



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**BERENICE LIRA DA SILVA**

**A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA ANÁLISE A PARTIR DA  
PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DO CAPSAD NO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE-PB**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2015**

**BERENICE LIRA DA SILVA**

**A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA ANÁLISE A PARTIR DA  
PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DO CAPSAD NO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento as exigências para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira.

CAMPINA GRANDE – PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586p Silva, Berenice Lira da  
A Política de redução de danos [manuscrito] : uma análise a partir da percepção de usuários e profissionais do CAPSad no município de Campina Grande - PB / Berenice Lira da Silva. - 2015.  
103 p. : il.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em SERVIÇO SOCIAL) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2015.  
"Orientação: Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira, Departamento de Serviço Social".

1. Redução de danos. 2. CAPSad. 3. Dependência química.  
I. Título.

21. ed. CDD 362.29

**BERENICE LIRA DA SILVA**

**A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA ANÁLISE A PARTIR DA  
PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DO CAPSAD NO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao departamento de Serviço Social da  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em  
cumprimento as exigências para a obtenção do  
título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em 04/03/2015  
Nota: 10,00

Banca Examinadora

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Profª. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira  
Departamento de Serviço Social / UEPB  
(Orientadora)

Thereza Karla de Souza Melo

Profª. Ma. Thereza Karla de Souza Melo  
Departamento de Serviço Social / UEPB  
(Examinadora)

William Almeida de Lacerda

Profª. Me. Willian Almeida de Lacerda  
Departamento de Serviço Social / UEPB  
(Examinador..)

CAMPINA GRANDE – PB

2015

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho, em primeiro lugar, a **Deus**, o qual foi meu fiel e sempre presente ajudador.*

*E em segundo lugar a minha **mãe**, jóia da minha vida, por todo apoio e amor a mim cultivados.*

## AGRADECIMENTOS

Registro aqui meus agradecimentos a todos àqueles que de alguma forma contribuíram para elaboração e defesa deste trabalho que representa o fim de uma fase e início de muitas outras. Deste modo, tentarei expressar, em poucas e sinceras palavras, meus sentimentos de carinho e gratidão aos nomes abaixo destacados:

Ao meu Deus, autor da minha fé e Senhor da minha vida, que sempre esteve ao meu lado durante essa caminhada, me fortalecendo a cada obstáculo vencido e se fazendo minha esperança a cada novo dia pra que eu pudesse continuar e chegar até aqui.

Aos meus pais (Severino Antônio & Maria José), especialmente, a minha mãe por me apoiar em todas as minhas escolhas e sempre fazer o possível para nos ensinar o melhor, o bom caráter e a boa fé. Por fazer jus ao sublime significado da palavra mãe com todo o seu amor incondicional, cuidado, paciência e proteção. O que sou hoje, devo a você, e quero um dia, ser pelo menos um pouquinho da filha, mãe e amiga que és. Ainda que nesse período em que ingressei na universidade você não pode participar tão ativamente comigo, por questões de saúde, eu sei que no seu íntimo sempre esteve torcendo por mim. E hoje, mais do que nunca, essa vitória é nossa.

A minha irmã (Dannielle Lira), que é um pouco de irmã e um pouco de mãe também, pelo cuidado a mim depositado todos dias de nossas vidas, por se fazer presente sempre que preciso e pelas palavras e atitudes de apoio ao decorrer dessa trajetória. Você é digna de toda a minha admiração. E aos meus demais familiares (a amada Família Lira) e amigos próximos que compartilharam comigo cada conquista até aqui alcançadas.

Ao meu amigo, companheiro e namorado (Kerllan Arruda) por acreditar em mim quando muitas vezes nem eu acreditava, pela paciência e compreensão demonstradas sempre de formas tão sinceras. Pelas inúmeras vezes que me fez sorrir (muitas vezes mesmo) e também pelas vezes que enxugou as minhas lágrimas quando os momentos de tempestades se fizeram presente durante essa caminhada.

Ao Departamento de Serviço Social da UEPB e todo o seu corpo docente com os quais tive a oportunidade de apreender ricos e preciosos conhecimentos que levarei para minha vida profissional e pessoal, bem como os demais funcionários. Em especial a minha amiga, professora e orientadora (Sandra Amélia), a quem admiro e respeito e que tive o prazer de compartilhar importantes momentos da minha carreira acadêmica, em sala de aula, em minha primeira experiência como aluna de iniciação científica no PIBIC, no estágio supervisionado e

agora em meu trabalho de conclusão dessa etapa. Obrigado querida, por nos ensinar tanto, enquanto profissional e pessoa incrível que és.

A minha querida e amada turma de Serviço Social, com a qual aprendi ainda mais o sentido da verdadeira união e que compartilhei lindos momentos de aprendizado e emoção. O carinho envolvido durante os quatro anos de curso nos fez vencer juntos cada etapa e desafio que nos foi imposto. Essa turma também me possibilitou construir fortes e longos laços de amizade e por isso, em especial, quero também agradecer as minhas amigas de curso e da vida, Cristina Queiroz, Rosiane Oliveira e Terciane Galdino, o afeto e companheirismo de sempre. Vocês foram e são um presente de Deus em minha vida.

Quero agradecer também a todos os envolvidos com o CAPSad do município de Campina Grande (profissionais, usuário e familiares), obrigado por toda a atenção, dedicação e respeito dedicado a nós, foi gratificante e desafiador fazer parte do cotidiano de vocês, tenham certeza que aprendemos com cada olhar, palavra e história de vida. Nós estávamos onde deveríamos mesmo estar. Obrigado, em especial, aos sujeitos dessa pesquisa pela disponibilidade e generosidade com as quais participaram da mesma, graças a vocês esse trabalho foi possível.

A todos vocês o meu muito obrigado por tudo, todo o tempo, sempre!

## RESUMO

As ações de redução de danos estão relacionadas a medidas que buscam minimizar os prováveis efeitos negativos que o consumo de substâncias psicoativas podem causar a saúde física e mental de usuários, visando à promoção da saúde. Logo, a partir da nossa inserção no campo de estágio supervisionado no CAPSad-CG, o presente estudo teve como objetivo geral analisar as concepções e práticas dos profissionais e usuários do CAPSad-CG em torno da Política de Redução de Danos (PRD) em álcool e outras drogas. Para tanto, teve por objetivos específicos discutir a concepção de profissionais e usuários acerca da PRD; verificar a relação entre o que é proposto para intervenção, por meio da RD, e as práticas desenvolvidas no cotidiano institucional pelos profissionais; identificar iniciativas e estratégias de RD que possam existir na instituição; e por fim, verificar os desafios e possibilidades existentes na instituição para o desenvolvimento de ações pautadas na PRD. A pesquisa realizada caracterizou-se como exploratória de caráter analítico. O método de análise da realidade utilizado foi o crítico-dialético. Os sujeitos pesquisados foram 10 (dez) (profissionais e cinco usuários). Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram a observação participante e a entrevista semi-estruturada. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo para o tratamento dos dados qualitativos e para o tratamento quantitativo dos dados, empregamos procedimentos estatísticos. Os principais resultados alcançados foram: Alguns profissionais reconhecem a RD como um instrumento que respeita a singularidade do usuário, ao se dá uma maior ênfase na decisão do mesmo no que tange a sua relação com a droga. Já outros profissionais, embora tenham afirmado conhecer e praticar ações com base na referida política, ainda veem na abstinência, por si só, a resolução do problema da droga. Os usuários, acerca disto, apresentaram falas rápidas e objetivas, a maioria disse conhecer e tê-la como sua experiência de tratamento, outros disseram não conhecê-la. Sobre iniciativas e estratégias de RD identificadas pelos entrevistados, estes citaram oficinas, encaminhamentos, acompanhamento médico, entre outras, destacando uma oficina que aborda exclusivamente essa temática. Dentre os desafios, mencionados pelos profissionais, destacamos a ausência de investimentos (falta de materiais, de uma estrutura adequada, ausência de capacitações enfatizando a RD e a própria dependência química em si; e de uma rede de atenção fortalecida). Com relação às possibilidades, o principal ponto destacado foi o reconhecimento da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas (e a adoção de ações de RD, enquanto uma das premissas dessa política) como sendo um importante instrumento que permitiu se dar voz ao usuário que anteriormente não era ouvido em lugar algum. Portanto, apesar dos avanços mencionados, nota-se uma ainda frágil legitimação de estratégias de RD no interior da instituição, pois há a existência de uma contradição, pois de um lado há o reconhecimento da RD como um caminho favorável, e por outro lado, alguns deixam claro a ênfase maior na prática da abstinência; o que acaba refletindo também nas concepções ainda imprecisas, levantadas pelos usuários entrevistados.

**Palavras-chave:** Redução de danos. CAPSad. Dependência química.

## ABSTRACT

Harm-reduction actions are related to measures which seek to minimize the potential negative effects that the consumption of psychoactive substances can cause physical and mental health of users, aiming to the promotion of health. Soon, from our insertion in the supervised internship in CAPSad-CG, the present study had as general objective to analyze the conceptions and practices of professionals and users of CAPSad-CG around harm reduction policy (PRD) in alcohol and other drugs. To this end, specific aims to discuss the design of professionals and users about the PRD; Verify the relationship between what is offered for intervention, through the RD, and practices developed in institutional routine by professionals; identify initiatives and strategies of RD that may exist in the institution; and finally, check the challenges and possibilities that exist in the institution for the development of actions based on PRD. The survey was characterized as exploratory analytical character. The analysis method of reality used was dialectical critic. The subjects surveyed were 10 (ten) (professionals and five users). The data collection instruments used were participant observation and semi-structured interview. For data analysis, was used content analysis technique for the treatment of qualitative data and quantitative data treatment, we employ statistical procedures. The main achievements were: some professionals acknowledge the RD as an instrument that respects the uniqueness of the user, to give a greater emphasis on the same decision as it pertains to your relationship with the drug. Already other professionals, although they claimed to know and practice actions based on that policy, yet they see on abstinence alone is the resolution of the problem of drugs. Users, about this, talk fast and objective presented, most told knowing and have her as your treatment experience, others said not meeting her. About RD initiatives and strategies identified by the respondents, these quoted workshops, referrals, medical follow-up, inter alia, highlighting a workshop that addresses only this theme. One of the challenges mentioned by professionals, we highlight the absence of investments (lack of materials, of a suitable structure, the absence of courses emphasizing the RD and the own chemical dependency itself; and a network of fortified attention). With respect to the possibilities, the main point highlighted was the recognition of the Health Ministry's Policy of Integral attention to alcohol and other drugs (and the actions of RD, while one of the premises of this policy) as being an important tool which permitted if the user previously voice wasn't heard anywhere. Therefore, despite the advances mentioned, it shows a still fragile legitimacy RD strategies within the institution, since the existence of a contradiction, because on one hand there is the recognition of the RD as a favourable way, and on the other hand, some make it clear the emphasis on abstinence; What ends up reflecting also in still inaccurate conceptions, raised by users interviewed.

**Keywords:** Harm reduction. CAPSad. Chemical dependency.

## LISTA DE TABELAS

TABELA1: Profissionais do CAPS ad com Pós-Graduação .....	63
TABELA 2: Profissionais que tiveram uma formação específica em saúde mental relacionada ao uso de substâncias psicoativas.....	64
TABELA 3: Tipo de dependência a qual está em tratamento.....	66
TABELA 4: Situação ocupacional.....	67

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO1: Nivel de escolaridade.....	66
GRÁFICO 2: Estado civil.....	67

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I – UMA ABORDAGEM SÓCIO-HISTÓRICA DAS DROGAS.....</b>	<b>18</b>
1.1 Drogas: aspectos históricos, sociais e culturais .....	19
1.2 A dependência química como expressão da questão social: uma problemática funcional a ordem do capital.....	25
<b>CAPÍTULO II – A REFORMA SANITÁRIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA: MUNDANÇAS DOS PARADIGMAS DE ATENÇÃO E GESTÃO NA SAÚDE.....</b>	<b>33</b>
2.1 Reforma Sanitária Brasileira e o SUS: um breve debate necessário .....	34
2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira: novos direcionamentos para saúde mental e assistência aos usuários de álcool e outras drogas .....	38
2.2.1 Legislação e política brasileira sobre drogas .....	44
<b>CAPÍTULO III – A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: UM NOVO OLHAR SOBRE O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....</b>	<b>52</b>
3.1 Estratégias de Redução de Danos: uma aproximação ao tema.....	53
3.2 Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad) no município de Campina Grande – PB: traçando o perfil do serviço e dos sujeitos da pesquisa.....	61
3.3 Concepções e práticas dos profissionais e usuários do CAPSad de Campina Grande – PB em torno da Política de Redução de Danos em álcool e outras drogas (PRD).....	71
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>94</b>

## APÊNDICES

## ANEXOS

# INTRODUÇÃO

## INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a questão do uso e abuso de álcool e outras drogas passou por diversas configurações, abarcando uma série de elementos sociais, psicológicos, econômicos e políticos e como tal deve ser avaliada e compreendida de forma global.

No Brasil, constata-se que o uso abusivo de álcool e outras drogas tornou-se um alarmante problema de saúde pública, evidenciando a relação entre o consumo e agravos sociais decorrentes deste ou que até mesmo o reforçam. De acordo com Passos e Souza (2011, p. 155):

O lento processo de abertura política no Brasil foi acompanhado de rearranjos macropolíticos que possibilitaram a manutenção de práticas autoritárias no interior do próprio Estado democrático. As políticas de drogas passaram a assumir uma posição estratégica nesta reforma estatal, impondo impasses para o amplo processo de democratização e restrições para a atenção equânime, integral e universal as pessoas usuárias de drogas.

Na década de 1980 o Brasil foi palco do fracasso do chamado “milagre econômico” acarretando graves consequências sociais, políticas e econômicas, como alto índice da inflação, ampliação dos cinturões de pobreza nas periferias e favelas, desemprego estrutural, aumento da violência urbana, dentre outros fatores. É neste contexto (anos 1980, início dos anos 1990) que o tráfico de drogas ganha proeminência no mercado nacional e internacional. Deste modo, podemos compreender que o modelo repressivo da política estatal no trato contra as drogas confirma um modo de atuar do Estado permeado pelos efeitos da própria globalização da economia e do progresso da lógica neoliberal (PASSOS; SOUZA, 2011).

A partir desse contexto, no decorrer da história brasileira, diversas alterações legislativas marcaram as discussões a respeito do uso/abuso de substâncias entorpecentes. Contudo, segundo Melo Junior (2011, p. 15-16), continuaram a prevalecer “[...] ações governamentais de enfoque repressivo que buscaram controlar o tráfico e o consumo de substâncias psicoativas, encaminhando para a prisão tanto traficantes como usuários”.

Diante dos desafios advindos do trato repressivo do Estado, no que tange ao uso e abuso de drogas, medidas com respaldo legal foram sendo implementadas. O texto da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, por exemplo, marco legal da Reforma Psiquiátrica, foi um dispositivo determinante na área de saúde mental, definindo diretrizes básicas em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (regulamentado pela Lei 8080/90, enquanto conjunto de ações e serviços de saúde que tem como objetivo promover uma maior qualidade

de vida à população brasileira de forma universal), garantindo aos usuários de serviços de saúde mental – assim como aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas – a universalidade de acesso e direito à assistência, à sua integralidade e valorizando a descentralização do atendimento, e a configuração de redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes. Podemos dizer que esse processo significou a implantação de um novo paradigma de atenção em saúde mental e ao uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde lançou portarias<sup>1</sup> como as que deram início a um modelo de tratamento aos dependentes químicos através dos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPSad), “sendo estes norteados pela Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde” (VALÉRIO, 2010, p. 10). Assim,

A política de atenção integral do MS passa a preconizar ações que contemplem a prevenção, o tratamento e a educação. Como estratégia de intervenção, definiu-se a Política de Redução de Danos (PRD), o estabelecimento dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS ad) e as redes assistenciais (BRASIL, 2010 *apud* MELO JUNIOR, 2011, p. 17).

A Política de Redução de Danos, de acordo com a Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC), compreende estratégias de saúde pública que visam controlar os prováveis efeitos do consumo de psicoativos, sejam eles lícitos ou ilícitos, sem essencialmente obstruir esse uso, objetivando a inclusão social e o resgate da cidadania para os usuários de drogas (VALÉRIO, 2010).

Vale ressaltar que o conceito de RD no contexto atual ainda é pouco versado no Brasil, o que nos leva a compreender que há uma certa complexidade no que diz respeito ao fenômeno das substâncias psicoativas e a constituição da RD enquanto novo modelo de atuação no tratamento a dependentes químicos e como “[...] um modo de se portar em relação ao usuário e aos inúmeros problemas relacionados à maneira como a nossa sociedade vem abordando a questão das drogas” (MACRAE; GORGULHO, 2003 *apud* FONSÊCA, 2012, p. 16).

Nessa perspectiva, o relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, ocorrida em 2010 em Brasília (DF), reforçou que:

---

<sup>1</sup>Portaria nº. 816/GM, de 30/04/2002.

os CAPS's ad devem trabalhar com a lógica da Redução de Danos tendo em vista que essa estratégia considera o sujeito em sua singularidade, respeitando suas escolhas para além dos preconceitos e estigmas associados à questão do consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010 *apud* MELO JUNIOR, 2011, p.15).

A aproximação com essa temática se deu a partir da nossa inserção no campo de estágio supervisionado em Serviço Social junto ao Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad) no município de Campina Grande – PB, quando foi possível observar que a discussão a respeito da redução de danos enquanto estratégia de políticas públicas ligadas ao enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de drogas e como diretriz clínica-política que fundamenta os CAPSad é pouco explorada, motivando-nos a investigar como a Política de Redução de Danos (PRD) tem sido apreendida por usuários e profissionais da referida instituição.

Tendo em vista que a redução de danos norteia a assistência aos(as) usuários(as) de álcool e outras drogas, a discussão da prática profissional orientada por esta política, bem como a compreensão clara do usuário a respeito desta, é essencial no campo da Saúde Coletiva para que se possa evitar a violação dos direitos e assistência aos mesmos (usuários). Assim, consideramos que o presente estudo apresenta relevância, na medida em que poderá contribuir para trazer novos elementos que irão somar-se aos estudos já existentes a respeito de tal temática.

Logo, a pesquisa que fundamentou o presente trabalho teve como objetivo geral analisar as concepções e práticas dos profissionais e os usuários do Centro de atenção Psicossocial - álcool e outras drogas (CAPSad) no município de Campina Grande-PB, enquanto instituição que disponibiliza um serviço gratuito, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde, e atende a jovens e adultos de ambos os sexos, com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas do álcool e outras drogas em torno da Política de Redução de Danos (PRD) em álcool e outras drogas. Os objetivos específicos foram: discutir as concepções de profissionais e usuários acerca da PRD; verificar a relação entre o que é proposto para intervenção, por meio da redução de danos, e as práticas desenvolvidas no cotidiano institucional pelos profissionais; identificar iniciativas e estratégias de redução de danos que possam existir na instituição; e verificar os desafios e possibilidades existentes na instituição para o desenvolvimento de ações pautadas na PRD.

A pesquisa, aqui apresentada, dada a natureza do objeto de estudo, caracterizou-se como exploratória, visto que esta “têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito [...]” (GIL, 2008, p. 41). O método de análise da realidade que nos foi pertinente, diante dos objetivos propostos, foi o crítico-dialético que possibilita realizar uma análise ampla da realidade social na qual a problemática em questão está inserida. A abordagem utilizada foi quanti-qualitativa.

A pesquisa ocorreu entre os meses de janeiro e maio de 2014. Os sujeitos pesquisados foram profissionais e usuários da instituição. No período de coleta de dados, havia cerca de 356 usuários cadastrados no CAPSad e contava com um número de 13 profissionais entre as mais diversas especialidades. Inicialmente pretendíamos compor uma amostra de 08 profissionais técnicos de referência<sup>2</sup>, os quais realizaram oficinas neste período, e pelo menos um usuário que participou de cada uma destas de forma contínua referentes destes (profissionais). No entanto, devido a alguns motivos, como: mudança no quadro profissional da instituição, recusa de alguns profissionais a participar da pesquisa, entre outros, tivemos que mudar nosso critério de composição da amostra, passando a contar com a contribuição de cinco profissionais e cinco usuários, os quais se dispuseram a responder nossos questionamentos, e não mais, necessariamente, técnicos e seus respectivos referentes, totalizando 10 sujeitos.

Para coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: a observação participante, que implica na participação do pesquisador no dia-a-dia de um grupo ou organização, em contato direto com os observados. Esta também é compreendida como parte primordial no trabalho de campo na esfera da pesquisa com abordagem qualitativa; e entrevistas semi-estruturadas, com base em roteiros direcionados para dois tipos de grupo, o dos usuários (Apêndice I) e o dos profissionais (Apêndice II), os quais compõem o universo amostral estabelecido.

Para análise dos dados qualitativos, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo visando uma percepção crítica do conteúdo, com a atenção voltada para as falas e os significados explícitos ou implícitos e sua relação com a temática abordada. Tendo em vista assegurar o sigilo destas e manter o anonimato destes indivíduos, as mesmas foram identificadas por numerações (profissional 1, usuário 1, e assim sucessivamente), que

---

<sup>2</sup> Nomenclatura designada ao profissional que tem como referentes alguns usuários da instituição, este que fica responsável pelo acompanhamento dos mesmos (usuários), pelo projeto terapêutico individual, pelo contato com a família e avaliação das metas traçadas no projeto.

obedeceram a ordem da realização das entrevistas. No que diz respeito ao tratamento quantitativo dos dados, nos utilizamos de alguns direcionamentos estatísticos apresentados em forma de gráficos e tabelas. Nos é válido ressaltar que foi realizado um prévio esclarecimento aos sujeitos participantes da amostra acerca das finalidades da pesquisa, expressando autorização destes para o desenvolvimento da coleta e análise das informações fornecidas por eles, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A estrutura deste trabalho está organizada em três capítulos: o primeiro traz a discussão acerca dos aspectos históricos, sociais e culturais das drogas, e também a problemática da dependência química como uma das expressões da questão social, que é funcional à ordem do capital. O segundo capítulo discorre um pouco sobre a Reforma Sanitária Brasileira e Reforma Psiquiátrica, enquanto dispositivos que acarretaram mudanças nos paradigmas de atenção e gestão na saúde. Posteriormente, procuramos abordar o percurso das políticas públicas sobre drogas até os dias atuais, enfatizando, por exemplo, a política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas, assim como outros fatores que englobam essa questão.

O terceiro e último capítulo, traz a nossa aproximação ao nosso objeto de estudo ao abordar os resultados e análises dos dados coletados. Inicialmente discutimos o tema da redução de danos e em seguida traçamos o perfil do serviço (CAPSad) e dos sujeitos da pesquisa. Por fim procuramos apresentar as concepções e práticas dos profissionais e usuários do CAPSad de Campina Grande – PB, em torno da Política de Redução de Danos em álcool e outras drogas (PRD) e os desafios e possibilidades para o desenvolvimento de ações pautadas na mesma.

# **CAPÍTULO I**

## **Uma abordagem sócio-histórica das drogas**

## CAPÍTULO I - UMA ABORDAGEM SÓCIO-HISTÓRICA DAS DROGAS

No presente capítulo iremos fazer uma breve passagem sobre o contexto sócio-histórico das drogas, a fim de compreendermos os diferentes significados que a mesma incorpora em distintas situações ao longo da história.

Posteriormente, discutiremos como o uso “problemático” das drogas expandiu-se e passou a afetar todas as esferas da sociedade, e como se constitui umas das expressões da questão social e, conseqüentemente, passou a fazer parte da lógica perversa que move o capital em suas diversas faces.

### 1.1 Drogas: aspectos históricos, sociais e culturais

O consumo sistemático de substâncias psicotrópicas, consideradas como qualquer agente químico com ação mais forte no sistema nervoso central (BRASIL, 2010a), é um fenômeno que está presente na história de todas as culturas humanas há milênios, sendo estas produzidas, usadas e tratadas de diferentes formas nas sociedades, isto é, de acordo com as condições sócio-culturais existentes em cada época.

De acordo com Velho (1997, *apud* SILVA, 2005, p. 37), “a relação das sociedades humanas com estas substâncias expressa por um lado, uma relação com a natureza e por outro, um processo singular de construção social da realidade”.

Na Antiguidade certas substâncias dotadas de propriedade estimulantes, sedativas ou extasiantes já eram utilizadas para realização de cerimônias e rituais religiosos, para obtenção de prazer, diversão e para alcançar um estado alterado de consciência, com o objetivo de passar por experiências transcendentais, isto é, proporcionar uma ligação com o sobrenatural/divino. O consumo do álcool, por exemplo, esteve presente como costume dessa época, principalmente o vinho que era considerado uma dádiva dos deuses. Os povos indígenas usavam bebidas fermentadas (álcool) em rituais de cunho sagrado e em festejos sociais. Os egípcios faziam o uso da cerveja e do vinho para tratar de diversos tipos de doenças, a fim de conter dores e também como meio abortivo (BUCHER, 1992 *apud* BUCHELE, CRUZ, 2013).

Os gregos denominaram tais substâncias pelo termo de *phármakon* que pode significar ao mesmo tempo droga curativa, remédio ou veneno. O uso que era feito do ópio exemplifica

esta variância de significados, pois se recorria ao mesmo para amenizar a dor, bem como tranquilizante. Já o álcool era usado em rituais religiosos e em festividades sociais. Além dessas finalidades alguns escritos antigos apontam que o *phármakon* poderia está associado à conquista de poder e da sabedoria. Neste sentido, “na civilização grega, o *phármakon* estava associado ora ao conhecimento, ora à diversão, ora à guerra, visto que ao mesmo tempo em que podia salvar os aliados, apaziguando-lhes a dor, podia também matar seus inimigos, através de uma dose letal” (RIBEIRO, 2008, p. 11).

