoje lhes causa problema. Sendo assim, a partir da experiência deste grupo, o problema do consumo abusivo de substâncias psicoativas surge na idade adulta, quando a maioria, já se estabeleceu profissionalmente. Este consumo abusivo, por sua vez, não rompe com os vínculos empregatícios e familiares destes sujeitos. Muito antes pelo contrário: chama a atenção que,

muitas vezes, estes usuários relatam o uso de drogas como uma ferramenta para melhorar o desempenho profissional.

Tal realidade se apresenta como um descompasso ao discurso midiático sobre o consumo de drogas na contemporaneidade. As peças midiáticas sobre drogas, publicitárias ou informativas, conforme Vedovatto (2010) desenham a figura de um sujeito fraco, sem autonomia, empobrecido, que tem a atitude impensada de usar uma substância descontroladamente, destruindo sua família, sua vida profissional e seus vínculos sociais. A forma como é apresentada o usuário de droga generaliza o uso de substâncias, colocando tal uso sempre como problemático, destruidor e desagregador de valores morais e éticos. O efeito disso é a construção de uma imagem do 'drogado' responsável por todos os males da sociedade. Este retrato produzido pela mídia não corresponde ao contexto de vida apresentado pelos usuários participantes do grupo terapêutico em questão.

Conforme Melcop (2004), o consumo de drogas nas sociedades modernas reflete as mudanças sociais e econômicas dos últimos séculos, que modificaram costumes e deslocaram os mecanismos de controle comunitário para as grandes corporações e instituições anônimas. No polo oposto ao do vegetal (cânhamo, coca) transformado artesanalmente em substância psicoativa (maconha, cocaína), hoje se tem a droga em série, produto de fabricação laboratorial e que é produzida, lícita ou clandestinamente, em escala repetitiva como qualquer outro bem de consumo generalizado.

Durante os encontros do curso *Atualização sobre Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional voltados ao uso de Crack e outras Drogas* da Rede Multicêntrica, os modos de consumo de drogas dos usuários do CAPS de Dois Irmãos também pareciam diferir da realidade de outros municípios, em especial, dos grandes centros urbanos. Evidentemente que dentre os sujeitos atendidos pelo CAPS, existem sim usuários de álcool e/ou drogas que se encontram em situação de vulnerabilidade, que se relacionam de forma intensa com o mercado do tráfico de drogas como possibilidade de ganhos

financeiros e de acesso às substâncias psicoativas - que caracterizavam ser a maior parte das situações descritas pelos colegas de curso oriundos de grandes centros urbanos. Contudo, estes casos, em Dois Irmãos, ainda são exceções diante dos usuários de drogas trabalhadores das fábricas.

A caracterização do consumo de drogas da maioria dos participantes do grupo terapêutico do CAPS se alia justamente, ao ritmo fabril. Portanto, é um consumo de drogas que se instaura de modo a positivar a lógica de trabalho dos sujeitos, que possibilita a coexistência do abuso de drogas com o exercício profissional, e que, além de coexistirem, parecem estar engendrados a tal lógica, que conformam modos de subjetivação. A subjetividade, de acordo com Silva e Mélo (2011), é o resultado do processo de produção contínuo investido na conformação de modos de existência, incluindo as maneiras de agir e sentir. Portanto, a subjetividade é resultante de uma processualidade decorrente de um plano histórico-político.

Estes sujeitos usuários de drogas, aqui descritos, não são os mesmos sujeitos da atual Política Pública do Brasil, que vem preconizando a internação de longa duração em comunidades terapêuticas como medida de cuidado em saúde. A internação de longa duração não condiz com a demanda dos sujeitos com vínculos empregatícios e familiares, que configura a realidade da maioria dos usuários do CAPS I de Dois Irmãos.

Segundo Doneda (2009) a Redução de Danos apresentou o usuário de drogas como protagonista das ações a ele endereçadas, contribuindo para outra conceituação da autonomia do usuário e seus significados diante da substância, do modo de uso e administração da droga, seus determinantes culturais, econômicos e sociais. O grupo terapêutico do CAPS opera nesta lógica, levando os usuários a problematizarem, por exemplo, alguns conceitos advindos dos grupos de Alcoólicos Anônimos que determinam a abstinência total como meta única para o tratamento, e que determina que qualquer consumo seja encarado como um fracasso no tratamento. Eventualmente, os usuários comparecem ao CAPS após iniciar o uso

de drogas e ter dificuldade em interromper este uso, ultrapassando os limites impostos por eles mesmos. Nestas situações, estes usuários são acolhidos imediatamente no serviço pelo profissional que estiver disponível no momento.

De acordo com Petuco (2011), a Redução de Danos é um paradigma que institui tecnologias de intervenção que consideram as diferentes formas de ser e estar no mundo, se constituindo como um paradigma que oferece outro olhar sobre a questão das drogas. Portanto, a Redução de Danos é uma possibilidade clínica e política que responde às dimensões políticas, sociais e culturais do consumo de substâncias psicoativas.

Cabe, então, a partir da experiência e das características dos usuários deste grupo, uma problematização do consumo de drogas atravessado pela lógica neoliberal, de produção-consumo e de inserção no mercado de trabalho.

Para além da fragilização dos vínculos e dos conflitos familiares, a preocupação dos participantes do grupo passa pelo receio de que os colegas e os chefes venham saber que estes são usuários de drogas, principalmente quando o consumo acontece dentro do local de trabalho, pelo temor de serem demitidos. Sendo assim, esta população se caracteriza por sujeitos economicamente ativos, inseridos no mercado formal de trabalho. Sujeitos que se beneficiam da proposta de cuidado preconizada pela Reforma Psiquiátrica, pelo cuidado no território e pela diretriz da Redução de Danos. A perspectiva do cuidado para usuários de álcool e outras drogas no CAPS busca contemplar as vicissitudes e os desdobramentos que o consumo de substâncias psicoativas produz no contexto de vida de tais sujeitos.

Algumas vezes, os usuários demandam por internação hospitalar para desintoxicação quando estes não conseguem reduzir o consumo. Em algumas situações, há a dificuldade no acesso ao leito clínico em hospital geral para desintoxicação. Já houve a experiência de desintoxicação no CAPS, sob o regime de cuidados intensivos conjugados com internação domiciliar. Nestas experiências, o usuário

passava o dia no serviço sob cuidado em modalidade intensiva, onde a medicação era administrada e o sujeito poderia participar de algumas atividades, se assim desejasse. Durante o período em que o CAPS estava fechado, os cuidados continuavam em casa, onde o usuário ficava sob a responsabilidade da família. Atualmente, essa modalidade de cuidado não vem sendo implementada por questões de infraestrutura física e de composição da equipe.

Tivemos, contudo, algumas experiências exitosas de internação domiciliar que não podem ser esquecidas. Se a família compreende o problema e se propõe a dar continuidade aos cuidados dispensados no CAPS, esta modalidade de desintoxicação deve ser considerada. No caso de intercorrência clínica, as famílias e os usuários podem contar com o SAMU e com a unidade de pronto-atendimento 24 horas do município.

No entanto, a mídia e a atual configuração da política pública para questão das drogas, conformam modos de subjetivação, e diante do discurso de que a internação é única saída para os usuários de álcool e outras drogas, a demanda tende a ser sempre, pela internação. Cabe ressaltar aqui a importância do grupo de familiares citado anteriormente, que se propõe a desconstruir as verdades produzidas pelos discursos veiculados na mídia, já que as famílias, inicialmente, buscam o CAPS para solicitar a internação hospitalar, ou em comunidade terapêutica, para o familiar que faz uso de substâncias psicoativas.

Este grupo, assim como o grupo para usuários de álcool e outras drogas, também opera tendo como base, a diretriz da Redução de Danos. Sendo assim, alguns participantes hoje, conseguem considerar como um avanço o fato de um familiar que, costumava tomar bebida destilada diariamente, tenha passado a tomar cerveja, por exemplo. Este apoio das famílias tem sido fundamental para sustentar e legitimar a proposta de cuidado para os usuários de álcool e outras drogas no município de Dois Irmãos.

Os rumos da atual Política Pública no Brasil: que ‘cuidado’ e para quem?

A partir de 2010, (Brasil, 2010) o governo brasileiro passou a investir intensamente na questão das drogas, propondo novas estratégias e reforçando outras já existentes, bem como incrementando o orçamento para as ações propostas a fim de solucionar o ‘problema’, ou pelo menos, minimizá-lo. Dentre as propostas, está a ampliação dos serviços de atenção à saúde para os usuários de drogas, trazendo para rede serviços que inicialmente não faziam parte dela. As comunidades terapêuticas, serviços de internação na modalidade de moradia para usuários drogas, passaram a compor a rede de saúde pública através do financiamento estatal.

As comunidades terapêuticas em sua natureza social, que segue a lógica do internamento, são uma das tantas formas históricas contemporâneas do jogo de exclusão dos seres humanos, onde eclodem rituais de segregação e purificação por meio das práticas terapêuticas e dos discursos morais. As comunidades terapêuticas possuem um “híbrido” de concepções morais e éticas, conjugando “velhas” e “novas” visões e valores acerca do indivíduo e da sociedade. (CASTRILLÓN VALDERRUTÉN, p.81, 2008).

A lógica que opera na comunidade terapêutica é da ordem privada, de moral religiosa. Esta lógica das comunidades terapêuticas concorre e ao mesmo se engendra a lógica vigente pós-reforma psiquiátrica para o cuidado à saúde dos usuários de drogas. No momento em que as comunidades terapêuticas se vinculam à rede pública, fica estabelecido o fluxo que o usuário de drogas irá percorrer pela rede de serviços, que incluem os CAPS, os leitos em hospital geral, dentre outros. Uma conciliação de lógicas, que seriam distintas originariamente, mas que no percurso traçaram trajetórias que se convergiram, e se entrelaçaram numa só rede, conformando modos de subjetivação.

A experiência de si, que se pode chamar de experiência subjetiva, está engendrada pelas relações de saber e poder, e sendo

assim, tal experiência passa pela análise das condições de emergência de verdades produzidas sobre os sujeitos. Conforme Duarte (2008), o sujeito, para Foucault, é pensado como um produto resultante de uma multiplicidade de relações horizontais de saber-poder que o caracterizam como sujeito assujeitado e disciplinado. Nesta conciliação das lógicas da comunidade terapêutica e dos serviços pautados pela Reforma Psiquiátrica há um novo modo de manejo sobre o sujeito usuário de drogas, através de novas intervenções estatais que interferem no problema-droga, apontado como fenômeno populacional (GUARESCHI, LARA e ADEGAS, 2010).

O atual governo do país tem como plano governamental o 'enfrentamento ao crack', sob a campanha "Crack, é possível vencer", com significativo investimento financeiro para contemplar a demanda da sociedade por alguma medida que dê conta de tal problemática. Em 2010 foi publicado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (BRASIL, 2010) que conveniou formalmente as comunidades terapêuticas com o SUS. A publicação do plano gerou repercussões com diferentes vieses. Se por um lado a opinião pública vê com bons olhos a medida governamental, por outro, parte dos trabalhadores da área da saúde, especialmente aqueles implicados com a manutenção do SUS e da Reforma Psiquiátrica em seus preceitos fundamentais, não entende que a medida seja o melhor caminho para abordar o problema social do uso de crack.

Existem, assim, movimentos contrários, motivados por lógicas distintas. De um lado, os militantes da Reforma Psiquiátrica e do SUS, que entendem o conveniamento das comunidades terapêuticas como um retrocesso político. De outro, aqueles favoráveis à lógica manicomial, que há muito tempo questionam o modelo vigente e apontam os avanços da Reforma Psiquiátrica como um retrocesso no cuidado em saúde mental.

De acordo com Andrade (2011), proposição de leitos em hospitais e comunidades terapêuticas, preconizados pelos que se opõem à Reforma Psiquiátrica, e em particular aos CAPS, encontra eco no imaginário popular, o qual espera por soluções imediatas de cura e

de afastamento das atividades marginalizadas e ilegais por parte dos usuários de drogas. O autor afirma que o internamento nesses serviços vai na direção contrária das práticas desses usuários de drogas, dificultando a possibilidade de um novo percurso por vieses socialmente mais aceitáveis e produtivos.

Os espaços fechados de tratamento para pessoas com problemas com o uso de drogas como as comunidades terapêuticas podem ser consideradas como espaços onde se estabelecem relações de dominação daquele que exerce um poder dito terapêutico sobre um sujeito desprovido de seus direitos, “abandonado à arbitrariedade institucional” (Alarcon, Belmonte e Jorge, p.73, 2012).

As ações de desinstitucionalização decorrentes da Reforma Psiquiátrica são direcionadas para este tipo de situação. A institucionalização é o artifício para a anulação da subjetividade dos sujeitos, tornando-os meros objetos. Por isso, as críticas feitas aos hospitais psiquiátricos se estendem às instituições como as comunidades terapêuticas (dentre outras) que nasceram à sombra da racionalidade manicomial, pois entendem saúde pela simplificação unicausal e institucionalizam o sujeito (ALARCON, BELMONTE e JORGE, 2012).

A partir do contexto de vida dos usuários do CAPS I do município de Dois Irmãos, a priorização da internação de longa duração em comunidades terapêuticas e o incremento financeiro em instituições do setor privado podem ser problematizadas. Conforme citado anteriormente, o CAPS deixou de fazer a desintoxicação na modalidade de cuidado intensivo aliada à internação domiciliar por questões de infraestrutura, que perpassam também por questões de respaldo financeiro. A configuração da demanda dos usuários deste CAPS está muito aquém do contexto de vulnerabilidade atribuído aos usuários de drogas. Sendo assim, os rumos da atual política pública brasileira para a questão das drogas contemplam uma demanda específica, caracterizada pelas situações de vulnerabilidade atreladas ao consumo de drogas, mas que, podemos pensar também, pode ser

decorrente de questões muito anteriores ao consumo abusivo de álcool e outras drogas.

Portanto, através da apresentação do modelo de cuidado deste serviço de saúde mental e de seus usuários, surge uma brecha para repensar as prioridades de uma política pública que investe prioritariamente em uma determinada população, inserida em um contexto específico, que evidentemente necessita de cuidados. Contudo, os usuários de álcool e outras drogas que não necessitam de internação de longa duração, que não são os sujeitos-alvo destas medidas governamentais, também devem ser considerados nos planos governamentais, tanto do ponto de vista do investimento financeiro em serviços que já compõem a rede pública de saúde, como nas tecnologias e saberes produzidos e construídos na experiência da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Estes saberes e tecnologias podem auxiliar na construção de novos serviços para a rede de cuidados para usuários de álcool e outras drogas, de modo que ela possa dar conta, também, das situações de vulnerabilidade encontradas especialmente nos grandes centros urbanos, sem necessariamente, serem institucionalizados em comunidades terapêuticas.

Considerações finais:

A rede da Reforma Psiquiátrica se mostra eficaz diante da experiência descrita neste trabalho. Contudo, é necessário resgatar o histórico de institucionalização da loucura do século passado como única possibilidade de tratamento. A Reforma Psiquiátrica propõe desconstruir não apenas os manicômios, mas toda a lógica de 'cuidado' baseada na segregação e no isolamento em instituições totais. A institucionalização de usuários de drogas deve ser problematizada a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica, de modo que o respeito aos direitos humanos dos sujeitos com sofrimento psíquico advindo do consumo de substâncias psicoativas seja garantido.

Difícilmente, mesmo em casos onde o consumo de drogas é extremamente problemático, os sujeitos atendidos no CAPS I de Dois Irmãos se propõem de fato, a serem internados em comunidades terapêuticas. O rompimento dos vínculos familiares e a impossibilidade de trabalhar no mercado de trabalho formal são, na maioria das vezes, a justificativa para que esta modalidade de internação não ocorra. E estes são, justamente, os fatores que possibilitam uma reorganização do consumo de substâncias psicoativas, de modo que, a família e o trabalho se estabelecem como aspectos de vida a serem priorizados nos projetos terapêuticos para a redução dos danos causados pelo consumo de álcool e drogas destes usuários.

Durante o percurso da escrita deste trabalho, em busca de referências teóricas e outras experiências de Centros de Atenção Psicossocial que pudessem sustentar a discussão proposta, nenhuma referência sobre o tratamento de usuários de álcool e outras drogas em CAPS tipo I foi encontrada.

Uma das contribuições que este trabalho tem a oferecer é pensar e legitimar o cuidado para estes usuários em serviços de saúde que, necessariamente, não sejam especializados na atenção à demanda relativa ao consumo de substâncias psicoativas. Se de um lado, os CAPS AD estão localizados nos municípios com pelo menos setenta mil habitantes, por outro, as comunidades terapêuticas localizam-se, especialmente, nas zonas rurais dos municípios de médio e pequeno porte. Sendo assim, a consolidação de uma rede de atenção para usuários de álcool e outras drogas permeada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, passa, necessariamente, pelo fortalecimento dos dispositivos da atenção básica enquanto serviços que também se responsabilizam por esta demanda.

O curso da Rede Multicêntrica possibilitou avanços nos discursos e nas práticas dos profissionais do CAPS, bem como, auxiliou na conformação de um entendimento da questão do consumo abusivo de substâncias psicoativas por parte da equipe aliado na Redução de Danos, que alcançou legitimidade junto aos gestores e à população

em geral. Os tencionamentos seguem e os embates são diários. Contudo, os saberes produzidos na construção coletiva das aulas deste curso se consolidaram como peças-chave para a manutenção de um cuidado pautado pela Redução de Danos e, sobretudo, pelo respeito à cidadania e pela dignidade dos sujeitos usuários de drogas.

Referências

ALARCON, S. BELMONTE, P. JORGE, M. O campo de atenção ao dependente químico. In: ALARCON, Sergio. JORGE, Marco Aurélio S. (Orgs) **Álcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 abril. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10216**, de 06 de abril de 2001. Oficial da União (Brasília, DF), 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em 27 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 336/GM** de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/publicar/conteudo.php?id=603>> Acesso em 24 maio 2013.

_____. **Decreto Lei 7179**. Diário Oficial da União (Brasília, DF), 2010. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm> Acesso em 20 out. 2011.

CASTRILLÓN VALDERRUTÉN, María del Carmen. Entre "teoterapias" y "laicoterapias": comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, abr. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 maio 2013.

DONEDA, D. Os rumos das ações voltadas à redução de danos e à abstinência. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, ano 6, n. 6, nov. 2009.

DUARTE, André. **Biopolítica e resistência**: o legado de Michel Foucault. In: RAGO, M. VEIGA-NETO, A. (orgs). Figuras de Foucault. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

GUARESCHI, N. M. F. LARA, L. ADEGAS, M. Políticas Públicas entre o sujeito de direitos e o Homo Oeconomicus. **Psico**. V.41, n.3, jul/set. 2010. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/8163/5854>> Acesso em 19 maio 2013.

MELCOP, A. G. T. Vamos parar por aqui? Os desafios da abordagem de redução de danos nas violências no trânsito. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PETUCO, Denis R. S. Redução de danos. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6 REGIÃO. **Álcool e outras drogas**. São Paulo: CRPSP, 2011.

SILVA, Alyne A. MÉLLO, Ricardo P. Subjetivação e governamentalidade: questões para a psicologia. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23 – n.2, p. 367-388, Maio/Ago. 2011.

SCHMIDT, Moema B. FIGUEIREDO, Ana C. Os três as: acesso, acolhimento e acompanhamento – uma proposta da avaliação de serviços de saúde para o trabalho nos CAPS. In: COUTO, Maria Cristina V. MARTINEZ, Renata G. **Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da reforma psiquiátrica**. NUPPSAM/IPUB/UFRJ: Rio de Janeiro, 2007.

SOUSA, Djanira L. M. de; PINTO, Antonio G. A.; JORGE, Maria S. B. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de Fortaleza-Ceará. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, mar. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 maio 2013.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. 1, 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 maio 2013.

VEDOVATTO, S. M. A. Contrapondo o discurso midiático sobre drogas – nem tão feios, nem tão sujos, nem tão malvados: pessoas de bem também usam drogas! In: SANTOS, L. M. B. (org.) **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

EXPERIÊNCIAS



Capítulo XIV

PROJETO SEMEAR: uma proposta de reabilitação psicossocial do Hospital Sanatório Partenon para pessoas com tuberculose e outras comorbidades

Marta Conte, Cíntia Germany, Denise Bastos, Elisane Coutinho, Jarbas Osório, Rebeca Litvin, Simone Meyer Rosa, Carla Adriane Jarczewski.

O mundo dos excluídos é um mundo sem-desejo, enquanto o homem, como diz Bachelard, é uma criação do desejo e não se reduz à dimensão única da necessidade (1990).

Este capítulo trata do relato sobre a elaboração e implantação de um projeto de reabilitação psicossocial, denominado *Semear*, voltado para pacientes com tuberculose e comorbidades (HIV/Aids, hepatites virais, portadores de sofrimento psíquico, uso problemático de substâncias psicoativas e/ou vulnerabilidade social), internados no Hospital Sanatório Partenon (HSP), em Porto Alegre, RS. O projeto foi elaborado por uma equipe de profissionais do HSP que frequentou o Curso III da Rede Multicêntrica²¹, no mês de novembro de 2012 e que concorreu, na ocasião, ao Edital do Ministério da Saúde - III Chamada para Elaboração e Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: trabalho, cultura e inclusão social na rede de atenção psicossocial. E foi

²¹A Rede Multicêntrica é um centro de referência em Educação Permanente no tema da atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas estimulando o pensar estratégico e as práticas a partir da diretriz de trabalho da Redução de Danos e reúne serviços de Porto Alegre e da Região Metropolitana.

desenvolvido de 2013 a 2015.