No entanto, ao mesmo tempo em que os gregos acreditavam no uso positivo do *phármakon*, tendo em vista que era consagrado diante dos deuses, ao possibilitar o esclarecimento do conhecimento e da verdade, acreditavam também que o seu excesso poderia ser prejudicial ao induzir

[...] a uma das quatro formas de loucura descritas por Platão, a embriaguez [...] Dessa maneira, enquanto por um lado, o uso moderado do tóxico favorecia o estabelecimento dos laços sociais entre os antigos, por outro lado, o seu excesso era encarado como conduzindo à solidão e à desrazão da loucura (RIBEIRO, 2008, p. 12).

Em algumas tribos de índios do México o cogumelo era considerado um elemento sagrado, e também era empregado em rituais religiosos induzindo a efeitos alucinógenos (BUCHER, 1992 *apud* BUCHELE; CRUZ, 2013).

Com a passagem para a Idade Média, o poder da Igreja Católica se difundiu fortemente em todas as esferas da vida do povo medieval: religiosa, econômica e social. É justamente neste período que se tem a invasão dos povos bárbaros à grande parte do território europeu, bem como o surgimento do cristianismo, o que fez com que a religião católica passe a exercer uma função essencial na regulação dos costumes e da vida em sociedade (RIBEIRO, 2008).

Nesse contexto, de acordo com Pratta e Santos (2009), o consumo e a utilização de substâncias tóxicas passou a ser uma prática condenável e, conseqüentemente, proibida pela Igreja, diante de justificativas de diversos tipos, como o fato desta considerar determinadas plantas “diabólicas” e o seu uso sinônimo de feitiçaria; ou ainda por avaliar o emprego de drogas para fins terapêuticos uma heresia, visto que, de acordo com a crença cristã, a aceitação do sofrimento era necessária como prova de submissão à vontade divina.

Desse modo, a usura, o luxo e os prazeres eram condenados pela economia moral medieval. O êxtase decorrente do uso de determinadas substâncias passou a ser entendido como um comportamento de cunho hedonista e pecaminoso, sendo, então, restrito e combatido (RIBEIRO, 2008). Muitas pessoas que possuíam o conhecimento dos efeitos psicoativos das plantas e/ou as utilizavam foram punidas com torturas e mortas pelos tribunais da inquisição, para que o poder dominante da época não fosse posto em risco.

No entanto, o uso do álcool era permitido pela Igreja, mais precisamente o vinho, uma vez que representa o sangue de Jesus Cristo. Esta droga é utilizada até os dias atuais em cerimônias católicas e protestantes, bem como no candomblé, no judaísmo e em outros tipos de práticas espirituais (BUCHER, 1992 *apud* BUCHELE; CRUZ, 2013).

Com o advento do Renascimento, em fins do século XV e início do século XVI – período que marca a entrada na Idade Moderna – o poder exercido pela Igreja Católica, bem como sua influência sob todos os âmbitos da sociedade, começa a decair gradativamente. Por meio de um contato maior com outros tipos de culturas orientais, nas quais remotos conhecimentos farmacológicos haviam sido mantidos, houve uma retomada gradual do uso de drogas (MACRAE, 2001 *apud* PRATTA; SANTOS, 2009).

Outros fatores característicos da Idade Moderna foram as grandes navegações e a Revolução Industrial (século XVIII), momentos em que grupos urbanos começam a deixar seus feudos e passam a se concentrar nas cidades, e na medida que foram exercendo certos tipos de atividades a necessidade do comércio passou a existir, visto que as pessoas já não produziam mais todos os seus bens de acordo com suas necessidades, bem como a circulação de moedas, questões as quais assinalaram o surgimento do modo de produção capitalista (RIBEIRO, 2008). Assim, diante desse novo contexto, a produção de bebidas passou a ser industrializada, o que acarretou o aumento do consumo de álcool.

Diante disso, a ingestão dessas substâncias psicoativas toma proporções preocupantes, tornando-se uma questão de cunho não só cultural e social, mas também econômico e político, e isso se deve ao fato de que com a passagem da economia moral medieval para a economia capitalista, de acordo com Ribeiro (2008, p. 13),

[...] tanto o consumo como o lucro passaram a ser amplamente valorizados, o que impulsionou o crescimento da atividade comercial, especialmente pela via marítima, de muitos produtos com propriedade aditivas, que passaram a circular livremente entre os continentes, fazendo com que sua demanda e consumo aumentassem, bem como os lucros provenientes da sua venda.

Com a acumulação de capital por meio de comércio marítimo, se deu a expansão e o fortalecimento do capitalismo mercantil em diversos continentes. A estruturação do modo de produção capitalista ainda está em processo, consolidando-se como tal apenas no século XIX, em decorrência das transformações resultantes das revoluções burguesas do século XVIII (Revolução Industrial e Francesa) que vieram coroar as mudanças que já estavam em curso e promoveram a derrocada do modo de produção feudal. Esse novo modelo econômico exigia um conhecimento técnico e científico de seus trabalhadores que intensificasse as trocas comerciais e a produção industrial (RIBEIRO, 2008).

Diante desse novo contexto, “o conhecimento desvinculou-se do misticismo e da religião [...] e passou a ser norteado pela preocupação central com as relações entre o homem e natureza e pela busca de um saber prático” (RIBEIRO, 2008, p. 13). Pode-se constatar então uma transição de uma sociedade de poder (Antiguidade e a Idade Medieval) para uma sociedade de saber, que a partir de então passaria a dominar (FOUCAULT, 1975 *apud* RIBEIRO, 2008).

Nesse sentido, no que diz respeito a certas substâncias tóxicas, o valor medicinal destas passa a ser legitimado, deixando de ser uma prática condenável como outrora. Assim a medicina, com o objetivo de promover a prescrição médica de certas substâncias tóxicas, “especialmente pelo viés da psiquiatria e da farmacologia, dedicou-se [...] a classificar as diferentes reações provocadas pelas drogas no organismo humano” (RIBEIRO, 2008, p. 14). A partir disso e diante da disponibilidade de tais produtos e a conseqüente procura da população pelos mesmos, a capacidade dessas substâncias em provocar dependência física e psicológica é evidenciada e torna-se pauta de estudos da medicina.

Em síntese, o uso e abuso dessas substâncias tornou-se uma questão mais relevante e problematizada do ponto de vista do Estado e da sociedade somente em fins do século XIX e início do século XX, com o crescimento acelerado desses

[...] processos de urbanização e industrialização e com a implantação de uma nova ordem médica [...] assim seu controle passou da esfera religiosa para a da biomedicina, inicialmente, nos grandes centros urbanos dos países mais desenvolvidos do Ocidente (MACRAE, 2007 *apud* BUCHELE; CRUZ, 2013, p. 99-100).

No Brasil, por exemplo, até início do século XX, o ópio foi utilizado em variados tipos de medicações como em xaropes ou utilizado como analgésico, entre outros fins, e era vendido livremente em farmácias (SILVA, 2005).

A maconha (*Cannabis Sativa*) por muitas vezes foi receitada como sedativo geral e para tratamento de reumatismos, neuroses, etc. Na Europa, a mesma foi implantada no século XIX por médicos ingleses que passaram pela Índia. Já no Brasil, “fortes evidências indicam que a maconha tenha sido trazida pelos escravos africanos e se expandido por quase todo território e seu uso passado dos negros para índios e brancos” (SILVA, 2005, p. 38). Nos Estados Unidos, se teve a adoção da maconha como medicamento também por volta do século XIX, porém, ao final deste e início do século XX, pode-se observar uma queda de sua utilidade médica, a mesma possivelmente estaria ligada a motivos técnico-farmacêuticos e problemas no âmbito legal e policial (SILVA, 2005).

Nesse período foi sintetizada pela primeira vez a cocaína, alcalóide obtido da folha da coca, a mesma passou a ser considerada euforizante e utilizada como antídoto dos depressores do sistema nervoso, e também como anestésico local em cirurgia oftalmológica. No Brasil, havia indícios de que a cocaína se fez presente também em medicamentos para aliviar problemas respiratórios e que até o começo do século XIX não eram constatados relatos de abusos ou problemas significativos ligados à mesma. No entanto, “a partir de 1910-1920 é que se inicia uma forte preocupação com o uso não médico da cocaína, principalmente em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro” (SILVA, 2005, p. 40).

O uso de drogas na sociedade ocidental também foi impulsionado pelo Movimento de Contracultura, iniciado ao final da Segunda Guerra Mundial. Movimento no qual jovens europeus e latino-americanos revoltaram-se contra o modelo econômico vigente, isto é, levantaram uma crítica radical à sociedade de então. Estes, segundo Barbosa (2011, p. 11),

[...] não aceitaram o chamado “sonho americano”, que preconizava igualdade de oportunidades, liberdade e prosperidade para todos, na medida em que observavam esse sonho desvanecer-se diante de uma realidade que era dura, injusta e brutal para vários segmentos da sociedade.

O Movimento Hippie foi uma das expressões desse processo, o mesmo ocorreu nos Estados Unidos, os jovens participantes questionavam os valores da economia capitalista e procuravam alternativas para viver, tendo como princípio a cooperação entre seus membros. Sexo, drogas e Rock'nroll eram expressões da “juventude transviada”, que ameaçava o

sistema dominante, “com o uso acentuado principalmente de duas substâncias alucinógenas: maconha e LSD. Em 1961, os EUA propuseram uma resolução na ONU que é seguida até os dias atuais, em que o consumo de drogas ilícitas é criminalizado” (BARBOSA, 2011, p. 11).

Em plena década de 1980, ocorre a ampliação da produção e consumo de drogas sintéticas, também chamadas de drogas de desenho. Laboratórios ilegais, a partir de então, passaram a produzir psicofármacos de forma cada vez mais acelerada, como anfetaminas, ecstasy e outras (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007); estabelecendo assim uma grande organização do que Barbosa (2011) vai chamar de “cartéis internacionais de drogas” e, a partir dessa ramificação, o tráfico de drogas torna-se a segunda maior economia do mundo.

Na década de 1990, “a droga saiu dos salões e dos clubes elitistas para invadir as ruas das cidades e os bairros operários” (POIARES, 1999 *apud* NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p. 236). O consumo de cocaína, por exemplo, marcou esta década, seguindo uma visão mais individualista e de prazer intenso pela vida, em que o desfrutar do momento era exaltado.

Portanto, o significado que atribuímos hoje à palavra droga, é bem distante do que anteriormente esta indicava. Sua origem etimológica é considerada ainda incerta, no entanto ela pode ter sido proveniente de “*drowa* (árabe), cujo significado é bala de trigo, ou ainda de *drooge vate* (holandês), cujo significado é tonéis de folhas secas” (BARBOSA, 2011, p. 9). No entanto, esse termo é utilizado de forma variada, como

Em medicina, refere-se a qualquer substância com o potencial de prevenir ou curar doenças ou aumentar o bem estar físico ou mental; em farmacologia, refere-se a qualquer agente químico que altera os processos bioquímicos e fisiológicos de tecidos ou organismos (BRASIL, 2010a, p. 57).

No que diz respeito às chamadas drogas psicotrópicas, as quais são utilizadas para alterar o funcionamento cerebral (como mencionamos no início deste tópico), causando mudanças no estado mental e psíquico, do ponto de vista legal essas podem ser classificadas em lícitas e ilícitas, as primeiras são aquelas que podem ser comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição, e as segundas são aquelas proibidas por lei (BUCHELE; CRUZ, 2013).

Existe ainda uma classificação (do ponto de vista didático) baseada nas ações que as drogas podem ter sobre o sistema nervoso central (SNC), são elas: drogas depressoras da atividade mental, que apresentam a característica comum de causar diminuição da atividade

global ou de certos sistemas específicos do SNC; drogas estimulantes da atividade mental, as quais são capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais; e por fim as drogas perturbadoras da atividade mental, que provocam alterações no funcionamento cerebral (BUCHELE; CRUZ, 2013). Deste modo, cada indivíduo pode reagir de forma distinta diante de determinadas substâncias psicoativas. De acordo com o contexto em que estão inseridas, algumas podem não oferecer grandes riscos, outras podem provocar sérios prejuízos biológicos, psicológicos e sociais.

Logo, pudemos observar novas formas de uso e abuso do álcool e outras drogas ao longo dessa trajetória histórica. Concomitante a isto, os problemas relacionados a essa questão passaram a ser identificados de maneira mais significativa, os quais exigem uma abordagem multidisciplinar de saúde pública, pois o consumo dessas substâncias psicoativas vai além de aspetos legais, jurídicos e sociais, uma vez que é determinado pelo contexto estrutural no qual está inserido, constituindo-se assim numa das expressões da questão social presenciadas nas últimas décadas, como veremos no próximo tópico.

## **1.2 A dependência química como expressão da questão social: uma problemática funcional à ordem do capital**

Partindo do pressuposto de que o consumo de substâncias psicoativas tem se ampliado, bem como os problemas a ele associados, faz-se necessário compreender essa questão enquanto um problema social e de saúde pública mundial e, como tal, se constitui como uma das expressões da chamada “questão social” decorrente da produção e reprodução do capitalismo.

Considerando a correlação entre a sociedade de produção capitalista e as condicionantes sociais advindas dela, situaremos brevemente as determinações macro societárias deste sistema para, posteriormente, evidenciarmos os rebatimentos destas na vida dos indivíduos, dando ênfase à questão das drogas.

Sabemos que o passado histórico do homem é, simultaneamente, a “história da origem e desenvolvimento das formas de organização social e por isso, torna-se determinante quanto a sua condição de vida atual” (SANTOS, SILVEIRA, 2013, p. 3). Segundo Marx (1846 *apud* LESSA, TONET, 2011), a existência do homem e a reprodução da sociedade são condicionadas pela transformação constante da natureza realizada pelo mesmo. Ele ressalta

ainda que essa reprodução constitui-se de fatores que vão além do caráter biológico, mas também social.

O trabalho foi e é a atividade fundante deste desenvolvimento, pois é por meio deste que “os homens não apenas constroem materialmente a sociedade, mas também laçam as bases para que se construam como indivíduos [...] se faz um autêntico ser social, com leis de desenvolvimento histórico completamente distintas das leis que regem os processos naturais” (LESSA, TONET, 2011, p. 17-18).

Nesse sentido, anterior a instituição da sociedade de classes, o trabalho constitui-se numa práxis, ao possibilitar ao homem o exercício de sua autonomia, criatividade e consciência, fazendo com que o mesmo executasse atividades dotadas de teleologia, ou seja, atividades com finalidades que foram anteriormente idealizadas e posteriormente realizadas. Neste processo, o mesmo era detentor de sua força de trabalho, despendendo-a de acordo com suas necessidades.

Com a intensificação dos processos de urbanização e industrialização oriundos do advento da Revolução Industrial – iniciada na Inglaterra no século XVIII após alterações na organização do trabalho manufatureiro com a utilização de máquinas, expandindo-se pelos demais continentes do mundo – se têm significativas influências na sociedade, moldando-a em todos os aspectos. Com este desenvolvimento inédito das forças produtivas o mundo do trabalho começa a se transformar e, conseqüentemente, as relações dos homens entre si e o dos homens com o meio externo (natureza).

Nesse ordenamento societário, passam a coexistir duas classes antagônicas, a classe social burguesa e a classe trabalhadora, a primeira detém os meios de produção e regula todas as esferas da vida do trabalhador seja ela política, econômica e social, adaptando-as à ordem do capital. A segunda é aquela que, destituída dos meios para produzir, possui apenas a sua força de trabalho a ser vendida (como único meio para sua subsistência) à classe burguesa, produzindo assim a riqueza apropriada pela mesma. Logo, instaura-se o poder de uma classe sobre outra, que possibilita a expansão e o desenvolvimento legitimado do sistema capitalista (dominante desde o final do feudalismo) “enquanto regente das relações de trabalho, enquanto modo de ordenamento societário, enfim, enquanto modo de vida e organização de uma sociedade” (SANTOS; SILVEIRA, 2013, p. 4).

O objetivo central desse modo de produção é, portanto, a acumulação da riqueza que faz parte de um processo no qual a mesma é socialmente produzida e apropriada por uma

pequena parcela, os que possuem os meios de produção. Isto ocorre por meio de uma nova forma de exploração do homem pelo homem “do trabalhador, a burguesia compra apenas a sua força de trabalho” (LESSA; TONET, 2011, p. 63), que se dá ainda através de um outro processo peculiar da acumulação do capital: o de extração de mais-valia. A força de trabalho tem a utilidade de produzir:

[...] e como ela possui uma propriedade única entre as mercadorias, que é a de, empregada adequadamente, produzir um valor maior do que ela própria vale, o burguês que comprou a força de trabalho tem, ao final do mês, um valor maior do que aquele que paga ao trabalhador sob a forma de salário (LESSA; TONET, 2011, p. 63).

Assim, com o desenvolvimento das forças produtivas sob o capital, além dos homens desenvolverem uma maior capacidade humana, se ampliam também as possibilidades destes produzirem desumanidades em grande escala, isto é, há o crescimento de riqueza e ao mesmo tempo de miséria. Logo, para suprir as “necessidades” da acumulação do capital, tudo é reduzido a mercadoria, inclusive a força de trabalho dos homens, ou seja, a capacidade produtiva destes torna-se uma mera coisa, o que significa dizer que a essência humana da força de trabalho é inteiramente desprezada (LESSA; TONET, 2011).

Desse modo, nessa sociedade de classe fundamentalmente alienada, a exploração do homem pelo homem adquire, gradativamente, um caráter de naturalidade, apesar de não ser natural. “A posição que cada um ocupa na sociedade, o tipo de trabalho que exerce, o acesso que tem à riqueza já não aparecem como resultado da própria atividade humana, mas como fruto de forças misteriosas e poderosas que nos oprimem” (LESSA; TONET, 2011, p. 90).

Por conseguinte, o desenvolvimento da sociedade se transforma na ampliação das alienações e das desumanidades socialmente produzidas, ou seja, é inerente a esse modo de produção capitalista a intensificação da miséria do trabalhador para que se possa manter a estabilidade e o desenvolvimento econômico. Como parte desse processo, há uma série de fatores como o desemprego, o subemprego, precarização das condições de trabalho e o decorrente aumento dos índices de pobreza, etc, estes que por sua vez trazem implicações em todas as esferas da vida da classe trabalhadora, fenômenos os quais são expressões do agravamento da questão social.

A questão social diz respeito ao que Yamamoto (2012, p. 48) designa como:

conjunto de expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. [...] expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e sociais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização.

A intensificação da desigualdade social no cenário mundial é bastante significativa para ilustrar este fenômeno, apesar das particularidades de cada país. Segundo informou o British Broadcasting Corporation (BBC) do Brasil, “um relatório divulgado pela organização humanitária britânica Oxfam apontou que o patrimônio das 85 pessoas mais ricas do mundo (US\$ 1,7 trilhão) equivale às posses de quase metade da população mundial (3,5 bilhões de pessoas)” (PATRIMÔNIO..., 2014, p. 5). Cada vez mais a riqueza está concentrada nas mãos de poucos, evidenciando a lógica do capital em ampliar essa desigualdade que lhe é funcional e ao mesmo tempo inerente.

É o desenvolvimento capitalista, em seus diferentes estágios, que produz, compulsoriamente, a questão social e suas variadas manifestações. Netto (2001, p. 45) diz que esta “não é uma sequela adjetiva ou transitória do regime do capital: sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica do capital tornado potência social dominante”. A produção desta é vinculada às configurações assumidas pelo trabalho e pelo Estado no modo de produção capitalista, ou seja, se constitui na tensão existente entre o processo de produção de desigualdades sociais (decorrentes da apropriação privada dos meios de produção e dos bens e riquezas) e o processo de resistências e rebeldia do trabalho (que traçam as lutas políticas da classe trabalhadora contra o projeto societário que valida o capital) (BARISON, 2013). Nesta perspectiva, segundo Iamamoto (2001, p. 10-11):

Sua produção/reprodução assume perfis e expressões historicamente particulares na cena contemporânea. Requer, no seu enfrentamento, a prevalência das necessidades da coletividade dos trabalhadores, o chamamento à responsabilidade do Estado e a afirmação de políticas sociais de caráter universal, voltadas aos interesses das grandes maiorias, condensando um processo histórico de lutas pela democratização da economia, da política, da cultura na construção da esfera pública.

Como parte deste movimento no qual o modo de produção capitalista gesta uma sociabilidade a ele correspondente, verifica-se o consumo desenfreado, bem como o individualismo, impulsionando os indivíduos a “níveis de convivências determinados pela

necessidade de ter, possuir, ao passo que fragiliza as relações interpessoais e de interesses comuns, como as próprias relações intraclasse” (ESPÍNDOLA, 2010, p. 14).

Esse individualismo, próprio das sociedades modernas, possui uma ambiguidade que lhe é intrínseca, pois por um lado o sujeito, que se emancipou do peso das tradições e da tutela das hierarquias de outrora, ganha um tipo de liberdade (a independência), todavia por outro lado esse mesmo sujeito, na busca por e com essa independência na realização de seus objetivos privados, vive em uma sociedade onde existe cada vez mais conflitos decorrentes de interesses particulares, configurando a expansão problemática do individualismo para uma redução da coletividade (CHAIBUB, 2009). Sobre isto, Lessa e Tonet (2011, p. 66) ressaltam que “para o indivíduo típico dessa sociedade, a coletividade nada mais é do que o instrumento para seu enriquecimento pessoal. Esta é a essência do individualismo burguês, tão característico da vida social dos nossos dias”.

Como anteriormente falamos, as múltiplas e diferenciadas expressões da questão social produzida e reproduzida vão se redimensionando em decorrência dos processos históricos e ganhando novas roupagens na atualidade. Nas últimas décadas o uso e a dependência de substâncias psicoativas transformaram a toxicomania numa grave questão social, visto que esse fenômeno está profundamente ligado à dinâmica individualista das sociedades modernas, ainda que não se restrinja a ela.

Nessa perspectiva, ela “constitui também um sintoma, mas um sintoma no qual se exprimem fatores que, vinculados às múltiplas facetas da vida social, ultrapassam as motivações dos indivíduos singulares” (PLASTINO, 2003, p. 133). A autora Espíndola (2011, p. 14) postula ainda que “as alterações no padrão de consumo altamente propagandeadas e até mesmo como necessidade de escoamento da produção, trazidas com as inovações tecnológicas e o consequente aumento da produtividade, tem intervenção direta com a relação das pessoas com a droga”.

Alguns autores configuram essa sociedade de consumo como sendo fundamentalmente narcísica, que exalta a obtenção de prazer a qualquer custo, colocando como prioridade o sucesso individual e a auto-suficiência em detrimento da dimensão social e política (LASCH, 1983 *apud* RIBEIRO, 2008). A cultura do narcisismo na contemporaneidade tem sido utilizada para caracterizar as relações que os indivíduos formam entre si e com as coisas ao seu redor, dentre elas as drogas.

Em tempos de agravamento das expressões da questão social, o fenômeno do uso abusivo de drogas tem sido fortemente presente no âmbito da sociedade. Os processos de marginalização territorial e social, próprios da lógica regida pelo capital, contribuem para que “grandes parcelas da população em contato permanente com situações de medo e angústia, gerados pela violência, doenças e escassas opções de lazer, educação, e de uma rede sócio-assistencial de qualidade” (RIBEIRO, ARAÚJO, 2006 *apud* ESPÍNDOLA, 2011, p. 14), possam encontrar no consumo de substâncias psicoativas a possibilidade de presenciar um momento de evasão da realidade que lhe é imposta.

Diferentemente de outros períodos da história em que o uso das drogas era um elemento de integração, coesão social e emocional dos indivíduos, na sociedade atual em que o homem é cada vez mais coisificado, encarado como máquina e desumanizado pelo sistema (PRATTA, SANTOS, 2009), “a drogadição não é mais do que uma das consequências da alienação histórico-social, política e econômica, através da qual se manifesta a dramática dissociação em que vivemos” (KALINA, COLS, 1999 *apud* PRATTA, SANTOS, 2009, p. 207), e que atinge todas as culturas e camadas sociais.

No que diz respeito, por exemplo, a evidências epidemiológicas sobre o consumo de álcool e do tabaco no Brasil e no mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta dados que retratam que, no século XX, essas duas substâncias causaram danos gravíssimos a saúde pública. Estudos têm comprovado a forte associação do consumo excessivo destas com diversos tipos de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), como cardiovasculares, respiratórias, diabetes e certos tipos de câncer (CHAIBUB, 2009).

No Brasil, “o percentual de pessoas que já fizeram uso de qualquer droga na vida (exceto álcool e tabaco) é de 19,4% e o do uso de álcool é de 68,7%” (ZANATTA; GARGHETT; LUCCA, 2012, p. 227). O país é o quinto na relação de óbitos ligados ao consumo de bebidas alcoólicas nas Américas, de acordo com estudos realizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pela OMS. Este mesmo estudo apontou ainda que sem o consumo de álcool, aproximadamente 79.456 mortes poderiam ter sido evitadas anualmente (ÁLCOOL..., 2014, p. 7).

Em uma análise dos exames toxicológicos realizados no Instituto Médico Legal de São Paulo durante 1994, identificou-se que “52% das vítimas fatais de acidentes de trânsito apresentaram álcool na corrente sanguínea em níveis elevados do que o permitido por lei – a

taxa máxima de álcool no sangue prevista pelo Código Brasileiro de Trânsito era de 0,6 gramas por litro” (CHAIBUB, 2009, p. 71).