O *Projeto Semeiar*²² teve como objetivo contribuir para a adesão ao tratamento da tuberculose, por meio de ações que abordem as comorbidades e possibilitem a construção de novos lugares sociais, pela inserção nos campos da educação, trabalho e geração de renda, cidadania e cultura. Pretendeu com isto criar condições para a reabilitação psicossocial, na perspectiva da atenção integral e da redução de danos.

O Projeto propôs também ações de educação permanente voltadas aos profissionais do hospital e da rede intersetorial. Contou, para tanto, com uma equipe multidisciplinar que atuava no HSP, bem como com oficinairos contratados pelo Projeto e outros profissionais e parceiros para desenvolver suas ações.

A metodologia utilizada para alcançar o objetivo proposto envolveu: oficinas, grupos, saraus temáticos, cine-debate, cursos de curta duração, rodas de conversa, música, teatro, terapia comunitária, entre outras. A proposta desta metodologia enfatizou o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e o empoderamento dos pacientes, familiares e servidores participantes das ações do Projeto. O principal desafio do processo de implantação do Semeiar foi garantir sua sustentabilidade, bem como monitorar e avaliar a pertinência de algumas novas abordagens propostas.

O contexto hospitalar:

O Hospital Sanatório Partenon é composto por um conjunto de serviços com unidades de internação, totalizando 65 leitos (ala feminina, ala masculina e Unidade de Cuidados Especiais); Unidade de Saúde Sanatório Partenon (referência para tratamento ambulatorial de pacientes com tuberculose multirresistente (TBMR), com tratamento diretamente observado (TDO) compartilhado para todo estado, e

²²Agradecemos aos oficinairos Paula Emilia Adamy, Samantha Torres, Giuliano Soares e Leo pelas importantes contribuições oferecidas nas oficinas com pacientes, familiares, servidores e comunidade em geral.

tratamento de esquema básico para os bairros Partenon, Agronomia e Lomba do Pinheiro; Serviço de Atenção Terapêutica (SAT: Hospital-Dia e Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Centro de Testagem e Aconselhamento, Sistema de Informação e Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM); Ambulatório Geral: Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis (CAMMI), Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), Ambulatório de Hepatites, Ambulatório de Pequenas Cirurgias, Ambulatório de Odontologia, Fibrobroncoscopia, Espirometria, Radiologia, Fisioterapia, Ambulatório de Profilaxia da Raiva; Campo de estágio curricular para Universidades e Instituições Conveniadas (UFRGS, FFFCMPA, PUCRS, IPA, entre outras); Residência Integrada em Saúde (RIS) com ênfase em Pneumologia Sanitária (Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia e Terapia Ocupacional, com possibilidade de ampliar para outras áreas e/ou ênfases), no entanto, foi interrompida ano passado.

O HSP é referência estadual para o tratamento da tuberculose, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários.

Com o advento da Aids e do consumo de drogas, especialmente o crack, surgem novas demandas para a atenção e por conta disto o hospital vem se adaptando tanto na área física quanto no escopo de suas ações, modificando as já executadas e criando outras, com ênfase, especialmente, ao tratamento de um olhar integral às questões psicossociais.

Da Doença:

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que pode acometer qualquer órgão do corpo, sendo mais comum e mais importante do ponto de vista epidemiológico a forma pulmonar. A TB é transmitida por via aérea, a partir da inalação de núcleos secos de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro da pessoa com TB ativa de vias respiratórias (pulmonar ou laríngea). Os doentes bacilíferos, isto é,

cuja baciloscopia de escarro é positiva, são a principal fonte de infecção. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2011) as formas exclusivamente extrapulmonares não transmitem a doença. Sua evolução e gravidade estão relacionadas à concentração de bacilos no ambiente, ao tempo de exposição aos bacilos e à imunocompetência da pessoa exposta. Apresenta como sintomas iniciais mais frequentes tosse produtiva, hipertermia, sudorese noturna, anorexia e perda de peso. O diagnóstico é feito pela história clínica e, na maioria dos casos, pelo exame de baciloscopia (pesquisa de bacilos álcool ácido resistentes - BAAR - no escarro) e por radiografia de tórax. Em situações especiais o diagnóstico pode ser feito por exame laboratorial de líquidos ou secreções aspiradas ou por exame anatomopatológico de órgãos ou tecidos biopsiados. A cultura para micobactérias tem maior sensibilidade do que a baciloscopia de escarro e, mais recentemente, o Brasil acrescentou ao seu arsenal diagnóstico o teste molecular rápido, ainda em fase de implantação no país.

Do tratamento:

No contexto acima descrito o Ministério da Saúde definiu três esquemas de tratamento: 'esquemabásico'(EB) – composto por quatro fármacos - com duração de seis meses; 'esquema especial'(EE), utilizado nos casos de hepatotoxicidade ou de intolerância a algum fármaco do EB - composto por três ou quatro drogas, com duração de 12meses, e esquema para o tratamento de 'tuberculose multirresistente'(TBMR), com duração de 18meses. A mudança do esquema básico para o esquema especial ou para o de multirresistência pode acontecer em um mesmo período de internação, aumentando significativamente o tempo de permanência no hospital, independente do esquema de tratamento utilizado (BRASIL, 2011).

As condições associadas à TB compõem o quadro de vulnerabilidade biopsicossocial no qual se encontram os pacientes internados no HSP. Estas condições determinam o aumento do tempo

de permanência dos mesmos no hospital, considerando que favorecem o uso irregular dos medicamentos, a não adesão e abandono dos tratamentos anteriores, com consequente falência aos diversos esquemas terapêuticos, especialmente no âmbito ambulatorial. Juntam-se a estas, outras condições para a falência, tais como: a fragilidade dos vínculos entre pacientes e equipes profissionais e a ausência de supervisão na administração dos medicamentos, a dificuldade de acesso aos serviços, o modelo de atenção que pratica a adesão centrada no período de tratamento sem a ênfase a uma autonomia para o exercício de autocuidado, entre outros (BRASIL, 2011; BERGEL e GOUVEIA, 2005; CHIRINOS e MEIRELLES, 2011; VIERA, A.A.; RIBEIRO, S.A., 2011; COSTA, 2013).

Além das sequelas provenientes das patologias tratadas durante a internação podem ser observadas outras consequências em razão da longa permanência no ambiente hospitalar, agravadas pelo impedimento de saída dos pacientes hospitalizados durante o período da internação (exceto para questões de saúde), visto que não há respaldo legal para tanto. No entanto, a instituição está em fase de experiência de novos fluxos para garantir a acessibilidade aos recursos/equipamentos sociais necessários para inserção social da população atendida.

Entre as consequências da longa permanência, constata-se a privação de hábitos cotidianos, de convívio social e familiar. E por outro lado, com frequência, o espaço terapêutico transforma-se em cenário de conflitos de relacionamento entre os pacientes, com dificuldade de manejo por parte das equipes, resultando, muitas vezes, em "alta contra iniciativa médica". Tais situações ocorrem frequentemente e, muitas vezes, apresentam desfechos indesejados como o abandono e alta a pedido e, conseqüentemente, a não adesão ao tratamento.

Pesquisas que investigam a adesão/não-adesão sob a ótica dos sujeitos que a vivenciam - pacientes, família, profissionais - trazem subsídios para a compreensão dessa problemática. Nas definições descritas pelos autores, a ideia recorrente é a de que o paciente deve

obedecer às recomendações dos profissionais de saúde e que seu comportamento deve coincidir com os conselhos e indicações médicas e dos demais profissionais dos serviços (Annelita Almeida Oliveira Reiners et alli, 2007).

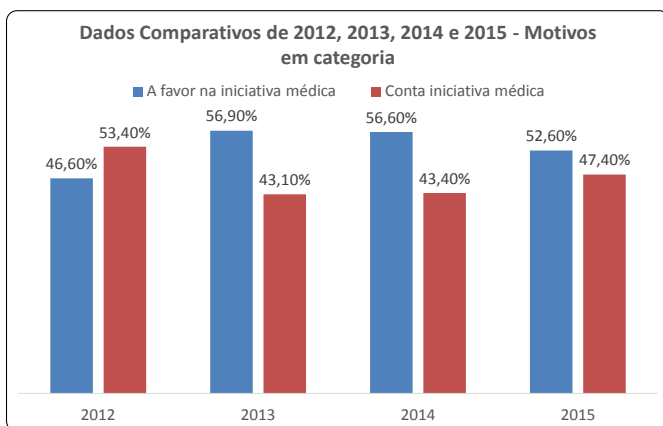
Essa ideia sugere que o papel do paciente é ser submisso àquilo que o profissional determina. Na medida em que o paciente deixa de observar as indicações prescritas é considerado como não aderente ao tratamento, nesse sentido os profissionais tendem a abordar a questão da adesão/não-adesão somente sob essa perspectiva, ignorando outros pontos de vista do paciente, deixando de considerar a legitimidade dos comportamentos que diferem das suas prescrições.

Agindo assim, distanciam-se das razões dos pacientes, julgando-os e rotulando-os, em vez de conhecê-los, entendê-los para incorporá-los no Plano Terapêutico Singular como estratégias que viabilizariam a adesão. Por isso, há que se considerar essa questão sob outra ótica, levando em conta a subjetividade do paciente, suas necessidades, contradições e dificuldades, bem como suas demandas, sem nunca esquecermos de que a tuberculose é uma doença cuja transmissão é aérea e não consentida, sendo sua cura responsabilidade dos serviços de saúde e só terá resolutividade a partir da consciência do paciente, dos serviços de saúde e de toda a sociedade.

De acordo com dados fornecidos pelo Serviço de Arquivo Médico do HSP, no ano de 2012 o número total de altas, excetuando os óbitos, foi de 293. Destas, 168 (57,3%) ocorreram Contra Iniciativa Médica (a pedido, abandono, fuga, indisciplina). Nesse mesmo período ocorreram 125 (42,7%) altas por iniciativa médica (tratamento ambulatorial, cura, transferência). Observa-se por esses dados que, em 2012, o total de altas contra iniciativa médica foi superior ao total de altas por iniciativa médica, projetando-se, nestas circunstâncias, um número significativo de tratamentos pós-internação que cursaram com irregularidade ou mesmo abandono. Deve-se considerar que as altas, nestas circunstâncias, dificultam a preparação e o adequado encaminhamento dos pacientes para a rede.

Já a partir de 2014, com a pesquisa do PPSUS (CONTE et all, 2015) desenvolvida no hospital foi possível analisar dados, conforme quadro abaixo, para comparar uma série histórica de 2012 a 2015 (TEIXEIRA, PAVIM, 2015). Cabe ressaltar que em 2013 iniciou a implantação do Plano Terapêutico Institucional.

Comparativo: Altas do Hospital Sanatório Partenon, Porto Alegre/RS, nos anos de 2012, 2013, 2014 e 2015



Os resultados evidenciam mudanças no perfil das altas hospitalares, com diminuição das altas contra iniciativa médica, incluem o abandono, as altas a pedido e a indisciplina. Já nas altas a favor da iniciativa médica estão incluídas a cura, a sequencia do tratamento ambulatorial, a transferência para outro hospital. Nesta categoria de motivo o aumento da alta por cura é significativo. Uma das hipóteses explicativas é justamente a implantação do PTI, planejado para interferir positivamente sobre a internação e que pode estar, conseqüentemente, influenciando os motivos de alta hospitalar.

Confirmou-se que a significativa participação dos pacientes em atividades terapêuticas e culturais têm criado melhores condições para a adesão ao tratamento.

Como desdobramento desse processo a Direção Técnica do HSP promoveu informalmente o grupo de trabalho que, no segundo

semestre de 2012, iniciou a elaboração do Plano Terapêutico Institucional (PTI), em um espaço de construção coletiva, aberto à participação voluntária de todos os profissionais que atuam na instituição.

Tratando-se de um hospital que oferece cuidado em saúde a uma população em situação de vulnerabilidade social, as necessidades e demandas são diversas e, por vezes, sem possibilidade efetiva de resolução, por conta de processos de trabalho defasados, a não escuta dos pacientes e posturas prescritivas de alguns profissionais, ante à mudança do perfil dos pacientes, além das situações que não estão sob a ingerência da equipe envolvida diretamente com o paciente, como a situação, anteriormente mencionada da impossibilidade de sair das dependências do hospital, exceto para questões de saúde, uma vez que havendo uma internação, do ponto de vista legal, a saída de um indivíduo e a cobrança de uma AIH neste período constitui fraude perante o SUS.

Das comorbidades e condições associadas à TB:

Entre as comorbidades e condições associadas mais frequentes à tuberculose podemos citar: HIV/AIDS; transtornos mentais, entre eles os decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas; hepatite C e as vulnerabilidades sociais.

Em relação ao HIV/Aids pode-se afirmar que, em um número significativo de casos, a TB é uma das primeiras manifestações da doença, cursando de forma concomitante. O tratamento da Aids utiliza um elenco de medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde e prescritos de acordo com protocolos e consensos estabelecidos, existindo a orientação de que se inicie o referido tratamento quinze dias após o início do tratamento da TB, desde que não haja contraindicações para tal. Não há recomendação do Ministério da Saúde para o tratamento da hepatite C concomitante com o tratamento da TB e HIV/AIDS.

Ainda sobre a hepatite C, sabe-se que a incidência na

população em geral é dez vezes maior e a mortalidade é quatro vezes maior que o HIV, sendo a principal causadora de cirrose hepática e carcinoma e principal demandante de transplante de fígado.

Considerando que um número significativo de pacientes com tuberculose e HIV positivo são também portadores de hepatite C, a investigação e o diagnóstico desse agravo passa a ser importante na medida em que o tratamento da TB utiliza medicamentos com importante potencial hepatotóxico. Essa mesma avaliação pode ser feita para os pacientes alcoolistas que também podem evoluir para um quadro de doença hepática.

Entre as comorbidades psiquiátricas ligadas ao uso de drogas (ABEAD, 2006) e associadas à TB deve-se mencionar: hiperatividade (33% em adultos utilizam mais álcool e maconha); transtornos de ansiedade (23 a 70% com uso de álcool, especialmente nos quadros de fobia e estresse pós-traumático); transtorno afetivo bipolar (30 a 70%, e apresenta o maior risco em relação à comorbidades de uso de álcool e outras drogas, e uso de álcool e cocaína para aumentar ou atenuar sintomas da mania e depressão e ainda duas vezes maior o risco de suicídio na fase depressiva); depressão (30 a 50% com alto risco de suicídio bem maior do que na população em geral (60 a 120 X); transtorno de personalidade (50% em borderline); demência alcoólica, transtorno psicótico (47%) e transtorno alimentar (especificidades femininas no tratamento).

O consenso no tratamento das toxicomanias, a partir de um diagnóstico diferencial entre comorbidade psiquiátrica e abuso de substância psicoativa, é a abordagem integrada, que tem como fio condutor o Plano Terapêutico Singular. A integração da intervenção inclui apoio psiquiátrico, psicoterápico, psicossocial, familiar, medicamentoso, programas grupais psicoeducacionais e grupos terapêuticos que trabalhem autoestima, corpo e gênero, entre outros (ZALESKI, Marcos; LARANJEIRAS, Ronaldo Ramos; Marques, Ana Cecília P.R.; RATTO, Lilian; ROMANO, Marcos et al, 2006, p. 144). Acrescentamos à abordagem integral desenvolvida no HSP, os eixos da educação e do trabalho e renda.

A realidade epidemiológica da tuberculose:

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) dimensiona a magnitude da tuberculose no mundo a partir dos seguintes dados: um terço da população está infectada; há 5,8 milhões de casos notificados em 2011; 80% dos casos em 22 países; 1 milhão de mortes por ano (HIV negativo); 430 mil óbitos tuberculose (TB)/HIV; 630 mil casos de MDR; 10 milhões de crianças órfãs como resultado da morte dos pais por tuberculose.

Em 2014, o total de casos de TB foi de 7.000 casos, desses 5.000 foram casos novos no RS. Porto Alegre, com 1.470 casos novos no período, é a 3ª capital do país com maior número de casos. Isto contrasta com outros momentos, nos quais o RS foi referência no controle da Tuberculose. É a 1ª causa de mortes dentre as doenças infecciosas definidas dos pacientes com AIDS e a taxa de coinfeção TB-HIV é o dobro do país (20%).

Para melhorar a adesão ao tratamento, com melhor índice de cura e, conseqüentemente, a diminuição do aparecimento de cepas resistentes, a OMS propôs o uso da estratégia do tratamento diretamente observado (TDO) em 1999.

Os municípios prioritários para controle da tuberculose no RS são 15 e neles encontram-se 65,9% dos casos novos, sendo que 10 deles localizam-se na região metropolitana (Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Guaíba, Gravataí, Novo Hamburgo, Porto Alegre, São Leopoldo, Sapucaia do Sul e Viamão).

O *Projeto Semear* desenvolve-se no Hospital Sanatório Partenon que interna, principalmente, pacientes oriundos desses municípios prioritários.

A quem se destina o Projeto:

O projeto está voltado para pacientes internados do HSP, seus familiares/cuidadores e trabalhadores do Hospital, bem como da rede de saúde e intersetorial.

Em levantamento realizado nos prontuários da internação do HSP, em 2012, (Serviço de Arquivo Médico e Estatística/SAME, 2013), encontramos o seguinte panorama: 70% dos pacientes apresentavam diagnóstico de transtornos mentais, prévio à internação, sendo que a maioria associava-se ao uso problemático de substâncias psicoativas. As consequências relatadas pelos pacientes são as mesmas descritas em literatura: perda de vínculo familiar, abandono de emprego, negligência com a saúde e outras situações de risco e violência.

Se o indivíduo é um sujeito e suas circunstâncias, não há como implantar um projeto que não leve em consideração os familiares que lhe servem de referência, bem como os profissionais implicados direta ou indiretamente na linha de cuidado que prioriza o vínculo no cotidiano de tratamento. Cabe salientar que muitos pacientes têm seus vínculos familiares e sociais rompidos o que demanda parceria com diversos pontos de apoio formais e informais da rede de saúde e intersetorial.

Considerando que há, desde 2002, um setor de qualificação profissional voltado para os trabalhadores e que desenvolve capacitação a partir da demanda de cada setor ou da instituição como um todo, buscou-se através do *Semear* potencializar o trabalho desenvolvido por esse setor, agregando alternativas inovadoras dentro de propostas conjuntas.

Preparando o terreno:

O Projeto Semear veio para somar e dar sequência às ações que vinham sendo executadas no hospital, como a criação de fóruns de discussão do PTI; implantação de Plano Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta de trabalho na internação; acréscimo de profissionais em diversas áreas, alguns com experiência em saúde mental e no cuidado com pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas; investimento em parcerias com a equipe do Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e a equipe da Seção de Saúde Mental e

Neurológica da Secretaria de Saúde do Estado; saraus como intervenção do Clube da Atenção Integral (CAI), cujo objetivo era contribuir com o processo de atenção integral e de reabilitação psicossocial por meio da mediação e compartilhamento de vivências e experiências entre pacientes, trabalhadores e demais atores sociais, bem como fomentar a formação em serviço através de estágios e Residência Integrada em Saúde, com ênfase em pneumologia sanitária.

A Aprendizagem Significativa, Clínica Ampliada, Redução de Danos, Educação Permanente em saúde, Trabalho e Geração de Renda:

Para situar a operacionalização e o desenvolvimento de cada eixo do *Projeto Semear*, citaremos os respectivos enfoques teóricos e metodológicos e as ações planejadas para sua execução.

A Aprendizagem Significativa, na perspectiva da educação, entende que "o sentido do crescimento humano envolve além da cognição, a percepção, a afetividade e a emoção" (MACÊDO, 2000, p. 53), em outras palavras, a subjetividade. Esta experiência "só pode ser vivida se o processo ensino-aprendizagem for levado a efeito por uma intenção pedagógica que possibilite um encontro entre o educador e o educando" (ibid.), estendendo-se ao encontro entre os pares, no sentido da ampliação das relações interpessoais e das trocas.

Portanto, a partir de

(...) uma prática pedagógica livre e sistemática, ocorre uma dinâmica no sentido de o aluno (e em nosso caso os pacientes) ir conhecendo-se a si mesmo, escolher a própria direção e ter um posicionamento crítico diante da realidade (...) em um processo de construção de conhecimentos com liberdade para desenvolver sua capacidade criadora e transformadora da realidade social (Ibid).

Assim, também, a clínica ampliada compartilha com essa abordagem uma vez que se propõe, ao trabalhar com pessoas e

coletivos, a considerar as singularidades, incorporando o subjetivo e o social, sem desconsiderar a doença.

Quanto ao objetivo do trabalho, além de curar, reabilitar e prevenir, também se engaja em apoiar o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, de sua capacidade de pensar, agir e criar novos modos de vida, novas soluções em um processo de construção de cidadania. Em relação aos meios de trabalho, a clínica ampliada tem exigido a diversificação do repertório de ações para lidar com problemas sociais e subjetivos, com famílias, grupos e comunidades. E, nessa perspectiva, a prática desta clínica envolve a construção de relações baseadas no diálogo, na negociação, no compartilhamento de saberes e poderes, no vínculo e na responsabilização e, em especial, no trabalho em equipe e em rede (FIGUEIREDO, 2012).

A *Clinica Ampliada* é um compromisso radical e ético com os usuários nos serviços de saúde e que busca auxílio intersetorial, pois reconhece os limites dos saberes dos profissionais de saúde e das tecnologias utilizadas. Exige uma reflexão diária acerca de seus valores pessoais e sociais que interferem nas práticas cotidianas. Cabe à Clínica Ampliada assumir a situação de doença como uma possibilidade de transformação e de produção de vida ou seja, de valorização das potencialidades da pessoa.

A *Educação Permanente em Saúde*, como um processo constitutivo de formação em serviço que visa a responder de forma qualificada às necessidades de *atenção integral à saúde*, através de processo e prática interativa de construção/produção do conhecimento, da saúde e da vida. Os processos estruturantes da educação permanente em saúde implicam uma formação profissional que invista no *empowerment* dos profissionais; no desenvolvimento Institucional da gestão do conhecimento de forma horizontal e nos processos de trabalho. Neste sentido, está inserida no espaço e no cotidiano do trabalho como parte do trabalho: *formar-se é trabalhar*.

A Redução de Danos (RD) pode ser entendida como metodologia, no sentido de *metodos* = caminhos, no plural e, portanto, não é excludente a outras metodologias. A RD coloca na

centralidade do tratamento o sujeito e não a droga. Aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele(a) que está se tratando. Implica no estabelecimento de vínculos, de corresponsabilidade entre usuários, profissionais de uma instituição e da rede e com os colegas de consumo, envolvendo mais do que **um** somente nos caminhos a serem construídos na vida de cada usuário(a), e “pelas muitas vidas que a ele(ela) se ligam e pelas que nele(a) se expressam” (MS, 2003, p. 10), pois a saúde se afirma em coletivos.

A *Redução de Danos* vem embasar este projeto, como diretriz de trabalho, no sentido do reconhecimento de cada usuário(a) em suas singularidades, traçando com ele (ela) estratégias singulares e coletivas voltadas, não necessariamente para a abstinência como o primeiro e único objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida, através do reconhecimento dos riscos, dos desejos que podem sustentar um projeto e das possibilidades de realização em várias dimensões dos modos de viver e trabalhar. A construção de estratégias singulares e sociais contam com os recursos formais e informais da rede e visam fortalecer fatores de proteção, a partir da realidade e da complexidade dos contextos de vida e não a partir do ideal difícil de ser alcançado, de uma sociedade livre das drogas.

Considerando os determinantes de saúde, o *trabalho e a geração de renda* desempenham função significativa no cotidiano das pessoas, em seus modos de vida e de inserção social, destacando-se em um papel central na constituição da identidade (LACMAN; GHIRARDI, 2002) dos usuários. Desta forma, o trabalho permite o confronto entre o mundo externo e interno da pessoa, oferece-se como palco de trocas e é mediador central da construção, desenvolvimento e processo de constituição das subjetividades.

As atividades produtivas, de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais possibilitam de forma prática e concreta a ampliação de estratégias da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, no que é cerne da Reabilitação Psicossocial.

A importância e os objetivos do *Projeto Semear*:

O projeto Semear teve como estratégia facilitar a reconstrução de novos lugares sociais para os usuários, pela inserção no campo da educação e saúde, do trabalho e renda, cultura e cidadania, contribuindo para a adesão ao tratamento da tuberculose e comorbidades. Estabeleceu como imprescindível favorecer a qualidade do processo de tratamento e, para tanto, apostou na manutenção das já existentes e implantação de novas iniciativas que fomentassem ações de reabilitação psicossocial, de atenção integral à saúde do usuário, criando condições para o aumento da adesão ao tratamento e são de responsabilidade de uma equipe multidisciplinar do HSP, com parcerias intersetoriais e com recursos humanos contratados com verba do próprio projeto.

Sabe-se que a adesão ao tratamento é facilitada pelo vínculo do usuário com a rede de recursos formais, mas, sobretudo, com a rede informal – tecida pelo próprio usuário, a partir de suas referências, vivenciadas em seu território, traçando uma linha subjetiva de cuidado. Cabe aqui lembrar que a Linha de Cuidado preconizada pela Política de Saúde Mental da Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul é um dispositivo que se destina a acompanhar o itinerário da pessoa em uma rede, de forma que faça sentido para ela. Levou-se em conta essa linha de cuidado, uma vez que apostou-se em uma maior autonomia dos pacientes, em um maior engajamento no tratamento, propondo uma corresponsabilização entre diferentes atores, e contando, sobretudo, com a colaboração do próprio usuário.

Analísadores avaliativos e de monitoramento foram sendo implantados, permitindo que suas produções tivessem visibilidade e fossem compartilhadas pelos diversos setores da instituição e que, assim, diferentes atores pudessem vir a se engajar nesse tipo de proposta. As estratégias utilizadas para dar sustentabilidade às ações no pós-projeto, possibilitaram que a filosofia do mesmo fosse

incorporada aos processos de trabalho e metas da instituição.

Eixo Educação:

As ações do Eixo Educação foram divididas em: educação formal; educação em saúde; Inclusão digital e ações de Redução de Danos (RD). As ações do campo *educação formal* foram direcionadas exclusivamente aos pacientes. Parcerias interinstitucionais foram firmadas, tais como com a Secretaria Estadual e Municipal da Educação de Porto Alegre e Universidades.

Um dos focos desse processo foi a alfabetização, a partir de uma abordagem inicial que constou de um levantamento de necessidades, demandas e expectativas junto aos próprios usuários. A estrutura do programa foi montada pela equipe, os temas trabalhados, durante o processo de aprendizagem significativa, foram sugeridos pelos participantes.

Outro foco dizia respeito à complementação escolar, ou seja, processo de nivelamento e de certificação de escolaridade, com a oferta de alfabetização de adultos, que teria por objetivo oferecer oportunidade de resgate da cidadania e, conseqüente, preparação para o trabalho e geração de renda e/ou continuação dos estudos formais. Nesse aspecto não conseguimos encaminhar demanda formal à Secretaria Estadual de Educação para trazer esta ação ao hospital e fizemos uma experiência com o Programa Brasil Alfabetizado, voltado à alfabetização, em parceria com a SMED (Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre).

Essa última ação não se sustentou por falta de demanda no HSP, já que a maioria dos pacientes tem primeiro grau incompleto. No que diz respeito ao acompanhamento desta ações foram alocados recursos humanos do quadro de servidores do HSP e estagiários.

A *educação em saúde* foi oferecida por profissional enfermeiro, médico, psicólogo e terapeuta ocupacional, exclusivamente aos pacientes, sob a modalidade de grupo de estudo semanal com conteúdos referentes ao processo saúde-doença, tais como

tuberculose, HIV/Aids, hepatites virais, consumo prejudicial de álcool e outras drogas, tabagismo e outros a partir das necessidades tanto de pacientes quanto da equipe.

Nesse campo, a *inclusão digital* (ID), sendo um dos ramos do eixo educação, carregou um sentido bem mais amplo, constituindo-se em uma ferramenta para a vida e para um novo tempo, o da *Cidadania Digital*. Essa proposta consistiu no 'espaço multimídia: tempo de arte', inspirado no projeto didático “Galeria Virtual de Arte” (Nova Escola, 2011). A ação foi desenvolvida por três profissionais (psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico com experiência em informática e arte).

As *oficinas*, voltadas aos pacientes, tiveram frequência semanal e, foram integradas a outras ações, objetivando ampliar a autonomia e o cuidado de si, estimulando o protagonismo terapêutico e a corresponsabilização no tratamento.

Os *encontros* com familiares buscaram resgatar os laços afetivos, a rede de apoio e trabalhar as responsabilidades compartilhadas por meio do estabelecimento de um contrato terapêutico. A participação foi multiprofissional e a frequência semanal.

As *Rodas de Conversa*, direcionadas aos servidores, oportunizaram vivências de educação permanente em saúde que qualificaram as práticas e, conseqüentemente, os processos de trabalho na rede acessada para o acompanhamento pós-alta dos usuários do hospital. A frequência foi mensal, e foram inseridas nas capacitações da enfermagem, que passou a reunir profissionais, estagiários dos diferentes setores, residentes e matriciadores da rede de saúde e intersetorial, quando possível, com planejamento, monitoramento e avaliação do processo.

Outra ação no campo da educação em saúde, que dependerá de uma parceria com profissionais capacitados e que estão nos serviços municipais de saúde do nosso território é a *Terapia Comunitária* (TC), voltada para pacientes e familiares e pode ser utilizada, também, com servidores em parceria com a saúde do

servidor. É uma ferramenta de trabalho útil para abordar questões de conflito no ambiente hospitalar, procurando promover um espaço acolhedor e propositivo às problemáticas do cotidiano do convívio entre servidores, e entre pacientes e pacientes e familiares.

As ações de *Redução de Danos (RD)* destinaram-se a três públicos distintos: pacientes, familiares e/ou cuidadores e servidores. Foram oferecidas no formato de oficinas, encontros e rodas de conversa, facilitadas por equipe multiprofissional do HSP e contratada pelo Projeto.

Acreditamos que a estratégia de *RD*, que estamos chamando de *Cuidado com as pessoas que consomem álcool e outras drogas*, e que trabalhamos a partir de Rodas de Conversa, siga contribuindo como ação de educação permanente, para a sustentabilidade do projeto, garantindo a continuidade das atividades propostas e a possibilidade de invenção de outras, inserindo esta diretriz na prática de diferentes grupos desenvolvidos e nas abordagens individuais, tendo em vista uma população prioritariamente envolvida com o consumo prejudicial de álcool e drogas.

Eixo: Trabalho e Renda:

Esse eixo do projeto ofereceu oficinas profissionalizantes e cursos de curta duração de preparação para o trabalho, ou seja, aquelas que o sujeito aprendeu a confeccionar determinado objeto ou a realizar determinada tarefa a fim de ter renda, bem como possibilitar a inclusão social por meio do trabalho.

Segue-se buscando estabelecer parcerias com diferentes instituições, tais como o SESC Comunidade, Banco Social, SENAI, Casa do Artesão, SINE, Galpões de Reciclagem, entre outras. As áreas dos cursos para os quais há interesse entre os pacientes são: informática, estética, artesanato, escultura em madeira, corte e costura, nutrição/culinária, jardinagem, construção civil, entre outras.

No início do projeto foi feita uma aproximação com a equipe do projeto chamado INSERE, cujo eixo, CAPACITA, proporciona

inserção social por meio do trabalho. O projeto original contaria com o apoio da Incubadora Tecnológica da UFRGS, mas não chegou a efetivar-se. O Programa ***Somos Todos Porto Alegre***, através do Centro Administrativo Regional (CAR) do Partenon, da Governança Local, tem aproximado alguns pacientes da realidade do programa, mas o acesso tem sido difícil, assim como o acompanhamento no pós alta. Esse programa depende do encaminhamento dos CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) nos locais para onde os pacientes se alocam no pós-alta, e, do que os pacientes desejam, uma vez que nem sempre, eles conseguem mudar sua condição de morador de rua, dificultando o acesso a diferentes iniciativas e a manutenção do cuidado.

Outra atividade deste eixo são as trocas solidárias no contexto de gincanas ou festas e, também, quando favorecem usuários, que já possuem habilidade na confecção de produtos artesanais, no sentido de atender necessidades concretas de aquisição de produtos para si e para familiares e amigos, gerando renda.

Eixo: Cultura;

As intervenções desse eixo destinaram-se a pacientes, familiares e/ou cuidadores e servidores e buscaram sustentar o processo de reabilitação psicossocial por meio da mediação de vivências/experiências inovadoras, tanto no ambiente hospitalar, quanto no território; proporcionaram um espaço/tempo de compartilhamento entre pacientes, servidores do HSP e demais atores sociais, e fomentaram o processo de educação permanente em saúde e de formação em serviço, contribuindo para a qualificação da atenção aos usuários do SUS.

Historicamente, desenvolvia-se no HSP, a partir da coordenação de uma Terapeuta Ocupacional, uma intervenção denominada Clube de Atenção Integral (CAI), cuja ação tinha uma interface importante com a cultura. Os encontros seguem ocorrendo mensalmente, em geral à noite, sob a modalidade de sarau.

A partir desse projeto, passamos a contar com parcerias como a Secretaria Municipal da Cultura de Porto Alegre - Projeto Descentralização da Cultura, setores da sociedade civil (associações comunitárias e organizações da sociedade civil), bem como o Clube de Cinema de Porto Alegre, entre outras, a fim de trabalhar na realização de oficinas de arte e cultura para pacientes, familiares e servidores, no âmbito hospitalar.

Outra ação que se desdobrou desta parceria foi o Sabado Cultural, com oficina de hip hop e seus quatro elementos que será ofertado para a população do hospital e da coetividade através da Secretaria Municipal da Cultura de Porto Alegre, viabilizada pelo Orçamento Participativo.

Atividades de sustentabilidade do Projeto:

Entre as atividades para a sustentabilidade ao *Projeto Semear* encontram-se as reuniões de equipe, que visam a dar sustentabilidade e respaldo teórico, metodológico, avaliativo e relacional para as pessoas envolvidas no Projeto e articulações necessárias.

A supervisão pedagógica, que visa ao acompanhamento do processo de aprendizagem através da supervisão dos envolvidos nas ações de educação formal, informal e de inclusão digital, seria fundamental, mas não tem sido realizada dentro da instituição.

Outra forma de acompanhar as várias ações em desenvolvimento é através dos indicadores do Plano Terapêutico Institucional. Entre os indicadores selecionados, citamos: adesão, número de pacientes que frequentam as diversas oficinas, parcerias estabelecidas, vários momentos do PTI instalados, estratégias de redução de danos inseridas nos Planos Terapêuticos Singulares, tipo de alta, rede de apoio e proteção articulada na preparação para alta e no acompanhamento pós-alta.

Considerações Finais:

O *Projeto Semear* visou fortalecer e impulsionar, através dos seus eixos, o Plano Terapêutico Institucional em implantação no hospital, entre esses: educação e saúde, trabalho e geração de renda, cultura e cidadania, contribuindo de forma inequívoca para a qualidade da atenção prestada.

Uma das principais potencialidades do *Projeto Semear*, considerando o contexto social da população atendida, consistiu em complementar as ações já oferecidas pelo hospital, com alternativas que mobilizassem recursos pessoais e de rede, no sentido de diminuir riscos e favorecer estratégias para a construção de projetos de vida singulares. No âmbito ainda do trabalho são valorizadas tanto as condições de preparação para o trabalho quanto à aprendizagem de técnicas específicas que permitem a inclusão ao trabalho formal e informal. Está no nosso horizonte ampliar as parcerias com incubadora tecnológica, programas de inclusão pelo trabalho, qualificação profissional gratuita e as diversas iniciativas de economia solidária.

Como fragilidade situamos a articulação com a rede que auxilie nas várias dimensões da vida dos usuários. Entre as principais demandas para articular com a rede, citamos: abrigo, rede de apoio formal e informal, tratamento às toxicomanias e redução de danos através dos consultórios na rua e, trabalho/geração de renda.

Como dificuldade a ser superada caberia ajustar as demandas de aquisição desse tipo de projeto com os requisitos e exigências do Fundo Estadual de Saúde (FES) e da Central de Licitações (Celic), uma vez que há um descompasso entre o que planejamos no projeto a ser adquirido ou contratado e as inúmeras exigências e o tempo gasto no processo do Projeto Semear dentro dos fluxos do Fundo Estadual da Saúde. Isto é, constatamos, que a complexidade institucional é maior do que as condições que se têm para agir nos fluxos dos processos de compra, seja de equipamentos ou material de consumo, bem como relativo aos editais de contratação de oficinairos.

Consideramos, ainda, entre os principais desafios: a baixa adesão dos profissionais ao projeto PTI, o que dificulta a sustentabilidade de diferentes ações do mesmo. Após definida a

proposta de cada oficinairo, um ou dois profissionais do HSP passavam a acompanhar para qualificar-se e/ou aprender técnicas e metodologias e, posteriormente, como multiplicador, dar sequência às oficinas; o debate interdisciplinar ainda se dá de forma desordenada e com pouca comunicação, o que reproduz a fragmentação e desencontros, apesar dos movimentos de parcerias que têm se espalhado pelo hospital.

Apesar da evidência de tais dificuldades e/ou fragilidades, a equipe do Semear percebeu que a discussão e implementação desse projeto favoreceu que ações semelhantes fossem desenvolvidas no hospital, de forma permanente, fruto de um plano terapêutico definido institucionalmente, no qual os eixos previstos no Semear passaram a ser preocupação de muitos setores e profissionais, durante o processo de reabilitação psicossocial dos pacientes, e que essas ações foram sendo reconhecidas como meios a serem utilizados para a adesão ao tratamento da tuberculose e comorbidades.

Para finalizar, constatou-se que a várias ações realizadas mobilizaram diferentes dimensões, tais como orgânicas, subjetivas, laborativas, educacionais e sociais, no sentido da integralidade. O número significativo de pacientes e de servidores que se aproximaram das ações e dos momentos de interação indicaram a qualidade dos enlaces que se produziu. Além de qualificar as ações existentes, por meio da integração interdisciplinar e da aquisição de equipamentos e contratação de recursos humanos, foi possível, com este projeto, ampliar a atenção à população vulnerável, internada neste equipamento de saúde. Esse projeto gerou movimentos e desacomodações importantes, tanto entre usuários quanto entre profissionais e gestor, portanto tem servido como dispositivo de mudanças institucionais, entre elas a construção de alternativas para ampliar a adesão dos usuários ao tratamento da tuberculose e comorbidades. As potencialidades apontaram para uma maior integração, colaboração e responsabilidades compartilhadas dos vários segmentos e setores da instituição e da rede intersetorial,

especialmente o comprometimento do próprio usuário, família ampliada ⁽²³⁾ e rede social.

Referências

BACHELARD, G. *A terra e os devaneios do repouso: ensaio sobre as imagens da intimidade*. [La terre et les reveries du repos, tradução de Paulo Neves da Silva]. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BERGEL, Fernando Skazufka and GOUVEIA, Nelson. Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.39, n.6 [cited 2014-06-03], pp. 898-905. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600005>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*, Brasília: Ministério da Saúde, 2011 (284 p.).

CHIRINOS, Narda Estela Calsin and MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2011, vol.20, n.3 [cited 2014-06-03], pp. 599-606. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300023&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300023>.

²³ Família ampliada não se restringe aos laços de sangue, e sim os laços afetivos com todas as pessoas que servem de referência, constituindo rede social, de apoio e proteção.

CONTE, Marta; SILVA, E.C.; LITVIN, R.; MORESCO, F. M.; PAVIM, B.O.; TEIXEIRA, L.B. **Desafios na implantação do Plano Terapêutico Institucional no Hospital Sanatório Partenon**: análises da pesquisa PPSUS. In: CONTE, Marta (org.) *Caiu na rede, mas não é peixe: Vulnerabilidades Sociais e Desafios para a Integralidade*. Porto Alegre: Pacartes, 2015. ISBN 978-85-8437-018-4.

COSTA, G. S. **Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose no Brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Farmácia. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica/Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro/Campus Realengo, Rio de Janeiro, 2013.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Lembrete e sugestões para orientar a prática da clínica ampliada e compartilhada**. Material construído em parceria com os alunos do “Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica”, oferecido entre 2008 e 2009 pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp para profissionais da rede SUS-Campinas. Parte da tese de doutorado “A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paidéia e formação”. 2012.

HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON. **Prontuários de 2012**, Serviço de Arquivo Médico e Estatística/SAME, 2013.

LACMAN, S; GHIRARDI, M. I. G. Pensando novas práticas em Terapia Ocupacional, Saúde e trabalho. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.13, n.2, p.44-50, maio/ago, 2002.

MACÊDO, Shirley Martins de. Psicologia Clínica e aprendizagem significativa: relatando uma pesquisa fenomenológica colaborativa. **Psicologia em Estudo**. v.5, n.2, p. 49-76, 2000.

OMS. ***Estatística Mundial da Saúde***. Disponível no site http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/2012. Acessado em 14 de junho de 2013.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza; VIEIRA, Maria Aparecida e ARRUDA, Anna Lucia Gawlinski de. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. ***Ciênc. saúde coletiva*** [online]. 2008, vol.13, suppl.2, pp. 2299-2306. Disponível no site <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900034>. Acessado em 20 de junho de 2013.

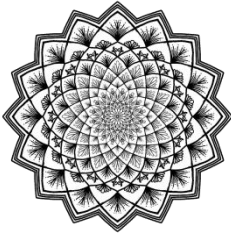
REVISTA NOVA ESCOLA. ***Galeria Virtual de Arte***. Edição número 241, abril, 2011.

SINAN. ***Sistema de Informação de Agravos e de Notificação***. Disponível no site http://www.suvisa.saude.ba.gov.br/informacao_saude/sinan. Acessado em 14 de junho de 2013.

TEIXEIRA, Luciana Barcellos; PAVIM, Bibianna. Perfil das altas do Hospital Sanatório Partenon, nos anos de 2012 e 2013. Porto Alegre/RS: Pesquisa PPSUS/Hospital Sanatório Partenon, 2015.

VIERA, A.A.; RIBEIRO, S.A. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, Grande São Paulo. *J. Bras. Pneumologia*, 2011; 37(2): 223-231.

ZALESKI, Marcos; LARANJEIRAS, Ronaldo Ramos; Marques, Ana Cecília P.R.; RATTO, Lilian; ROMANO, Marcos et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. ***Rev. Bras. Psiquiatr.***, 2006; 28 (2): 142-8.