O álcool, atualmente, ocupa o lugar de significativa aceitação e até estímulo em nossa cultura, abrangendo diversas classes sociais e isso de uma forma direta ou indireta o coloca como o terceiro maior fator de doenças e invalidez no mundo, além de potencializar acidentes e violência. A dependência ou abuso do mesmo atinge 11 milhões de pessoas no país, o que corresponde acerca de 6,8% da população. Isso coloca em evidência, a deficiente intervenção do Estado nesta questão (bem como em outras áreas sociais), pois sabe-se que leva-se em média 11 anos para se estabelecer dependência (DOMINGUEZ; BATALHA; MOROSINI, 2013).

A mídia brasileira é uma importante disseminadora do consumo de álcool, visto que nas campanhas de publicidade os problemas relacionados aos efeitos desta droga no organismo e na vida dos indivíduos não são mostrados, pelo contrário o que se observa é exaltação do prazer em beber. Este apelo se faz presente inclusive durante a programação esportiva que, supostamente, relaciona-se com saúde.

Levantamento da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras drogas (ABEAD), de 2010, mostra que 69% dos anúncios são veiculados em horário de programação esportiva, no qual os adolescentes compõem 10% dos telespectadores. Cerca de 80% da publicidade inserida durante competições ou programas sobre esportes relacionam-se a marcas de cerveja (DOMINGUEZ; BATALHA; MOROSINI, 2013, p. 16).

Outro fator relevante sobre o consumo de álcool é a relação com a violência – instrumento danoso da busca pela satisfação das vontades pessoais ou de classe na sociedade capitalista, e meio legitimador desta. Sobre isto, constatou-se no Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) de 2012

[...] que o consumo de bebidas alcoólicas está presente em metade das ocorrências de violência doméstica: o agressor havia bebido em 50% dos casos. E, 20% das ocorrências de violência física na infância os abusadores haviam bebido (DOMINGUEZ; BATALHA; MOROSINI, 2013, p. 19).

No que tange à problemática do crack, o seu surgimento e acelerado crescimento no Brasil se deu a partir dos anos de 1990, agravando ainda mais os problemas sociais já existentes. Como, por exemplo, doenças sexualmente transmissíveis em profissionais do sexo

em São Paulo, visto que estas, em sua maioria jovem, mãe, com baixa escolaridade, mantinham relações sexuais diariamente para sustentar o seu vício sem exigir o uso de camisinha (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2013), evidenciando o caráter de problema de saúde pública que essa questão também possui e que contribui para ampliar o tráfico de drogas, a criminalidade, entre outros problemas.

O número de usuários de crack e drogas similares (pasta-base, merla e oxi) só vem aumentando. Segundo um estudo sobre a estimativa do número de usuário de crack e/ou similares nas capitais do país, há “cerca de 370 mil pessoas, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, sendo 320 mil adultos e 50 mil crianças” (CRACK..., 2013, p. 8), essa população usuária representa cerca de 35% do total de consumidores de drogas ilícitas (com exceção da maconha). O potencial de dependência do crack e o baixo custo favoreceram muito o aumento de seu consumo, de modo que, recentemente, o consumo de crack alcançou o status de epidemia, como afirma Melotto (2009, p. 11 *apud* BECK JÚNIOR, 2010, p. 5) “[...] o consumo de crack passou a ser tratado pelos midiáticos como título de epidemia, representando a ideia de sua extensão como problemática para diferentes esferas do contexto social”.

Segundo Silva (2007), a atual realidade das drogas tem se inserido no debate nacional em razão dos conflitos enfrentados nas capitais brasileiras, vinculada ao aumento da violência urbana, da produção, da comercialização e do consumo dessas substâncias decorrente da dimensão territorial assumida pelo narcotráfico,

[...] em nenhum outro momento histórico o consumo de drogas foi tão estimulado como produto, com mercado e marketing estabelecidos, e com lucros que chegam à casa dos 500 bilhões de dólares por ano. Estão em jogo interesses comerciais que envolvem a poderosa indústria armamentista e o mercado financeiro, sem perder de vista setores menos relevantes (MESQUITA, 2005 *apud* SILVA, 2007, p. 4).

Desse modo, a indústria do narcotráfico é um elemento funcional ao sistema capitalista, visto que esses bilhões movimentados pelo tráfico de drogas não se concentram nas periferias, mas fazem parte do sistema financeiro e sustenta os grandes bancos. Além de muitas vezes se constituir como uma possibilidade de homens, mulheres e também crianças se inserirem no mercado de trabalho, desprovidos de qualquer tipo de regulamentação e proteção, exercendo funções no plantio, no processamento e na distribuição e comercialização das drogas. Já os grandes empresários e os executivos responsáveis por esse “mercado ficam

protegidos por fortes sistemas de segurança que não permitem que eles sejam identificados como ameaça à sociedade. Isto porque não são associados à imagem socialmente construída em torno do narcotraficante” (SILVA, 2007, p. 3).

Os dados apresentados dão respaldo a razão pela qual o uso de drogas, sejam elas lícitas e/ou ilícitas, possui um caráter multifacetado: sendo estimulante para o crescimento econômico da classe dominante; como relevante problema de saúde pública não só nacional, mas mundial, em que o Estado – executor particular do capital – realiza ações de intervenção tal como se revelam e não eficazes – apesar de todos os avanços alcançados ao longo da história no que diz respeito a políticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas (como veremos no próximo capítulo) – em que o mesmo está envolvido num processo de medidas emergenciais, pontuais e focalistas e conseqüentemente em um processo de naturalização das expressões da questão social o qual é inerente a uma sociedade regida pelo capital, que se produz e se reproduz sob essas condições, eliminando tudo aquilo que venha a ameaçar o seu curso de acumulação de riquezas em detrimento da precarização de todas as esferas da vida da classe trabalhadora.

Diante do exposto, entendemos que a problemática das drogas e suas inúmeras dimensões e conseqüências expressam a capacidade do sistema capitalista em estender a pobreza na mesma medida de seus avanços produtivos, como decorrência da produção social de uma riqueza apropriada de forma crescente e concentrada, sob os escopos da exploração do trabalho.

## **CAPÍTULO II**

# **A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica: mudanças dos paradigmas de atenção e gestão na saúde**

## **CAPÍTULO II - A REFORMA SANITÁRIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA: MUDANÇAS DOS PARADIGMAS DE ATENÇÃO E GESTÃO NA SAÚDE**

Neste capítulo discorreremos sobre o processo de construção de políticas públicas de saúde na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) a partir da década de 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual representou uma importante conquista para a sociedade civil.

Posteriormente, direcionaremos nossa discussão para as mudanças ocorridas nos padrões de atenção à Saúde Mental, por meio da Reforma Psiquiátrica enquanto desdobramento do movimento da RSB, e os novos direcionamentos dados à assistência aos usuários de substâncias psicoativas com transtornos decorrentes do uso nocivo destas.

Após essa explanação, abordaremos o percurso das políticas públicas sobre drogas até os dias atuais, enfatizando a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde; englobando também outros aspectos relativos ao uso, abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas e como estas políticas vêm possibilitando ações sobre essa problemática no cenário brasileiro, bem como os limites ainda encontrados para esta atuação.

### **2.1 A Reforma Sanitária Brasileira e o SUS: um breve debate necessário**

A saúde passou a ser reconhecida enquanto um direito social com a Constituição Federal de 1988, que em seu Art.196, afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Neste sentido, destaca-se que:

O dever do Estado seria garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (PAIM, 2009, p. 43-44).

Mas não foi sempre assim. Considerando que até o início do século XX não havia o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil, com a criação do SUS em 1988 (e não só dele) ocorrem significativas mudanças no que diz respeito à saúde no contexto histórico brasileiro, (PAIM, 2008). Em linhas gerais, no Brasil, antes do SUS os serviços de saúde eram organizados de forma separada:

[...] de um lado, as ações voltadas para prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009, p.31).

Em 1970, por exemplo, o que predominava em detrimento de ações de saúde pública era o modelo de atenção médico assistencial privatista ou modelo médico hegemônico, que se expressava em algumas características:

[...] centrado na clínica, voltado para o atendimento da demanda espontânea e baseado em procedimentos e serviços especializados. (...) Seu objeto tem sido identificado como a doença ou o doente; seu agente, o médico, sobretudo o especialista, complementado pelos paramédicos; seus meios de trabalho são as tecnologias médicas; e as formas de organização são as redes de serviços, com destaque para os hospitais (TEIXEIRA, 2002). Volta-se para os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram, por livre iniciativa, os serviços de saúde (PAIM, 2008, p.556 – 557 *apud* NASCIMENTO, SILVEIRA; SOUSA; VASCONCELOS, 2010, p. 4).

É com a inexistência de um sistema de saúde, propriamente dito, com a luta contra a permanência da então ditadura militar e suas características cruéis, que segmentos sociais se mobilizaram pela democratização da saúde no país, configurando o movimento da RSB ou movimento sanitário em meados dos anos de 1970, composto, segundo SILVA (2001, p. 120) por:

[...] um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor de saúde. [...] Foi influenciado pelo modelo de Reforma Sanitária Italiana. De acordo com Fleury (1989), o projeto reformador sustentou-se em uma ampla crítica do modelo prevalecente, baseado no crescimento do setor privado à custa do setor público (o primeiro sendo financiado pelo segundo), o que levou à falência, deterioração, ineficiência e crise do setor público de saúde.

Nos anos 1980, o cenário brasileiro foi marcado, simultaneamente, pelo processo de democratização política, em que se busca a superação do regime ditatorial implantado em 1964; e por uma forte e prolongada crise econômica que se faz presente até os dias contemporâneos (BRAVO, 2009).

É nesse contexto que o Movimento Sanitário se constituiu sujeito político coletivo primordial na formulação do Projeto de Reforma Sanitária. Tal projeto baseou-se justamente no princípio da saúde enquanto direito e dever do Estado, bem como “o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação [...]” (SILVA, 2011,

p. 119). Tais princípios foram baseados em diretrizes como: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade” (SILVA, 2011, p. 119).

O ideário da Reforma Sanitária incidia na proposta de um sistema de saúde único essencialmente estatal, sendo o setor privado suplementar aquele, sob controle público e descentralizado, em que se buscava uma maior participação da sociedade com a criação de novos espaços institucionais, “com poder deliberativo dos segmentos organizados da sociedade, constituindo-se, assim, uma estratégia de ampliar, no espectro social, as oportunidades de acesso ao poder” (NITÃO, 2009, p. 92).

O movimento uniu grupos e pessoas de origens distintas em favor de interesses comuns em promover a responsabilização do Estado pela questão do binômio saúde-doença, visto que era necessário um entendimento mais amplo da saúde como decorrência das condições de vida e de trabalho, ou seja, a saúde precisava ser entendida não só como ausência de doenças, e sim como acesso à alimentação, moradia, educação, saneamento básico, meio ambiente, aos bens e serviços essenciais e ao lazer (BRAZ; SILVA; SILVEIRA, 2006).

O ideário do Movimento de Reforma Sanitária ia além de reivindicações por transformações na política de saúde, lutando pela democratização da própria sociedade. Segundo Nitão (2009, p. 96), a questão da democracia sempre esteve no centro das bandeiras defendidas pelo referido movimento: “como necessidade para mudanças setoriais e como possibilidade de transformação do Estado e da Sociedade Civil, assim como as relações entre eles”. Deste modo, nas formulações da Reforma Sanitária Brasileira, a democratização da saúde

[...] adquire o significado de elevação da consciência social e sanitária a respeito da saúde e de seus condicionantes e determinantes, além do reconhecimento inalienável da cidadania, garantindo-se pelo acesso universal, gratuito e igualitário ao SUS e a participação da comunidade na definição e prioridades das políticas e da gestão. Visando à democratização do Estado e de seus aparelhos, com a desconcentração do poder e descentralização dos processos decisórios, o reconhecimento de autoridade sanitária única [...], e estímulo à participação social [...]. (NITÃO, 2009, p. 97).

O referido autor, também aponta a democratização da sociedade civil e da cultura, tendo em vista que ao serem considerados como espaços a serem conquistados e ocupados

pelos sujeitos, podem possibilitar mudanças no modo de vida e organização das comunidades, fazendo com que alcancem melhores serviços de saúde acessíveis a todos.

Nessa perspectiva de mobilização social de diversos setores da sociedade, a saúde deixou de ser objeto de interesse apenas dos técnicos e passa a assumir um caráter político. Com o processo de redemocratização a partir de 1985, foi possível a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em março de 1986, considerada um marco de legitimação da Reforma Sanitária Brasileira, que reuniu cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, das quais cinquenta por cento eram usuários da saúde, introduzindo a sociedade no cenário da discussão da saúde, junto com os profissionais da área (BRAVO, 2009; MORAIS, 2009).

Segundo Paim (2008 *apud* MOREIRA, 2013), no documento intitulado “Pelo direito universal à saúde: contribuição da Associação Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO)” para as discussões da VIII CNS fica mencionado de forma clara que a saúde precisaria ser vista como fruto de um conjunto de condições de vida e que transpõe o setor da saúde.

O temário central desta conferência, versou sobre “I – A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III – Financiamento Setorial” (BRAVO, 2009, p. 96). A criação do Sistema Único e descentralizado de Saúde (SUDS), que posteriormente se transformaria no SUS, foi considerado um dos grandes momentos desta conferência. Em outras palavras, a VIII CNS possibilitou que a questão da saúde fosse além da análise setorial, fazendo a referência a sociedade em geral, propondo-se não apenas o Sistema Único de Saúde, mas a Reforma Sanitária em si (BRAVO, 2009).

Uma vez promulgada a Constituição, considerada uma das conquistas desse movimento, se deu também a implantação do SUS baseado na concepção de seguridade social (firmada no tripé saúde, previdência e assistência social); “integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade” (BRAVO, 2009, p. 97). O SUS supõe “uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminação ou privilégios” (PAIM, 2009, p. 43).

Na década de 1990 o SUS passa por sua fase de institucionalização. O mesmo foi regulamentado inicialmente pela Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 19 de setembro de 1990, Lei de nº 8.080/90. Contudo, o presidente da república da época, Fernando Collor de

Mello, iniciou seu mandato com ações que marcaram a história do país, implementando a política neoliberal, assim foram vetados por ele diversos artigos desta lei. Assim, como complemento desta foi criada a Lei nº 8.142/90, aprovada em 28 de dezembro deste mesmo ano.

De acordo com Paim (2009), o SUS pode ser definido como “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]” (Art. 4º da Lei 8.080/90 *apud* PAIM, 2009). Nos é válido ressaltar ainda, que a iniciativa privada participa do SUS de forma complementar, através de contratos e convênios de prestação de serviços ao Estado (como previsto na Constituição), quando as unidades públicas de assistência à saúde são insuficientes para assegurar o atendimento a toda a população de uma determinada região (BRASIL, PORTAL DA SAÚDE-SUS).

Apesar dos avanços advindos das conquistas de 1988, um forte ataque por parte do capital ocorre no contexto de crise econômica no final da década de 1980 e primeira metade dos anos de 1990, com o redirecionamento do papel do Estado no sentido de seu encolhimento na área social, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal<sup>3</sup>. Assim, no que diz respeito ao SUS, pode-se verificar o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão por parte do governo federal na regulação e fiscalização das ações de saúde em geral, entre outros retrocessos (BRAVO, 2009). Verifica-se um ambiente antagônico para implementação do SUS enquanto sistema de caráter universal e de natureza pública, e nos últimos 24 anos ainda tem perpassado por tensões entre o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista (BRAVO, 2009).

Contemporâneo ao processo de Reforma Sanitária, eclodiu desse movimento pela mudança dos padrões de atenção e gestão nas práticas de saúde a chamada Reforma Psiquiátrica, contudo esta tem sua própria história no cenário brasileiro, como veremos no item seguinte.

## **2.2 Reforma Psiquiátrica: novos direcionamentos para a saúde mental e assistência aos usuários de álcool e outras drogas**

---

<sup>3</sup> “O neoliberalismo consiste na sustentação da tese segundo a qual o mercado é o principal e insubstituível mecanismo de regulação social, onde a sua enfática defesa do Estado mínimo. O propósito do neoliberalismo é combater as políticas macroeconômicas de matriz keynesiana e o combate à garantia dos direitos sociais, defendendo como meta a estabilidade monetária” (PEREIRA, SILVA, PATRIOTA, 2006, p. 9).

A Reforma Psiquiátrica foi inscrita numa conjuntura internacional de transformações pela superação da violência asilar (DELGADO, *et al.*, 2007), visto que, os grandes hospitais psiquiátricos traziam consigo uma lógica de aprisionamento daquilo que não era socialmente aceito, constituindo um modelo de violência e exclusão, ou seja, a política de hospitalização da pessoa com transtorno mental realizava uma assistência psiquiátrica com base em condutas de isolamento, vigilância e medicalização (SANDINI, 2002).

É em meados do século XX que tem início na Itália uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas, impulsionadas principalmente pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, com repercussões no mundo todo e de forma bem peculiar no Brasil. Assim, surge (na Itália) o Movimento de Luta Antimanicomial fortemente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania daquelas pessoas com transtornos mentais. E é justamente atrelado a essa luta, que nasce o Movimento da Reforma Psiquiátrica, denunciando os manicômios como instituições de práticas violentas e propondo a construção de uma rede de estratégias territoriais e comunitárias (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica foi instituída no final dos anos de 1970 no Brasil, momento em que se tem de um lado a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e, de outro, a irrupção de movimentos sociais em favor dos direitos dos pacientes psiquiátricos, considerado um processo “maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde” (DELGADO, *et al.*, 2007 p. 39). O Ministério da Saúde define a Reforma Psiquiátrica como um processo:

[...] político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (DELGADO, *et al.*, 2007, p. 39).

Em 1978, nesse cenário de luta pelas reformulações das políticas de saúde mental no cenário brasileiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) teve uma

grande contribuição, como um dos fundamentais sujeitos envolvidos neste processo, o mesmo é:

[...] o primeiro movimento na área da saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde. O mesmo ganhou destaque em função da luta popular que desencadeou no campo da saúde mental. Outra expressão do MTSM é a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial [...] uma organização civil da área de saúde e direitos humanos, que estava na luta pela reorientação e a redefinição do modelo psiquiátrico no Brasil (AMARANTE, 1995 *apud* PEREIRA, *et al.*, 2006, p. 3).

Nesse processo de reformulações reivindicadas por esse movimento, passaram a ser enfatizadas medidas tais como “regionalização da assistência hospitalar; a diversificação de oferta dos serviços; condenação dos macro-hospitais; alternativas a longas internações; assistência aos egressos; controle na reinternação psiquiátrica” (SANDINI, 2002).

Em 1987, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde – mencionada anteriormente neste capítulo – houve a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), afirmando a implementação da Reforma Sanitária Brasileira. O MSTM também teve uma importante participação nesta conferência, visto que, a fim de promover um cunho mais democrático para esta, o mesmo, em luta com a Divisão Nacional de Saúde Mental, obteve como conquista

[...] participações importantes de usuários e familiares, assim caracterizando-se como um movimento múltiplo e plural, pois além desta configuração de vários atores de diferentes inserções atuou em diversas instituições, entidades ou movimentos. Tratou como eixo principal de discussão a necessidade de reestruturação do modelo assistencial, buscando a desinstitucionalização (AMARANTE, 1995 *apud* SANDINI, 2002, p. 67-68).

Também neste contexto de luta pela democratização nacional, mais precisamente em 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei (3.647/89) de autoria do deputado federal Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos do indivíduo com transtornos mentais e a extinção gradual dos manicômios no país, momento no qual se observa o início das lutas dos movimentos da Reforma Psiquiátrica no âmbito legislativo e normativo (DELGADO, *et al.*, 2007).

Por volta dos anos de 1992, através das lutas dos movimentos sociais baseados neste Projeto Lei, foram aprovadas as primeiras normatizações<sup>4</sup> que estabelecem a substituição gradual dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, ocasionando um importante salto no que tange à Política do Ministério da Saúde para a saúde mental (DELGADO, *et al.*, 2007).

Dentre os avanços na área de saúde mental, podemos destacar a aprovação da Lei de nº 10.216 de 6 de Abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado, objetivando a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental. A mesma passou doze anos tramitando no Congresso Nacional, desde a criação inicial do PL em 1989, analisada como a “primeira lei de desospitalização e desmanicomialização em discussão no parlamento latino-americano” (PEREIRA, *et al.*, 2006, p. 3). No entanto, não institui mecanismos claros para progressiva extinção dos manicômios, mas ainda assim possibilitou um novo impulso e um novo compasso para o desenvolvimento do processo de Reforma Psiquiátrica (DELGADO, *et al.*, 2007).

Com a promulgação dessa Lei e a realização de Conferências Nacionais de Saúde Mental, enquanto dispositivos essenciais de participação e de controle social, a exemplo da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada também em 6 de abril de 2001, “a política de Saúde Mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade” (PEREIRA, *et al.*, 2006, p. 3).

Nessa III Conferência Nacional de Saúde Mental, a partir do eixo temático “Reorientação do modelo assistencial”, foram debatidos temas como recursos humanos (discutindo, por exemplo, a situação atual dos funcionários do setor público), financiamento (propondo clareza do fato em que o investimento precisar partir das três esferas do governo), controle social (o qual deve ser estimulado, promovendo a participação dos usuários, familiares, gestores e representantes da sociedade civil), direitos, acessibilidade e cidadania (SANDINI, 2002).

---

<sup>4</sup> “Na década de 90 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005 *apud* MOURA, 2011, p. 2)”.

Foi então, a partir desse processo, que o Ministério da Saúde criou: “linhas específicas de financiamento [...] para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país” (BRASIL, 2005 *apud* MOURA, 2011, p.3), dentre esses dispositivos substitutivos estão, por exemplo, as residências terapêuticas. Este e os demais serviços visam um tratamento para pessoas com transtornos mentais preferencialmente em equipamentos comunitários, objetivando a ressocialização do indivíduo a partir de seu meio e limitando a internação em serviços asilares (TRAPÉ, 2010), entre outros objetivos que constituem componentes decisivos da política de saúde mental.

Durante a realização desta III CNSM e no conteúdo de suas deliberações, condensadas em seu Relatório Final, são incorporadas de forma clara as propostas da Reforma Psiquiátrica pactuando os princípios, as diretrizes e as estratégias da atenção em saúde mental no país de forma democrática.

Nesse processo de redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, veio a se constituir a Rede de Atenção Psicossocial que prevê serviços e ações de atenção psicossocial no país para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, inclusive aqueles decorrentes do uso prejudicial de drogas, além de contribuir de forma significativa para consolidação da Reforma Psiquiátrica. Para organização dessa rede é fundamental que se tenha uma clara concepção sobre o que é território, este que por sua vez é “a designação não apenas de uma área geográfica, mas também das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária” (GARCIA, *et al.*, 2013, p. 245). Deste modo, trabalhar no território significa, segundo os referidos autores, resgatar os saberes e as potencialidades dos recursos da comunidade, possibilitando a construção coletiva de soluções, a pluralidade de trocas entre os indivíduos e cuidados em saúde mental.

Dentre os componentes das Redes de Atenção Psicossocial no território estão: Atenção Básica em Saúde, a qual faz parte a **Estratégia Saúde da Família (ESF)** que contribui para a ampliação e consolidação da Atenção Básica, que se caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que engloba a promoção, proteção e manutenção da saúde e também atua na perspectiva da prevenção; o **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)** composto por equipes profissionais de diferentes especialidades que atuam em conjunto com as Equipes de Saúde da Família promovendo um atendimento compartilhado

para uma intervenção multidisciplinar nas práticas de saúde e saúde mental, a **Equipe de Consultório de Rua** e o **Centro de Convivência e Cultura** (GARCIA, *et al.*, 2013).

Temos ainda, de acordo com os referidos autores, a Atenção Psicossocial Estratégica, através dos **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, importante dispositivo na organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico, ao prestar atendimento clínico diário, ou seja, é papel primordial dos CAPS a organização da rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios; Atenção Residencial de Caráter Transitório que engloba **Unidades de Acolhimento e Comunidades Terapêuticas**; Atenção Hospitalar; e, por fim, a estratégia de **desinstitucionalização**, com serviços residenciais terapêuticos.

Dentre os usuários desses serviços de saúde mental, também estão aqueles que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a estes também devem ser garantidos, segundo o texto da Lei 10.216/2001, “[...] a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; [...] a descentralização do modelo de atendimento” (BRASIL, 2004, p. 6), confirmando as diretrizes básicas do SUS, tal fator reconfigura a atenção dada à prevenção e ao tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas, visto que até então a questão das drogas era deixada “para instituições de justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência e associações religiosas” (DELGADO, *et al.*, 2007, p. 71).

A princípio, com a implementação da lei, os usuários em situação de uso e abuso de drogas e em casos de intoxicação/abstinência, por exemplo, eram encaminhados aos centros de atenção psicossocial, mas a demanda foi ficando cada vez maior, gerando a impossibilidade de atender a todas elas e a necessidade de criar um serviço específico. Com isto, em 2002, em consenso com as recomendações da III CNSM,

[...] o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada ao usuário de Álcool e outras Drogas [...] direcionada à criação de serviços específicos para usuários e dependentes químicos, considerando-se as particularidades dessa problemática (FERREIRA; LUIS 2004 *apud* PRATTA; SANTOS, 2009, p. 209).