Capítulo XV

Oficinas de Escrita: narração e produção de cuidados no contexto da rede de atenção ao uso prejudicial de drogas

*Rita Pereira Barboza, Marília Silveira,
Tanise Kettermann Fick, Analice de Lima Palombini*

Este escrito narra as experiências metodológicas vividas a partir das Oficinas de Escrita realizadas nas duas edições do “Curso de Atualização em gerenciamento de casos e reinserção social de usuários de crack e outras drogas”, promovido, em 2012, pela Rede Multicêntrica para educação permanente e apoio institucional às políticas de cuidado aos usos e abusos de drogas. O narrar, tanto na proposta da oficina quanto neste texto, pretende produzir outros olhares sobre a experiência vivida, dando a ver suas potências e amplitude. Nossa escolha de escrever aposta também em disseminar, ao modo como nos oferta Despret:

(...) não ser nem o mestre, nem o único autor, mas um vetor de disseminação e de memória daquilo que pede para ser preservado no ser. (...) aprender a fazer memória com aquilo que aprendemos, ao mesmo tempo, aceitar de vê-lo desaparecer. E pensá-lo (DESPRET, 2011, não publicado).

A proposta dos cursos da Rede Multicêntrica surge a partir do edital 002/2010 da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do

Ministério da Justiça e tem como objetivo a educação permanente na área de drogas voltada para trabalhadores da saúde e assistência social e outros serviços de acolhimento e cuidado a pessoas que usam drogas dos municípios da 1ª, 2ª e 18ª Coordenadoria Regional de Saúde de Rio Grande do Sul. Conforme o edital foram desenvolvidos quatro cursos. O curso do qual nos ocupamos era voltado para técnicos trabalhadores do SUS e do SUAS e teve duas edições. Em ambas as edições, realizamos uma oficina de escrita, com duração de três horas e cerca de trinta participantes a cada vez. A primeira oficina aconteceu em Porto Alegre, e a segunda em Canoas.

Apesar da proposição do edital apresentar um caráter mais vertical de capacitação e informação para os cursos, a Rede Multicêntrica tomou como desafio desenvolver as atividades de maneira horizontal, apostando na implicação dos alunos e em sua potência de problematizar as suas práticas para construir outros olhares sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. Os cursos da Rede Multicêntrica se caracterizaram pela metodologia baseada na Redução de Danos, paradigma também da ética e da estratégia de cuidado propostas, na perspectiva do trabalho em Rede.

Cabe ressaltar que o exercício de oficinas de escrita já acompanhava o grupo de oficinas, aqui autoras, em uma trajetória anterior. Marília, psicóloga, na época dos cursos desenvolvia seu mestrado em Psicologia Social e Institucional na Ufrgs com dissertação na área da escrita e clínica, tendo vivenciado experiências de coordenação de oficinas de escrita com alunos do curso de psicologia e trabalhadores da Atenção Básica de Novo Hamburgo (RS) (SILVEIRA, 2010; 2013). Já Rita e Tanise, também psicólogas, haviam participado de um projeto de pesquisa e extensão de oficinas de escrita com trabalhadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos Morada São Pedro e Morada Viamão no período de 2008 a 2010 (PALOMBINI; BARBOZA; FICK; BINKOWSKI, 2010).

Para as três oficinas o percurso em psicologia foi acompanhado por incursões na dança, teatro e psicodrama. Em 2011, o trio desenvolveu oficinas de escrita junto à Escola de Supervisores

Clínico-institucionais da Rede de Atenção em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, vinculada à Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), experiência que trouxe contribuições e modificações importantes na sua metodologia de trabalho. Acompanhando esses trabalhos, seja como coordenadora e integrante da equipe executora do projeto de pesquisa e extensão, orientadora de mestrado ou ainda como supervisora, esteve a quarta autora desse texto, Analice Palombini – docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Escolhemos narrar neste texto alguns fragmentos do percurso metodológico de nossa oficina nas duas edições da Rede Multicêntrica e os conceitos/autores que inspiram nossa prática. Para isso tomaremos o roteiro que criamos para as oficinas como fio condutor desta escrita, de modo a convidar o leitor a se aproximar dessa construção e de algumas reflexões acerca da experiência.

Apresentação da Oficina:

Uma oficina nunca se repete nem é antecipável. Ainda que tenha um roteiro pré-estabelecido, ela acontece de acordo com a singularidade de cada grupo. Nossa proposta de oficina pressupunha um fazer artesanal e coletivo, tendo como condição a participação ativa e implicada de cada um de seus atores – encontrava-se afinada, portanto, com a direção da metodologia do curso, que pretendia desafiar as relações de saber e poder provocando os alunos a construir o seu trajeto de conhecimento.

O primeiro momento da oficina consistia em nossa apresentação como oficinairas e uma contratação essencial para a atividade que desenvolvíamos: a partir de uma conversa sobre a diferença entre *aula* e *oficina*, estabelecíamos com todos interessados o acordo de participar ativamente da proposta. Contrato feito, cada um apresentava-se e já aquecia a narração lançando ao grupo uma palavra que lhe remetesse ao trabalho com pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

Esses momentos, em ambas as turmas, se caracterizaram por estranhamento e desacomodação dos grupos, desde a tarefa de organizarem-se em um círculo para que todos pudessem enxergar-se, até a apresentação de seu nome e uma palavra. Essa desacomodação é parte importante no processo da oficina que pretende um deslocamento também de posições subjetivas e de discursos sobre trabalho, cuidado, drogas, entre outras temáticas, sobretudo para produzir o que chamamos de cuidado de si – conceito que desenvolveremos no decorrer dessa narração (FOUCAULT, 2004).

Resgatar o corpo para narrar histórias:

No caminho de nossos oficinares, ainda antes da Rede Multicêntrica, descobrimos a potência do corpo para “torcer” o tempo (BERGSON, 2006). Produzir outro estado de relação dos participantes com a proposta da oficina era algo que marcava a entrada no trabalho após a conversa inicial.

Para os grupos da Rede, nesse momento, o convite era para fechar os olhos – quem não quisesse, podia apenas relaxar os olhos. Alguns iam deitando-se sobre a cadeira a fim de olhar para o teto, outros encontravam nas paredes uma direção para o seu olhar, outros ainda fechavam os olhos, e o burburinho da sala ia acalmando. A partir daí, o exercício era dar atenção para o próprio corpo: “que partes do seu corpo estão apoiadas na cadeira? No chão?”, “como está sua respiração?”. Essas eram algumas perguntas de que nos servíamos para guiar o exercício de percepção de si naquele instante, apostando que aqueles corpos guardavam histórias. Uma espécie de preparo, de saída da rotina apressada dos serviços, o habitar de outro tempo – que não era parado, mas ofertava outro ritmo, uma certa lentidão.

Algo importante neste momento, inspirado no psicodrama argentino (FERNÁNDEZ, 2009): uma de nós guiava o exercício falando pausadamente, sem deixar em meio ao silêncio as pessoas de olhos fechados, ofertando um fio de condução que permitia um conforto, uma direção e não apenas o largar-se na escuridão de cada um. Para

que nós também não nos perdêssemos, escrevemos um roteiro que mantínhamos à mão, caso as palavras nos faltassem. Imprimíamos, assim, um ritmo semelhante ao da contação de histórias ao desenrolar da atividade. Um exercício de respiração era evocado também, uma pequena sequencia de respirações profundas a fim de alterar o estado daqueles corpos:

(...) Agora experimentem respirar um pouco mais profundamente e deixem que o corpo faça pequenos movimentos exigidos pela respiração. O ar ocupa espaço em nós, então, quando aumentamos o volume de ar que entra e sai do nosso corpo, é preciso fazer pequenos ajustes para permitir que o ar entre. Na expiração, o corpo relaxa, mas não cai. Tentaremos manter o espaço conquistado na inspiração.

Nesse exercício de encher e esvaziar o corpo, vamos abrindo um espaço que pode ser preenchido com a criação. Nós estamos buscando um estado criador de vasos comunicantes entre o corpo e o pensamento, um estado de atenção capaz de nos manter abertos para as demandas que podem surgir do corpo (trecho de nosso roteiro).

Um corpo que não é mera organização, mero organismo, mero conjunto de órgãos, contra os quais Artaud (1947) tanto guerreara – guerra não aos órgãos, explicam Deleuze e Guattari (1976), mas ao organismo, a essa organização imutável e surda. Guerreemos com Artaud na direção de escutar esses trabalhadores, para além do conjunto de órgãos. O trabalho com o usuário de drogas é um trabalho tenso, um embate constante com a diferença, um embate que provoca turbulências no corpo do trabalhador. E o trabalhador guarda as marcas desse embate, no silêncio, no choro contido, na dúvida, no não saber onde nem com quem partilhar essas sensações.

Nossa oficina teve esta proposta de encontro com o corpo, sustentado também no conceito de corpo afetivo (ROLNIK, 1989,

1993). Suely Rolnik (1989) diz que um corpo sensível ou afetivo pode ser produzido na medida em que é afetado e se permite modificar pelos afectos. Há um corpo presente que vive e sente a passagem das intensidades – um mal-estar, uma euforia... – às vezes sem conseguir nomeá-la. O corpo, por estar sensível às passagens dos afectos, modifica-se neste processo. Daniel Lins (2010) faz uma leitura que distingue os dois termos, *afecto* e *afeto*:

(...) *afecto* é da ordem do desejo, ao qual nada falta: nem falta nem excesso, nem faltada falta, é o *conatus* de Espinosa. *Afeto* é da ordem do trauma, da falta, da demanda constante de amor, é uma produção psicológica de um sujeito atrelado à árvore, à origem, à estrutura, ao começo e ao fim. É o sujeito linear por excelência (LINS, 2010, p. 58).

A produção desse corpo está diretamente relacionada à produção de subjetividade: um corpo que, do afeto, aproveita o sentido, para produzir potência, afecção... um corpo que não paralisa diante dessa experiência. Procuramos, nesses encontros, provocar a produção desse corpo afetivo, sabendo das limitações que uma oficina de três horas de duração nos impõe. De todo modo, nosso objetivo era provocar, desacomodar... Então, dizíamos:

(...) nosso corpo não é feito somente de órgãos, é feito também de memórias, de histórias, de desejos, de hábitos, valores, erros e acertos, alegrias, tristezas. É no corpo que nossos afetos se atam e de repente se exprimem, mas nele também os afetos se desatam, entram em luta, apagam-se uns aos outros e continuam seu insuperável conflito. O corpo não para, mesmo que pareça em repouso, tudo no corpo se desloca. E, se sentimos um cheiro, ou escutamos uma música, olhamos uma fotografia, esses eventos... (trecho de nosso roteiro).

Apostávamos na experiência que opera microscopicamente. Queríamos conexão com um estado de presença capaz de perceber que o movimento continua em silêncio no fundo dos corpos. Esse modo de perceber o mundo, por alguns instantes, pelos sentidos do corpo abre passagem. Corpos de passagem para sensações, sentimentos que ainda não foram classificados, cheiros, cores, formas, vozes: é com isso que entramos numa cena.

(...) Vamos focar agora numa dessas sensações, num cheiro, num som, numa lembrança afetiva, de um momento em que estávamos envolvidos no contexto de trabalho com o uso e abuso de substâncias psicoativas. Que sensação marcou vocês nesse campo? Que marcas o corpo de vocês traz? O que essas marcas (uma tensão, uma sensação, um incômodo...) fazem vocês lembrarem? (trecho de nosso roteiro).

Essas marcas são afectivas, produzem sentidos em múltiplas direções, seja para sua parte “significativa – sentidos do texto –, imagens veiculando referências ao mundo” (LINS, 2010, p. 67), seja para aquilo que não é “diretamente representativo: ritmo, sonoridades, visualização imaginária (...)” (idem p. 57). Os afectos provocam o corpo que já

(...) não é mais o obstáculo que separa o pensamento de si mesmo, aquilo que ele deve superar para conseguir pensar, mas aquilo em que ele “mergulha” ou “deve mergulhar” para atingir a vida. (...) [Deleuze, (1998)] afirma que o corpo força a pensar, e força a pensar o que escapa ao pensamento. O pensar se dá sob a intrusão de um lado de fora que aprofunda o intervalo e nos faz mergulhar num interstício entre ver e falar (LAZZAROTTO, 2009, p.23).

Entre ver e falar, guardamos memórias, sentidos, provocados a ganhar contorno aqui, pela escrita.

Entrar na cena: escrever

(...) Agora, “possuídos” desses afetos, busquem, a partir dessa memória do corpo, alguma cena de trabalho que se conecte com essa sensação que vocês evocaram neste instante...

Segurem a primeira cena que vier e entrem nela, vejam quem está ali, quais as sensações, sons, cheiros que pairam no ar...

Com quem vocês estão? Que lugar é esse? O que está acontecendo? (trecho de nosso roteiro).

Provocávamos os participantes a encontrar uma cena que os tivesse marcado, inquietado, que os tivesse colocado em conflito com as coisas que haviam estudado ou em que acreditavam para que, então, ao abrir os olhos, encontrassem no papel em branco um lugar onde verter a cena

(...) Tendo montado então imaginariamente a cena e os elementos que a compõem, junto com todas as sensações que vocês lembraram dela, agora podem ir abrindo os olhos e, com as sensações presentes em vocês, experimentem NARRAR a cena na folha que está já na frente de vocês. Narrar no sentido de contar para todos nós aqui presentes o que se passou na cena que vocês lembraram (trecho de nosso roteiro).

Escrever para cuidar de si:

Entendemos que escrever sobre si e sobre o seu trabalho para os outros é escrever também para si, num processo de construção de

subjetividade como trabalhador. Quando propomos que escrevam uma cena, não tratamos, pois, de escrever um diário íntimo, mas de passar, através de uma história pessoal, algo que toca outras pessoas.

(...) Foucault não emprega a palavra sujeito como pessoa ou forma de identidade, mas os termos “subjetivação”, no sentido de processo, e “Si”, no sentido de relação (relação a si). (...) Trata-se de uma relação da força consigo (ao passo que o poder era a relação da força com outras forças), trata-se de uma “dobra” da força. Segundo a maneira de dobrar a linha de força, trata-se da constituição de modos de existência, ou da invenção de possibilidades de vida que também dizem respeito à morte, a nossas relações com a morte: não a existência como sujeito, mas como obra de arte (DELEUZE, 1992, p.116).

Uma obra de arte feita no lapidar das palavras: Foucault situa a escrita como uma das técnicas próprias ao cuidado de si. É assim que, no contexto de nossa oficina, entendemos o exercício da escrita referente à produção de narrativas como fortemente concernido à ideia de cuidado (cuidado de si, cuidado dos outros).

Em 1983, no texto “A escrita de si”, Foucault conta que na história greco-romana a escrita era tratada como exercício para aprender a arte de viver. A leitura como meditação permitia a elaboração e assimilação dos discursos operando na transformação da verdade em “ethos”, ou seja, em instrumento de ação para viver em sociedade. Esta prática, denominada “etopoiética” aparece de duas formas: os “Hypomnêmata” e a correspondência.

O primeiro formato define-se por anotações que buscam a complementaridade entre leitura e escrita para um exercício de “bem viver”. Consiste em uma “memória material das coisas lidas, ouvidas ou pensadas”, (FOUCAULT, 2004), com o objetivo de servir de instrumento para meditação e releitura posterior, seja para

elaboração de textos mais sistemáticos ou para apropriação de ideias. A noção de memória aqui remete à subjetivação de um discurso e não a uma simples enumeração de lembranças. A finalidade é a constituição de si sem a necessidade de realizar descobertas, inventar ideias novas, mas captando e compreendendo aquilo que já foi dito e escrito. Indispensável é, para a escritura, a prática de leitura, pois a ajuda dos outros é necessária para se extrair princípios racionais de condução de vida.

Já as correspondências funcionavam como um exercício meditativo compartilhado, importando mais a ação de registrar e dividir do que o conteúdo em si dos escritos, que variavam de conselhos a anotações e notícias cotidianas da vida dos remetentes. A carta possui o poder de repousar os olhos sobre o destinatário, ao mesmo tempo em que desnuda o autor numa prática de cumplicidade e generosidade.

O que temos nessas práticas etopoiéticas é uma profunda ligação entre teoria e prática – a escrita servindo para a ação cotidiana e a memória tendo importância como um livro aberto o qual seria imprescindível consultar antes de planejar algo para o futuro. Escrever, portanto, vai além da função de registro para ocupar a função de experiência, de exercício, no qual se combina o já-dito com a singularidade do sujeito e da circunstância. Sendo um princípio de ação, a escrita passa à dimensão de corpo vivo.

Assim, trabalhando com uma escrita que se aproxima daquilo que Foucault chama de Escrita de si, visamos à transformação da verdade em *éthos*, ou seja, buscamos operar mudanças nas ações. A escrita é o dispositivo que nos leva a pensar sobre nossas práticas. No deslocamento do sujeito com relação ao que ele é por efeito do pensamento, a escrita e a leitura tornam-se elementos de um “cuidado de si”. Podemos chamar dispositivo, no sentido de promover o disparo de uma cadeia de processos que atinge a cada integrante de uma maneira distinta, própria.

Escrever desencadeia um processo de atenção em nós. O que passa? Que caminhos isso faz? Como nos toca? Que relação se

estabelece? Que marca deixa? Escrever é registrar, é dar corpo ao que se experimenta no universo das sensações. Enquanto escrevemos, damos pausa, que não está congelada; pelo contrário, é o momento em que o corpo se expande no instante – instante em que se detém para se perceber, em que se respira, abre-se, deixa-se existir, sem querer ser isso ou aquilo.

Buscamos pensar a escrita como agenciamento, um encontro com a cena vivida e não uma representação dela. Não buscamos que a cena seja “reconstruída”. A cena rememorada carrega uma versão do acontecido (cheia de buracos, de lapsos de memória), e nela a escrita encontra seus limites. Buscamos, antes, que a cena possa ser inventada ou desenvolvida, no sentido proposto por Naffah Neto:

(...) Des-envolvimento significa aqui exatamente o que a origem etimológica explicita, ou seja, des-enredamento, diferenciação; portanto, nada que tem a ver com a ideia de evolução ou progresso, no sentido de uma direção pré-determinada ou de uma sequência de configurações. A vida doente é a vida enredada por valores que a intoxicam, obstruem, empobrecem, necessitando desenvolvimento, soltura, liberdade, para recuperar a sua potência criadora e produzir novas formas (NAFFAH-NETO, 1994 p. 23).

A tarefa de escrever sobre o trabalho também ajuda a desenvolver as tramas dos encontros, colocar no papel a raiva e a angústia que muitas vezes ficam em nós, produzindo uma distância que alivia e permite pensar.

Compartilhar: impasses na entrega dos textos

Após o exercício de transformar algum resto de memória na escrita de uma narrativa, nossa proposta era compartilhar essa produção. De acordo com Benjamin (1994), uma história vivida só tem

o status de experiência a partir do momento em que pode ser compartilhada com outros. A vivência é solitária, a experiência é coletiva. Interessa compartilhar a história na medida em que ela traz elementos que transformam as histórias individuais e legitimam o que se viveu. Para isso, sentimos a necessidade de preparar o corpo para abrir-se, para escutar e acompanhar a leitura do texto do outro. Propusemos um exercício com o objetivo de facilitar nosso corpo a ser acompanhante e acompanhado – seguir-nos no compartilhamento dos textos construídos. Tentamos tornar os participantes do grupo sensíveis ao silêncio e à comunicação que ocorre em uma linguagem sem as palavras.

Nossa proposta era caminhar livremente pela sala. E nessa caminhada buscar um estado de prontidão, um estado de jogo. Tínhamos a intenção de trazer a atenção para sentir como está nosso corpo: como estamos respirando, se temos alguma tensão, peso, resistência. Como meu corpo pisa o chão? E como se desloca? Aproveitamos para observar que essa caminhada não precisava ser circular, temos muitas opções de trajetos a fazer. Vamos aos poucos fabricando a energia de um grupo que caminha livremente pela sala.

No primeiro encontro de oficina de escrita da Rede, depois que os participantes escreviam os textos, estes eram recolhidos e logo depois entregues de forma aleatória. Tínhamos a intenção de produzir um gesto de desprendimento do autor em relação ao seu texto. Dessa forma o escrito poderia ser lançado a outros olhares e interpretações., Percebemos, no entanto, que muitos participantes mostravam-se angustiados quando escutavam seu texto lido por alguém. Alguns se aproximavam e ofereciam-se para decifrar a letra, outros estavam afoitos para traduzir o que haviam escrito e, não raro, tínhamos longas explicações que extrapolavam o texto. Então, para a oficina da segunda edição do curso, decidimos dar mais atenção ao momento de separar o autor do texto. Trabalhamos no sentido de criar condições de fazer a entrega, deixar o texto ir e dizer o que ele tem a dizer, sozinho, sem nenhuma explicação. Pensamos que a caminhada poderia acontecer com o texto em mãos; conectamos ao exercício da

caminhada a tarefa de perceber o estado em que se encontravam depois de escrever cada um seu texto; e propusemos que esse estado pudesse ir-se junto com o texto, entregue a um colega.

Durante a caminhada, pedimos que os participantes olhassem os colegas e escolhessem para quem gostariam de entregar o seu texto. A única regra era que o escolhido quisesse também partilhar seu texto com essa pessoa. Teria que ser uma escolha recíproca. Ficariam algum tempo se olhando e se escolhendo. Quando percebessem que haviam encontrado a pessoa, deveriam passar a andar juntos, lado a lado (ainda sem entregar o texto), para ganhar confiança um no outro. Confiança é algo que se constrói num processo, não se dá logo de cara. Nesse momento, não havia nada a ser dito, nada a explicar, os participantes deveriam escolher o colega e, de forma silenciosa, construir uma relação de confiança para a entrega do seu texto. Um ritmo era criado, um acompanhar e ser acompanhado que promovia uma atmosfera de cumplicidade. Até a hora em que se tornasse possível fazer a troca dos textos.

Ao receber o novo texto, os participantes recebiam uma ideia nova e deviam seguir caminhando com essa ideia nova. Tomavam contato com ela, que podia ser uma ideia estranha ou uma ideia com a qual se reconheciam. Cadaicineira reunia-se com aproximadamente oito duplas e propunha a leitura silenciosa dos textos recebidos. Os participantes escolhiam então o trecho que mais os havia marcado para tentar compor, a partir dessas escolhas, um texto coletivo a ser construído e narrado ali, naquele momento. Alguém que se sentisse à vontade iniciava a leitura do seu trecho, e os demais iam percebendo em que momento o seu texto escolhido se encaixava na narrativa coletiva. Essa nova narrativa coletiva era lida ao sabor do momento, não ganhava registro escrito no papel, mas se inscrevia na experiência de cada pequeno grupo. Essa tentativa de deixar a experiência falar por si se aproxima daquilo que Foucault (2004) denomina de apagamento ou morte do autor. Foucault evoca Samuel Beckett quando este diz: "Que importa quem fala, alguém disse, que importa quem fala". Assim, para além de uma autoria individual, os grupos da

Rede puderam partilhar uma experiência coletiva, produzida no encontro inesperado de fragmentos de suas escritas.

Após a leitura e a partilha dessa narrativa coletiva, promovíamos uma conversa nos pequenos grupos sobre o texto coletivo e as impressões que causavam – se perpassava o cotidiano de todos, se dizia algo de si ou se era algo distante.

Finalizar:

Ao final do trabalho nos pequenos grupos, abrimos uma roda para fazer passar pelo grande grupo os afetos do encontro. Neste momento também conversamos sobre os autores que nos inspiraram nessa produção, e que, aqui, optamos por fazer aparecer ao longo do texto. As palavras ditas no início pelos participantes eram lembradas e se encontravam com as sensações advindas da experiência da oficina. Alguns se surpreendiam por encontrar na narrativa do outro algo que parecia ser só seu. Descobrir a prática do outro, aproximar-se do sofrimento e da dificuldade alheia eram temas que apareciam nessa conversa final. Era algo importante também do ponto de vista político, posto que o curso da Rede reunia os diversos serviços de um mesmo município, produzindo essa escuta entre os profissionais que, às vezes, não tinha outro lugar para acontecer.

Que marcas esse trabalho deixou? Que construções possíveis? Provocamos aqui uma aproximação com o que Foucault desenvolve em seu texto, “A vida dos homens infames”, de 1977. Este escrito reúne fragmentos de discursos provenientes de arquivos de polícia, de petições ao rei e das “*lettres de cachet*”, na França, no período de 1660-1760 aproximadamente. O que esses fragmentos têm em comum é o encontro do discurso popular, sem voz, com o poder. São cartas das quais a população se servia para comunicar-se com o rei ou outras instâncias de poder e denunciar as mazelas do seu cotidiano, buscando punir sujeitos considerados desajustados para o convívio. A linguagem viva do dia-a-dia confunde-se com formas pomposas, tornando único o discurso presente nestas cartas. Assim como as

cartas julgam e condenam, o encontro com o poder dá luz a essas vidas infames, marcando seu lugar na história. Ao mesmo tempo, o nome do autor não é categorizado como nada além do próprio rosto da infâmia. As palavras são utilizadas como instrumento direto de interferência na realidade. A linguagem toma vida a partir das relações de poder.

Assim como nas *lettres de cachet*, na oficina de escrita promovemos um encontro de discursos, dando visibilidade àquilo que são as histórias comuns dos nossos homens infames – usuários de drogas, seus familiares e comunidade – envolvidos na rede de uso, abuso de drogas e atenção às suas vulnerabilidades e necessidades. Fragmentos de histórias, dores, dificuldades, sensação de impotência e fracasso, alegrias, que, por vezes, o trabalho produziu nos participantes puderam aparecer. Eram partilhadas e reconhecidas pela escuta-testemunho do grupo. Testemunha, segundo Gagnebin (2006) é aquele que não vai embora, que escuta a narrativa insuportável do outro e aceita suas palavras.

Diante do caos que permeia a experiência de cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, faz-se necessário a possibilidade de sustentar o afeto e o incômodo que acompanham as narrativas. Assim entendemos a função da nossa oficina de escrita com esses grupos. Como testemunha do que é quase inenarrável, como insistência em fazer falar e fazer ouvir os ecos de uma história que tende a ser apagada pela ansiedade de acomodar e produzir. Dessa maneira percebemos uma aproximação com a figura do *Anjo da História* que nos é apresentada por Benjamin,

(...) Há um quadro de Klee intitulado *Angelus Novus*. Representa um anjo que parece preparar-se para se afastar de qualquer coisa que olha fixamente. Tem os olhos esbugalhados, a boca escancarada e as asas abertas. O anjo da história deve ter este aspecto. Voltou o rosto para o passado. A cadeia de factos que aparece diante dos nossos olhos é para ele uma catástrofe sem fim,

que incessantemente acumula ruínas sobre ruínas e lhes lança aos pés. Ele gostaria de parar para acordar os mortos e reconstituir, a partir dos seus fragmentos, aquilo que foi destruído. Mas do paraíso sopra um vendaval que se enrodilha nas suas asas, e que é tão forte que o anjo já as não consegue fechar. Este vendaval arrasta-o imparavelmente (? , ver se esta palavra está correta) para o futuro, a que ele volta costas, enquanto o monte de ruínas à sua frente cresce até ao céu. Aquilo a que chamamos o progresso é este vendaval (BENJAMIN, 1994, p. 226).

Nosso texto sopra fagulhas de um modo de produzir cuidado em saúde mental. Nossa oficina, assim como este escrito, pretende apresentar a história como um relâmpago. Algo que pode ser trazido à luz e que pode ser novamente amontoado pelo “vento do progresso” de Walter Benjamin. Algo a ser soterrado nas ruínas da produção capitalista ou tomado como impulso a um novo olhar e um novo fazer nas práticas cotidianas de cuidado, que precisará ser trabalhado em sua constante construção e desconstrução.

Referências:

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política**. 7.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Obras escolhidas I).

_____. Sobre o conceito de história. In: _____. **Magia e técnica, arte e política**. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Obras Escolhidas I)

BERGSON, Henri. **O Pensamento e o Movente**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, G., GUATTARI, F. **O anti-édipo: Capitalismo e Esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

DESPRET, V. **Experimentar a disseminação**. Não publicado, 2011.

FERNÁNDEZ, Alicia. **Psicopedagogia em psicodrama: habitando el jugar**. Buenos Aires: Nueva Visión, 2009.

FOUCAULT, Michel. A Ética do Cuidado de Si Como Prática da Liberdade. In: FOUCAULT, Michel. **Ética, sexualidade, política**. Col. Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979

_____. **O que é um autor?** Lisboa: Vega/Passagens, 1992.

_____. A vida dos homens infames (1977). In: **O que é um autor?** Lisboa: Passagens. 1992, pp. 89-128.

GAGNEBIN, J. M.. **Lembrar, escrever, esquecer**. São Paulo: Ed. 34, 2006.

LAZZAROTTO, G. **Pragmática de uma Língua Menor na Formação em Psicologia: um diário coletivo e políticas juvenis**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2009.

LINS, D. Por uma leitura rizomática. **História Revista**, v. 15, n. 1, 2010, p. 55-73.

NAFFAH-NETO, A. **Outr'em mim**. São Paulo: Plexus Editora, 1998.

PALOMBINI, Analice de Lima et al . Cuidando do cuidador: da demanda de escuta a uma escrita de si. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 13, n. 2, June 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000200007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 04 abril 2013.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

_____. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de subjetividade**(dossiê linguagens), São Paulo, n.2, p.241-251,1993.

Disponível em:

<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensamentocorpodevir.pdf> Acessado em março de 2013.

SILVEIRA, M. **Escritas de si, escritas do mundo: um olhar clínico em direção à escrita**. Monografia de Conclusão de Curso. Curso de Psicologia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, 2010.

_____. **Vozes no Corpo, territórios na mão: loucura, corpo e escrita no PesquisarCOM**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2013.



Capítulo XVI

Circulação e controle: ambivalências das redes nas cidades de Porto Alegre, Brasil, e Amsterdam, Holanda.

Rafaela de Quadros Rigoni

O campo das políticas sobre drogas é multidisciplinar e a colaboração entre trabalhadores de diferentes áreas é considerada importante para a efetivação e sucesso das políticas. Para além da construção de um sistema integral através de documentos oficiais e diretrizes para guiar as políticas, o papel dos trabalhadores da ponta é fundamental. As propostas teóricas que embasam este estudo trazem um entendimento diferenciado da análise das políticas públicas e do papel do trabalhador na construção destas políticas. Entende-se a formulação e aplicação das políticas como *processo*. Tanto a política no papel, quanto a política cotidiana (da prática), passam pela negociação de significados, objetivos e interesses entre diferentes atores.

A análise das políticas públicas, portanto, deve considerar como as negociações entre os diferentes atores se constrói no cotidiano, ou seja, como ocorre o processo da política (Colebatch, 2004). Neste contexto, os trabalhadores da “ponta” assumem um papel fundamental enquanto realizam o seu trabalho diário. Mais do que alguém que simplesmente reproduz ou implementa a política no papel, aquela formalizada nos documentos legais, o trabalhador se configura como um formulador de políticas públicas (Lipsky, 1980).

Cotidianamente, trabalhadores da ponta precisam encontrar maneiras de lidar com as dificuldades, faltas e excessos que diferenciam o contexto da política cotidiana do contexto ideal da política no papel. À medida em que encontram alternativas possíveis para colocar as políticas em prática os trabalhadores da ponta reinventam as políticas públicas.

Neste contexto, a formação de redes entre trabalhadores para o cuidado das pessoas que usam droga também deve ser analisada como um processo. Nesta construção, negociações diárias são realizadas entre os diferentes entendimentos sobre como abordar o uso de drogas e as diferentes atividades que compõe o trabalho de cada equipe.

Historicamente a formação de redes para o cuidado das pessoas que usam drogas é debatida, principalmente, como relação à integração entre os setores de saúde e assistência social. Para além da formação destas redes de cuidado, também o papel dos trabalhadores em segurança tem sido considerado importante na abordagem da pessoa que usa drogas. Projetos de integração entre cuidado e segurança vêm sendo postos em prática em diversas partes do mundo (Hammett et al., 2005; Hunter, McSweeney, & Turnbull, 2005; Vermeulen & Walburg, 1998). Estes trazem potências e desafios que se somam aqueles que atravessam a formação das redes em cuidado.

A inserção das políticas de redução de danos e o debate do papel da segurança no cuidado às pessoas que usam drogas vêm, nas últimas décadas, produzindo modificações nas redes. As políticas de redução de danos trazem uma nova forma de olhar a atenção ao uso de drogas que se coloca como alternativa ao modelo centrado na internação e na abstinência. Essa nova proposta gera um debate em relação aos modelos anteriores de atendimento e entendimento de como lidar com o uso de drogas na área do cuidado. A inserção da segurança neste debate traz à rede um olhar que visa à prevenção de possíveis problemas de conflito com a lei relacionados com o uso, ampliando o debate já existente entre as áreas de cuidado.

Cada setor envolvido nas políticas sobre drogas possui diferenças inerentes às instituições e organizações que representam. A diversidade destes contextos, por sua vez, produz diferentes opiniões e atitudes destes trabalhadores na política cotidiana, que se traduzem em uma heterogeneidade de expectativas com relação ao papel dos trabalhadores na abordagem do uso de drogas. Ainda assim, a formação das redes envolve o contato e a negociação de objetivos, atividade e significados nas práticas diárias.

Como os trabalhadores atualizam tal negociação? Em outras palavras, como ocorrem as redes relacionadas à abordagem da pessoa que usa drogas nas políticas sobre drogas no cotidiano? E o que tais redes produzem em termos de potências e desafios para os diferentes atores envolvidos?

O presente artigo parte das experiências de formação de redes nas cidades de Porto Alegre, no Brasil, e Amsterdam, na Holanda, para analisar essas questões. Os dados debatidos derivam de uma pesquisa de doutorado que enfoca a produção cotidiana da política sobre drogas pelos trabalhadores das áreas de saúde, assistência social e segurança nestas duas cidades (Rigoni, 2015). Entre Abril de 2010 e Abril de 2011 foram entrevistados 80 trabalhadores e realizadas 800 horas de observação de suas práticas, divididos igualmente entre Amsterdam e Porto Alegre. A comparação entre cidades pertencentes a países com distintas políticas sobre drogas, e configurações de rede bastante diversas, proporciona um interessante contexto para analisar diferentes fatores operantes na formação de redes.

Antes de partir para a análise, porém, é fundamental definir: como entendemos rede? No senso comum, rede pode ser definida como a troca de informações e serviços entre indivíduos, grupos ou instituições. Na legislação brasileira e holandesa (Ministério da Saúde, 1990; van der Gouwe, Ehrlich, & van Laar, 2009), bem como na literatura que discute as redes em cuidado (Plomp, Hek, & Ader, 1996; Zambenedetti & Silva, 2008) o conceito de rede é utilizado para veicular ideias de integralidade no atendimento à pessoa que usa

drogas a partir da colaboração entre trabalhadores de diferentes setores.

Na política cotidiana, a coordenação entre os diferentes serviços que abordam as pessoas que usam drogas é fundamental para colocar em prática os conceitos de abordagem integral (*integrale aanpak*) e colaboração (*samenwerking*) holandeses, bem como os conceitos de integralidade e rede brasileiros. Na legislação e nas diretrizes nacionais e locais referentes às políticas públicas, o desenho de uma rede começa com a organização ou (divisão) de serviços entre os territórios. A seguir, o desenho parte para definir a circulação espacial e as formas de contato entre serviços dentro e entre diferentes territórios.

O conceito de rede proposto pelo teórico Pierre Musso (2004) traz a organização espacial dos serviços e os fluxos traçados entre eles como um dos fatores fundamentais para a análise da circulação dos trabalhadores nos territórios. Além disso, Musso agrega ao conceito da rede a racionalidade: as ideias por trás da forma como a organização espacial é planejada. Para Musso, as redes têm uma estrutura (uma forma de organização), uma dinâmica (conexões e movimento entre os atores) e uma racionalidade que representa e determina a estrutura e as possibilidades de conexões. A rede, portanto, define a organização geográfica e comunicação entre os trabalhadores e serviços e também a produção de sentidos que parte de e que permite tais comunicações (Musso, 2004).

Antes de entrar na análise de como organizações e sentidos atravessam a produção das redes em Amsterdam e Porto Alegre vale enfatizar um último e importante ponto: a ambivalência das redes.

De acordo com Musso (2004) o conceito de rede traz na sua essência uma identidade dupla, uma ambivalência inicial: podem servir tanto para circular como para controlar. Em linhas gerais, o contato entre os trabalhadores em um território pode se dar de forma colaborativa, conflitiva, ou simplesmente distante, quando um ou ambas as partes ignoram as atividades ou mesmo a existência dos outros. O conceito de rede é, geralmente, entendido na primeira

forma: como a construção de colaboração; porém, como veremos aqui, há outras interpretações possíveis.

A proposta de Pierre Musso de entender a rede também como potencial produtora de controle abre novas portas para pensar sobre o papel e os efeitos das redes nas políticas sobre drogas. A construção de redes pode trazer não só a possibilidade de facilitar o trabalho na ponta e promover uma assistência integrada para as pessoas que usam drogas, como normalmente concebido; pode também tornar a vida de ambos os atores mais complicada através de um aumento de controle sobre suas atividades. Mas quando e como controle ou circulação operam nas políticas cotidianas em Amsterdam e Porto Alegre? E quais seriam os fluxos e racionalidades que levam ao controle ou à circulação de trabalhadores e usuários? Tais questões serão debatidas nas próximas duas seções, que descrevem, respectivamente, as redes nas cidades de Amsterdam e de Porto Alegre. Por fim, a última seção deste texto trará alguns comparativos e análises.

As redes em Amsterdam:

Na cidade de Amsterdam, trabalhadores em saúde, assistência e segurança mencionam trabalhar juntos para atender a pessoa que usa drogas. A circulação promovida pela rede ocorre tanto em termos de trabalhadores que se deslocam ao longo dos territórios para contatar pessoalmente outros trabalhadores, quanto em termos de troca de informações sobre os serviços e usuários. A circulação de trabalhadores inclui visitas a outros serviços, abordagens conjuntas de usuários, e reuniões com outros profissionais para debater sobre planos de tratamento para pessoas assistidas por ambos. A circulação de informações inclui, para além das trocas face a face, o conhecimento dos serviços e atividades oferecidas por outros setores, contatos telefônicos com serviços e trabalhadores, e acesso às informações de serviços e usuários através de sistemas informatizados de cadastro.

A formação de redes entre os setores da assistência e saúde é bastante desenvolvida na cidade de Amsterdam. Serviços em assistência social como abrigos, albergues, casas de passagem e acolhimento, e serviços específicos para o gerenciamento de benefícios e inserção no mercado de trabalho (DWI) possuem conexões fortes entre si no sentido de coordenar atividades e benefícios oferecidos as pessoas que usam drogas. No setor da saúde, clínicas para o tratamento com substituição (metadona) e prescrição de heroína, salas de uso e equipes de trabalho de campo também operam a formação de redes entre si e com os serviços em assistência social.

Em vários destes serviços da rede de cuidado existe a figura do *case manager* (ou gestor de casos) onde os trabalhadores são responsáveis pelo acompanhamento do tratamento/assistência de um dado número de usuários. É parte das atividades destes trabalhadores o contato com diferentes serviços da rede em saúde e assistência que já estejam abordando ou que possam vir oferecer algo que a pessoa em atendimento necessite. Os contatos são realizados por meio de reuniões, ligações telefônicas, visitas aos serviços, acompanhamento dos usuários aos serviços, encaminhamentos, entre outros. Em muitos serviços, o papel do gerente de casos é realizado por aqueles trabalhadores que fazem a busca ativa dos usuários no trabalho de campo. Praticamente todos os serviços, incluindo as clínicas, abrigos e albergues, possuem a figura do trabalhador de campo (equivalente às atividades dos redutores de danos, agentes comunitários de saúde, e educadores sociais de rua no Brasil).

Para além do gerenciamento integrado do atendimento as redes incluem o acesso facilitado a um determinado número de vagas e benefícios nos serviços parceiros, bem como a informações sobre a pessoa atendida. Através das redes, trabalhadores em cuidado entendem que seu trabalho se torna mais eficiente, à medida que evita que diferentes serviços promovam a mesma atividade com um dado usuário ou, pior, que promovam atividades contraditórias. Desta

forma tanto seu trabalho se torna mais leve e mais eficaz, como se previne o gasto desnecessário de tempo e dinheiro público.

A troca de informações é parte importante deste processo. Circulam informações tanto sobre os serviços e atendimentos possíveis, quanto sobre os usuários e os contatos que estes fazem com a rede, o tipo de atendimento que possuem ou já possuíram no passado, bem como informações pessoais. Segundo os trabalhadores, o contato próximo e coordenado com trabalhadores de outros serviços permite um maior controle do usuário e previne a manipulação do sistema. Quando os diferentes serviços conversam entre si não é mais possível para a pessoa em atendimento mentir sobre os benefícios que ganha ou não em outros serviços, os motivos pelos quais não possui mais um dado benefício ou atendimento, e os tipos de atividade e planos de tratamento que vem seguindo. Neste sentido, a rede opera tanto na circulação de usuários e informações quanto no controle das mesmas. Os trabalhadores em Amsterdam não só reconhecem esse duplo sentido da rede, como veem ambos, circulação e controle, como positivos e funcionais.

Além da diversidade de serviços em saúde e assistência, outra importante característica diferencial da rede em Amsterdam, com relação a Porto Alegre, é que os trabalhadores em segurança têm uma participação intensa na rede de abordagem à pessoa que usa drogas. Pelas atividades da profissão que possuem trabalhadores da segurança de ambas as cidades entram, frequentemente, em contato com pessoas que usam drogas e que se encontram em situações de vulnerabilidade e/ou conflito com a lei: situação de moradia/sobrevivência na rua; uso de drogas em espaço aberto; vinculação com o tráfico de drogas, entre outros. A maneira como a segurança responde a esses eventos, no entanto, é diferente nas cidades estudadas. Em Amsterdam, o contato de trabalhadores policiais com pessoas que usam drogas costuma desencadear a produção de redes com o setor de cuidado. A rede inclui não só o encaminhamento verbal a serviços de assistência social ou saúde, mas também abordagens conjuntas; acompanhamento em pessoa do

usuário aos serviços; e visitas aos serviços para reuniões previamente agendadas e/ou para reforçar as conexões de rede já estabelecidas.

A própria estrutura da rede ajuda a definir esta dinâmica: tanto a descrição de cargo dos trabalhadores, quanto os programas projetados nas diretrizes nacionais e locais especialmente para promover a formação de parcerias. A polícia de Amsterdam possui uma figura especial que é a do policial comunitário (o *buurtregisseur*, literalmente, “diretor do bairro”), que é adscrito a um determinado território na cidade. Faz parte da descrição de cargo deste trabalhador o conhecimento e o contato colaborativo com serviços em assistência social e em saúde dos territórios pelos quais são responsáveis. Programas especiais de integração entre segurança e cuidado foram construídos especialmente para a população portadora de sofrimento psíquico (como o *Vangnet & Advies*) e/ou com contatos freqüentes com a polícia (*Keten Units e ISD*). Apesar de esses programas não serem especificamente dirigidos às pessoas que usam drogas, grande parte das pessoas atendidas são usuárias de drogas como crack, heroína ou álcool.