Esse programa reconhece, então, a problemática do uso prejudicial de drogas como um problema de saúde pública e constrói uma política pública peculiar para “a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do

problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos” (DELGADO, *et al.*, 2007, p. 72).

Portanto, como pudemos observar, a Reforma Sanitária, o SUS e a Reforma Psiquiátrica foram fruto das demandas dos movimentos sociais dentro da sociedade civil, e possibilitaram significativos redirecionamentos no modelo de atenção à saúde e à saúde mental. No entanto, apesar do SUS ser considerado uma conquista histórica do povo, podendo ser considerado a maior política pública gerada da sociedade, ainda há uma enorme distância entre o que propõe o movimento sanitário e a prática social do SUS, pois a proposição deste, inscrita na Constituição de 1988 enquanto sistema público universal, não se efetivou de fato diante do contexto de Contra-Reforma do Estado que se iniciou na década de 1990 e se estende até os dias atuais (BRAVO, 2009; PAIM, 2008).

No que tange à Reforma Psiquiátrica, podemos dizer que o cenário psiquiátrico brasileiro vem se modificando a olhos vistos, porém há muitos desafios a serem enfrentados como a potencialização da rede básica de saúde para a abordagem das situações de saúde mental e, diante do agravamento da problemática das drogas e a visão criminalizante que ainda se coloca sobre essa questão, a cooperação intersetorial enquanto uma das condições para que se tenha um acesso efetivo à prevenção e ao tratamento, também é desafio a ser enfrentado, como tantos outros (DELGADO, *et al.*, 2007).

Logo, tais movimentos representaram um processo de esboço progressivo também para outros dispositivos legais no que diz respeito à questão das drogas a nível tanto mundial, quanto nacional, o que vamos discutir no próximo item.

### **2.2.1 Legislação e política brasileira sobre drogas**

Diante da repercussão da questão do uso de drogas na dinâmica da sociedade contemporânea brasileira, a mesma passou a ser compreendida como questão de saúde pública, desse modo, novos paradigmas de atenção em saúde passaram a ser necessários para a assistência ao usuário de substâncias psicoativas. Nos cabe ainda pensar um pouco sobre outras políticas públicas no Brasil que também englobam aspectos relativos ao uso, abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas. Nesta perspectiva, tais políticas “vêm a se materializar através de diversas ferramentas legais, sejam elas legislações, portarias, medidas fiscais, taxações, dentre outras” (MARINHO, 2010).

As primeiras iniciativas brasileiras para a construção de uma Política nacional sobre drogas, que não se baseassem em medidas repressivas e de circulação de substâncias e sim na redução da demanda e da redução da oferta de drogas, começam a ser refletidas e postas em prática no ano de 1998, no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso. Conforme Dalbosco e Duarte (2013, p. 219), “foi depois da realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos princípios diretivos para redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas”.

Após essa sessão, não só o Brasil, mas todos os países que faziam parte da ONU entram em consenso no que diz respeito à importância de medidas voltadas à questão das drogas e cada qual tivesse sua Política Nacional sobre drogas. Deste modo, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)<sup>5</sup> e a partir de então foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que hoje é conhecida como Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, com objetivo de mobilizar os diferentes atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira. A esta caberia ainda a coordenação da Política Nacional Antidrogas através da articulação e integração entre governo e sociedade bem como o papel de Secretaria Executiva do CONAD (DALBOSCO, DUARTE, 2013; MARINHO, 2010).

Dentre as primeiras metas da SENAD, esteve a realização de um fórum nacional para que a sociedade civil pudesse contribuir com a elaboração desta política, o qual foi realizado em 1998 e afirmou em seu produto final a Política Nacional Antidrogas. Este Fórum, por sua vez, fez referência

[...] à necessidade da criação de estabelecimentos hospitalares e ambulatórios públicos destinados ao tratamento de quadros graves decorrentes do uso de droga. Desta forma, os ambulatórios, as unidades de semi-internação e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) foram enfatizados como serviços de saúde essenciais para o atendimento da população usuária de droga (MARINHO, 2010, p. 31).

---

<sup>5</sup> Dentre as atribuições do conselho estão: “Acompanhar e atualizar a Política Nacional sobre Drogas, consolidada pela SENAD; Exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas; Acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas e o desempenho dos planos e programas da Política Nacional sobre Drogas; Promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos estados, dos municípios e do Distrito Federal” (DALBOSCO, DUARTE, 2013, p. 223). A nível local, foi criado o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) seguindo o modelo do CONAD. Em São Paulo, por exemplo, foi aprovado em 2001 um COMAD que foi rebatizado como Conselho Municipal de Políticas Públicas para Álcool e outras Drogas, porém com um formato um tanto distinto do CONAD, visto que executava um espaço mais amplo dado aos representantes da sociedade civil (FIORE, 2005).

Assim, no ano de 2002, por meio do decreto presidencial nº 4.341 de 26 de Agosto de 2002, foi instituída a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) do país. No entanto, ainda enfatizando medidas proibicionistas e repressivas ligadas ao uso e circulação das drogas no território nacional, enfatizando a internação como um dos métodos mais eficientes, não evidenciando uma articulação clara e concreta com o setor público de saúde e com uma sutil atenção para a redução dos danos sociais e a saúde, advindos do uso abusivo de substâncias psicoativas (MARINHO, 2010). Somente com a entrada do presidente Luís Inácio Lula da Silva, segundo a referida autora, em 2003, começou-se a refletir acerca de novas formulações no documento, em busca de afirmar uma proposta mais participativa e menos concentrada em ações de cunho repressivo.

Nesse mesmo ano, o Presidente da República, assinalou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas no País, que viesse a abarcar três questões principais

Integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações; descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município; estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica (DALBOSCO, DUARTE, 2013, p. 219).

Em 2004, foi executado um processo de realinhamento e atualização da política envolvendo a comunidade científica e diferentes segmentos da sociedade civil, com a realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas. Assim, diante de um realinhamento desta política, a mesma passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas<sup>6</sup>, a qual institui os “fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços voltados para redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada” (DALBOSCO, DUARTE, 2013, p. 220).

Segundo os aludidos autores, a PNAD, portanto, passa a refletir transformações históricas na abordagem da questão das drogas no país, englobando significativas conquistas e

---

<sup>6</sup>A Política Nacional sobre Drogas, estabelece seus princípios contemplando a intersetorialidade, que nas políticas públicas aparece como possibilidade de superação de práticas fragmentárias ou sobrepostas na relação com os usuários de serviços estatais, ou mesmo de serviços ofertados por organizações privadas, sob iniciativas da sociedade civil ou de fundações empresarias” (DALBOSCO, DUARTE, 2013, p. 226), e integralidade de ações voltadas para redução dos danos sociais à saúde e à vida.

avanços menos conservadores se comparada a anterior. A mesma está dividida em cinco capítulos, são eles (por ordem): prevenção; tratamento, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais e à saúde; redução da oferta; e estudos pesquisas e avaliações. Além de enfatizar a responsabilidade do SUS no desenvolvimento de suas ações interventivas e a necessidade de expansão e adequação da rede de serviços para a efetivação destas.

Dentre as temáticas abordadas pela mesma, merece destaque ainda aquela que enfatiza ações voltadas à associação de álcool e trânsito, tendo em vista a necessidade de amenizar as consequências e impactos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas que, por sua vez, são diversos. Deste modo, tornaram-se imprescindíveis ações direcionadas a combater o ato de beber e dirigir, que culminou na Lei 11.705 sancionada em 19 de Junho de 2008 após um processo de discussão e participação da sociedade civil. A mesma ficou conhecida como Lei Seca, que alterou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro, impondo penalidades<sup>7</sup> mais severas para o condutor que dirigir sob influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência.

Em 2006, a SENAD esteve à frente da coordenação de um grupo de trabalho do governo que assessorou os parlamentares no processo que resultou na aprovação da Lei nº 11.343/2006, a qual instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)<sup>8</sup>. Esta Lei, em consonância com atual política sobre drogas, prescreve

[...] medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. [...] o usuário, mesmo ainda sob status de criminoso por fazer uso de droga, não pode ser preso pelo consumo. Com a nova Lei a pena cabível pelo uso de drogas consiste em medida sócio-educativa de comparecimento a programa ou curso educativo, ficando ainda a cargo da jurisprudência o encaminhamento para tratamento obrigatório de dependência química” (ESPÍNDOLA, 2011, p. 20-21).

---

<sup>7</sup>Com essa lei, “o motorista que tivesse qualquer concentração de álcool por litro de sangue ficou sujeito às **medidas administrativas e penalidades**, previstas no artigo 165 da Lei nº 9503/97, como retenção do veículo até a apresentação de condutor habilitado, recolhimento do documento de habilitação, multa e suspensão do direito de dirigir por doze meses. O motorista que apresentasse concentração de álcool **igual ou superior a 6,0 dg/L** de sangue – o que corresponde à concentração alcoólica de **0,30 mg/L** no ar alveolar expirado (verificado no teste de etilometria/ bafômetro) – além das medidas administrativas e penalidades acima citadas, ficou sujeito à **pena de detenção de seis meses a três anos**” (DALBOSCO, DUARTE, 2013, p. 227).

<sup>8</sup>De acordo com o Art. 5º da Lei 11. 343, os objetivos do Sisnad são: “ I - contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados; II - promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país; III - promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios” (BRASIL, 2006).

A referida lei nasce, de acordo com Dalbosco e Duarte (2013), da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam outrora, que são as Leis nº 6.368<sup>9</sup> e a de nº 10.409<sup>10</sup>, as quais foram revogadas devido ao reconhecimento das diferenças entre o traficante e o usuário/dependente, ou seja, ambos passaram a ser tratados de maneira diferenciada e a ocupar capítulos distintos da lei. Pretende-se que atenção ao usuário/dependente seja direcionada à possibilidade de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés do aprisionamento, através, por exemplo, de advertências sobre o efeito das drogas, medidas educativas de comparecimento a programas ou cursos educativos, etc.

E por fim, e não menos importante, o Brasil no início do século XXI, passa também a dispor da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, a mesma passou por um processo de desenvolvimento que foi de 2001, no governo de FHC, e perdura até o ano de 2004, já no governo do Presidente Lula. Neste espaço, conforme Machado *apud* Marinho (2010, p. 34), “foram criadas condições políticas favoráveis à inclusão da abordagem do uso prejudicial e da dependência do álcool e outras drogas na agenda da saúde pública”.

Dentre estas condições, estariam, por exemplo, a questão do redirecionamento da área de saúde mental para atenção às pessoas com transtornos mentais decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas – como mencionamos no tópico anterior. E, além disso, outras medidas foram sendo incorporadas, como inclusão da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no SUS por meio de portarias ministeriais que normatizam alguns serviços e mecanismos de financiamento para efetivação desta, por meio da elaboração da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas. Como vimos, no Brasil,

[...] o enfretamento à problemática do uso de drogas teve, a princípio, um embasamento estritamente ligado à área jurídico penal, [...]. As ações governamentais pautavam-se mais na criminalização do uso, da produção e do tráfico do que na preocupação com a saúde pública (ESPÍNDOLA, 2013, p.15).

---

<sup>9</sup>A Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976, dispunha “sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências” (BRASIL, 1976).

<sup>10</sup>A Lei nº 10.409 de 11 de janeiro de 2002, dispunha “sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica [...]” (BRASIL, 2002a).

Mas, com a implantação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, publicada, mais precisamente, no ano de 2002 – e também das demais políticas direcionadas à questão das drogas e suas inúmeras faces – é possível observar um avanço de uma forma diferenciada de tratamento aos usuários de substâncias psicoativas, apesar de ainda ser insuficiente do ponto de vista qualitativo, visto que a legislação ainda não abarcou todas as ideias apresentadas na referida política (ESPÍNDOLA, 2013). Com esta, “o Ministério da Saúde assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública” (BRASIL, 2004, p. 9). O comprometimento com os princípios desta política de atenção a usuários de álcool e outras drogas requer:

[...] exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de "tratamento") baseia-se na associação drogas/comportamento anti-social (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência (BRASIL, 2004, p. 10).

É com base nessa estratégia de ultrapassar o modo de trabalhar a saúde de forma estreita, tendo a abstinência como único alvo, que essa política caminha em direção à chamada Redução de Danos (RD) – a qual vamos abordar de forma mais ampla no próximo capítulo – como “uma alternativa de enfrentamento às problemáticas derivadas do uso abusivo de drogas” (ESPÍNDOLA, 2011, p. 13).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a redução de danos obedece a “medidas com objetivo de prevenir ou reduzir as consequências negativas à saúde, associadas a comportamento de risco, como o uso indevido de drogas” (ESPÍNDOLA, 2011, p. 29). Assim, segundo a referida autora, o exercício da redução de danos vai além da redução de oferta de substância, visto que visa alternativas maiores, como o uso protegido ou menos danoso para o usuário.

Logo, na contramão do que ainda prevê, de um modo geral, a PNAD ao preconizar a ideia de uma sociedade livre de drogas – embora proponha diversos dispositivos importantes que contribuíram para avanços no que diz respeito às respostas do Estado brasileiro ao consumo abusivo dessas substâncias e à dependência química (OLIVEIRA, 2007) – a implementação dessa política (que se iniciou em 2004) se constituiu como primeira iniciativa do Ministério da Saúde em dar prioridade à assistência ao usuário de drogas, apreendendo

dois pontos que são o de intersectorialidade e integralidade de ações. Suas práticas devem estar ainda integradas às propostas elaboradas pela Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e Drogas do Ministério da Saúde e articuladas com as demais áreas deste (Ministério da Saúde).

Nessa perspectiva, o uso de álcool e outras drogas por tratar-se de um tema transversal a diversas áreas como a saúde, a justiça, a educação, “requer uma intensa capilaridade para execução de uma política de atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2004, p. 24). Ou seja, a articulação entre os diferentes setores da sociedade é primordial para que se tenha uma assistência integral a estes indivíduos. E para que isso seja possível, é preciso que se estabeleça a inserção de

[...] ações integrais nos mecanismos implementados pelo Sistema Único de Saúde em todas as esferas do governo, bem como a formulação de alternativas de sustentabilidade e de financiamento dessas ações e no repasse das experiências relativas às iniciativas de descentralização de atividades (BRASIL, 2003 *apud* MARINHO, 2010, p. 35).

No que diz respeito à ideia de controle social presente neste documento, a participação destes usuários na formulação de políticas públicas locais é de suma importância, visto que pode contribuir, por meio de planejamentos e execução de medidas, melhorias na qualidade de vida dos mesmos e conseqüentemente nos indicadores de saúde das esferas estaduais e municipais (BRASIL, 2003 *apud* MARINHO, 2010).

Esta política preconiza ainda o repasse de verbas da instância federal para as estaduais e municipais para investimentos em serviços substitutivos do hospital psiquiátrico (como vimos anteriormente), dentre eles encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Como aparelhos institucionais específicos de assistência a usuários de álcool e outras drogas tem-se os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas (CAPSad) regulamentado pela Portaria nº 816/GM baixada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002c). O mesmo tem como principal fundamento a diretriz clínica-política da redução de danos. Os CAPSad têm como finalidade

[...] trabalhar em rede com outros serviços socioassistenciais, de saúde, educação, cultura, assistência social e diretamente com a comunidade. Assistência prestada pelos CAPSad é territorializada e se dá no nível da atenção comunitária, com a proposta de uma convivência junto à comunidade e à família do usuário (ESPÍNDOLA, 2011, p.33).

Vale ainda ressaltar um importante fator no que tange à composição da equipe de profissionais nesse espaço e modelo de atendimento, a qual deve ser composta por uma equipe de caráter multidisciplinar como psicólogos, médicos clínicos, assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras e demais especialistas no campo de saúde mental. Em função das particularidades das necessidades de cada usuário que chega ao serviço, compete a estes profissionais traçar “um projeto terapêutico individual, com propostas de tratamento e encaminhamentos para demandas levantadas por ele [...]” (ESPÍNDOLA, 2011, p.34).

As políticas atuais sobre drogas devem utilizar-se dos novos serviços de saúde e saúde mental, bem como pelos muitos outros disponíveis na comunidade na qual o usuário está inserido. No entanto, Santos e Silveira (2013, p.13) alegam que

[...] mesmo com o Brasil tendo uma política nacional sobre drogas, assistimos a um rápido crescimento do consumo destas, o que mostra o quão insuficiente o papel do Estado se configura em relação a isso, com políticas públicas cada vez mais seletivas, fragmentadas e focalizadas.

Portanto, apesar de reconhecermos o importante salto dado com a instituição da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool – e de outras drogas e dos demais marcos legais sobre drogas explicitadas neste capítulo – também estamos cientes que é um caminho repleto de construções e com muitos avanços a serem conquistados no campo da própria política, visto que as políticas públicas brasileiras voltadas para a problemática das drogas encontram-se ainda desarticuladas e incipientes.

Logo, como enfatizamos de forma breve anteriormente, práticas de redução de danos foram inclusas nas ações voltadas à questão das drogas e passaram a contribuir no manejo dessa problemática, lançando um novo olhar sobre indivíduo usuário em detrimento da focalização apenas na substância psicoativa em si, e é sobre isso que iremos tratar no capítulo a seguir por meio da análise dos dados coletados no processo de investigação deste estudo.

## **CAPÍTULO III**

# **A Política de Redução de Danos: Um novo olhar sobre o uso de álcool e outras drogas**

### **CAPÍTULO III - A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: UM NOVO OLHAR SOBRE O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Neste capítulo, consideramos importante trazer algumas considerações acerca da Política de Redução de Danos (PRD) para melhor nos aproximarmos do objeto de nossa pesquisa. Posteriormente, apresentaremos as análises em torno dos dados coletados na pesquisa realizada com profissionais e usuários do CAPSad da cidade de Campina Grande – PB.

Desse modo, traçaremos inicialmente um breve perfil do serviço disponibilizado pela instituição, bem como dos sujeitos de nossa pesquisa. Em seguida, procuramos analisar as percepções dos profissionais e usuários a respeito de algumas questões que envolvem a dependência química, dando ênfase nas estratégias de RD, enquanto um conjunto de medidas de atenção a usuários de álcool e outras drogas aplicadas para minimizar os danos sociais e à saúde, advindos do uso prejudicial destas.

#### **3.1 Estratégias de Redução de Danos: uma aproximação ao tema**

O consumo de substâncias psicoativas vem crescendo ao longo da história, no entanto, um grande número de indivíduos faz uso destas de maneira esporádica, sem necessariamente provocar consequências nocivas. Uma pequena parcela destes passa a fazer o uso de risco e alguns se tornam dependentes. Os riscos envolvidos são de diferentes graus a depender do tipo de droga utilizada, das características biológicas e psicológicas do usuário e do contexto deste uso.

Considerando a diversidade existente entre as pessoas que usam álcool e outras drogas – aspecto primordial para o desenvolvimento de ações voltadas ao tratamento destas pessoas – as estratégias de redução de danos (RD) se constituem enquanto um conjunto de medidas de saúde pública direcionadas para minimizar os prejuízos decorrentes do uso abusivo de drogas, tendo como base os princípios da liberdade de escolha e da reflexão acerca do que é melhor para a saúde (de si), objetivando entender que nem todos os usuários conseguem ou desejam privar-se do uso de drogas (MELO JÚNIOR, 2011), trata-se de uma

[...] educação para autonomia, em que ao invés de se identificar qualquer tipo de uso com o uso dependente, esclarece-se as diferentes relações estabelecidas com a droga

e as diferentes possibilidades de ação educativa: no uso não-dependente, poder-se-ia se trabalhar a percepção dos riscos e acompanhamento, em vez de medicalização e ação policial; no uso dependente, dar-se-ia um apoio na formulação da demanda de tratamento e do encaminhamento, respeitando as particularidades, mantendo a relação de confiança e acompanhamento, desfazendo terrores e discriminações (ACSELRAD, 2000 *apud* MELO JÚNIOR, 2011, p. 27).

A expansão das estratégias de redução nessa perspectiva se deu de forma gradativa, em diferentes países. No início do século XX práticas de RD já vinham sendo desenvolvidas, mas em meados deste mesmo século as políticas voltadas para o usuário de substâncias psicoativas se resumiam a ações de cunho repressivo que tinham como objetivo “a diminuição da oferta de drogas pela repressão da produção, distribuição e consumo de drogas ilícitas. Essa estratégia foi denominada, no governo de Reagan (EUA), de Política de Guerra às drogas” (VINADÉ, CRUZ, BARBEITO, 2014, p. 95). Desse modo, as práticas RD mais efetivas surgiram como uma alternativa para as estratégias proibicionistas do tipo “Guerra às Drogas”.

Segundo alguns estudiosos, a RD surgiu na Inglaterra por volta de 1926, a partir da publicação do Relatório de Rolleston apresentado ao Governo, o mesmo foi elaborado por um grupo de médicos e “preconizava a prescrição de opiáceos para usuários dependentes de morfina ou heroína como tentativa de auxiliá-los a lidar com suas vidas de forma mais estável” (ANDRADE; FRIEDMAN, 2006 *apud* CHAIBUB, 2009, p. 159). De acordo com Fonseca (2012), naquela época se primava, bem como hoje, pela interrupção completa do uso de opiáceos como sendo a medida mais adequada a ser tomada. Porém, ao reconhecer que o uso desta substância estava associado às características de vida dos usuários, a prescrição médica proposta no relatório, poderia amenizar efeitos mais nocivos à saúde dos indivíduos envolvidos com a mesma.

Não longe de polêmicas esse projeto possibilitou a visão sobre a dependência de drogas sobre outra perspectiva, tratando-a em sua complexidade e com estratégias múltiplas e singulares. Posteriormente, tais estratégias foram desaprovadas por motivos de natureza político-partidárias, mas o Departamento de Saúde de Merseyside (região que comporta várias cidades) continuou com o projeto, o qual tornou-se referência na década de 1980 (CHAIBUB, 2009).

Em meados da década de 1980, com o aparecimento da epidemia da SIDA/AIDS e transmissão e disseminação do vírus HIV, bem como da Hepatite B (HBV), principalmente entre usuários de drogas injetáveis, medidas preventivas passaram a ser necessárias e com elas

estratégias de RD, “cujos resultados não dependessem exclusivamente da aderência dos pacientes aos tratamentos de abstinência” (FONSÊCA, 2012, p. 13). Dentre estas medidas, inicialmente, destacou-se a troca de seringas usadas por esterilizadas.

O primeiro programa de troca de seringas (PTS) ocorreu na Holanda em 1984, em combate à proliferação dos vírus HIV e HBV, também em usuários de drogas intravenosas, os quais exigiram do governo a disponibilização de serviços que minimizassem seus riscos de contágio com estes vírus, e logo se espalhou nos demais países do continente Europeu. Logo, essas ações foram o embrião para políticas de RD na abordagem do problema com as drogas em várias partes do mundo.

No Brasil as primeiras práticas de RD como estratégia de saúde pública foram adotadas no ano de 1992 na cidade de Santos-SP, também no período em que foram constatados elevados índices de infecção pelo vírus HIV e hepatite C, estes que se estendiam de forma mais ampla entre os usuários de drogas injetáveis (PASSOS, SOUZA, 2011).

Em 1994 o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) tornou disponível um parecer em que se mostrava a favor da realização de atividades de RD. Em 1995 em Salvador-BA foi criado o primeiro programa brasileiro, tendo como proposta inicial de intervenção o Programa de Troca de Seringas (PTSs). Neste sentido, a redução de danos

[...] foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 154).

Em 2002, no município de Santo André – SP, ações de RD foram sendo implementadas, o público em foco eram crianças e adolescentes em situação de exploração sexual e tais ações destacavam medidas de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, de redução de riscos e danos associado ao consumo de álcool e outras drogas, além de se serem vinculadas à rede de saúde e de engajarem usuários no trabalho de RD, os quais eram representados pelos agentes redutores de danos. As intervenções visavam a desinstitucionalização, primando por um modelo de atenção à saúde dos usuários baseada em um método territorial, substitutivo ao manicômio e da lógica da abstinência, a fim de tornar possível o que propôs a Reforma Psiquiátrica (MELO JÚNIOR, 2011).

Porém, mesmo com uma série de esforços para legitimar essas experiências de RD, o caráter de ilegalidade ainda lhe era atribuído, visto que houve repressão policial a estas

práticas e ações civis e criminais contra seus organizadores, declarando que esta era uma forma de incentivo ao consumo de drogas, o que provocou uma interrupção do projeto (MELO JÚNIOR, 2011).

Mas, com o passar dos anos, as ações de RD começaram a se firmar gradativamente e, em 2003, mais de 150 programas de RD estavam em funcionamento no Brasil, em parceria com o Ministério da Saúde, criados por associações como a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC) e Rede Latina Americana de Redução de Danos (RELARD). Junto a estes programas diversas leis foram sancionadas no país para regularizar a prática de RD. Dentre as atividades oferecidas inicialmente se incluíam (e ainda se incluem hoje), além da troca de seringas, a distribuição de preservativos e disponibilização de informações a respeito de como fazer o uso do equipamento de injeção com menos riscos de contaminação, bem como acerca de cuidados sobre a prática de sexo seguro, se detendo também a informações acerca de serviços de saúde como a “realização de exames e de tratamento para problemas clínicos e para a dependência de drogas” (CRUZ, 2013, p. 161).

Dessa forma, as estratégias de atenção à saúde para usuários de drogas passaram por um processo de avanços, no qual as ações de RD, a partir de 2003, “deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/Aids do Ministério da Saúde e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para atenção integral a Usuários de Álcool e outras drogas e da política de Saúde Mental” (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 154).

Com o lançamento da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas, em 2003 – a qual foi discutida no capítulo anterior – ao adotar a RD como estratégia para o tratamento de usuários pôs em evidência a ideia de que a abstinência não deve ser a única alternativa disponibilizada nos serviços de tratamento das drogas. O enfoque é voltado para a constituição de ações que transversalizam os serviços da rede assistencial do SUS, principalmente “os serviços de saúde mental (como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e os serviços de atenção primária à saúde (como a Estratégia Saúde da Família)” (FONSÊCA, 2012, p. 15).

Logo, esse processo de expansão e definição da RD “como um novo paradigma ético, clínico e político para a política pública brasileira de saúde de álcool e outras drogas” (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 154) nos possibilita compreender que as formas de enfrentamento da problemática das drogas, que tinham um enfoque policial e criminalizante muito presente

na história da saúde mental no Brasil, foram insuficientes para lidar com a mesma, evidenciando que medidas mais atuantes por parte do Estado eram necessárias (ESPÍNDOLA, 2011).

Por meio da institucionalização de uma nova tática, através da Portaria Ministerial nº 2197/2004, segundo Espíndola (2011), os programas que abarcaram a RD passaram a trabalhar mais precisamente com questões referentes à prevenção, ao tratamento e à assistência aos indivíduos usuários de drogas a partir de medidas que visam à diminuição dos danos provenientes deste uso, levando em consideração a possibilidade destes usuários alcançarem ou não a abstinência.

Em 2006, com a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, as ações voltadas à atenção ao usuário de álcool e outras drogas foram fortalecidas, visto que dentre seus elementos primordiais estão a intersetorialidade e a atenção integral, preconizando iniciativas preventivas e de RD que envolvam a co-responsabilização e a autonomia da população (PEREIRA *et al.*, 2010). Nesta perspectiva, a prevenção direcionada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como

[...] um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a diminuição da vulnerabilidade/redução dos fatores de risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente a inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis (BRASIL, 2004, p. 26-27).

Ao conceber as estratégias de RD como parte de uma política de saúde pública, outros avanços puderam ser vistos no âmbito dos direitos com a criação de outras legislações específicas que envolvem práticas de RD no Brasil, como, por exemplo, a Política Nacional Sobre Drogas, que dentre os seus objetivos está o de “reduzir as consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para as pessoas, a comunidade e a sociedade” (BRASIL, 2010b, p. 15). No tópico três dessa mesma política, intitulado de Redução de Danos sociais e à saúde, tem como orientação geral o seguinte pressuposto:

A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade (BRASIL, 2010b, p. 19).

A expansão do uso dessas estratégias de RD encontra, desde o seu início, forte oposição e se insere em um debate polêmico, visto que muitos desses opositores ressaltam a preocupação com a possibilidade de aumento do consumo de drogas e de doenças de contágio por via venosa e sexual, envolvendo essa questão em um debate moral em que só eram aceitas medidas que visavam uma sociedade livre de drogas, evidenciando a abstinência total e imediata para o indivíduo (VINADÉ; CRUZ; BARBEITO, 2014). Mas, indo de encontro a essas expectativas pessimistas,

[...] estudos científicos que se seguiram mostraram que a implantação dos programas de redução de danos não foi acompanhada de crescimento da soroprevalência do HIV. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, o número de casos notificados de AIDS entre usuários de drogas injetáveis maiores de 13 anos caiu de 4.092 (25,4% do total) em 1993 para 849 (7,7% do total) em 2007 (BRASIL, 2008 *apud* CRUZ, 2013, p. 162).

Outra questão importante a ser mencionada, a qual o referido autor também chama a atenção, é o fato de que nenhuma pesquisa constatou a relação de estratégias de RD com a ampliação do consumo de álcool e outras drogas. Desta forma, é preciso se ter bem claro que não se pode confundir essas estratégias como incentivo ao uso abusivo de álcool e outras drogas, visto que se trata de medidas de prevenção e que não é oposta à ideia da abstinência como um resultado ideal, mas que aceita alternativas que amenizem os danos para aquelas que permanecem fazendo o uso de drogas sejam elas lícitas e ilícitas, embora que tradicionalmente a RD tenha sido ligada a mecanismos adotados objetivando minimizar riscos oriundos do uso de drogas ilícitas. Assim,

Mais importante do que se colocar a favor ou contra [...] é compreender que os diferentes contextos exigem diferentes estratégias e perspectivas de trabalho. Dessa forma, a Redução de Danos se oferece como mais uma possibilidade de atuação dos profissionais de saúde que se deparam com a complexidade da prevenção do uso indevido e do tratamento da dependência química (VINADÉ; CRUZ; BARBEITO, 2014, 97).

Dentro dessa perspectiva de saúde pública, no que se refere à atenção primária, os autores anteriormente citados supõem que a estratégia de RD é uma das únicas capazes de adentrar de fato em todos os “círculos” onde estão as drogas, dadas as diferentes questões em que estas estão envolvidas. Logo, a Atenção Primária à Saúde torna-se terreno fértil para o desenvolvimento de ações voltadas às pessoas que usam drogas, visto que as equipes de

saúde, de forma cotidiana, partilham o território objetivo e subjetivo com os usuários atendidos, ao compartilharem de conflitos comuns (VINADÉ; CRUZ; BARBEITO, 2014).

No que diz respeito à atenção secundária, se destaca a importância dos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), dispositivo assistencial a usuários de álcool e outras drogas, lançado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 2004, o qual tem como principal fundamento a diretriz clínico-política da RD (como mencionamos no capítulo anterior). Os mesmos têm como “objetivo integrar redes de saúde, social, cultural e a comunidade. A base de sua assistência está na atenção comunitária, com ênfase na reabilitação psicossocial dos usuários” (VINADÉ, CRUZ, BARBEITO, 2014, p. 10). A abstinência nestes serviços, portanto, não deve ser tratada como a única meta a ser alcançada.

Portanto, para definição de estratégias de RD, é necessário que se considere, em linhas gerais, cinco princípios básicos: o primeiro coloca a mesma como uma alternativa de saúde pública aos modelos moral, criminal e de doença, do uso de drogas e da dependência química; o segundo diz respeito à compreensão da abstinência como resultado ideal a ser alcançado, mas que considera alternativas que reduzam os danos provenientes de um eventual uso continuado; o terceiro ressalta a RD como uma abordagem que nasceu de baixo para cima “baseada na defesa do usuário, e não como política de ‘cima para baixo’, promovida pelos formuladores de políticas de drogas” (FONSÊCA, 2012, p. 21). O quarto princípio destaca que esta deve ser promotora de serviços acessíveis e de pronto acolhimento; e por fim o quinto fundamenta-se nos princípios de experimentação empática versus idealismo moralista, visto que se enfatiza não o julgamento de comportamentos corretos ou errôneos, mas sim questões que fazem parte do cotidiano e práticas reais que envolvem a vida do indivíduo (FONSÊCA, 2012).

No entanto, aceitação e implantação dos princípios da RD no Brasil até hoje não ocorrem de forma serena, em função dos inúmeros entraves localizados para a sua efetivação. Deste modo, muitos projetos de RD permanecem sendo desenvolvidos à margem do SUS, desarticulados com outras instâncias e se deparando com oposições de setores do aparelho estatal que são a favor de uma política antidrogas via repressão. Sobre isto, Espíndola (2011, p. 31) atenta para o fato de que ainda

[...] há uma contradição entre a política proposta pelo Ministério da Saúde e o que apregoa a legislação que trata das drogas no País. Na primeira admite-se que RD é

uma estratégia considerável, já na legislação tem-se, em seu artigo 1º, que urge a necessidade de uma sociedade livre de drogas.

Nesse sentido, hoje tem se observado um retrocesso no que diz respeito ao problema histórico das drogas no Brasil, o discurso da mídia e do governo tem voltado a sua atenção a medidas autoritárias como forma de solucionar tal problemática. Dentre essas medidas estão os programas de internação compulsória e a forma como são geridos, apresentada como saída para combater o uso e abuso de drogas, principalmente o crack. O cenário brasileiro tem sido afetado por uma forte onda de violência, e as chamadas “cracolândias” – espaços em que ficam aglomerados crianças, adolescentes e adultos consumindo crack – dos centros das capitais tem sido alvo de tais medidas autoritárias, que consistem em ações do Estado voltadas para o recolhimento à força dessas pessoas para tratamento (BRITES, 2013).

Esse tipo de enfrentamento ao uso e abuso de drogas colide com a articulação intersetorial das políticas sociais. De acordo com Brites (2013),

Esse modelo proposto [...] ignora as determinações que dizem respeito ao modo como o indivíduo se relaciona com a droga, ao contexto sociocultural desse uso e à própria droga. O fenômeno do uso de drogas é histórico, complexo, multideterminado e depende de respostas das várias políticas sociais, e não de um só modelo que se baseia no isolamento e encarceramento do usuário. Além disso, a internação compulsória vem atender interesses econômicos e políticos do capital, uma vez que assume caráter higienista, porque se volta somente para os usuários de crack em situação de rua nas chamadas “cracolândias”, que em sua maioria são territórios de especulação imobiliária, de mobilidade urbana.

No recente contexto de Copa do Mundo, por exemplo, essas práticas ocorreram de forma ainda mais frequentes, tendo em vista que nas cidades sedes as ações do Estado para com as pessoas usuárias de álcool e outras drogas foram marcadas por inúmeras e graves violações de direitos humanos, ao retirarem estes das ruas de forma compulsória e superlotarem abrigos públicos, afirmando a histórica política de higienização das cidades e deixando de lado políticas públicas e sociais necessárias a um enfrentamento que não venha a ferir a liberdade e autonomia dos indivíduos (MOREIRA, LEAL, 2014).

Esse tipo de abordagem assume um direcionamento que vai, portanto, contra a proposta de RD, visto que esta pauta-se em três premissas básicas, como

1) O reconhecimento de que o uso de drogas faz parte da história da humanidade e que por isso dificilmente será extinto de qualquer forma de organização social; 2) Os danos que o uso das drogas causam consequências diretas para o usuário e também

para o meio onde se insere, entretanto, há formas de minimizá-los e até evitá-los; 3) [...] as políticas repressivas não só mostram pouco eficazes, como também reafirmam o estigma da marginalidade, afastando o usuário da sociedade e com isso aumentando as possibilidades de agravo à [...] saúde a [...] vida social (ESPÍNDOLA, 2011 p. 32).

O recolhimento e a internação compulsória afastam, portanto, o usuário do convívio social, além de reportar a ideia da criminalização do uso das drogas, não permitindo que o usuário participe da construção do seu tratamento. Segundo estudos, no Brasil, o grau de efetividade dessas ações chega apenas a 2%, ao passo que 98% das pessoas que são internadas de forma compulsória ao saírem passam por recaídas, pondo em cheque um verdadeiro retrocesso no que prevê a Reforma Psiquiátrica em relação ao usuário de álcool e outras drogas (SESOINTERVENTIVO, 2012).

Representa ainda, uma alternativa do Estado para legitimar, sob o ponto de vista penal, um comportamento “adequado” do sujeito à “uma sociedade supostamente consensual que hipocritamente defende a abstinência das drogas ilícitas, mas incentiva o uso e a venda das drogas lícitas, como o álcool e o tabaco” (BOITEUX, 2009, p. 21) – apesar de todas as políticas direcionadas ao enfretamento destas. Ao contrário disto, as estratégias de Redução de Danos, visam, como temos visto ao longo dessa discussão, um tratamento gratuito e voluntário em redes de saúde pública, ao compreender o usuário de drogas ilícitas como cidadão portador de direitos constitucionalmente garantidos.

Portanto, é visível que há décadas o proibicionismo e política de guerra às drogas que o rege não erradicou o consumo destas substâncias, “pelo contrário a guerra às drogas significa não a erradicação do uso de drogas psicoativas — meta inatingível — mas o banimento dos consumidores dessas substâncias para uma zona marginal, na qual os hábitos permanecem em modalidades pouco saudáveis, pois clandestinas” (RODRIGUES, 2003, p. 266).

Assim, para que não retrocedamos ainda mais a uma política repressiva, são necessários investimentos em políticas sociais que tenham como foco não a busca pelo banimento do uso de drogas, mas o seu mau uso, o qual pode acarretar significativas ameaças à vida e ao bem-estar do indivíduo e/ou da sociedade, com estratégias voltadas para a criação de vínculos de responsabilidade entre usuários e os profissionais da área, bem como para o fortalecimento das possibilidades de que os mesmos reconheçam o uso problemático das drogas e assim procurem o tratamento (BRITES, 2013).

Nesse sentido, se faz cada vez mais relevante que os profissionais que atuam nesta área, conheçam a proposta de RD e a complexidade da questão das drogas e seus processos de contínuas transformações. Esta política precisa ser apreendida e interpretada de forma clara pelos profissionais dos CAPSad, bem como os usuários dos serviços e pelos gestores – é justamente essa a questão que vamos discutir nos próximos tópicos, a partir da análise dos dados oriundos do nosso processo de investigação de campo e bibliográfico.

### **3.2 Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad) no município de Campina Grande – PB: traçando o perfil do serviço e dos sujeitos da pesquisa**

Os Centros de Atenção psicossocial são serviços constituídos por “uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente acompanhamento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes” (GARCIA *et al.*, 2013, p. 248). No que diz respeito às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o tratamento a estas está incluso na modalidade CAPSad. Neste sentido, o CAPSad é um

[...] serviço especializado em Saúde Mental que atende pessoas com transtornos decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas, oferecido gratuitamente pela Secretária Municipal de Saúde, tendo por princípio básico o tratamento do indivíduo e sua reinserção social. Seu público alvo são jovens e adultos de ambos os sexos, e o tratamento dá-se por meio do desenvolvimento de um projeto terapêutico elaborado pelos profissionais junto aos usuários de forma individual, no qual é estabelecido os dias e horários que os mesmos devem comparecer à instituição para participar das atividades oferecidas pela mesma, com o objetivo de integrar estes à sua família e à sociedade (SILVA, *et al.*, 2013, p. 5).

O CAPSad pesquisado para realização deste estudo, está localizado no município de Campina Grande – PB, na rua Arnaldo Albuquerque, número 80, no bairro do Alto Branco. A instituição foi inaugurada no ano de 2004 (SILVA, *et al.*, 2013). A dinâmica de funcionamento se desenvolve de segunda a sexta-feira, sendo a quinta-feira reservada para reunião dos profissionais e os demais dias são direcionados ao tratamento dos usuários, que acontece nos horários de 07h:00min às 17h:30 min. A equipe profissional é composta por assistentes sociais, cozinheiras, enfermeiras, médico clínico, médico psiquiatra, músico, profissionais de serviços gerais, psicopedagogas, psicóloga, técnica em enfermagem, técnicos administrativos e vigilantes (SILVA, *et al.*, 2013).

Logo, o funcionamento e as atividades da instituição em questão são organizados com enfoque de prover o acompanhamento destes usuários e de suas famílias, objetivando a construção de novos lugares sociais.

Nessa perspectiva, o atendimento às pessoas que usam drogas, segundo Cruz (2014, p. 177), no ponto de vista da atenção psicossocial, deve se firmar sobre o tripé “acolhimento, vínculo e corresponsabilização, como condição para o cuidado”. O acolhimento trata-se do momento no qual o usuário chega à instituição, sendo recebido pelos profissionais e é feito uma espécie de anamnese para coleta de dados acerca da história do mesmo, com o objetivo de facilitar o estabelecimento de um vínculo terapêutico. Isso inclui,

[...] aspectos objetivos e subjetivos. Dentre os aspectos objetivos está a existência de espaço adequado e acolhedor, os horários disponíveis e as práticas de registro. O mais importante é que todas as atividades de acolhimento incluam, efetivamente, os aspectos subjetivos indispensáveis, como a disponibilidade dos profissionais e a escuta atenta e empática (CRUZ, 2014, p. 177).

No que diz respeito ao vínculo, o mesmo é uma maneira de se relacionar através da qual ocorre a aproximação entre usuário e o profissional (e a instituição). De acordo com o autor outrora referenciado “vincular-se é um processo que requer o desenvolvimento de confiança, compromisso e respeito ao longo do qual o usuário constrói a convicção de que pode contar com a atenção e empenho do profissional” (p. 178-179). Ou seja, uma boa relação que pode fazer parte do dia a dia de, por exemplo, técnicos de referência (profissionais) e seus referenciados (usuários), em que os primeiros ficaram responsáveis pelo acompanhamento do segundo, por seu projeto terapêutico singular, pelo contato com a família e a avaliação das metas delineadas no projeto.

E por fim, o terceiro elemento que constitui o tripé da atenção psicossocial é o projeto terapêutico singular, o qual é definido no momento do acolhimento por meio de um consenso entre a equipe e o usuário. Neste processo, é necessário que se identifique as demandas do usuário e as propostas da equipe, tendo em vista que nem sempre elas são iguais, a fim de se encontrar um caminho viável para o desenvolvimento do tratamento (CRUZ, 2014).

Dentre os profissionais que compõem o quadro profissional do CAPSad do município de Campina Grande – PB, cinco foram participantes de nossa pesquisa, das áreas do serviço social, psicologia, psicopedagogia, música e enfermagem, todos com ensino superior. No que diz respeito à pós-graduação, 80% deles afirmam possuir, conforme a Tabela 1:

**Tabela 1: Profissionais do CAPS ad com Pós-Graduação**

<b>Possui pós-graduação:</b>	<b>Nº de profissionais</b>	<b>Percentual</b>
Sim	4	80%
Não	1	20%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

**Fonte: Pesquisa direta, 2013-2014**

Desses cinco profissionais entrevistados, dois estão na saúde mental no período entre um e dois anos, um atua nessa área há seis anos e outros dois há dez anos. No que diz respeito ao tempo em que os mesmos fazem parte da equipe profissional do CAPSad, dois deles responderam contando com o tempo de atuação em saúde mental, ou seja, entre um e dois anos, e três estão na instituição há, aproximadamente, seis anos.

Conforme os dados, grande parte destes profissionais possui um período de tempo significativo de atuação na saúde mental, somado ao período também de trabalho no CAPSad, o que pode vir a contribuir de forma positiva com sua prática na assistência aos usuários de substâncias psicoativas que estão em tratamento na instituição, apesar da rotatividade de profissionais na instituição ser fortemente presente que acaba impondo limites e desafios para o desenvolvimento dessa prática (como vamos notar no decorrer deste tópico).

Outro ponto investigado foi a formação específica do profissional para atuar na área de saúde mental ligada ao uso de substâncias psicoativas e, de acordo com a Tabela 2, apenas dois participaram, o que vale ressaltar ainda que a formação de um deles foi disponibilizada pelo município por meio de capacitações e o outro através de recursos próprios.

**TABELA 2: Profissionais que tiveram uma formação específica em saúde mental relacionada ao uso de substâncias psicoativas**

<b>Distribuição</b>	<b>Nº de profissionais</b>
Não participou	3
Participou	2
<b>Total</b>	<b>5</b>

**Fonte: Pesquisa direta, 2013-2014**

Diante destes dados, observamos o não investimento por parte do Estado ou do próprio município na formação especializada dos profissionais do serviço, investimento o qual seria extremamente necessário e importante mediante a complexidade na qual essa área está mergulhada, como temos visto ao transcorrer de nosso estudo.

Identificamos, ainda, por meio de outros dados, que, a partir do trabalho da equipe profissional a qual entrevistamos – e não só desta, mas de todo o corpo profissional – a rotina do CAPSad é bem dinâmica, em que são realizados acolhimentos, oficinas, atendimentos individuais, visitas domiciliares, articulação com outras instituições, como, por exemplo, os CRAS; além de reuniões familiares, atividades corporais, acompanhamento médico, entre outras atividades.

Logo, essas atividades se desenvolvem em função do tratamento de cada usuário de acordo com o projeto terapêutico desenvolvido, a partir do nível de necessidade destes, como mencionamos anteriormente, o qual pode ser classificado em intensivo (a partir de 12 frequências mensais), o semi-intensivo (abaixo de 12 frequências mensais) e não intensivo (abaixo de 4 frequências mensais) (SILVA, et al., 2013). Neste sentido, dos cinco usuários entrevistados durante nossa pesquisa quatro estão inseridos no projeto-terapêutico intensivo e um no semi-intensivo. Ou seja, 80% destes têm seu tratamento caracterizado como sendo intensivo, o que significa dizer que em sua maioria apresentam um grau de dependência “mais forte”.

Tais usuários tem um tempo entre sete meses e oitos anos de tratamento no CAPSad. De acordo com alguns relatos, este período foi marcado por abandonos e retornos ao tratamento. Quanto aos motivos mais frequentes pelos quais se deram estes afastamentos, alguns alegam questões profissionais, outros apontam a melhora em seu quadro de dependência. Nesta última verifica-se uma postura de otimismo que leva a acreditar não haver mais necessidade de tratamento, revelando a ausência de compreensão dos mesmos acerca da dependência química enquanto uma doença crônica que requer tratamento contínuo, como preconiza a Organização Mundial de Saúde.

Dentre os cinco entrevistados, os quais possuem idade entre 40 (quarenta) e 70 (setenta) anos, quatro são do sexo masculino e um do sexo feminino. Isso pode afirmar que o consumo prejudicial de drogas tem se tornado cada vez mais frequente em homens e mulheres, no entanto esse uso continua maior entre homens, visto que os mesmos,

historicamente, são mais propícios a terem um comportamento que pode levar a esse nível de uso.

No entanto, outro ponto que nos chama atenção, é que essa ausência de um número maior de mulheres entre os entrevistados (que também é uma situação que abarca toda a instituição como pudemos observar) pode representar o pouco desenvolvimento de programas específicos para estas no interior da instituição, já que, segundo Silveira (2013), as mulheres com problemas decorrentes do uso de substância psicoativas apresentam características e necessidades de tratamento distintos das dos homens, desse modo é essencial se “utilizar estratégias particularmente responsivas às necessidades das mulheres” (p. 86) na criação e implementação destes programas peculiares. Logo, o pouco estímulo a isso reflete na tímida presença destas em tratamentos do uso nocivo dessas substâncias e conseqüentemente acaba provocando o agravamento das repercussões negativas sobre a saúde física, psíquica e a vida social das mesmas.

Sobre o tipo de droga consumida entre os mesmos, a maioria faz uso apenas de álcool, conforme a Tabela 3 abaixo:

**TABELA 3: Tipo de droga que ocasionou a dependência**

<b>Dependência</b>	<b>Nº de usuários</b>	<b>Percentual</b>
Apenas de Álcool	3	60%
Álcool e outras drogas	2	40%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

**Fonte: Pesquisa direta, 2013-2014**

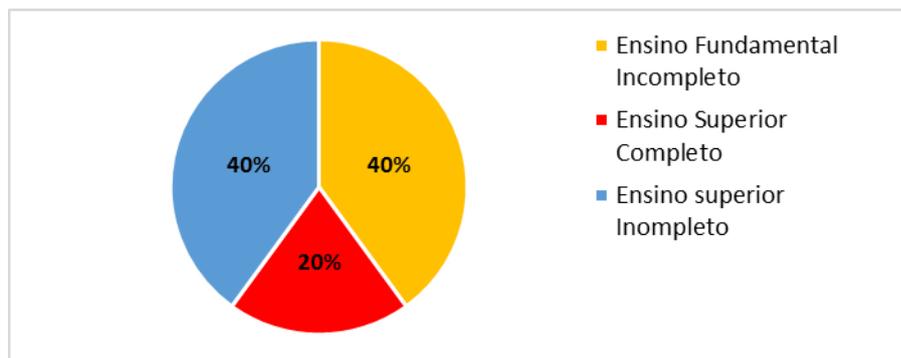
A dependência do álcool, comum a todos os usuários entrevistados, pode reafirmar o fato de que esta droga ainda é a mais consumida, enquanto uma droga lícita e que tem se constituído, em muitos casos, como porta de entrada para as demais. Segundo estudos realizados no ano de 2005 em 107 municípios do Brasil, por exemplo, “as proporções mais elevadas de quadro de dependência foram observadas no consumo de drogas: 12,3% para o álcool e 10,1% para o tabaco” (BASTOS; REIS, 2014, p. 116), por esse motivo o alcoolismo tem sido considerado um dos maiores problemas de saúde pública e tem originado uma série

de respostas políticas para o enfrentamento dos problemas decorrentes de seu consumo (BRASIL, 2004), mas ainda tem muito o que avançar.

No entanto, a procura por tratamento ainda é reduzida, possivelmente pela falta de entendimento do próprio álcool como droga, ou pela não aceitação da dependência enquanto doença. Tal posicionamento é grave, visto que o diagnóstico e tratamento precoces da dependência ao álcool são essenciais no prognóstico deste transtorno, podendo expandir-se em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2004).

Outro indicador importante para traçar o perfil destes usuários é o nível de escolaridade, como mostra o gráfico abaixo:

**Gráfico 1: Nível de escolaridade**



Fonte: Pesquisa direta, 2013-2014

Ao observarmos os dados presentes no gráfico acima, podemos observar que o percentual de 40% está presente tanto no nível de ensino fundamental incompleto quanto no de ensino superior incompleto, tal fato envolve a vida de muitas pessoas que fazem o uso nocivo de drogas, visto que muitos não conseguem ir adiante com seus planos, pois esse uso acaba, em muitos casos, ocasionando danos de diversas ordens, tanto no convívio social, na saúde física e/ou mental, entre outros. Isso tem tornado cada vez mais necessário o desenvolvimento de estudos sobre o tema, ligados a campanhas preventivas e à implementação de políticas públicas efetivas.