No caso do programa *Vangnet & Advies*, quando trabalhadores da segurança entram em contato com uma pessoa que usa drogas e que tenha problemas com a vizinhança, seja agressiva ou que cause algum transtorno a comunidades no espaço aberto, eles podem contar com um trabalhador da saúde (no caso um “enfermeiro psicossocial”) para auxiliar no atendimento. Nas *Keten Units* e na medida *ISD*, a polícia convida pessoas que usam drogas e que estão cometendo delitos para uma reunião conjunta com trabalhadores do cuidado, a fim de decidir sobre um plano de ação. A orientação principal é a decisão em favor de uma pena alternativa ou a troca da prisão pela inserção no sistema de cuidado, o que inclui tratamentos que podem visar tanto à abstinência quanto à redução de danos.

Aqui se faz interessante desvelar as ideias ou racionalidades (Musso, 2004) que atravessam essas redes entre diferentes atores do cuidado e os atores da segurança. Como eles justificam a formação de redes?

Para os trabalhadores da segurança o que justifica a rede com os serviços e trabalhadores do cuidado são os resultados percebidos em termos da diminuição da criminalidade e dos problemas nas ruas, bem como da quebra do círculo vicioso de prender, repetidamente, as mesmas pessoas sem resultados. Fornecer necessidades básicas e a possibilidade de tratamento em saúde, inclusive para o uso de drogas, é visto pelos trabalhadores da segurança como sendo mais eficaz do que prender ou aplicar multas. Ao invés de ser percebido como uma tarefa a mais, o investimento nas parcerias é tido como atividade que diminui a carga de trabalho e traz a sensação de efetividade. Especialmente os programas que trabalham com diretrizes de redução de danos - como as salas para o consumo de drogas, as clínicas de terapia de substituição (metadona) e prescrição de heroína, as casas de passagem e os abrigos e albergues que permitem o uso de drogas dentro de suas premissas, e o benefício financeiro concedido às pessoas que usam drogas - são muito bem vistos e acolhidos pela polícia. Para eles, tais serviços permitem que as pessoas utilizem drogas fora do espaço aberto da rua, e que tenham condições financeiras de comprar sua própria droga e não precisam cometer crimes ou vincular-se ao tráfico para tal.

E tudo isto também é percebido como melhorias na qualidade de vida das pessoas que usam drogas, permitindo que saiam da situação de rua, paguem suas dívidas, e reconstruam uma identidade de cidadania e trabalho integrada à comunidade em geral.

Semelhante à polícia, os trabalhadores em saúde e assistência acreditam que a colaboração traz bons resultados para todos: melhora a qualidade de vida e aumenta o acesso ao cuidado para as pessoas que usam drogas, ao mesmo tempo em que diminui a perturbação da ordem pública e a criminalidade nas ruas. A repressão policial é vista como um dispositivo para trazer usuários, que de outra forma não procurariam tratamento ou benefícios, para o sistema de cuidado.

Na visão dos trabalhadores, a abordagem policial também pode ajudar a garantir a continuidade do tratamento, através da localização de pessoas que evadiram dos serviços e o

reencaminhamento das mesmas. A colaboração serve ainda para garantir o bom funcionamento dos serviços principalmente no que se refere à prevenção do abuso de autoridade policial. Acordos são realizados para impedir que policiais façam abordagens, busca ou apreensão - de drogas e/ou pessoas que estejam sendo procuradas pela justiça - dentro dos serviços e nas suas premissas, prevenindo assim que os usuários se afastem do sistema de cuidado. Atenção especial neste sentido é dedicada a garantir o vínculo de confiança construído entre usuários e trabalhadores.

Fundamental para que esta parceria entre cuidado e segurança seja vista com bons olhos pelos trabalhadores do primeiro setor é a importante oferta de benefícios às pessoas que usam drogas que é atrelada ao sistema. Estratégias de redução de danos e serviços de baixa exigência são prioritárias neste sentido: salas de uso; clínicas de tratamento de substituição e prescrição de heroína - onde as drogas são prescritas e fornecidas pelo governo; abrigos e albergues que permitem o uso de drogas dentro de suas premissas; casas de passagem; cuidados básicos em saúde; auxílio financeiro – benefício- e auxílio na gestão do dinheiro recebido; inserção no mercado de trabalho; foco na busca ativa, dentre outros. Sabendo que os usuários possuem acesso a todos estes serviços, uma intervenção mais repressiva pode ser justificada na visão dos trabalhadores: usuários não se encontram em situação de vulnerabilidade ou conflito com a lei por falta de oportunidades e apoio. Assim, desde que a repressão seja vinculada a entrada do usuário neste sistema de cooperação, ela é vista como estando a serviço do bem estar do próprio usuário, e não contra ele.

Ao final, para os trabalhadores em saúde, assistência e segurança, a formação das redes tanto aumenta as chances dos usuários de serem acessados e acolhidos pela rede de cuidado, como também aumenta o nível de controle dos trabalhadores sobre os mesmos. Desta forma, se atualizam na política cotidiana as duas vertentes da rede propostas por Musso (2004): a circulação e o controle. Se por um lado o controle facilita a gestão dos recursos e do

processo de trabalho por parte dos trabalhadores da “ponta”, ele deve ser observado com cuidado. De acordo com pessoas que usam drogas em Amsterdam e suas associações contatadas durante a pesquisa, muitas vezes a relação estreita estabelecida entre os trabalhadores acaba por limitar a participação do usuário nas decisões sobre o rumo que quer tomar em sua vida. Nas reuniões conjuntas, onde o plano de ação é discutido e a proposta de atendimento integrada formulada, há muitas vezes, pouco espaço para a escolha de um caminho diferente por parte da pessoa que usa drogas. Se por um lado grande parte dos usuários está satisfeita com o nível de benefícios e atendimentos recebidos, muitos sentem que, uma vez parte do sistema de cuidado, sua autonomia fica comprometida pelos rumos ditados pelas regras e requisitos impostos por serviços e trabalhadores.

As redes em Porto Alegre:

Em Porto Alegre a colaboração entre os trabalhadores se mostrou de forma diferente: enquanto existe um esforço para formar uma rede de cuidado entre trabalhadores em saúde e assistência, a segurança se encontra completamente fora desta rede. Para a maior parte dos trabalhadores cuidado e repressão não são compatíveis, e tanto os trabalhadores da rede de cuidado como os da rede de segurança acreditam ser melhor manterem-se distantes.

As redes entre os setores de cuidado são desenhadas entre serviços sociais como CREAS, abrigos, albergues, casas de passagem e equipes do programa Ação Rua; e serviços de saúde como Caps ads, clínicas de desintoxicação, emergências hospitalares, Estratégias de Saúde da Família, redutores de danos e comunidades terapêuticas. Em termos de estrutura, as redes são desenhadas por fluxos entre serviços de maior ou menor complexidade divididos em territórios geográficos. Os contatos são feitos através de telefonemas, reuniões para debater sobre os usuários assistidos por ambos, e atividades conjuntas como grupos, abordagens de rua, ou visitas domiciliares. Em geral, as razões que levam os trabalhadores em saúde a promover

redes com a assistência giram em torno da obtenção de recursos para os usuários: passagens de ônibus para ir ao tratamento, abrigo para as pessoas em situação de rua, benefícios como vale alimentação, e ajuda com a confecção de documentos pessoais. Trabalhadores em assistência, por sua vez, procuram seus colegas da saúde principalmente para referir pessoas que usam drogas para algum tipo de tratamento com relação ao uso, mas também para obter consultas de atenção básica em saúde e maiores informações ou suporte em como lidar com o uso, abuso e dependência de drogas.

Especialmente esta última atividade - o matriciamento - vem sendo gradualmente desenvolvida, incentivada por uma portaria governamental (Ministério da Saúde, 2010). O matriciamento, porém, ainda encontra desafios como a falta de tempo dos trabalhadores dos setores especializados em saúde, geralmente pelo foco no atendimento a um maior número de usuários (devido a grande demanda e insuficiente número de trabalhadores e recursos), em detrimento do investimento na formação de redes. O investimento em contatos e conexões com outros serviços é, muitas vezes, visto como uma carga a mais, e apesar de entendido como necessário e importante, fica relegado ao segundo plano. Se, por um lado, a falta de recursos pode prejudicar a formação de redes, por outro esta mesma escassez pode servir como dispositivo de busca das redes como solução. Como objetivo de compartilhar os poucos meios disponíveis, trabalhadores de diferentes serviços buscam uns aos outros para fazerem visitas domiciliares conjuntas para dividir meios de locomoção, partilham espaços e cotas de exames ou benefícios, e convidam trabalhadores de outros serviços para participar de grupos com pessoas que usam drogas e para fazerem circular informações sobre novos recursos disponíveis.

Um dos fatores mais importantes que influencia a participação dos trabalhadores nas redes diz respeito a sua função como trabalhador de campo. Apesar de que em Porto Alegre nem todos os serviços contam com trabalhadores que fazem busca ativa - semelhante à Amsterdam - estes trabalhadores são os que mais

dedicam tempo à produção de conexões e circulação na rede. Agentes redutores de danos, agentes de saúde, e educadores sociais de rua têm como centro de sua função ser um elo entre a comunidade que assistem e os serviços disponíveis para sua assistência. Neste sentido, são figuras extremamente importantes na dinâmica das redes, e as primeiras que sofrem com os desafios postos pela estrutura e racionalidade das redes.

Os trabalhadores do cuidado também encontram dificuldades para formação de rede entre si. Um desafio importante se refere à comunicação e circulação de usuários entre os diferentes níveis de cuidado: em geral, trabalhadores dos níveis mais básicos possuem dificuldades de encaminhar usuários para níveis mais complexos, sejam eles da área da saúde ou assistência. Especialmente aqueles trabalhadores que fazem a busca ativa das pessoas que usam drogas – trabalhadores de campo de serviços como Estratégias de Saúde da Família, programas do Ação Rua, Programas de Redução de Danos, e Consultório de Rua – sentem dificuldade de encaminhar as pessoas que atendem e desenvolver seu trabalho para além dos atendimentos de nível básico. Regras excessivas e critérios muito rígidos de entrada para as pessoas que usam drogas nos serviços especializados – como Caps ad, abrigos e albergues, clínicas de desintoxicação e emergências - são entendidos como sendo as barreiras fundamentais. Nos serviços especializados, por sua vez, os trabalhadores sentem-se pressionados a atender uma crescente demanda que ultrapassa em muito suas capacidades de pessoal e recursos. Critérios de entrada e permanência são gerados na tentativa de controlar a demanda incessante.

Um interessante ponto de análise para desvelar os desafios desta dinâmica é a observação das racionalidades (Musso, 2004) que atravessam a produção deste afunilamento entre os níveis de complexidade.

Duas questões centrais nesta dinâmica de rede constituem-se no entendimento, por grande parte dos trabalhadores dos níveis básicos de que: 1) para atender uma pessoa que usa drogas é central encaminhá-la ao tratamento do uso de drogas (como passo

fundamental, e muitas vezes antecedente a qualquer outro atendimento); e 2) que a internação em hospitais e clínicas de desintoxicação é a primeira (e às vezes única) ação /solução possível para o problema. O uso da droga é visto como o problema central, e como algo que deve ser abordado por serviços especializados. Trabalhadores dos serviços especializados em tratamento são vistos como únicos detentores de um saber que possibilita e legitima a abordagem do uso de drogas. Assim, perdem-se excelentes oportunidades de trabalhar o uso de drogas num nível básico, o que operaria tanto como prevenção ao abuso e dependência quanto como melhor direcionamento da demanda dos trabalhadores e usuários com relação ao tratamento especializado.

No caso da relação entre os setores de cuidado e segurança em Porto Alegre, o afastamento e evasão são as formas de comportamento geralmente presentes nas dinâmicas da não-rede. Além da falta de estrutura no sentido de incentivar iniciativas de integração entre os setores, as racionalidades e experiências de contatos conflitivos dos trabalhadores de ambas as áreas impedem ou rechaçam tal conexão como positiva. Em geral, trabalhadores da segurança se sentem julgados e não reconhecidos pelos seus colegas dos setores do cuidado em seu papel de proteção à comunidade. Ao mesmo tempo acreditam que seus objetivos de ordem e segurança não são compatíveis com os objetivos de ajuda e proteção às pessoas que usam drogas que seus colegas dos setores de saúde e assistência social possuem. Neste sentido, acreditam que a aproximação, além de não trazer benefícios, pode prejudicar sua prática, posto que tais visões contraditórias repercutiriam em choques de atividades na prática, onde trabalhadores do cuidado não conseguiriam entender as práticas necessárias para garantir a segurança da população.

Outro desafio apontado pelo setor da segurança, especialmente pela polícia militar, é a demanda por parte dos trabalhadores do cuidado de que a segurança aja em situações onde não possui preparo e materiais adequados, ou, ultimamente, onde não seria seu papel. Um exemplo são as chamadas para abordar

peças em surto psicótico ou agressivo e sob efeito de substâncias psicoativas. Segundo os policiais pode ser esperado de um profissional de saúde ter as técnicas para lidar com estas situações, mas não faz parte do treinamento e formação dos policiais dar atendimento adequado neste sentido. Ao mesmo tempo em que aceitam esse papel, já que não há outro órgão para fazê-lo, sentem que não deveriam ser responsáveis por tal, e acabam sendo julgados por exercer este papel de uma maneira vista como desrespeitosa aos direitos do cidadão.

Tal visão é corroborada pelos trabalhadores do cuidado, que entendem o setor da segurança como demasiadamente repressivo e violento. A racionalidade (Musso, 2004) que guia o afastamento do setor da segurança se constrói no argumento de que, qualquer movimento de aproximação destes trabalhadores, poderá romper o vínculo construído com as pessoas que usam drogas. Já que a polícia é vista como “inimigo” por parte dos usuários, acordos de trabalho entre cuidado e segurança produziram inevitavelmente o afastamento das pessoas que usam drogas e outros usuários estigmatizados pela falta de confiança, e, por outro lado, pelo medo que teriam de uma abordagem repressiva e/ou punitiva.

Trabalhadores que fazem busca ativa, especialmente aqueles que assistem a população em situação de rua, sentem que o trabalho de repressão policial dificulta o seu trabalho por operar um constante deslocamento territorial dos usuários. Isto aumenta a dificuldade de encontrar as pessoas para desenvolver uma abordagem continuada, e fomenta a desconfiança das pessoas atendidas por trabalhadores e ações governamentais. A percebida violência policial com relação às pessoas que usam drogas, especialmente aquelas estigmatizadas por sua condição de vulnerabilidade social, é um ponto fundamental de conflito.

Por outro lado, a mesma repressão criticada pelos trabalhadores do cuidado pode ser muitas vezes utilizada e esperada pelos mesmos para lidar com situações limite onde não veem outra solução. Em situações de violência ou risco percebidas como extremos

os trabalhadores do cuidado contam com o setor de segurança para o manejo do conflito. Interessante notar aqui o papel, não só da polícia, como também dos Conselhos Tutelares. Apesar de estes serviços terem sido criados com a função de proteger o direito das crianças e adolescentes, na prática acabaram muitas vezes por terem uma imagem mais ligada à repressão e à segurança nas comunidades e nos próprios serviços e outros setores de cuidado. Esta visão possibilita com que trabalhadores em saúde e assistência utilizem o Conselho Tutelar como ameaça nas comunidades na tentativa de modificar comportamentos dos usuários, o que reforça a visão deste órgão como repressor mais do que garantidor de direitos.

O que as redes produzem?

A formação de redes, em ambas as cidades, trouxe tanto potências quanto desafios. Como potência encontra-se o acesso ampliado ao sistema de bem estar social, o aumento da integralidade, equidade e universalidade no atendimento à pessoa que usa drogas. No campo dos desafios, aparecem as dificuldades de negociação entre os diferentes objetivos, linguagem profissional e modelos de ação adotados pelos trabalhadores e serviços das diversas áreas. Em geral, as redes tanto entre as áreas de cuidado, quanto entre cuidado e segurança se encontram mais desenvolvidas em Amsterdam que em Porto Alegre. Isto, no entanto, não significa que em Amsterdam não há desafios. Variações na estrutura da rede – desenho de fluxos, tipos de serviços, diretrizes, histórico das políticas e disponibilidade de recursos - explicam parcialmente as diferenças. Mais importante, a dinâmica e a racionalidade que operam nas redes definem o caráter da interação entre os diferentes atores. A circulação de trabalhadores e as conexões realizadas dependem em grande parte das justificativas que os levam a construir redes, e dos conceitos de cuidado, redução de danos e segurança empregados.

Racionalidades onde o tratamento e a desintoxicação assumem o papel principal no imaginário das soluções para o uso de drogas

acabam por produzir dificuldades na formação de redes em cuidado entre os diferentes níveis de complexidade. Da mesma forma, racionalidades que percebem cuidado e segurança como não compatíveis, produzem extremas dificuldades ou ausência de redes entre cuidado e segurança. Em ambos os casos, o sistema de rede produzido possui demasiados furos, por onde as pessoas que usam drogas 'escapam'. Muito frequentemente tais furos fazem com que usuários se mantenham à margem do cuidado, e fiquem presos a diferentes curtos-circuitos que não auxiliam para uma melhora na sua qualidade de vida (ex: situação de rua → desintoxicação → situação de rua; envolvimento com o tráfico → prisão → envolvimento com o tráfico).

De outra forma, quando as racionalidades focam na percepção do trabalho integrado como benéfico, e as soluções para o uso de drogas como variadas (assistência social e trabalho, serviços de baixa exigência, e diferentes formas de tratamento), a formação de redes pode significar um maior acesso aos benefícios disponíveis tanto para trabalhadores quanto para usuários. A integração e divisão das atividades entre os setores melhora a gestão dos recursos, e auxilia na prevenção de atividades conflitivas e/ou repetidas por diferentes serviços, tornando o sistema de bem-estar social e segurança mais efetivos. Neste sentido, as redes intra e intersectoriais operam na promoção da circulação de informações, conhecimento e recursos, facilitando a utilização de serviços por parte de usuários e trabalhadores de acordo com as necessidades de ambos.

Por outro lado, redes de cuidado e segurança bastante desenvolvidas podem também produzir um controle excessivo da circulação das pessoas que usam drogas, bem como das atividades dos trabalhadores. Quando a racionalidade para a construção de redes foca demasiadamente no controle que ela produz, as próprias redes podem dificultar a invenção de novas formas de trabalho, produzindo um engessamento por combinações e regras previamente traçadas. Para as pessoas que usam drogas, se por um lado a rede representa maior acesso ao cuidado, por outro traz um maior controle de suas

ações. Em caráter excessivo, este controle pode levar ao afastamento do cuidado e produzir práticas repressivas dentro de uma pretensão lógica de redução de danos.

Referências:

Colebatch, H. K. (2004). *Policy*. Maidenhead, U.K.: Open University Press.

Hammett, T. M., Bartlett, N. A., Chen, Y., Ngu, D., Cuong, D. D., Phuong, N. M., Des Jarlais, D. C. (2005). Law enforcement influences on HIV prevention for injection drug users: Observations from a cross-border project in china and Vietnam. *International Journal of Drug Policy*, 16(4), 235-245.

Hunter, G., McSweeney, T., & Turnbull, P. J. (2005). The introduction of drug arrest referral schemes in London: A partnership between drug services and the police. *International Journal of Drug Policy*, 16(5), 343-352.

Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.

Lei n.8080 de 19 setembro de 1990, (1990), disponível no site <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080>, acessada em junho de 2014.

Portaria n. 4135 de dezembro de 2010, (2010), disponível no site http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4135_17_12_2010.html, acessada em junho de 2014.

Musso, P. (2004). A filosofia da rede. In A. Parente (Ed.), *Tramas da rede novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação*. Porto Alegre: Sulina.

- Plomp, H. N., Hek, H. V. D., & Ader, H. J. (1996). The Amsterdam methadone dispensing circuit: Genesis and effectiveness of a public health model for local drug policy. *Addiction*, 91(5), 711-722. doi:10.1046/j.1360-0443.1996.9157117.x
- Rigoni, R. (2015) *Between Care and Order: Street-Level Workers' Discretion and Drug Policies in Amsterdam (the Netherlands) and Porto Alegre (Brazil)*. Tese de Doutorado. Amsterdam: Erasmus University Rotterdam. Disponível em: <http://repub.eur.nl/pub/78062/>
- Van der Gouwe, D., Ehrlich, E., & van Laar, M. W. (2009). In Institute T. (Ed.), *Drug policies in the Netherlands* Ministry of Health, Welfare and Sport; Ministry of Foreign Affairs.
- Vermeulen, E. C., & Walburg, J. A. (1998). What happens if a criminal can choose between detention and treatment: Results of a 4 year experiment in the Netherlands. *Alcohol & Alcoholism*, 33(1), 33-36.
- Zambenedetti, G., & Silva, Rosane Azevedo Neves da. (2008). A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no brasil. *Psicologia Em Revista*, 14(1), 131-150.



Capítulo XVII

CAPS AD III: cotidiano, avanços e desafios

Karine Zenatti Ely

Com a Reforma Psiquiátrica a Rede de Saúde Mental passou a ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitam a atenção psicossocial aos portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, envolvendo atenção básica, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e leitos em hospitais gerais. Estes serviços devem funcionar de forma organizada, e os CAPS ocupam posição estratégica na organização e regulação da rede.