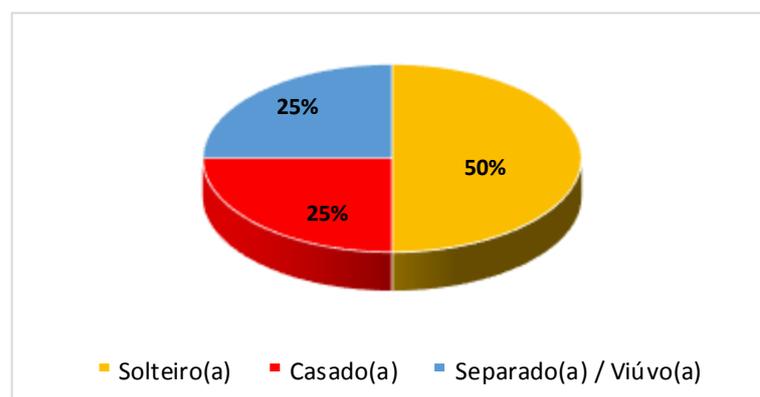
Esta discussão também acaba sendo observada no trato dos dados da Tabela 4, pois o desemprego está presente entre 60% dos usuários (como podemos ver abaixo):

**Tabela 4: Situação ocupacional**

Situação ocupacional	Nº de usuários	Percentual
Desempregado(a)	3	60%
Empregado(a)	1	20%
Aposentado(a)	1	20%
<b>Total</b>	5	100%

Fonte: Pesquisa direta, 2013-2014

E não é só o lado profissional da vida dos usuários que passa por mudanças e limitações, mas também a construção e preservação de vínculos afetivos e principalmente familiares. O gráfico abaixo pode evidenciar essa tese:

**Gráfico 2: Estado civil**

Fonte: Pesquisa direta, 2013-2014

Ao constarmos 50% dos entrevistados como solteiros e 25% separados/viúvos, pode significar que a maioria possui dificuldades de firmar laços familiares, pois o impacto que a família sofre com o uso problemático das drogas por parte de um dos seus membros é correspondente às reações que vão acontecendo com o indivíduo que faz o uso destas, ou seja, diante disto a mesma acaba tendo sua estrutura social, econômica e emocional comprometida. Por estes e por outros motivos, é “fundamental que as famílias sejam incluídas em programas de prevenção e de tratamento e incentivadas em seu protagonismo” (COSTA, 2014, p. 59).

Sobre a avaliação, por parte destes usuários, em relação ao serviço disponibilizado no CAPSad, a maioria demonstra confiança no mesmo, relatando justamente a relevância destas atividades para um desenvolvimento satisfatório de seu tratamento, evidenciando melhoras

significativas em seu quadro clínico, pessoal, profissional e psicológico. Como podemos observar nas falas abaixo:

[...] eu me sinto muito bem quando eu estou aqui, porque eu ‘empalho’ o tempo, paro de tá na rua diretamente. [...] pelo menos diminui né, dois dias aqui, três dias trabalhando e [...] na sexta, sábado e domingo eu tenho que me cuidar para não beber, [...]. Aqui todo mundo me encomenda, me aconselha que eu não beba que faz mal, que a pessoa continua fraco, que aquilo não vai levar a nada, que a pessoa termina ficando doente, ficando fraco, perde às vezes até os serviços [...] (USUÁRIO 1).

[...] Se eu não estivesse aqui eu já estaria debaixo da terra há muito tempo, eu já tentei suicídio quatro vezes [...] mas tá precisando de mais profissionais aqui [...] (USUÁRIO 2).

Eu só tenho a dizer que o CAPS é uma instituição que dá todo tipo de ajuda, é só a pessoa querer [...] a pessoa ter o interesse de seguir as orientações e ter força de vontade [...] fora a medicação que as pessoas nos auxilia e aos poucos pode ir saindo que é o meu caso, é atendimento psicológico, eu gosto muito das palestras [...] e é um incentivo para a gente [...] (USUÁRIO 3).

Antes eu estava desesperado, com vontade de abandonar o álcool, mas não tinha jeito, não tinha força de deixar, também é agora tá dando paz as minhas filhas, meus filhos, a paz que eu roubei deles [...] O que aconteceu de bom depois que tô aqui, é minha família toda feliz, meus amigos [...] que não queria ver eu bebendo, os vizinhos tudo me olhando de outro jeito, quando eu tô em casa sem fazer nada eles pedem pra eu ir na rua, para vir aqui no banco pagar alguma prestação deles [...] dando a confiança a mim [...] (USUÁRIO 4).

Depois que eu estou aqui, pelo menos da equipe eu recebi tudo que me era de direito para a gente ficar uma pessoa normal novamente, muito conselho, as psicólogas ajudando, enfim o pessoal todo da equipe do CAPSad que só querem o bem, nunca o mal [...] e tô satisfeito e vou ver se prossigo mais para frente para ver o que mais na frente eu consigo [...] deixar esse vício de eu beber [...] (USUÁRIO 5).

Apesar da avaliação do serviço constar em sua maioria como satisfatória, precisamos atentar para um fator importante ressaltado na fala do usuário 2, acerca da necessidade de mais profissionais na instituição, visto que em um determinado momento do período de nossa coleta houve demissão em massa destes, os quais tinham vínculo empregatício firmado por contrato temporário – situação de grande parte dos profissionais do CAPSad – tendo em vista que foi um período de troca de gestores pós eleições municipais. Logo, tal alteração não tem um caráter meramente político, mas também faz parte do processo de precarização do trabalho intrínseco ao sistema regido pela ordem do capital.

É da natureza do sistema capitalista sofrer crises periódicas. De acordo com Tonet (2009, p. 1), “a raiz mais profunda da crise que o mundo vive hoje está nas relações que os homens estabelecem entre si na produção da riqueza material” e esta, por sua vez, atinge as

diversas estruturas da sociabilidade capitalista. Ainda segundo o referido autor, as dimensões dos problemas relacionados à taxa de lucro – que é o real interesse do capital – e o seu tempo de duração são proporcionais à intensidade e ao prolongamento dessa crise, e na corrida do capital para adequar essas taxas aos seus interesses o mesmo recorrerá aos instrumentos necessários, dando origem à chamada reestruturação produtiva e ao neoliberalismo.

No contexto do ajuste neoliberal, iniciado na América Latina nos anos de 1970 e no Brasil na década de 1990 se estendendo até os dias atuais, agrava-se a histórica concentração de renda e supressão de diversos direitos já garantidos em lei. Este período também é marcado por “contrarreformas que impingiram perdas e derrotas aos trabalhadores, solapando condições de trabalho, demolindo suas estruturas organizativas, suprimindo direitos sociais e elementares condições de vida” (KOIKE, 2009, p. 11).

Na fase atual do capitalismo no campo específico do trabalho, há uma brutal ofensiva direcionada a este e impõe um domínio e uma subordinação maiores aos trabalhadores, suprimindo sua existência de classe (DIAS, 1999; GURGEL, 2003 *apud* KOIKE, 2009). Deste modo, há uma crescente diminuição do trabalho formal (diante das novas tecnologias e organização da produção) aumentando o desemprego e conseqüentemente expandindo o trabalho informal, e ainda a potencialização da implantação de formas diversas de subcontratação e terceirização da força de trabalho (TONET, 2009). Essa ofensiva afeta a vida do trabalhador em suas esferas, seja por meio da precarização de suas condições de trabalho com a retração de direitos trabalhistas, que reflete em suas condições básicas de vida, como saúde, educação, lazer, habitação entre outros. Ficando, portanto, a mercê da égide da liberdade de mercado e compressão da intervenção do Estado na prestação destes serviços, pois, como sabemos, enquanto estivermos sob essa sociabilidade o interesse que irá prevalecer é do capital.

Assim, esse caráter da terceirização e da subcontratação da mão de obra próprias do modelo neoliberal, que como vimos está presente entre esses profissionais da saúde mental, traz ao trabalhador instabilidades e acaba sendo fator de risco para fragilizar a efetividade do serviço prestado pelo CAPSad como, por exemplo, por meio da quebra de vínculos entre profissionais técnicos de referências e seus usuários referenciados, interrupções da continuidade de trabalhos realizados por determinados profissionais, sobrecarga de atividades para os que permaneceram na instituição e possivelmente o adoecimento físico e psicológico

destes, entre outros entraves, o que pode ter sido os motivos pelos quais a gravidade dessa questão foi percebida e sentida pelo usuário sujeito participante de nossa pesquisa.

Outra questão que acaba comprometendo o serviço, além dessa rotatividade, é que poucos profissionais foram contratados para substituição dessas demissões. Atualmente o CAPSad ainda continua com um quadro baixo de profissionais diante da demanda, dentre eles se encontram um psicólogo; uma enfermeira; um médico; duas psicopedagogas; duas técnicas de enfermagem; um músico; um coordenador e dois agentes administrativos. Neste sentido, podemos observar que tais dados ficam aquém do que se prevê, em relação a recursos humanos, a Portaria/GM nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002, em que propõe que uma equipe mínima para funcionamento de um CAPSad para atendimento de vinte e cinco pacientes por turno, tendo como limite máximo quarenta e cinco, deve ser composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra; b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002b).

Logo, os CAPS são importantes espaços de atenção integral a pessoas com transtornos mentais, como temos observado ao longo de nossa pesquisa. Deste modo, pelo fato do profissional de serviço social trabalhar nas múltiplas expressões da questão social e de estarmos produzindo um estudo da área de Serviço Social, achamos importante evidenciar a sua atuação nestes espaços – somado ao preocupante caso da ausência do mesmo no CAPSad de Campina Grande- PB atualmente. Sabemos, portanto, que este tem um papel diferenciado nestes espaços junto à equipe multiprofissional dos CAPS, visto que, de uma forma geral, o objetivo da profissão é de contribuir para a construção de respostas às expressões da questão social, intervindo junto com os cidadãos na busca de viabilização do acesso aos seus direitos, como: de saúde, assistência, entre outros, realizado via políticas sociais.

No caso do CAPS-ad em questão, o trabalho que era desenvolvido, de acordo com nossas observações, pelos(as) assistentes sociais era de extrema importância, pois a visão crítica que norteia a atuação dos mesmos contribuía para se enxergar além das aparências, procurando compreender as problemáticas originadas a partir do consumo de drogas na vida dos próprios usuários e de seus familiares, auxiliando-os durante o tratamento no âmbito da

saúde e saúde mental a luz do pressupostos da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que essa problemática é uma das expressões da questão social latente em nossa sociedade.

Deste modo, o trabalho desses profissionais e dos demais profissionais da saúde mental torna-se “relevante, se não determinante, na transformação das relações cotidianas nos serviços de saúde mental, tanto no que se refere à concepção e compreensão da loucura - hoje, sofrimento psíquico – quanto na concepção das novas práticas institucionais” (PATRIOTA, 2011, p. 3).

Nesta perspectiva, o processo de formulação da regulamentação da estratégia de RD sociais e saúde como política em nível federal no período compreendido entre 2004 e 2005 que resultou na criação da Portaria/GM nº 1.028 - de 1º de Julho de 2005 prevê ações e medidas que, embora não sendo exclusivos da área de Serviço Social, dispõem competências e habilidades as quais o assistente social pode exercer, visto que a sua formação o possibilita atender a determinadas requisições decorrentes deste marco legal, como, por exemplo:

Art. 5º Estabelecer que a oferta de assistência social e à saúde, na comunidade e em serviços, objetive a garantia de assistência integral ao usuário ou ao dependente de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.  
Parágrafo único. São ações necessárias na oferta de assistência social e à saúde, [...]:  
V - a orientação para o exercício dos direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição Federal e quaisquer outros relativos à manutenção de qualidade digna da vida (BRASIL, 2005).

Mas, é justamente diante de um cenário de precarização do trabalho, que envolve a dinâmica da instituição (CAPSAD – CG) que o desenvolvimento de todas essas e de outras práticas podem estar comprometidas, e conseqüentemente a fragilidade do trabalho interdisciplinar, isto é, não só pela ausência do assistente social, mas dos demais profissionais de outras áreas.

### **3.3 Concepções e práticas dos profissionais e usuários do CAPSAD de Campina Grande – PB, em torno da Política de Redução de Danos em álcool e outras drogas (PRD)**

Como sabemos e temos mencionado reiteradas vezes ao longo de nosso estudo, o consumo de substâncias psicoativas, enquanto produtos que alteram os estados de consciências das pessoas, é um fenômeno que tem acompanhado a civilização ao longo da

história. Contudo, o padrão de uso irá sempre ser expressão do contexto cultural e as características desse consumo tem mudado nas últimas décadas, tornando-se problemático.

Deste modo, o trato dado à questão do uso destas substâncias também foi passando por processos de mudanças no Brasil e no mundo, após muitas lutas, uma ênfase maior foi dada ao cuidado das pessoas que apresentam problemas com as drogas, pois ao invés de centralizar a atenção apenas na substância em si, essa questão foi posta no campo da saúde pública com a Reforma Sanitária, e posteriormente a Reforma Psiquiátrica, por meio da criação de estratégias de cuidado para com essas pessoas no interior das Políticas Públicas sobre drogas, apesar da ainda coexistência de uma vertente repressiva e moralizadora em torno dessas práticas.

Nesse sentido, iremos tentar compreender um pouco a respeito da complexidade que gira em volta do fenômeno das substâncias psicoativas na sociedade contemporânea, por meio da análise das percepções dos profissionais e usuários sujeitos de nossa pesquisa acerca da Redução de Danos como um “novo” paradigma de atuação com dependentes químicos, tendo em vista que um CAPSad, de acordo com as diretrizes que o normatiza, precisa ter estas como um de seus pilares.

Inicialmente, convidamos os mesmos a exporem a sua opinião sobre o uso de drogas e suas consequências. No caso dos profissionais, o uso de drogas foi reconhecido como um sintoma social que faz parte da história da humanidade desde os primórdios, e ainda como parte de uma questão complexa em que o sentido dado a esta vai variar de pessoa para pessoa, bem como os resultados decorrentes do seu uso, os quais são diversos, devastadoras e terríveis, dentre elas foram citadas violência, criminalidade, problemas de saúde (sequelas físicas, mentais e emocionais) e profissionais, desestrutura familiar etc, ou seja, consequências de cunho psicológico, social e econômico. Essas e outras concepções fizeram parte das respostas dos profissionais, como podemos ver nos relatos a seguir:

[...]num contexto mais geral drogas são mais aquelas que as pessoas consideram lícitas ou ilícitas [...] que terminam perturbando de alguma forma seu sistema nervoso, seu comportamento, você não age normalmente [...] as consequências vai depender de indivíduo para indivíduo, vai depender da droga que a pessoa tá usando, do grau se a pessoa tá fazendo o uso da droga por diversão, se a pessoa tá fazendo abuso da droga, se a pessoa tornou-se dependente [...] é muito relativo. Por exemplo, o uso do álcool que é considerada lícita, que é vendido em supermercado, a mídia propaga quase diariamente [...] e algumas pessoas abusam do uso e acabam provocando acidente a terceiros [...] ferir terceiros ou a si mesmo [...] hoje a gente sabe que uma das drogas consideradas mais perigosas é o crack [...] e as consequências sociais são terríveis [...] (PROFISSIONAL 1).

Eu me preocupo muito com essa questão [...] E as consequências [...] são devastadoras [...] você ter que estar provando a todo tempo, dia a após dia que você está se reabilitando, que as pessoas podem confiar em você. São muitas questões, então é complexo e precisa se levar em consideração a subjetividade daquele sujeito também [...] (PROFISSIONAL 2).

A gente sabe que é prejudicial demais, a gente trabalha não na política de diminuir ou de substituir, a política aqui é zero mesmo, [...] a gente como técnico de referência adequa cada usuário as suas atividades, a gente vê em qual mais ele se encaixa [...] (PROFISSIONAL 3).

Eu acho que a droga é um sintoma social, ela faz parte da história da humanidade desde os primórdios, mas eu acredito que além dessa função social e coletiva do uso da droga, existe um sentido particular pra cada usuário que busca o uso da droga, eu acredito que mesmo no grupo que a gente atende aqui no CAPSad que parece ser homogêneo cada um tem sua história de uso da droga, cada um teve um motivo para buscar o uso da droga [...]As consequências são diversas, não só físicas em relação a saúde, mas também emocionais e sociais [...] (PROFISSIONAL 4).

Não é fácil, é um desafio constante e ultimamente tem sido mais difícil, porque está muito exposto em todo lugar e as consequências são horríveis que a gente trabalha aqui e vivencia que eles tentam, é um desafio diário e não conseguem, principalmente com o crack que não consegue se libertar. É muito difícil e as consequências é mais assim o lado família, acabando perdendo família, afeta o lado profissional, então a vida do ser humano destrói, [...] sem falar no comprometimento clínico [...] (PROFISSIONAL 5).

A partir das falas, podemos observar que estas acabam se dividindo em dois tipos de discurso, o primeiro gira em torno da singularidade do sujeito em relação à droga, reconhecendo a mesma como parte de um processo histórico, cultural e social, como é o caso das falas dos profissionais 1(um), 2(dois) e 4(quatro); e o segundo se detém a uma ideia de cunho moralizador e repressivo, dando a substância química plenos poderes, como se fosse em si mesma o problema e centralizando suas atividades de cuidado na abstinência como único objetivo, como vimos no relato do profissional 3(três), e também no do profissional 5(cinco), embora mais discretamente.

A partir disso podemos observar também que é o segundo discurso que tende ainda a dominar programas preventivos e assistenciais do cuidado, refletindo a “direção assumida pela política nacional antidrogas, e servem de reforço para a qualificação moral, o preconceito e o horror ao “drogado” e às suas famílias” (GANC, 1999 *apud* VELOSO; CARVALHO; SANTIAGO, 2007, p. 166), apesar de todos os avanços promovidos pela implantação de algumas políticas públicas sobre drogas, como vimos no capítulo anterior.

No que diz respeito à percepção do usuário sobre o uso de drogas e suas consequências, os mesmos, em sua maioria, de forma bem objetiva e superficial, o

reconhecem como algo ruim. Outros consideram como algo que promove alegrias e prazeres apenas momentâneos, mas que na verdade é um grande causador de problemas, chegando a associar esse uso à morte precoce e acreditando que sua ausência alongaria a tranquilidade e até os dias de vida do indivíduo. Os mesmos também citam como consequências deste uso: desagregação familiar, perdas profissionais, além de malefícios para a saúde. Estes aspectos podem ser verificados nas seguintes falas:

[...] acontece coisa ruim, toda vez que bebe sempre acontece uma coisa ruim, desagradável [...] porque eu tinha minhas coisas [...] (USUÁRIO 1).

[...] um irmão que eu tive ele começou a fumar cigarro com treze anos o final dele foi que mataram ele [...] que ele usava de tudo, fumava crack, maconha e era alcoólatra também, aí no final de tudo perdeu a vida, ele procurou [...] e perdeu também o respeito [...] dos dois filhos [...] as consequências não são muito boas não (USUÁRIO 2).

No meu caso foi principalmente a saúde, porque nunca interferiu no meu trabalho, eu sempre soube conciliar [...] (USUÁRIO 3).

As consequências foi eu na minha infância meu pai tinha uma casa de negócio lá em Serra Redonda e ele bebia e de manhã chegava muita gente pra beber amigo dele, e eu sentia aquele cheiro [...] eu com seis anos [...] e meu pai deu as costas e eu peguei um copo de cana e bebi [...] e desceu, [...] ai quando tinha uma festinha e um aniversário eu procurava beber aquele licor, ai fui aumentando e quando chegou em 72 eu já era um alcoólatra, já estava com quatorze anos [...] perdi meus estudos, perdi um trabalho muito bom no Banco Nordeste [...] e outros problemas que eu criei pra minha esposa, minhas filhas [...]e aconteceu de muito álcool quando eu cheguei a cinquenta anos comecei a sentir disfunção erétil [...] (USUÁRIO 4).

[...] é uma alegria, aquele momento que tá usando a droga, que no meu caso que é o álcool, se contenta com aquilo ali, numa festa num prazer, isso tudo causa aquele ato que é usar aquele álcool, aquela droga [...] sem a droga seria muito melhor (USUÁRIO 5).

De acordo com Veloso, Carvalho e Santiago (2007, p. 166-167), coexiste um ponto de vista em que “a noção de droga aparece como uma espécie de ‘inimigo externo’, que ‘corrompe a moral’ da sociedade, corrói o corpo e as relações”. Ainda conforme estas autoras, em sua identidade arranhada de drogado, o sujeito é privado de seu lugar de protagonista social e de sujeito de ação, em que “atribui-se apenas ao uso da substância (droga) todos os danos e riscos; toda a carga negativa encontra-se relacionada ao produto” (p. 167); e esta ideia pode ser vista nos discursos dos usuários entrevistados, bem como no de alguns profissionais – como citamos anteriormente.

E foi a partir de aspectos amplos e intrínsecos a essa problemática que a atual política de atenção ao usuário de drogas foi desenvolvida, objetivando reconhecer a questão das

drogas como sendo um grave problema de saúde pública e também superar esse caráter subjetivo que é dado a pessoa que sofre com o mesmo. Deste modo, achamos necessário investigar os conhecimentos dos profissionais entrevistados acerca desta política.

Assim, indagados sobre a Política de Atenção Integral a Usuários de álcool e outra drogas lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, um(a) dos(as) profissionais relatou que trata-se de uma política que prevê alguns dispositivos, como controle social, democratização de informações, organização de pessoas, os quais são voltados para usuários de álcool e outras drogas, abordando também a questão da prevenção e promoção a saúde.

Outro a associou a uma tentativa de fazer a desinstitucionalização do usuário em hospitais psiquiátricos, com o objetivo de oferecer para ele um tratamento integral. A maioria citou dentre os serviços responsáveis por essa assistência os CAPS, a emergência psiquiátrica, entre outros. Sobre isto, achamos pertinente destacar uma parte da fala de um dos profissionais entrevistados, que diz o seguinte:

[...] uma rede de atenção psicossocial, com o objetivo de não só oferecer um atendimento mais humanizado, mas também de oferecer algumas saídas para uma ressocialização, então eu acredito muito nessa política. Porém, a desinstitucionalização não deve acontecer apenas na estrutura física de mudança de local de atendimento, mas também nas nossas práticas, no paradigma que a pessoas tem em relação ao acompanhamento do usuário de saúde mental, porque não é estar no CAPS que faz dele desinstitucionalizado, às vezes ele troca só o hospital pelo CAPS e acaba também ficando dependente desse CAPS, sem ter desenvolvido os recursos necessários para enfrentar novamente a sociedade, para voltar para o mercado de trabalho [...] (PROFISSIONAL 4).

Neste sentido, a fala acima destacada estaria em consonância com o processo de desinstitucionalização advindo do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil e com novos direcionamentos dados à assistência aos dependentes químicos – com a implantação, por exemplo, de CAPSad na rede de atenção especializada em Saúde Mental em substituição ao modelo assistencial vigente nessa área – em que não se resume à extinção dos manicômios, mas se baseia essencialmente na desconstrução e construção de novos conhecimentos no âmbito da Saúde Mental. Nas palavras de Rotelli (1994) *apud* Sousa, et al. (2013, p. 76) “significa, entender a instituição no sentido dinâmico e complexo das práticas e saberes que traduzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com fenômenos sociais e históricos”.

Nessa perspectiva, grande parte dos profissionais entrevistados considera a política ampla e a vêem como um avanço. No entanto, evidenciam que sua aplicação na prática é pouco exercida e que há muito a se aprimorar. Outros alegam que já ouviram falar, mas não expuseram um conhecimento consistente sobre a mesma, como podemos ver a seguir

[...] é isso que a gente tem, os CAPS [...] é como eu te disse, são esses trabalhos que nós temos aqui [...] (PROFISSIONAL 3).

Já ouvi falar, mas na prática não (PROFISSIONAL 5).

Observamos ainda que a referência feita, por exemplo, pelo profissional 3(três), se limita aos dispositivos de atenção ao usuário de drogas. Tais concepções podem ter ligação com desafios que ainda precisam ser superados na área de saúde mental, que vão da desconstrução do estigma da loucura e os obstáculos para se alcançar a dita inclusão social das pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, até a falta de investimentos por parte Estado em capacitações desses profissionais, como discorremos no tópico anterior. Outra questão levantada entre estes profissionais foi relação entre a política e o exercício do trabalho em rede na prática, vejamos a fala:

[...] acho que o que perde mais em relação à política, é a rede que não funciona, [...] pelo fato da rede não funcionar a impressão que a gente tem é que o dinheiro do SUS está sendo mal aplicado (PROFISSIONAL 1).

A fala acima ratifica a necessidade e a importância do funcionamento de um trabalho em rede de atenção, prevista na atual política, a qual pretende possibilitar alternativas de lidar com o problema, já que ela “cria acesso variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso da droga, destrói a vida” (BRASIL, 2004, p. 11). A mesma (rede) deve articular profissionais, familiares e organizações (governamentais e não-governamentais) em uma interação contínua e apoio mútuo. Essa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria nº 3.088 – de 23 de dezembro de 2011, prevê, portanto, a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde capazes de acolher pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS – como vimos no capítulo 2. Dentre as diretrizes presentes no Art. 2º desse documento estão:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; [...] IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; [...] VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; [...] (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, constitui-se compromisso necessário por meio do Ministério da Saúde e demais gestores, a criação e a manutenção de equipamentos, a qualificação de seus profissionais, a formulação, execução e avaliação de políticas de saúde com as demais áreas. É também compromisso do SUS o fortalecimento de seu caráter de rede, estimulando articulações entre os seus mais diversos tipos, visto que a garantia do acesso aos serviços e participação do indivíduo nos mesmos são direitos previstos nos princípios adotados neste sistema de saúde (BRASIL, 2004).

É fundamental, portanto, que profissionais de saúde que lidam com o tratamento do uso problemático dessas substâncias, estejam cientes dos aspectos que abarcam a Política de Atenção Integral à Usuário de Álcool e outras Drogas, visto que esta (política) prevê o usuário enquanto cidadão autônomo, com direito a possuir um atendimento integral e intersetorial. A ausência desse entendimento, pode levar a “uma prática alienada, acrítica e pouco efetiva, considerando o grau de complexidade da problemática que envolve o uso abusivo de drogas” (MARINHO, 2010, p. 110).

A adoção da RD, como uma estratégia de tratamento para o usuário de álcool e outras drogas e de saúde pública também é umas das premissas dessa política, apesar de ser repleta de contestações em vários países. Nesta perspectiva, indagamos os profissionais entrevistados sobre seus conhecimentos a acerca da mesma.

Alguns relatam que a redução de danos na realidade é um dispositivo que permite ao usuário, se ele quiser, não deixar de usar a droga, é um direito dele, mas é preciso que fique claro que mudanças no uso destas venham a ser reais, e para isso é necessário que o Estado promova medidas concretas que possam evitar que a dependência química desse usuário lhe traga mais malefícios, ou seja, medidas que visem de fato a promoção da saúde como um todo.

Segundo Veloso, Carvalho e Santiago (2007), ao pensarmos numa perspectiva de RD como uma proposta alternativa ligada ao conceito de prevenção do uso abusivo de drogas estamos também nos preocupando em situar os distintos tipos de relação destes (usuários)

com a droga e as diferentes e possíveis formas de ação educativa. Estas autoras, dizem ainda que “falar em redução de danos decorrentes do uso de drogas, num contexto contemporâneo e crítico, pressupõe respeitar diferenças, garantir direitos de cidadania e olhar para uma perspectiva de educação para autonomia” (p. 172).

Estes (profissionais, sujeitos de nossa pesquisa) se preocuparam ainda em diferenciar a RD da abstinência total, mas lembram que em algumas vezes muitos usuários precisam começar na RD para conseguir chegar ao suposto ideal de abstinência, ou seja, utilizá-la, por exemplo, em um vínculo terapêutico inicial para um usuário que acaba de chegar no tratamento, desde que o dependente tenha optado por isso.

A abordagem da abstinência total de drogas se diferencia da redução de danos, justamente por esta última não impor a primeira como objetivo para todos e por confiar na possibilidade de capacidade da autodeterminação dos sujeitos e em alternativas flexíveis (ERWING, BASTOS, 2000 *apud* VELOSO; CARVALHO; SANTIAGO, 2007).

Uma profissional ressaltou ainda que para um bom funcionamento dessa política de RD, é necessário que se tenha

[...] uma rede maior intersetorial que possa dar conta dos problemas que envolvem o uso de droga [...] e que [...] esse usuário [...] tenha também o entendimento a partir da responsabilidade que ele tem a partir dos atos dele, que ele pode até adotar estratégias de redução de danos desde que aquele comportamento que ele optou de continuar a fazer o uso da droga não venha prejudicar outras pessoas na sociedade, [...] (PROFISSIONAL 4).

Podemos ver, portanto, que mais uma vez, surge entre as falas dos profissionais entrevistados, a necessidade do desenvolvimento de uma rede intersetorial bem articulada. O que nos leva a observar que a mesma encontra-se ainda fragilizada no que diz respeito a dinâmica de atividades e serviços realizados no CAPSad, comprometendo o planejamento, execução e políticas setoriais complementares para o atendimento dos usuários em tratamento, impossibilitando, muitas vezes, a superação da fragmentação do cuidado.

Logo, a intersetorialidade, é um dos preceitos destacados na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Droga, que visa a articulação dos CAPSad e outros dispositivos de diferentes áreas. Segundo a política, essa integralidade das ações, requer:

1. Construção de oportunidades de inserção das ações nos mecanismos implementados pelo Sistema Único de Saúde – SUS nestas esferas de governo; 2. A formulação de alternativas de sustentabilidade e de financiamento das ações; 3. O repasse das experiências relativas às iniciativas de descentralização e de concentração de atividades e de responsabilidades obtidas por estados e municípios; 4. Processos de formação e capacitação de profissionais e de trabalhadores de saúde, com amplo investimento político e operacional para a mudança de conceitos (BRASIL, 2004, p. 24-25).

Já, outros profissionais, acreditam que é uma política interessante, contudo explanaram pouco a respeito, além de um deles não conseguir diferenciar de forma precisa a abstinência de redução de danos, como exemplifica as declarações a seguir:

Essa questão da redução de danos, a gente tem uma oficina que é ministrada por (nome de uma profissional da instituição) [...] existe e está sendo bem aceito mesmo, está dando muito certo, acho que quem poderia explicar melhor seria ela [...] (PROFISSIONAL 3).

Assim aqui no nosso trabalho, a gente enfatiza muito a redução de danos, fazendo com que o usuário naquele período que está em atividade, está em atendimento já está sendo uma redução, já está deixando de fazer uso [...] o que é bem complexo, porque a gente não trabalha vinte quatro horas [...] Assim, pra ser sincera, a gente não tem no dia a dia um resultado eficaz não [...]mas dessa forma aqui é bem difícil [...] eles até verbalizam usei antes de ontem, não usei hoje, mas sempre usam, reduz alguma coisa, mas não é uma redução cem por cento não [...] (PROFISSIONAL 5).

A fala do profissional 5(cinco), revela uma certa contradição, visto que ao mesmo tempo que se tem uma alusão ao desenvolvimento da RD no seu cotidiano profissional, ainda que incipiente, o profissional acaba confundindo RD com abstinência, ao alegar que o serviço não se torna eficaz pois os usuários não tem alcançado uma “redução cem por cento”, e assim ver na abstinência, por si só, a resolução do problema da droga, bem como se, o funcionamento da instituição de tratamento, no caso o CAPSad, fosse de vinte quatro horas, o que pode ser um discurso que se caracteriza como um retrocesso, ao acreditar em tratamento centrado apenas no CAPSad, sem fazer menção ao trabalho em rede que vai além do espaço físico da instituição.

Esta reflexão pode ser fruto da influência que a política americana anti drogas exerceu e ainda exerce sobre o Brasil, a qual é baseada no critério “tolerância zero”. Nos Estados Unidos, por exemplo, a abstinência é considerada um pré-requisito para o desenvolvimento de um tratamento, visto que a maioria dos programas recusa-se a acolher pacientes que ainda estejam fazendo uso de drogas (ANACLETO, 2011; ANDRADE, 2010; SODELLI, 2009 *apud* FONSÊCA, 2012). Seguindo esse “padrão tradicional”, muitos profissionais de saúde

receberam e ainda recebem formações em que vê a cura como sinônimo de abstinência (ALMEIDA, 2003 *apud* FONSÊCA, 2012).

Por outro lado, se sabe que a austeridade e o controle por si só no que diz respeito às drogas tidas como ilícitas não tem evitado o consumo, pelo contrário, essa criminalização acarretou efeitos devastadores e tem prejudicado de forma significativa as políticas de prevenção, pois acabam estigmatizando e distanciando o usuário dependente e até diminuindo as possibilidades do mesmo procurar tratamento em instituições públicas de saúde (VELOSO; CARVALHO; SANTIAGO, 2007).

No que tange as percepções dos usuários entrevistados acerca de seus conhecimentos sobre da RD, as mesmas se deram por meio de falas rápidas e objetivas. Ao serem perguntados se já tinham ouvido falar sobre isto, dos cinco entrevistados, três disseram conhecer e tê-la como sua experiência de tratamento, já outro disse nunca ter ouvido falar e outro não soube expor uma ideia articulada a respeito, como podemos ver nas falas expostas abaixo:

Eu não sei nem o que é isso, [...] nunca ouvi falar (USUÁRIO 1).

Já [...] Eu sei o que o álcool pode fazer, o cigarro, a cachaça [...] e eu sei também que no momento que estou usando o remédio eu não poderia estar usando o álcool porque inibe o efeito do remédio [...] (USUÁRIO 2).

Tenho o conhecimento e tenho experiência própria, vou partir do princípio quando eu resolvi parar de beber não consegui só e foi o caso da pessoa ficar perturbado com aquela vontade [...] ai foi que eu vim para o CAPS e que eu entendi que nem pra parar a pessoa pode parar de uma vez, tem que ir reduzindo, diminuindo aos poucos e ai o caso da pessoa ter ajuda e a família também é parte fundamental (USUÁRIO 3).

A pessoa vem no vício, vai diminuindo, procurando deixar ou deixar de vez, porque vai melhorar sua situação financeira [...]eu fazendo as contas [...] oito reais e cinquenta centavos foi o gasto depois que deixei de fumar e de beber [...] foi uma redução de danos muito grande [...] e todo esse dinheiro que eu gastava lá, eu compro todo de fruta, dou dinheiro aos meus netos [...] reduzi muitas coisas (USUÁRIO 4).

Na minha mente é reconstruir o que você perdeu antes, você teve uma perda quando você tava no álcool [...] ai você vai sair do álcool e você vai trabalhar e reconstruir novamente tudo de volta tudo que você perdeu [...] só é ter fé em Jesus e trabalhar (USUÁRIO 5).

As falas evidenciam que a forma como os usuários concebem a RD, muitas vezes, tem ligação direta com a forma com que os profissionais a utilizam em sua prática de trabalho. Um exemplo disto é o reconhecimento da RD como caminho para se chegar à abstinência,

mencionada tanto na fala de alguns profissionais quanto na de alguns usuários participantes de nossa pesquisa.

Essa concepção pode até não ser considerada inadequada por si só, no entanto, torna-se uma questão preocupante, quando observamos que alguns a compreende enquanto uma forma de se chegar exclusivamente a abstinência, apesar de felizmente alguns citarem alguns danos que foram de fato reduzidos, como a melhora da situação financeira. Logo, esse pouco entendimento também pode ser reflexo da pouca compreensão de alguns profissionais acerca dessa relação entre abstinência e RD – com vimos anteriormente.

Também foi perguntado aos profissionais no cotidiano de suas práticas, se os mesmos trabalham na perspectiva da RD e quais impactos desta na vida dos dependentes químicos. No que diz respeito ao primeiro questionamento, a maioria dos profissionais afirma trabalhar na perspectiva da RD, por acreditarem na efetividade da política e também no trabalho realizado pela equipe do CAPSad.

No entanto, atentam para o fato desse trabalho ser desenvolvido de forma isolada. Dessas falas também surgiram outros pontos interessantes. Uma das profissionais entrevistadas alegou que, para trabalhar com a RD é necessário que essa política seja abarcada por todos os profissionais envolvidos na instituição e não de forma isolada, como podemos ver na fala abaixo:

Eu acho que pra você trabalhar com a redução precisa ser uma política adota pela instituição e não pelo profissional isoladamente, apesar de ser um modelo ideal, aqui não trabalha, inclusive nas próprias oficinas muitas vezes eu fiquei confusa e fiquei e agora o que é que eu vou dizer? [...] eu já tentei fazer isso isoladamente, apesar de eu achar que não é certo [...] (PROFISSIONAL 1).

O diálogo entre os membros de equipe profissional do campo da saúde mental, inclusive em questões relacionadas ao abuso e dependência de drogas é de essencial importância para o amadurecimento do serviço e uma melhor assistência ao usuário (VALÉRIO, 2010). Essa ausência de coletivização de práticas voltadas para RD apresenta desarmonia com umas das diretrizes do CAPSad, o qual preconiza a adoção de estratégias grupais. Assim, essas estratégias precisam ser adotadas pela instituição como um todo para que não tenha a circulação de discursos contraditórios que venham a confundir os usuários e comprometer a efetividade de seu tratamento.

Nesta linha de pensamento, Fonsêca (2012, p. 17) diz que:

A RD traduz-se em posturas e atitudes, políticas e programas, que tem como objetivo contribuir para a transformação da visão de mundo das posturas da sociedade diante das drogas, possibilitando diálogo na sociedade e expressão das pessoas que usam drogas, sobre os usos, necessidades, desejos, direitos e deveres.

Uma segunda profissional segue, justamente, nessa discussão da mudança de posturas, ao expor que trabalhar na perspectiva da RD faz com que se tenha um novo olhar sobre determinadas situações, um olhar mais compreensivo sobre diversas questões que envolvem o usuário dentro do serviço e até fora dele. A fala desta, expressa bem essa ideia:

[...] coisas que eu antes eu julgava [...] eu já estou tendo um outro olhar [...] eu estou aberta pra não ter preconceitos [...] muitos deles dizem assim eu quero ir embora, mas as vezes querem ir ali fora fumar um cigarro, então eu estou tendo um outro olhar nesse sentido de tentar entender o que ele sente [...] e não o de não pode, acabou e ponto e eu estou tendo uma visão mais compreensiva (PROFISSIONAL 2).

Uma terceira profissional acrescenta que é preciso trabalhar a RD, enquanto uma política do SUS de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, levando em conta as possibilidades e limitações de cada usuário e também o que o mesmo está disposto a fazer. Esta também ressalva para a importância do acordo feito com o usuário na construção de seu projeto terapêutico baseado na RD, vejamos:

[...] a gente percebe que alguns usuários que chegam aqui com crack, às vezes consegue manter uma certa abstinência do crack fazendo o uso da maconha, não sou eu que vou orientar que ele faça uso da maconha, mas ele mesmo vai ter que estar conseguindo manter um pouco com a maconha. Agora terapeuticamente vou orientar que é bom também ele ir reduzindo essa maconha, ir substituindo por outras coisas como se ocupar mais, procurar se envolver com um esporte, adotar outros hábitos saudáveis também na alimentação. Então a gente vai estar sempre tentando valorizar a vida, a saúde e não estar substituindo uma droga por outra ou estar facilitando o uso de alguma droga [...] (PROFISSIONAL 4).

Essa concepção está em consonância com o que os autores Almeida (2003) e Sodelli (2010 *apud* FONSÊCA, 2012, p. 23) acreditam, ao dizerem que “o que caracteriza melhor o conceito de RD é justamente esta ‘flexibilidade’ no contrato com o usuário. Significa estabelecer vínculo, facilitar o acesso às informações e orientações, estimular a ida ao serviço de saúde, utilizando propostas diversificadas e construídas com cada usuário e sua rede

social”, o objetivo principal deve ser o entendimento do que se passa na vida do usuário e o fortalecimento dos vínculos saudáveis deste.

Outro ponto importante surgiu da fala dessa entrevistada, que é a necessária compreensão de RD diferenciada da permissividade, ou seja, a alternativa de RD constitui-se na verdade numa tentativa de colaborar para diminuição ou até mesmo o rompimento com práticas danosas à saúde e vida dos usuários de substâncias psicoativas. No entanto, por muitas vezes a RD é sim encarada como uma permissividade,

[...] o que exemplifica a dimensão moral envolvida no assunto em questão: o moralismo que se impõe na sociedade diante do uso de droga ilícitas faz com que certas pessoas não tolerem a possibilidade de haver pacientes que não consigam parar o uso, mas que ainda assim, enquanto cidadãos, tenham direito à assistência digna (VALÉRIO, 2010, p. 96-97).

Já outros dois profissionais afirmam apenas trabalhar, mas há uma certa imprecisão em suas falas, visto que não descrevem e nem analisam como se dá esse trabalho em sua prática. Esta posição evidencia, mais uma vez, o frágil conhecimento que estes têm acerca da proposta de RD e o seu papel clínico-político no campo da saúde, como podemos ver nas falas logo abaixo:

Trabalha sim [...] e tem essa oficina (PROFISSIONAL 3).

Sim, só que o resultado né [...] (PROFISSIONAL 5).

Sobre o segundo questionamento (acerca da afetividade dessa política e seus impactos na vida dos usuários) as respostas se mesclaram entre diversos pontos. Um deles foi a preocupação de um dos profissionais com a complexidade que envolve essa questão quando associada a uma possibilidade de acomodação do usuário e conseqüentemente a não ocorrência de rompimento com o uso de drogas.

Outro ponto que foi levantado por mais um profissional, foi a necessidade de um processo inicial de desintoxicação do usuário, visando um resultado mais eficaz ao se trabalhar na perspectiva de RD, processo que inexistente no CAPSad pesquisado. Esta ausência de um processo de desintoxicação, está, por sua vez, em desacordo com o que prevê a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras drogas quando a mesma situa que os CAPSad “devem oferecer condições para o repouso dos usuários de serviços, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem deste tipo de cuidados, e que não

demandem por atenção clínica hospitalar” (BRASIL, 2004, p. 35). A desintoxicação pode vir a servir como uma alternativa importante para o resgate da consciência do usuário para que ele adote medidas de RD em seu tratamento, visto que ao estarem fortemente envolvidos com o mesmo, podem produzir novas formas de pensar sobre si, suas escolhas e seus comportamentos.

Também foi mencionada nas falas de um dos profissionais entrevistado a questão da internação compulsória, o mesmo relata acerca da arbitrariedade exercida na remoção de usuários de drogas dos espaços públicos em função da saúde da ordem social, vejamos:

[...] eu fiquei muito impressionada com aquelas reportagens que surgiram com aquela questão das internações compulsórias, ai eu digo até que ponto querem ajudar essas pessoas? [...] ai eu fico pensando até que ponto essa assistência é efetiva mesmo ou se tem outras questões por trás? Será que onde essas pessoas estão fazendo esse uso está atrapalhando o comércio local? Será que está atrapalhando a elite morar em determinados locais? Ai eu fico pensando será que existe uma assistência realmente àquela situação? Eu sinceramente até a abordagem eu acho que são de pessoas que não tenha conhecimento da questão (PROFISSIONAL 2).

Sobre isto Silva (2003 *apud* MELO JÚNIOR, 2011) destaca a violência empregada, o direito à cidadania e à liberdade de escolha. Segundo este autor, o “cuidado prestado pelo Estado dissipa-se, pois o seu aparelho não consegue contemplar as reais necessidades dos indivíduos em situação de vulnerabilidade como é o caso das populações de rua” (p. 65).

Portanto, essa prática de internação seja ela compulsória (estabelecida pela justiça) seja ela involuntária (por recomendação médica, quando, por exemplo, se nota um caso de risco de vida imediato), se constitui um contraste com a abordagem de RD, visto que os usuários levados a se engajarem em um tratamento forçado, baseado na exigência de abstinência, acabam adotando uma atitude de aversão passiva a este. Assim, muitas vezes não participam do que lhes é proposto e torna-se uma atitude de desafio ao serviço e aos profissionais envolvidos, além de não mudar sua disposição para voltar com o mesmo tipo de uso de drogas (CRUZ, 2014).

Na contramão disso, não no sentido de se opor e/ou excluir a abstinência ou qualquer abordagem de atendimento já existente, mas de não vê-la como objetivo único a ser alcançado, a RD reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias para a defesa de sua vida. Sobre a relação destes indivíduos com a RD, Veloso, Carvalho e Santiago (2007) argumentam que:

Essas pessoas, via de regra, pelo fato de usarem drogas, se constroem em nossa sociedade, no lugar do “diferente”. Contudo, esta diferença, na epistemologia mais emancipatória da redução de danos, é algo que faz parte do pluralismo democrático, demandando medidas de saúde pública e não medidas repressivas de controle social dos sujeitos (p. 172).

Apesar da maioria dos profissionais assegurar que trabalham na perspectiva da RD, nota-se que a interrupção do uso do álcool e outras drogas ocupa ainda um lugar central no discurso dos mesmos. Mas, conforme Cruz (2014), o sucesso do tratamento não deve ser avaliado apenas pelo critério de parar ou não parar de usar drogas, outras dimensões da vida precisam ser levadas em conta, como o relacionamento familiar e no trabalho/escola, condições clínicas e psíquicas, relações com a lei, dentre outras.

Profissionais e usuários também foram perguntados se identificam iniciativas e estratégias de RD no cotidiano do CAPSad e como estes avaliam o desenvolvimento destas no interior da instituição. Os profissionais em sua maioria, disseram que o trabalho desenvolvido tem sido em parte satisfatório, citando como iniciativas oficinas de reflexão, habilidades manuais, de música, orientações, etc, além de mencionarem uma oficina que aborda exclusivamente a questão de RD, e também a regra estabelecida em comum acordo entre os mesmos e os usuários de não consumir qualquer tipo de substância dentro da instituição, que também é considerada uma estratégia de RD, tendo em vista que foi algo estabelecido por meio de um diálogo, em que cada usuário pôde refletir sobre o cuidado de si e propor algumas medidas. Notemos:

Tem uma [...] palestras informativas também faz parte da redução de danos [...] eu acho que as iniciativas que tem aqui no CAPS é dessa forma, agora só que nível de oficina do que é falado nas oficinas não [...] as oficinas se você participar é todas de abstinência [...] (PROFISSIONAL 1).

Eu sinto que essas oficinas de reflexão, de eles pensarem, fazer essa retrospectiva de como era a vida antes de chegar e de como está a vida agora, [...]eu acho que o CAPS faz um trabalho muito interessante acerca disso, essas oficinas também de habilidades eu acho muito terapêutico, a nossa oficina de música está bombando nessa questão da redução, estão se revelando muitos artistas por aqui e acho a parte esportiva muito importante, nós temos esse suporte também pra eles e eu acho que dentro do que a gente pode fazer e com os recursos que a gente tem, a gente está desenvolvendo um trabalho dentro de uma responsabilidade muito grande e de uma ética muito grande, lógico que nas nossas reuniões semanais de equipe a gente sempre procura melhorar, procura trazer mais recursos [...] eu me sinto satisfeita diante da complexidade que é a dependência química eu me sinto satisfeita com o trabalho que a gente vem desenvolvendo aqui (PROFISSIONAL 2).

Avalio de forma positiva demais, só tem a fazer bem [...] a questão da redução, da prevenção também [...] a questão de evitar certas coisas também [...] (PROFISSIONAL 3).

Sim, uma delas é o usuário tabagista, quando eles estão no CAPS eles não podem fumar, então se a gente for considerar pela quantidade, eles já estão reduzindo os danos do cigarro no organismo, pois enquanto estão aqui não estão fumando. A gente trabalha muito nas oficinas as situações de risco [...] de conflito, de acidente, de também estar se expondo sexualmente quando estão sobre o efeito de alguma droga, porque acaba esquecendo o preservativo. Então essas coisas são trabalhadas, eles são orientados a tomarem esses cuidados para evitar mais danos ainda do que a droga já provoca no organismo [...] não é só a questão de reduzir a quantidade de droga que se consome, mas também de evitar situações que com uso da droga eles vão estar se expondo ainda mais [...] (PROFISSIONAL 4).

Em dinâmicas, oficinas, orientações assim que a gente trabalha em grupo, mesmo não sendo a realização de uma oficina, em uma conversa a gente está trabalhando a redução [...] então assim, todo trabalho está voltado para redução [...]a gente faz o acolhimento orientando o que é uma redução [...] mesmo não tendo retorno, a gente não deixa de orientar (PROFISSIONAL 5).

Reconhecendo os avanços presentes no cotidiano da instituição em torno da prática de RD, ainda são percebidas algumas contradições nos discursos dos profissionais entrevistados, ao passo que notamos, em alguns momentos, que as iniciativas de RD são reduzidas a técnicas, a uma categoria de programa ou a uma linha de cuidado institucional. Não podemos desconsiderar tais intervenções dada a sua importância em diminuir os agravos psicológicos, físicos e sociais, mas precisamos compreender que RD vai além disto, visto que a mesma se desloca de um plano local para um plano em rede, e por fim, para um plano da política do Ministério da Saúde para álcool e outras drogas (MELO JÚNIOR, 2011).

Sobre isto, mais uma vez, acreditamos que a formação de pessoal capacitado para tratar do usuário tendo como base os princípios do SUS, reconhecendo na RD um caminho promissor, é de extrema importância no processo de assistência a este, na medida em que o atendimento não se limite no serviço, mas no seu lugar de convivência e circulação, com ida a campo, sendo preciso ainda que a mesma se constitua um recurso utilizado de forma frequente e sistematizada. Segundo Marinho (2010), os profissionais também devem estar devidamente capacitados para lidar e promover cuidados no sentido da abstinência, caso o usuário opte (ou seja, que não seja sob imposição) por um tratamento voltado para esse modelo, ao se articularem, por exemplo, com instituições portadoras de filosofias embasadas nessa questão. Neste sentido, a autora aborda que

[...] a abstinência ou redução de danos não devem ser vistas como aspectos fundamentais para a alta e, sim, como ferramentas com as quais o usuário aprende a lidar com a substância em seu cotidiano, sendo necessário considerar a forma que ele consegue ressignificar outras atividades da sua vida, em detrimento do consumo de droga. Para tanto, os modelos que enfocam a abstinência ou a redução funcionariam como meios e não como fins (p. 153).

No que tange as respostas dos usuários, dois deles, por alegarem não conhecer a referida política – como ressaltamos anteriormente – consequentemente não responderam esse questionamento. Os demais citaram que essas ações, assim como disseram os profissionais, se dão em forma de oficinas com essa temática específica e avaliaram de forma positiva a aplicação da RD no CAPSad, além de acrescentarem que a eficácia da mesma depende muito da força de vontade do próprio indivíduo. Vejamos as falas:

Aqui eu só tenho a elogiar, é tanto que tem uma oficina que eu mudei até o horário para participar que traz justamente isso, redução de danos (USUÁRIO 3).