De acordo com o Ministério da Saúde e a Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, a rede deve ser articulada entre os CAPS AD e leitos para internação em hospitais gerais (para desintoxicação e outros tratamentos). Estes serviços devem trabalhar na lógica da redução de danos como eixo central ao atendimento dos usuários¹.

A Redução de Danos, no conceito da Associação Internacional de Redução de Danos, se refere a políticas, programas e práticas que visam, primeiramente, reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. Redução de Danos beneficia pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade².

Desta forma, os CAPS AD caracterizam-se como um instrumento da Redução de Danos, o que significa que a abstinência não é a única opção de tratamento, sendo esta situação discutida

conjuntamente com os usuários e familiares no plano de acompanhamento. As recaídas, mesmo daqueles que buscam a abstinência são frequentes, e são consideradas como parte integrante do processo de acompanhamento.

Esta situação, grande parte das vezes, gera desconforto entre os profissionais, que no trabalho com Dependência Química, também sofrem preconceitos e são estigmatizados, tanto quanto os usuários. Assim, poucos são os profissionais que optam por trabalhar na rede de saúde mental que envolve o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. O perfil do trabalhador é traçado considerando a tolerância a frustração como principal característica.

A tolerância, considerada como competência fundamental, diz respeito à capacidade de tolerar o desânimo perante os problemas e os resultados não alcançados. Assim, sendo a frustração um sentimento impeditivo da ação, é importante que o técnico de Apoio Psicossocial aprenda a tolerar, munindo-se de força e capacidade para vencer as dificuldades que possam surgir ao longo do desenvolvimento de um projeto³.

Percebe-se que a tolerância à frustração é uma competência importante, mas não única. O profissional deveria desenvolver habilidades para motivar, capacidade de comunicação, empatia e adaptação, maturidade emocional, imaginação, criatividade e iniciativa, entre outras. Mas, como exigir tantas qualidades quando há poucos profissionais no mercado de trabalho dispostos a esta vivência? E como motivar os usuários do serviço quando os próprios profissionais não se motivam ou não tem o desejo de permanecer no serviço?

Percebe-se que, historicamente, o preconceito é formado ainda na academia, onde a saúde mental é pouco valorizada, especialmente nos cursos de medicina e enfermagem. A nova proposta de assistência tem bases consolidadas. No entanto, o engajamento das pessoas tem sido insuficiente. Contribui para isso a formação desses indivíduos, geralmente voltada para o modelo médico hospitalocêntrico e com base numa filosofia cartesiana de especialidades. Tais características se

refletem na dificuldade em manter relações horizontais com os usuários, no desinteresse em intervenções na comunidade e com a forma desconexa de atuação dos profissionais e, por conseguinte, dos serviços⁴.

Assim, a luta por uma assistência psiquiátrica mais humanizada necessita da ruptura de paradigmas ideológicos, que não reproduza o modelo manicomial nos espaços de acompanhamento e tratamento, regulamentados nos moldes da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, buscou-se primeiramente o entendimento das políticas públicas para cuidado dos usuários de álcool e outras drogas e o comprometimento da equipe como unidade na busca de avanços técnicos, estruturais e políticos locais.

Contribuições da Rede Multicêntrica – discussão política e administrativa:

É nesta conjuntura que surge a Rede Multicêntrica⁵ e o curso de atualização em atenção integral aos usuários de Crack e outras drogas para profissionais atuantes nos hospitais gerais, porém com vagas também destinadas para profissionais do CAPS AD.

A participação no curso possibilitou o repensar de algumas práticas, motivando várias discussões em reuniões de equipe principalmente para reavaliação do Projeto Terapêutico do Serviço de um CAPS AD III de um município do Rio Grande do Sul.

O CAPS AD III é um dispositivo de atenção psicossocial para atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com funcionamento diário, 24 horas por dia, 7 dias por semana, inclusive domingos e feriados. A estrutura conta com 10 leitos de acolhimento noturno para manejo de situações de crise, desintoxicação e proteção social. O serviço é apoiado por leitos em Hospital Geral e leitos Hospital Psiquiátrico para tratamento de casos graves de alcoolismo. Existe uma boa relação entre os serviços, com possibilidade de visita aos usuários internados e encaminhamento dos

mesmos no pós-alta para o CAPS de referência, permitindo o planejamento terapêutico conjunto.

O CAPS AD III dispõe de serviço de enfermagem nas 24 horas do dia e, pelo menos um Técnico de Referência por turno de trabalho, caracterizados como profissionais de nível superior (enfermeiro, assistente social ou psicólogo). Não há cobertura médica nas 24 horas de funcionamento do serviço, contando-se com uma médica clínica e duas psiquiatras.

No serviço são desenvolvidas atividades como atendimentos individuais (consultas médicas, atendimentos de referência, atendimentos de escuta, acolhimentos), atendimento em grupos (grupo de intervenção breve para usuários e familiares, grupo de apoio para usuários e familiares, grupo de vivências, rodas de conversa, grupo de redução de danos, grupo motivacional, grupo de prevenção à recaída, grupo de mulheres), oficinas terapêuticas (música, artesanato, atividade física, jardinagem, arteterapia, foto na lata), visitas domiciliares, visitas e discussões de casos nas instituições que integram a rede de saúde mental do município e atualmente os profissionais do CAPS têm participado de Círculos Restaurativos, trabalho conjunto da rede de saúde, assistência social e Poder Judiciário.

A estrutura física do serviço apresenta vários problemas, porém o espaço é amplo, suficiente para atendimento da demanda. Dentre as dificuldades, se destaca a questão do CAPS AD III estar instalado no prédio de uma antiga escola aberta, no qual todos os atendimentos e oficinas são desenvolvidos em sala de aula, o que causa uma conotação de professor-aluno. Novamente a dificuldade de horizontalização das relações com os usuários que frequentemente chamam os profissionais da enfermagem e oficinairos de professores.

A equipe de trabalho é composta por mais de 40 profissionais, quase insuficiente pelo quantitativo de atendimentos do serviço. Em alguns dias são realizados mais de 100 atendimentos e, em média, 28 usuários permanecem no CAPS durante as refeições.

Os avanços em relação aos processos de trabalho sempre se dão por meio de discussões nas reuniões de equipe e as decisões são tomadas conjuntamente. Há dois espaços de reunião de equipe, um turno de reunião administrativa e um turno para discussão de casos. A pedido da equipe iniciou-se um processo de estudo, ocupando parte da reunião administrativa. O estudo foi iniciado com questões normativas, leis e portarias e evoluiu para o estudo da Política Nacional de Humanização, momento no qual os profissionais puderam entender e identificar a teoria da prática já realizada, o que tornou o trabalho mais coeso e prazeroso.

As leis estudadas incluem Lei Orgânica da Saúde⁶ (Lei 8080/90), Lei da Reforma Psiquiátrica⁷ (Lei 10.216/01), Lei que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas⁸ (Lei 11.343/06) e portarias ministeriais que regulamentam os Centros de Atenção Psicossocial.

Para garantir o cumprimento às Leis que regulamentam a saúde no país o Ministério da Saúde lançou a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS⁹, cujos princípios assegurados são: acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz; tratamento adequado e efetivo do seu problema, visando à melhoria da qualidade de vida; atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e uma relação mais pessoal e saudável; atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando preservar sua cidadania durante o tratamento; as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada e o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

A Portaria Nº 1.028/05¹⁰ regulamenta as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam dirigidas a usuários ou dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo.

As ações de informação, educação e aconselhamento tem por objetivo o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais, além da distribuição de insumos destinados a minimizar os riscos. Devem ser preservadas a identidade e a liberdade de decisão sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento. O CAPS AD III trabalha na lógica da redução de danos, os objetivos são traçados conjuntamente com o usuário, não se exigindo abstinência para atendimento, acompanhamento e participação nas atividades. O porte e o uso de drogas e armas dentro do serviço não são autorizados, sendo contratualizado com o usuário questões referentes a esta restrição enquanto permanecer no serviço.

A portaria Nº 2.841/10¹¹ Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas – 24 horas – AD III. De acordo com esta portaria, entende-se por CAPS AD III aquele estabelecimento destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana.

Caracteriza-se como serviço aberto, de base comunitária e que funcione segundo a lógica do território; com responsabilização pela organização da demanda e rede de cuidados em saúde mental, álcool e outras drogas; regulação e articulação das ações de atenção integral aos usuários de Crack e outras drogas; coordenação, acompanhamento e supervisão das internações em hospital geral e unidades especializadas, no âmbito de seu território; e cadastramento dos usuários que utilizam medicamentos essenciais para saúde mental.

Deve funcionar de forma articulada com o Serviço Móvel de Urgência – SAMU – com a rede de urgência e emergência, e com a rede de proteção social. A atenção integral aos usuários inclui as seguintes atividades: atendimento individual, atendimento em grupos, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades de integração com a comunidade, refeições,

acolhimento noturno e estratégias de redução de danos. A equipe do CAPS AD III presta os atendimentos referenciados na portaria, porém, as questões gerenciais que envolvem a regulação de internações hospitalares, a atenção farmacêutica e o matriciamento na atenção básica vem sendo realizadas por outras instâncias da Secretaria Municipal da Saúde, seja o núcleo de saúde mental, farmácia central ou equipes específicas.

A portaria Nº 2.841/10 também faz referência à equipe mínima de trabalho no serviço. Atualmente, o quantitativo de profissionais é suficiente para o atendimento diurno, durante a semana. Nos plantões de finais de semana e à noite trabalham um técnico de enfermagem e um técnico de referência, não há apoio administrativo e, frequentemente, profissionais de outros serviços vêm até o CAPS para compor a equipe. Quando outros profissionais vêm ao CAPS perde-se na questão do vínculo e na unicidade das decisões da equipe, porém, ganha-se quanto à desmistificação do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, diminuindo as questões de preconceito, principalmente, com as Unidades Básicas de Saúde. Também não deixa de ser uma forma de matriciamento, realizada às avessas, mas que tem um bom resultado, pois este técnico de enfermagem passa a ser multiplicador das práticas desenvolvidas no serviço.

A Portaria Nº 130/12¹² redefine o Centro de Atenção Psicossocial e traz mais clareza quanto ao funcionamento, da atenção integral ao usuário, amplia a equipe mínima, determinando acréscimo de pessoal para plantão de acolhimento noturno e plantões de sábados, domingos e feriados e amplia o incentivo financeiro, modificando o sistema de cobrança. O descumprimento desta portaria continua, pois nos plantões da noite e finais de semana trabalham no máximo 3 profissionais: dois técnicos de enfermagem e um profissional de nível superior, faltando sempre o técnico de apoio para questões administrativas e o terceiro técnico de enfermagem para sábados, domingos e feriados. A consequência disso é que os usuários que estão em Acolhimento Noturno permanecem com muito tempo ocioso nos finais de semana, pois não há oficinas ou outras atividades.

Às vezes, acontece uma caminhada até a pracinha próxima ao CAPS, filmes e acesso livre a televisão. Esta situação acaba por desmotivar os usuários e muitos desistem do Acolhimento Noturno durante o final de semana.

Pela Portaria Nº 854/12¹³ foram alteradas as tabelas de procedimentos, as APACs (Autorização para Procedimento de Alto Custo) foram substituídas pelas RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde) com formulário próprio para atendimento psicossocial no CAPS e para Atenção Domiciliar e códigos específicos dos serviços, alterando também as modalidades de atendimento. Para APAC os códigos permitiam apenas pacotes de procedimento: Intensivo, Semi-Intensivo, Não Intensivo, Terceiro Turno e Acolhimento Noturno. Com a RAAS o registro deixa de ser por pacote e passa a ser por atividade incluindo oficinas terapêuticas, atendimentos aos familiares, grupos, visitas domiciliares, substituindo as modalidades anteriores que se referia a quantidade de dias que o usuário frequentava o CAPS. A operacionalização desta portaria foi muito discutida no serviço e ainda ocorrem mudanças quanto a forma de registro destes procedimentos.

Dentre as dificuldades apresentadas no cumprimento às portarias, além da equipe mínima, a maior delas está na garantia da territorialidade e equipes de referência. Há uma grande resistência administrativa em garantir o cuidado em saúde com lógica territorial aos indivíduos que usam, abusam e dependem de substâncias psicoativas, visto que, ao constituir-se como serviço aberto, o entendimento no espaço macropolítico perpassa a lógica da territorialidade. Para facilitar o acesso dos usuários existe outro serviço com características semelhantes em localização geográfica oposta. O principal problema encontrado é o de manter a equipe de referência, pois os usuários utilizam ambos os serviços conforme a conveniência do momento. No espaço micropolítico, trabalha-se com equipes de referência e cada usuário tem seu técnico de referência, que pode ser um psicólogo, enfermeiro ou assistente social.

O Técnico de Referência é definido como aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico singular, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas no projeto terapêutico singular¹⁴. Estas ações encontram-se prejudicadas quando o usuário não tem clareza de quem é sua equipe de referência, mesmo que os técnicos de referência do CAPS AD III conhecem as suas responsabilidades e estão comprometidas em realizá-las. A regionalização evita a duplicidade de recursos com a mesma finalidade, facilita o acesso dos usuários e o referenciamento entre os serviços de saúde. Desta forma, considera-se relevante a discussão para convergência e complementaridade entre os planos macro e micropolíticos como dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental. A reavaliação administrativa foi extremamente importante para ratificar os pontos positivos e coesos com a legislação e para rever e propor alternativas para as inconformidades.

Avanços na aplicação da Política Nacional de Humanização:

A Política Nacional de Humanização é definida com base na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão¹⁵.

A operacionalização da Política Nacional de Humanização busca a troca e a construção de saberes, o trabalho em rede com equipes multiprofissionais, a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo saúde; o pacto entre os diferentes níveis de gestão, entre a gestão e a atenção e entre gestores, trabalhadores e usuários; reconhecimento do protagonismo dos diferentes sujeitos; construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Para tanto, a Clínica Ampliada objetiva a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a construção compartilhada dos

diagnósticos e terapêuticas, a ampliação do “objeto de trabalho”, considerando o ser humano como um todo, sem a fragmentação das especialidades e a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho que privilegiem a comunicação transversal na equipe e entre equipes. A Clínica Ampliada busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é, necessariamente, transdisciplinar. Trata-se de colocar em discussão a fragmentação do processo de trabalho e criar um contexto favorável para que se possa falar desses sentimentos em relação aos temas e às atividades não restritas à doença e ao núcleo profissional.

Neste sentido, no CAPS AD III o usuário que busca atendimento não encontra barreiras ou situações dificultadoras para a adesão ao tratamento. Os acolhimentos e atendimentos de referência são agendados por telefone sem nenhuma restrição de acesso do usuário com seu técnico de referência. Há sempre um técnico de referência no serviço no chamado “plantão de escuta” para atender todos aqueles que procuram o serviço sem agendamento prévio. Todos os técnicos de referência passam pelo plantão de escuta ao menos uma vez na semana, e o objetivo é a realização da escuta sensível.

A escuta sensível da demanda espontânea nos serviços de saúde significa acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando, aparentemente, não interessar de forma direta para o diagnóstico e tratamento. É preciso ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida. Assim, o usuário poderá perceber que o adoecimento não está isolado na sua vida e não poderá ser “resolvido” por condutas mágicas e unilaterais do serviço de saúde, o que evita a infantilização e atitudes passivas diante do tratamento¹⁶. A escuta sensível implica, necessariamente, ouvir os vestígios, ver os movimentos, envolvendo uma disponibilidade subjetiva de afetar e ser afetado pelo outro, colocar em análise nossos preconceitos, endurecimentos, indiferenças, intolerâncias¹⁷.

Todos os usuários têm garantia de informação, decisão e corresponsabilização sobre o seu tratamento e Projeto Terapêutico

Singular (PTS). O PTS é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, na qual todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e para definição de propostas de ação. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da mediação¹⁸. No CAPS AD III o Projeto Terapêutico Singular é realizado com a participação do usuário e familiares quando estes estiverem presentes. O usuário é convidado a desempenhar o papel de protagonista e o técnico de referência é responsável pelo gerenciamento do caso, pelo acompanhamento do usuário, pelo planejamento e avaliação conjunta das metas propostas.

Além disso, os usuários participam quinzenalmente das Assembleias do CAPS, onde são discutidas, conjuntamente com os familiares e profissionais do serviço, as dificuldades encontradas e alternativas para melhorias, as reivindicações dos usuários e as possibilidades em atendê-las, críticas e elogios ao serviço, além do planejamento de atividades como passeios, festas, cinema. Nas assembleias são definidas as regras de convivência dentro do serviço, não são os profissionais que definem o limite, mas sim os próprios usuários e sempre que alguém descumpra regras estabelecidas conjuntamente, os próprios usuários questionam e reorientam. A equipe observa e intervém quando há necessidade, alguma situação de desrespeito ou risco de agressão.

As assembleias representam um espaço instituído para participação dos usuários, para alguns a única forma de exercício de cidadania, pois muitos chegam aos CAPS sem documentos, perderam o direito ao voto por serem interditados pela família, e as únicas regras que seguem são as regras da rua, de violência e opressão. O CAPS mostra uma realidade diferente, que os documentos podem ser refeitos, há possibilidade de encaminhamento para cursos profissionalizantes, trabalho e albergagem. O poder de decisão, de

autonomia, dignidade e respeito voltam a fazer parte da vida do sujeito, e este, tem a oportunidade de reorganização a sua rotina e buscar a reinserção social.

Considerações finais:

A Rede de Saúde Mental encontra-se estruturada pela Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas e amparada por Leis e Portarias que Consideram a Redução de Danos, a Clínica Ampliada, as Equipes de Referência e o Projeto Terapêutico Singular como principais dispositivos de atenção aos usuários vinculados aos Centros de Apoio Psicossociais, o que caracteriza um grande avanço na área de tratamento e acompanhamento das pessoas que usam, abusam ou dependem de substâncias psicoativas.

Ainda apresentam-se muitos desafios nos planos macro e micropolíticos. A luta constante, característica do movimento antimanicomial, é reproduzida a nível local, quando se busca condições dignas de trabalho, aplicação prática das portarias ministeriais, garantia da territorialidade, gestão compartilhada, buscando atenção de maior qualificação aos usuários, o trabalho em rede e o protagonismo dos atores sociais envolvidos no processo.

Apesar das dificuldades encontradas no processo de trabalho, percebe-se no campo da saúde mental a aplicação dos princípios de um SUS de utopias, as teorias que deveriam ser aplicadas na saúde como um todo se efetivam na saúde mental e é isso que motiva os trabalhadores, que desperta o encantamento e faz acontecer.

Referências:

Ministério da Saúde (Br). Saúde Mental e atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação da Gestão da Atenção Básica, nº 01/03. 2003.

International Harm Reduction Associatio. O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos, Londres, Grã Bretanha, 2010. Disponível em: http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf. Acesso em: 17 de maio de 2013.

Guimarães J, Freire P, Valinho R. Animação Sociocultural: Técnico de Apoio Psicossocial, Módulo II. Ed.: Porto, 2011.

Souza J, Kantoraski LP, Gonçalves SE, Mielke FB, Guadalupe DB. Centro de Atenção Psicossocial álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. R. Enferm UERJ. Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):210-7.

Rede Multicêntrica. União de parceiros para educação permanente no enfrentamento aos usos e abusos de crack e outras drogas. [citado em: 18 mai. 2013]. Disponível em <http://redemulticentrica.wordpress.com/author/redemulticentrica/>

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei 10.216 de 06 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, 06 abr. 2001.

BRASIL. Lei 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.

Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. 2ª ed. Brasília, DF, 2007.

Portaria Nº 1.028, de 1º de Julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causam dependência, sejam regulamentadas por esta Portaria.

Portaria Nº 2.841, de 20 de Setembro de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas – 24 horas – CAPS AD III.

Portaria N º 130, de 26 de Janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF, 2012.

Portaria Nº 854, de 22 de Agosto de 2012.

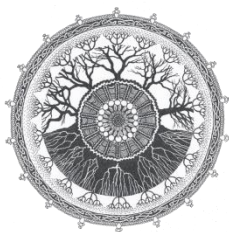
BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. HumanizaSUS: Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília, DF, 2009.

HECKERT, A. L. C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 1 ed. Rio de Janeiro. ABRASCO/CEPESC, 2007, v. 1. P. 199-212.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico singular. 2ª ed. Brasília, DF, 2007.



Capítulo XVIII

Os usuários de crack em Amsterdã e medidas de baixa exigência e de redução de danos

Alberto Oteo

O uso de crack apareceu em Amsterdã na década de 80, especialmente entre usuários de drogas pesadas e foi, lentamente, se estabelecendo como droga habitual neste grupo, muitas vezes em combinação com a heroína. Hoje em dia segue sendo bastante popular entre grupos de usuários de drogas marginalizados, como entre os que não possuem moradia, os que cometem pequenos crimes e os usuários de heroína. O uso, porém, tem sido sempre limitado a estes grupos, e não é relevante na população em geral. Estimamos que exista cerca de 2.500 usuários de crack em Amsterdã, o que significa aproximadamente 0,4% da população.

Tratamento de baixa exigência:

Na Holanda, 60% dos pacientes em tratamento para dependência de cocaína usam o crack. Muitos destes pacientes são tratados também por sua dependência em heroína. Este fato deve sempre ser levado em conta quando se fala sobre a dependência do crack e seu tratamento, já que para muitos pacientes o tratamento em relação aos opióides é o principal. Normalmente, o tratamento para opióides é um tratamento de substituição e manutenção com base no fornecimento de metadona, cujo fim não é a abstinência total, mas alcançar uma estabilidade em termos de doses diárias, a melhoria da

qualidade de vida e a redução da criminalidade. A “vantagem” da metadona em termos de adesão ao tratamento é reduzir os sintomas de abstinência de heroína, porém, os sintomas reaparecem quando você para de tomá-la. Isto significa que os pacientes não podem facilmente parar o tratamento porque, embora muitos prefiram heroína, a metadona pode ser obtida gratuitamente todos os dias. Há também um tratamento baseado em heroína em combinação com a metadona, que tem sido bem sucedido e está se espalhando para mais pacientes. O importante aqui não é o consumo em si, mas a melhoria da saúde e funcionamento social.

Não existe um tratamento como este para a dependência em cocaína, já que ainda não foi encontrado nenhum substituto adequado. No entanto, por estar em contato com muitos dos consumidores de cocaína (e crack) quase diariamente, através do tratamento com metadona, os trabalhadores podem trabalhar com estes usuários nas áreas de saúde e funcionamento social, ou prescrever outros medicamentos e tratamentos. O uso de cocaína é permitido normalmente, durante o tratamento, mas se tenta reduzir a quantidade. A filosofia por trás desta ação é que primeiro é necessário que um usuário de drogas tenha um lugar estável, reduza suas dívidas e seus problemas com a justiça. Depois de controlar esses problemas, pode-se trabalhar na abstinência, embora em muitos casos, principalmente nos casos crônicos, se tenta apenas reduzir os danos associados ao consumo de drogas.

Para executar este tipo de intervenção é necessária uma boa colaboração entre os serviços sociais, de saúde, justiça e fiscais; e nisto a Holanda tem uma grande vantagem. Em geral, é fácil para um usuário de drogas entrar em um trajeto integrado, onde lhe será oferecido tratamento, permanência em um abrigo, e pagamento de suas dívidas. Geralmente se começa com o mais básico: se a pessoa está sem um lugar para morar, se procura um abrigo e, na medida em que se avança no trajeto, vai-se buscando um local mais estável, conforme suas possibilidades. A maioria dos usuários consegue obter um subsídio do governo por incapacidade para o trabalho ou doença.

Embora isso possa parecer injusto para algumas pessoas, é algo que impede que esses indivíduos se envolvam em atividades criminosas, e parte deste subsídio é direcionado diretamente para pagar as dívidas que eles contraíram. Se o indivíduo não é capaz de manejar este benefício de maneira controlada, sua conta será controlada tanto quanto possível, dando-lhe apenas uma pequena quantidade de cada semana para despesas pessoais.

Salas de uso:

Outro marco do cuidado com dependentes de substâncias psicoativas na Holanda são as salas de uso. A Holanda foi um dos primeiros países a implementar estes serviços e, atualmente, cada cidade do país tem pelo menos um. Nestas salas os usuários de drogas mais problemáticos podem consumir sob supervisão profissional de forma segura e confortável. Além disso, estas salas tendem a possuir outros serviços disponíveis, já que elas tendem a ser integradas em centros onde se pode passar o dia (como casas de acolhimento) ou clínicas de metadona. Assim, se um usuário de drogas está causando problemas na rua ele pode ser encaminhado a este serviço; ali ele será avaliado por assistentes sociais e, conforme a necessidade poderá ser oferecido a ele serviços assistenciais específicos. O usuário de drogas tende a achar atrativa a sala de uso, pois ele pode consumir a droga sem o stress de ser perseguido pela polícia e sem as intempéries do clima. Além disso, ali ele pode socializar com outros usuários e possui fácil acesso a suas drogas de preferencia (embora seja proibida a venda de drogas dentro das salas). Esta medida pode ser controversa, mas a verdade é que ela serve para evitar os problemas de abuso de drogas nas ruas e serve para muitos usuários como uma ponte para a entrada em outros serviços de baixa exigência. Além disso, este serviço destina-se apenas para os consumidores que são dependentes há muitos anos, e que causam problemas de ordem pública.

Além destes serviços, existem outros destinados à desintoxicação e abstinência, mas os serviços de baixa exigência,

desde uma abordagem pragmática, são os que ajudam a reduzir os danos associados ao uso de drogas pesadas, tanto para o consumidor quanto para a sociedade. Durante minha participação na conferência falarei mais destes serviços e de como, sobretudo os usuários de crack os utilizam, e do grau de satisfação que possuem com os mesmos.

Referências:

Pérez, A. O., Cruyff, M. J., Benschop, A., & Korf, D. J. (2013). **Estimating the prevalence of crack dependence using capture-recapture with institutional and field data:** a three-city study in the Netherlands. *Substance use & misuse*, 48(1-2), 173-1.

Posfácio

Paixões e químicas²⁴

Sandra Djambolakdjian Torossian

As paixões são morada da juventude. Há paixões maduras que rejuvenescem quem avança na idade. Apaixonamo-nos pelas pessoas, pelo trabalho, pelos livros, pelo esporte, pelo ócio. Apaixonamo-nos, também, pelo que conseguimos consumir. Aliás, é esse um modo contemporâneo da paixão. Somos capazes, e cada vez mais incentivados, a apaixonar-nos pelas coisas, por objetos de mercado. Vislumbramos aí espectros da felicidade.

Fórmulas e pílulas mágicas nos indicam o caminho do sucesso e da realização. Tristezas, decepções e frustrações, comuns à vida de qualquer um, são rapidamente remediadas com medicações ou objetos a consumir. O fármaco, lembram os filósofos, é remédio e veneno. Remédio e veneno se alternam na dança do consumo. Qualquer medicação, prescrita para a cura, pode se tornar nociva dependendo do uso que dela se faça. E qualquer fármaco antecipadamente “nocivo” pode ser usado como medicação para os males da alma.

A química é um dos nomes da droga. Mas a química é, também, um dos nomes da atração. “Não tem química”, diz quem busca explicações para a falta de paixão.

²⁴ Texto publicado no Jornal Sul21- Coluna Appoa em 24 de abril de 2012 e na edição realizada pelo Ministério da Saúde do Caderno do Aluno: Caminhos do Cuidado, Brasília, 2013.

Há vários modos de se ligar passionadamente ao outro. Há o ficar eventual, o ficar habitual e o ficar mais constante. Há, também, vários modos de se ligar às drogas.

A experimentação eventual é um início de exploração que pode durar uma vida inteira. Como há quem se relacione eventualmente com a mesma pessoa durante anos.

O hábito nas relações é, por outro lado, um tipo de relação comumente encontrada no amor e em quem consome drogas. Hábito para momentos ou circunstâncias específicas, de lazer, trabalho, ansiedade, solidão.

“Ficar” habitualmente com alguém em festas; consumir drogas para aproveitar a balada. Sair com alguém nos momentos de solidão; usar alguma substância que faça companhia. Sair rapidamente com o(a) colega de trabalho; dar uma “cheiradinha” para enfrentar uma árdua jornada. Compartilhar com alguém um casamento; casar com alguma droga.

Não se assuste caro leitor, amor e consumo não são equivalentes. São relações. Relações amorosas, relações de consumo. Por vezes o amor torna-se relação de consumo. O inverso é também verdadeiro.

Uma paixão ou um amor se cura com outra/o, diz a sabedoria popular. Raramente sugerimos a alguém que sofre um “mal de amor” que restrinja suas relações. Ao contrário, oferecemos várias outras possibilidades. Apresentamos-lhe novas pessoas, o convidamos para eventos, atividades. Tentamos abrir outras possibilidades de escolha.

Curiosamente, até agora, temos feito diferente com as paixões químicas. Temos achado que a única solução para ela está na restrição das atividades. Temos fechado as pessoas em hospitais ou clínicas, limitando suas possibilidades de amizade, limitado suas outras relações. E muitas vezes sem sequer saber qual é mesmo o modo de relação no qual se encontra. Internamos trabalhadores consumidores de droga, quando muitas vezes o trabalho é uma das únicas relações

que mantém a pessoa com um laço comunitário. Decretamos um casamento com a droga quando se trata simplesmente de um ficar eventual.

Do mesmo modo que um amor se cura com outro, a saída para as paixões químicas está na criação de outras relações passionais. E não na limitação das possibilidades de se apaixonar.

Há vezes em que um casamento intenso ou de longa duração implica em recaídas. Idas e vindas comuns a quem viveu um amor intenso ou uma relação de hábitos comuns. Especialmente para quem estabeleceu relações de dependência com seu parceiro ou parceira.

Idas e vindas no consumo e dependência às drogas são também comuns. Há que suportá-los.

Às vezes os casais em processo de separação precisam se distanciar, sem manter qualquer tipo de contato. Também isso acontece com as paixões químicas. Mas precisa ser uma escolha e não uma imposição. Na imposição, o efeito é breve. Uma escolha acompanhada pela amizade, pela paciência e pela parceria de quem disponibiliza um suporte abre caminho para novas escolhas.

Internações compulsórias e repressão exclusiva da oferta são lógica exclusiva da limitação, uma política de restrição, sem a criação simultânea de outras possibilidades. Precisamos urgentemente de soluções que abram possibilidades de novas paixões e não que limitem ainda mais os recursos dos apaixonados.

Sobre os autores:

Alberto Oteo - Psicólogo, especialista em Psicologia Clínica e Psicologia da Saúde (U. Complutense de Madrid). Mestre em Adições (U. Complutense de Madrid) e Administração e Direção de Recusos Sanitários (U. Pompeu Fabra de Barcelona). Doutor em Criminologia (U. de Amsterdam). Vem trabalhando no Observatório Europeu de Drogas e Adições e é Responsável pela Formação na Fundação Gaspar Casal em Madrid.

E-mail: a.oteoperez@gmail.com

Ana Carolina Rios Simoni - Psicóloga, mestre e doutora em Educação (UFRGS), especialista em saúde da SES/RS. E-mail: anacarols@gmail.com

Analice de Lima Palombini - Doutora em Saúde Coletiva pela UERJ, docente do Instituto de Psicologia da UFRGS, vinculada ao Departamento de Psicanálise e Psicopatologia e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, com atuação também junto ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva - EducaSaúde UFRGS. E-mail: analice.palombini@gmail.com

Camila Maggi Rech Noguez - Psicóloga, Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Atenção Básica pela Escola de Saúde Pública do RS. Mestre em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem da UFRGS. Psicóloga do Departamento de Atenção em Saúde da UFRGS. E-mail: canoguez@gmail.com

Carla Adriane Jarczewski - Médica Pneumologista, Mestre em Medicina Pneumologia pela UFRGS, Coordenadora do Programa Estadual de Controle de Tuberculose RS, Diretora Técnica do Hospital Sanatório Partenon/SES/RS. E-mail: carla.jarczewski@gmail.com

Carlinhos Guarnieri - Acadêmico de Serviço Social na UFRGS, Redutor de Danos e Educador Social, 14 anos de trabalho na rua com pessoas com uso problemático de drogas, Supervisor Clínico Institucional da Fiocruz/SENAD

em Porto Alegre, Região Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas, e trabalhador da Rede Multicêntrica da UFRGS. Ah, esqueci!... poeta!
E-mail: *carlinhosguarnieri@hotmail.com*

Carmen Lúcia Paz - Cientista Social, prostituta, integrante do NEP – Núcleo de Estudos da Prostituição – especialista em Direitos Humanos pela UFRGS/ESPM. E-mail: *carmenluciapaz@hotmail.com*

Carolina Nunes Port - Fisioterapeuta, especialista em Saúde Coletiva, especialista em saúde da SES/RS. E-mail: *carolafisio@yahoo.com.br*

Cíntia Germany - Terapeuta ocupacional, especialista em Vigilância em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública, vinculada ao Centro de Testagem e Aconselhamento Caio Fernando Abreu (CTA) e ao projeto Semeardo Hospital Sanatório Partenon/SES/RS.
E-mail: *cintiagermany@gmail.com*

Daniel Boianovsky Kveller Psicólogo pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Concluiu o Programa de Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública (ESP-RS) e atuou como consultor técnico junto à Coordenação Estadual de DST-Aids da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Atualmente é mestrando no Programa de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura (UFRGS).
E-mail: *dkveller@gmail.com*

Daniel Dall'igna Ecker - Psicólogo (PUCRS), Mestre em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI/UFRGS). Doutorando no Grupo *Travessias: Narrações da Diferença - Clínica, Pesquisa e Intervenção*, coordenado pela Profª. Drª. Analice de Lima Palombini (PPGPSI/UFRGS). Atua, principalmente, nos seguintes temas: Psicologia, Psicologia Social, Políticas Públicas, Direitos Sociais, Direitos Humanos, Assistência Social e Educação. E-mail: *daniel.ecker@hotmail.com*

Denise Soares Bastos - Bacharel em Letras e Especialista em Museologia e Patrimônio Cultural pela UFRGS. *denisebastos2001@gmail.com*

Dênis Roberto da Silva Petuco - Cientista Social (UFRGS), Mestre em Educação (UFPB), doutorando em Ciências Sociais (UFJF). Professor-pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fundação Osvaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). E-mail: *denis.petuco@gmail.com*

Elisane Coutinho - Enfermeira, especialista em administração hospitalar, vinculada à pesquisa, à atenção e ao projeto Semear do Hospital Sanatório Partenon/SES/RS. E-mail: *elisanecontinho@gmail.com*

Fátima de Barros Plein - Psicóloga, Mestre em Letras pela UFRGS, coordenadora do setor de formação em saúde e políticas públicas na Escola de Saúde Pública (SES/RS). E-mail: *fatimaplein@ig.com.br*

Gilberta Acselrad - Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Nutrição pelo Institut d'Études Développement Economique et Social - Université Paris I(1977), Mestre em Letras Modernas pela Faculté de Lettres - Université de Paris VI (1975) e Mestre em Educação pelo Instituto de Estudos Avançados em Educação (1989). Organizadora do Livro "Aessos do Prazer: Drogas, Aids e Direitos Humanos". E-mail: *gacsel@uol.com.br*

Jaqueline da Rosa Monteiro - Psicóloga, Mestre em Serviço Social, Doutora em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), especialista em saúde da SES/RS. E-mail: *jaque_monteiro@hotmail.com*

Jarbas Figueira Osório - Médico, cardiologista, residência em medicina interna, diretor clínico vinculado ao projeto Semear do Hospital Sanatório Partenon/SES/RS. E-mail: *jarbasosorio@hotmail.com*

Karine Szuchman - Psicóloga, Mestranda em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Integrante do Programa Interdepartamental de Práticas com Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei (PIPA) da UFRGS. E-mail: *karineszuchman@gmail.com*

Karine Zenatti Ely - Enfermeira, sanitarista, gestora estadual, Departamento de Ações em Saúde, 13ª CRS, Santa Cruz do Sul. E-mail: *karine-ely@saude.rs.gov.br*

Károl Veiga Cabral - Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), Doutora em Antropologia Médica (Universidade Rovira i Virgili – Barcelona/Espanha). E-mail: karolveigacabral@gmail.com

Luciana Barcellos Fossi - Psicóloga, Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Pneumologia Sanitária e em Gestão e Formação em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública do RS. Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial de Dois Irmãos (RS). Docente do curso de Psicologia da UNIVATES. E-mail: lubfossi@hotmail.com

Magda Martins de Oliveira - Pedagoga, Mestre em Educação pela UFRGS, coordenadora do Programa de Prestação de Serviços à Comunidade (PPSC) da UFRGS. E-mail: magda.oliv@gmail.com

Maria Gabriela Curubeto Godoy - Médica psiquiatra e professora adjunta do Bacharelado de Saúde Coletiva da UFRGS. Supervisora clínico-institucional do Consultório na Rua Centro de Porto Alegre. Participou da implantação do PSF em Quixadá/Ceará, da transformação do CAPS AD do Grupo Hospitalar Conceição em CAPS AD III e foi consultora da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. E-mail: gabriela.godoy@ufrgs.br

Marília Silveira - Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS, doutoranda em Psicologia na UFF e professora substituta no Departamento de Psicologia Geral e Experimental da UFRJ. E-mail: mariliasilveira.rs@gmail.com

Marta Conte - Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/SP, Pós Doutora no tema da violência, adolescência e saúde mental pela FIOCRUZ, vinculada à internação e ao projeto Semear no Hospital Sanatório Partenon/SES/RS. E-mail: martacte@gmail.com

Mateus Freitas Cunda - Psicólogo, técnico da Fundação de Assistência Social e Cidadania de Porto Alegre, Especialista em Saúde Mental Coletiva pela

Escola de Saúde Pública/RS, Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. E-mail: *mateuscunda@yahoo.com*

Miriam Thais Guterres Dias - Assistente Social. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela UFSM, e em Supervisão em Serviço Social, pela PUC/RS. Mestre e Doutora em Serviço Social pela PUC/RS. Docente do Curso de Serviço Social da UFRGS. Docente do Mestrado Política Social e Serviço Social da UFRGS. Pesquisadora em saúde mental, álcool e outras drogas pelo CNPq. Coordenadora de projetos na área de integração Ensino-Serviços de Saúde. Tutora de núcleo nos Programas de Residência Multidisciplinar Saúde da Criança, HMMIPV-UFRGS e da Saúde Coletiva, UFRGS. Projetos de extensão na área de saúde mental e direitos humanos, e saúde mental e trabalho profissional. E-mail: *miriam.dias@ufrgs.br*

Paula Emília Adamy - Psicóloga, Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Pneumologia Sanitária e em Atenção Básica - Redução de Danos pela Escola de Saúde Pública do RS. Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. E-mail: *paula.adamy@gmail.com*

Paula Flores - Psicóloga, Professora e Contadora de Histórias. Integrante do Programa Interdepartamental de Práticas com Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei (PIPA/UFRGS). E-mail: *florespset@gmail.com*

Pedro Augusto Papini - Psicólogo, Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Experiência em gestão e educação permanente na área de drogas e saúde mental. Participa da Rede Multicêntrica. E-mail: *pedroaugustopapini@gmail.com*

Rafaela de Quadros Rigoni - Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS e Doutora em Estudos em Desenvolvimento, com ênfase em políticas públicas, pela Universidade Erasmus de Rotterdam, Holanda. Consultora em políticas sobre drogas na Fundação Mainline, Amsterdã, Holanda. E-mail: *rqrigoni@gmail.com*, Twitter: *@RigoniRafaela*; Website: *www.rafaelarigoni.com*;

Rebeca Litvin - psicóloga, psicanalista, Especialista em álcool e outras drogas, membro da equipe do Hospital Sanatório Partenon/SES/RS.

E-mail: *rebeca.litvin@gmail.com*

Rita Pereira Barboza - Psicóloga e Palhaça. Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Ufrgs. Membro do colegiado gestor da Rede Multicêntrica. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Intervenções de Palhaço (NEIP).

E-mail: *ritapereirabarboza@gmail.com*

Rosane Azevedo Neves da Silva - Psicóloga, Doutora em Educação pela UFRGS, professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, participando da Linha de Pesquisa "Clínica, Subjetividade e Política". E-mail: *rosane.neves@ufrgs.br*

Rose Teresinha da Rocha Mayer - Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Trabalhadora da saúde, do Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública RS.

E-mail: *centrodereferenciard@gmail.com*

Samantha Torres - Psicóloga formada pela PUCRS e Educadora Popular. Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas da cidade de Viamão/RS. Participante do grupo "Ideologia, Comunicação e Representações Sociais", coordenado pelo Dr. Pedrinho Guareschi (UFRGS). Membro do colegiado gestor do CRR-Rede Multicêntrica/UFRGS.

E-mail: *torres.samantha@gmail.com*

Sandra Djambolakdjian Torossian - Doutora em Psicologia. Professora do Instituto de Psicologia / Depto. de Psicanálise e Psicopatologia/UFRGS e do PPG em Psicanálise: clínica e cultura/UFRGS. Vice-diretora do Instituto de Psicologia UFRGS. Coordenadora do CRR- Rede Multicêntrica/UFRGS. Equipe de Coordenação da Casa dos Cata-ventos UFRGS/APPOA.

E-mail: *djambo.sandra@gmail.com*

Sandra Maria Sales Fagundes - Psicóloga, psicanalista, especialista em Saúde Comunitária, mestre em Educação (UFRGS), Secretária de Saúde do RS no ano de 2014, Superintendente do Grupo Hospitalar Conceição/RS.
E-mail: *sandrafagundes@cpovo.net*

Simone Alves Almeida - Psicóloga, Especialista em Saúde Coletiva.
E-mail: *simone.smcoletiva@gmail.com*

Simone Meyer Rosa - Terapeuta ocupacional pelo Centro Universitário Metodista (2000), residência Integrada em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública, Sanitarista pela Escola de Saúde Pública, Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior do Profissional de Saúde pela FIOCRUZ, vinculada ao setor de Recreação do Hospital Sanatório Partenon/SES/RS.
E-mail: *simeyer2012@gmail.com*

Tanise Kettermann Fick - Psicóloga, Pós-graduada em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva - EducaSaúde UFRGS e mestranda em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Atua nos campos da Saúde Mental e do Trabalho. E-mail: *taniseke@gmail.com*

Vanessa Bettiol Oliveira - Advogada, assessora técnica da SES/RS.
E-mail: *vanbetti@hotmail.com*

Diagramação:

Numeração dos capítulos: Fonte Arial Black, 20

Título dos capítulos: Fonte Calibri, 16 Negrito

Nome dos autores: Fonte Calibri, 12 itálico

Texto dos capítulos: Fonte Calibri, 12