Eu recebo, nas oficinas de danos que tem, porque tem várias, que tem uma específica sobre redução de danos, principalmente quando a pessoa procura consertar e também trazer o entendimento de querer reparar aqueles danos que a pessoa causou, muitos danos são reversíveis agora outros são irreversíveis [...] pode pôr em prática, reparar os danos, bens, muitos bens e também a paz de espírito, a pessoa tem que recuperá-la, e devolver [...] aquilo que ele roubou, a paz daquela pessoa, da consciência, o mal que causou [...] (USUÁRIO 4).

Essa redução de danos depende muito do esforço da própria pessoa, e a competência dos funcionários ajuda demais, num quer ver a gente naquela defasagem [...] aqui é positivo para quem quer, para quem não quer [...] não vale nada não [...]. Em forma de oficina [...] que quando a gente está nas oficinas a gente está mentalizando alguma coisa [...] (USUÁRIO 5).

Podemos observar que na maioria das falas há uma tendência dos usuários em associar a RD com a recomposição de perdas materiais e de laços afetivos e poucas vezes com a questão da saúde, visto que é de especial importância a melhoria da qualidade de vida destes, por meio da prevenção e redução das consequências negativas associadas ao uso de substâncias psicoativas, o que nos leva a refletir sobre como de fato estas orientações estão sendo feitas na instituição e no cuidado em rede. Por outro lado, os discursos acima também reforçam a importância da consciência do próprio usuário em querer estar no tratamento, ou seja, os mesmos se colocam como atores principais e fundamentais no bom desempenho de seu tratamento e reconhecem o serviço como algo que vem a somar de forma significativa com isso.

Sobre isto, o autor Fonsêca (2012) lembra que não podemos deixar de considerar que as “estratégias de Redução de Danos foi um método construído pelos próprios usuários de drogas e que restitui, na contemporaneidade, um cuidado de si revolucionário às regras de conduta coercitivas” (p. 28). Deste modo, os usuários de substâncias psicoativas são corresponsáveis pela produção de saúde, logo, reduzir danos é expandir as ofertas de cuidado dentro de um panorama de caráter democrático e participativo.

Assim, se pretende recuperar a participação e o pensar autônomo dos sujeitos, em que a atenção está centrada não na substância, dada a sua condição de inércia, mas na pessoa humana e no sofrimento que a relação (sujeito, produto e contexto sócio-cultural) com a droga está sendo causando, objetivando a minimização do mesmo, por meio da liberdade e autonomia dos sujeitos para tomar decisões sobre a condução de sua vida, em harmonia com o auxílio do Estado por meio de políticas públicas voltadas para essa problemática, desde que estas não firam esta liberdade.

Entretanto, sobre essa liberdade, é importante que entendamos, apesar do respeito necessário a escolhas desses indivíduos, que muitos não dispõem de elementos socioeconômicos para exercerem essa liberdade e também sua cidadania, e acabam por não saberem lidar com elas, é isso que a autora Valério (2010) vai chamar de *maldita liberdade*, visto que estes também são vítimas e “bodes expiatórios de um sistema social desumano, nivelador e massacrante em muitos aspectos de seu funcionamento” (BUCHER, 1992, p. 194).

Portanto, para que se exerça essa liberdade, é preciso que

[...] o sujeito haja voluntariamente, sabendo o que está escolhendo. Existe uma maldita liberdade, na qual o sujeito acredita está escolhendo por conta própria, esquecendo-se de que existem circunstâncias que favorecem suas escolhas, ainda que seja sua decisão final. Neste ponto, reside, então, a (mal) dita liberdade, pois só existe liberdade na escolha (VALÉRIO, 2010, p. 98).

O último ponto abordado em nossa investigação é justamente o questionamento feito aos profissionais acerca dos desafios e também das possibilidades encontradas para os mesmos exercerem ações pautadas na Política de Redução de Danos no CAPSad. Estes (profissionais) disseram que os desafios são inúmeros e diários, dada a própria subjetividade dos sujeitos com problemas e ritmos de vida diferentes, bem como falta de investimentos para que o serviço possa caminhar de forma eficaz, que vão da falta de materiais para atividades básicas, até a falta de uma estrutura adequada.

Duas outras questões aparecem novamente entre as falas, que são: a necessidade da realização de capacitações enfatizando a RD e a própria dependência química em si, a fim de evitar discursos contraditórios; e a ausência de uma rede de atenção mais forte, tendo em vista que a intersectorialidade é de suma importância para o tratamento do usuário, como se explicita a seguir em uma das falas:

que tenha realmente uma intersectorialidade para dar conta desse usuário, que não é só um usuário de saúde mental, mas é um usuário clínico também, que precisa de um hospital geral, que precisa de um atendimento médico em outras especialidades. Muitas vezes a gente não tem, é um usuário que precisa de um acompanhamento familiar, muitas vezes essa família não está aqui, é um usuário que precisa de oportunidades de emprego e muitas vezes ele não recebe [...] a gente está nadando contra uma correnteza de impossibilidades que tem lá fora, a gente tenta dar essa oportunidade, tenta inquietar nele essa esperança, mas quando eles saem desse portão para fora o que eles recebem são muitas impossibilidades e fica um trabalho difícil (PROFISSIONAL 4).

A importância de uma ação intersectorial com as demais políticas sociais no atendimento ao usuário e de um trabalho pautado no fortalecimento da atuação em rede, vista na fala acima, se constituiu com o advento da Reforma Psiquiátrica, como vimos no capítulo 2, em que, apesar de suas limitações, um novo olhar foi lançado sobre a saúde mental, passando a priorizar o indivíduo e não a doença e oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade com a criação de novos mecanismos e espaços de tratamento objetivando uma intervenção integrada.

Sendo assim, a saúde mental ao ser articulada com intersectorialidade pode chegar a superar a lógica histórica da fragmentação das políticas sociais no enfretamento da questão social. Sobre isto, a Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, ao referir-se ao funcionamento da rede de atenção da saúde mental, possui algumas diretrizes, dentre estão:

[...] IV — Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;  
XII — Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011, p. 3 *apud* SCHEFFER; SILVA, 2014, p. 373-374)

Este mesmo profissional abordou ainda uma questão importante que é a necessidade de uma casa abrigo para os usuários que optam por ficar em abstinência, que em sua maioria são os usuários do crack. No que diz respeito às possibilidades, um dos profissionais expôs

que, por meio dessa Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de álcool e outras Drogas, pelo menos no CAPS, foi possível se dar voz ao usuário, que antes não era escutado em lugar nenhum, era segregado e socialmente excluído, pois a pouca disponibilidade em ouvi-los se dá ao associá-los a “práticas de irresponsabilidade, prazer irrestrito, delinquência e de afronta aos hábitos e costumes socialmente aceitos. O sofrimento e o mal-estar em que vivem ficam invisíveis” (FONSÊCA, 2012, p. 30-31).

A fala do entrevistado aponta também para essa necessidade de mudança de visão sobre o usuário de substâncias psicoativas, vejamos:

[...] é de considerar que um usuário de droga é um sujeito [...] enquanto a gente não mudar esse paradigma [...] de que um sujeito que está em sofrimento, que tem uma história de vida complicada que precisa de tratamento, que precisa de oportunidades, a gente não vai mudar essa situação (PROFISSIONAL 4).

Portanto, em relação aos desafios enfrentados, os profissionais compartilham em sua maioria da mesma insatisfação no descaso por parte do poder público em não intervir com medidas que venham a evitar o despreparo e a subvalorização dos mesmos (como por exemplo em incentivos aos agentes do cuidado com capacitações), bem como a não garantia de condições mínimas aos serviços para operacionalizá-las, seja por meio de investimentos em instrumentos de trabalho, seja através do fortalecimento do cuidado em rede, dentre outros fatores. Melo Júnior (2011, p. 69) aponta que a “afinidade e o compromisso que esses indivíduos (profissionais) tem com seu trabalho mostra sua capacidade de resistir às adversidades impostas pelo próprio trabalho e um compromisso ético com usuários e a coletividade”. Ou seja, a precariedade da formação e capacitação do corpo profissional pode ser um dos fatores responsáveis por uma assistência também precária.

Deste modo, compreendemos que a legitimação de estratégias de RD no CAPSad, encontra-se ainda de forma frágil, apesar de todas ações mencionadas em torno destas (estratégias), tendo em vista a falta de investimento por parte do Estado, e conseqüentemente a pouca articulação do trabalho em rede, primordial nesse tipo de cuidado e a presença de discursos ainda contraditórios entre os entrevistados acerca dessas ações, entre outros pontos, como podemos ver ao longo de nossa discussão.

Logo, consideramos ainda que os profissionais envolvidos em nosso processo investigativo estão passando pelo que Melo Júnior (2011) vai chamar de período de transição entre o modelo psiquiátrico para um modelo psicossocial, bem como os usuários que se

constituem parte interessada nesse processo. Isto é, de um modelo centrado em aspectos morais, evidenciando posturas verticalizadas e proibicionistas, à um modelo que vê na RD uma alternativa de incentivar a “liberdade de escolhas, à autonomia dos sujeitos, à cultura de si e ao movimento de uma clínica ampliada” (MELO JÚNIOR, 2011, p. 81). Achamos válido ainda reconhecer que esse período de transição também se faz presente no cenário brasileiro como um todo, seja no discurso da sociedade civil, seja nos direcionamentos dados pelas políticas públicas sobre drogas, dada a discussão polêmica que continua a existir em torno da RD, assim como em torno da dependência química e suas multifacetadas questões.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática das drogas tem se tornado um desafio constante no cotidiano das instituições e assim tem exigido uma atenção cada vez maior do governo e da sociedade civil. Para o enfrentamento desta, políticas públicas tem sido criadas, apesar de todos os limites ainda existentes, principalmente no campo da saúde.

O presente trabalho nos possibilitou conhecer alguns aspectos relevantes que envolvem a percepção de profissionais e usuários em torno da RD no CAPS ad de Campina Grande e do desenvolvimento desta no cenário local, visto que, enquanto uma Política do Ministério da Saúde, expressa-se com um importante dispositivo de intervenção clínica, política e social de atenção àqueles que fazem o uso prejudicial de substâncias psicoativas.

No que diz respeito ao conhecimento dos sujeitos da pesquisa acerca da RD, observou-se que alguns profissionais a reconhecem como um instrumento que respeita a singularidade do usuário, ao se dar uma maior ênfase na decisão do mesmo no que tange a sua relação com a droga, desde que danos reais venham a ser reduzidos, ou seja, mudanças precisam ocorrer no uso destas substâncias de modo que se tenha uma promoção da saúde com o auxílio do Estado, com a criação, implementação e manutenção de políticas públicas específicas. Assim, estes afirmam conhecê-la e desenvolvê-la em seu cotidiano profissional na instituição por meio de oficinas, encaminhamentos, acompanhamento médico, entre outras iniciativas.

No entanto, esta estratégia ainda necessita ser abarcada por todos os profissionais envolvidos na instituição, como destacou um dos entrevistados que considera que essa ação é realizada de forma isolada, podendo gerar discursos contraditórios no desenvolvimento desta. Outros profissionais ressaltaram, também, que essa atuação intersetorial ainda encontra-se frágil no que tange ao CAPSad - CG, o que acaba por comprometer o funcionamento eficaz da PRD, visto que para isso é essencial que se tenha uma rede de atenção bem articulada, ou seja, serviços que comportem, além da área da saúde, outros dispositivos sociais de apoio, conforme os preceitos destacados na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Droga.

Alguns profissionais afirmaram que a PRD é uma política interessante, contudo explanaram pouco a respeito, além de um deles não conseguir diferenciar de forma precisa a abstinência de RD, tendo a visão da primeira como sendo ainda, por si só, a resolução do

problema da droga, evidenciando um tímido conhecimento acerca da proposta de RD e o seu papel clínico-político no campo da saúde.

No que diz respeito à visão dos usuários, ainda que de forma breve, a maioria afirmou conhecer a PRD e tê-la como experiência de tratamento, citando como iniciativas as oficinas. Já outros disseram não conhecer.

A partir do nosso estudo, identificamos também alguns desafios e possibilidades para a execução de práticas voltadas para a RD identificadas pelos profissionais. No que tange aos desafios, foram citados a falta de investimentos para a continuidade de atividades e também para capacitações que enfatizem a RD e a própria dependência química como um todo, a fim de proporcionar ao corpo profissional o desenvolvimento de uma prática inovadora e que atenda as demandas postas; e também a ausência de uma rede de atenção mais fortalecida, como foi dito anteriormente, tendo em vista que o cuidado não poder ser apenas no interior das instituições, mas, principalmente, no território.

Tais colocações enfatizam o descaso do Estado para com a qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, a restrição e violação de direitos sociais o que, neste caso, acaba limitando o desenvolvimento de ações de RD. Essa negação de direitos é típica do sistema capitalista, uma vez que este se pauta numa lógica em que prevalecem os interesses do capital em detrimento do social.

No que tange às possibilidades, um dos principais pontos que identificamos, foi a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, como um importante instrumento que permitiu dar voz ao usuário que anteriormente não era ouvido em lugar algum.

Logo, nota-se uma ainda frágil legitimação de estratégias de RD no mesmo, pois há a existência de uma contradição, visto que de um lado há o reconhecimento da RD como um caminho favorável para autonomia do usuários do CAPSad e para o acesso a bens e serviços de saúde e sociais, e por outro lado, alguns profissionais deixam claro a ênfase na prática da abstinência, ao mencionarem que a política da instituição é de “tolerância zero” (contradição esta que rebate também sobre algumas concepções dos usuários entrevistados, como pudemos observar), tal discurso acaba desconsiderando o poder de decisão e a vontade do usuário em relação aos meios que o mesmo quer utilizar no tratamento de sua dependência química; além disso estes (profissionais entrevistados) em alguns momentos reduzem as iniciativas de RD a técnicas, a uma categoria de programa ou a uma linha de cuidado institucional, evidenciando,

assim, um modelo ainda proibicionista e curativista presente nas formas de atenção em saúde aos usuários de substâncias psicoativas.

Apesar disto, ficaram evidentes, tanto nos relatos quanto nas observações em campo, os relevantes avanços alcançados com os novos direcionamentos dados à assistência aos usuários de álcool e outras drogas por meio da PRD e demais políticas, no cenário da instituição em discussão, e os esforços dos profissionais em estimular o processo de expressão e escuta do usuário do serviço.

Diante do exposto, esperamos que o presente trabalho possa contribuir para trazer novos elementos que irão somar-se aos estudos já existentes a respeito de tal temática, seja no meio acadêmico, subsidiando outros processos de investigação científica; seja no interior do CAPS ad, fomentando direcionamentos para atenção do cuidado aos usuários voltados a um novo modo de se ver e enfrentar a problemática das drogas.

## REFERÊNCIAS

ÁLCOOL mata 80 mil por ano nas Américas. **Revista Radis** – Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, n. 137, p. 7, fev. 2014;

BARBOSA, J. L. Visão Histórica e contextualizada do uso de drogas. In: CARVALHO, Cassiano de [et al.]; MELO, Maria Taís (Org.); MELO, Caio Monteiro de. [et al.] (Coord.). **Prevenção à dependência química**. 2ª Ed. Palmas: Editora UNITINS, 2011. Disponível em: <[http://gestaoead.unitins.br/wp-content/uploads/2011/08/apostila\\_dependencia\\_quimica.pdf](http://gestaoead.unitins.br/wp-content/uploads/2011/08/apostila_dependencia_quimica.pdf)> Acesso em: 14 de maio de 2014;

BARISON, M. S. Caso de Polícia: Reflexões sobre a Questão Social e a Primeira República. **Cadernos UniFOA**, n. 22, p. 43-51, ago. 2013. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/22/43-51.pdf>> Acesso em: 29 de maio de 2013;

BASTOS, F. I., REIS, N. B. dos. Epidemiologia do uso de Drogas no Brasil. In: **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6ª Ed. Brasília-DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014;

BECK JUNIOR, A. **Dependência do crack: repercussões para o usuário e sua família**. 2010. 35 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS). Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24707/000748967.pdf?sequence=1>> Acesso em: 28 de maio de 2014;

BOITEUX, L. TRATAMENTO OU VIOLAÇÃO DE DIREITOS? O caminho adotado pela nova lei de drogas brasileira. **Revista Diálogos**, ano 6, n. 6, p. 19-22, 2009. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/revista\\_dialogos06.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/revista_dialogos06.pdf)> Acesso em: 25 de Julho de 2014;

BRASIL. **Glossário de álcool e drogas/ Tradução e notas**: J.M. Berlote. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010a. Disponível em: <[http://www.mpba.mp.br/atuacao/infancia/drogadicao/publicacao/glossario\\_alcool\\_drogas.pdf](http://www.mpba.mp.br/atuacao/infancia/drogadicao/publicacao/glossario_alcool_drogas.pdf)> Acesso em: 14 de maio de 2014;

\_\_\_\_\_. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde**. 2ª Ed. rev. ampl. Brasília-DF, 2004. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)> Acesso em: 20 de Junho de 2014;

\_\_\_\_\_. **Mostra Fotográfica Programa De Volta para Casa:** cartilha de monitoria. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mostra\\_fotografica\\_programa\\_volta\\_casa\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mostra_fotografica_programa_volta_casa_p1.pdf)> Acesso em: 21 de Junho de 2014;

\_\_\_\_\_. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas.** Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010b;

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm)> Acesso em: 20 de Junho de 2014;

\_\_\_\_\_. Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/16368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16368.htm)> Acesso em: 20 de Junho de 2014;

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.409 de 11 de janeiro de 2002a. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110409.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110409.htm)> Acesso em: 20 de Junho de 2014;

\_\_\_\_\_. Portaria/GM nº 1.028, de 1º de Julho de 2005. Disponível em:  
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>> Acesso em: 27 de Janeiro de 2015;

\_\_\_\_\_. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002b. Disponível em:  
<<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>> Acesso em: 22 de Setembro de 2014;

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n.º 816, de 30 de abril de 2002c. Disponível em:  
<[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria\\_0816.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0816.pdf)> Acesso em: 21 de Junho de 2014;

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 27 de Janeiro de 2015;

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. Sistema Único de Saúde. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24627](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627)> Acesso em: 20 de Junho de 2014;

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. [et al] (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília (DF): OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009;

BRAZ, M. C. S.; SILVA, K. M. P. da; SILVEIRA, S. A. S. A prática do(a) assistente social no âmbito da educação em saúde no Programa Saúde da Família de Campina Grande. **Programa de Iniciação Científica (PIBIC)**. Campina Grande, PB: UEPB, 2006;

BRITES, C. **O Serviço Social tem alternativas à internação compulsória**. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), jun. 2013. Entrevista concedida ao CFESS, 20 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/982>> Acesso em: 02 de Agosto 2014;

BUCHELE, F.; CRUZ, D. D. de O. Álcool e outras drogas: Seus aspectos socioculturais. In: **Prevenção do Uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. 5ª Ed. Brasília: SENAD, 2013;

CHAIBUB, J. R.W. **“ENTRE O MEL E O FEL: DROGAS, MODERNIDADE E REDUÇÃO DE DANOS”**: Análise do processo de regulamentação federal das ações de redução de danos no uso de drogas. 2009. 238 f. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília (DF). Disponível em:  
<[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5571/1/2009\\_JulianaRochetWChaibub.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5571/1/2009_JulianaRochetWChaibub.pdf)>  
Acesso em: 21 de Julho de 2014;

COSTA, L. I. da. O sujeito, os contextos e abordagem psicossocial no uso de drogas. In: **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6ª Ed. Brasília-DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014;

CRACK: 370 mil usuários identificados no país. **Revista Radis**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, n. 133, p. 8, out. 2013;

CRUZ, M. S. Redução de Danos, Prevenção e Assistência. In: **Prevenção do Uso de Drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. 5ª Ed. Brasília: SENAD, 2013;

\_\_\_\_\_. O cuidado ao usuário de drogas na perspectiva da atenção psicossocial. In: **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6ª Ed. Brasília-DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014;

CRUZ, M. S.; VARGENS, R. W.; RAMÔA, M. de L. Crack: uma abordagem multidisciplinar. In: **Prevenção do Uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. 5ª Ed. Brasília: SENAD, 2013;

DALBOSCO, C.; DUARTE, P. do C. A. V. A Política e a legislação brasileira sobre drogas. In: **Prevenção do Uso de Drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. 5ª Ed. Brasília: SENAD, 2013;

DELGADO, P. G. G., et al. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M. F., MELLO, A. de A. F. de, KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007;

DOMINGUEZ, B.; BATALHA, E.; MOROSINI, L. Álcool é droga. **Revista Radis – Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, n. 132, p. 12-24, set. 2013;

ESPÍNDOLA, L. R. G. Redução de danos: a busca de novos caminhos. In: UCHÔA, R. (org.). **ENSAIOS SOBRE DROGAS: necessidades humanas e políticas públicas**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011;

FIORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Orgs). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005;

FONSÊCA, C. J. B. da. Conhecendo a Redução de Danos enquanto uma proposta ética. **Revista Psicologia & Saberes**, v. 1 n. 1, p. 11-36, 2012. Disponível em: <<http://www.fejal.com.br/revista/index.php/psicologia/article/download/42/21>> Acesso em: 20 de Julho de 2014;

GARCIA, L.; et al. Política Nacional de Saúde Mental e organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Prevenção do Uso de Drogas:**

capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. 5ª Ed. Brasília: SENAD, 2013;

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008;

IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CFESS (org). **Atribuições Privativas do(a) Assistente Social em questão**. 1ª Ed. Ampl. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>> Acesso em: 19 de maio de 2014;

\_\_\_\_\_. A questão social no capitalismo. **Temporalis/ABEPSS**, ano 2, n.3, p. 9-32, jan./jun. 2001. Brasília: ABEPSS, Graflina, 2001;

KOIKE, M. M. Formação profissional em Serviço Social: exigências atuais. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília-DF: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: <[http://cressmt.org.br/upload/arquivo/pos\\_graduacao\\_cfess\\_2010.pdf](http://cressmt.org.br/upload/arquivo/pos_graduacao_cfess_2010.pdf)> Acesso em 15 de Setembro de 2014;

LESSA, S.; TONET, I. **Introdução à filosofia de Marx**. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Expressão Popular, 2011. Disponível em: <<http://sergiolessa.com/Livros2012/intrfilm Marx2ed.pdf>> Acesso em: 21 de Julho de 2014;

LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJSV, 2008. Disponível em: <<http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/Publicacao/pub5.pdf>> Acesso em: 18 de Junho de 2014;

MARINHO, A. M. **Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas: reconstrução de uma prática**. 2010. 194 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE). Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/1893/1/2010\\_dis\\_ammarinho.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/1893/1/2010_dis_ammarinho.pdf)> Acesso em: 15 de Setembro de 2014;

MELO JÚNIOR, R. V. de. **Redução de Danos e o saber fazer de profissionais de um CAPSad em Natal – RN**. 2011. 102 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN). Disponível em: <[http://bdtd.bczm.ufrn.br/tde\\_arquivos/5/TDE-2012-05-17T042348Z-4155/Publico/RaimundoVMJ DISSERT.pdf](http://bdtd.bczm.ufrn.br/tde_arquivos/5/TDE-2012-05-17T042348Z-4155/Publico/RaimundoVMJ DISSERT.pdf)> Acesso em: 21 de Julho de 2014;

MORAIS, R. M. de S. B. **A concepção de direito à saúde no contexto do profissional de nível médio no Sistema Único de Saúde – SUS.** 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí (SC). Disponível em: <[http://www6.univali.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=734](http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=734)> Acesso em 18 de Junho de 2014;

MOREIRA, M. C. **Determinação Social da Saúde:** Fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira. 2013. 145 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS). Disponível em acesso: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5569/1/000452446-Texto%2bCompleto-0.pdf>> Acesso em 18 de Junho de 2014;

MOREIRA, S.; LEAL, F. **Hoje é o Dia Mundial contra o Abuso e Tráfico Ilícito de Drogas.** Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), jun. 2014. Entrevista concedida ao CFESS, 25 jun. 2014. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1101>> Acesso em: 02 de Agosto de 2014;

MOURA, J. A. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil:** da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://artigos.psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiQUIATRICA-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>> Acesso em: 21 de Julho de 2014;

NASCIMENTO, A. P. G. do; SILVEIRA, S. A. S.; SOUSA, M. L. B.; VASCONELOS, K. E. L. Estratégia Saúde da Família e núcleo de apoio à saúde da família: um análise teórico-conceitual acerca da atenção básica. **Programa Institucional de Iniciação Científica (PROINCI).** Campina Grande, PB: UEPB, 2010;

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: **Temporalis/ABEPSS**, ano 2, n.3, p. 41-50, jan./un. 2001. Brasília: ABEPSS, Graflina, 2001;

NITÃO, F. J. V. **Passado o futuro:** o ideário reformista na saúde. 2009. 240 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de Brasília, Brasília (DF). Disponível em: <[http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=6394](http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6394)> Acesso em 18 de Junho de 2014;

NUNES, L. M.; JOLLUSKIN, G. O uso de drogas: Breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.** Lisboa, n. 4, p. 230-237, 2007. Disponível

em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/449/1/230-237FCHS04-15.pdf>> Acesso em: 19 de maio de 2014;

OLIVEIRA, C. J. de. O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo estado brasileiro. In: BRAVO, M. I S., et al. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007;

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C.;

\_\_\_\_\_. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009;

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de Danos e Saúde Pública: Construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Revista Psicologia & Sociedade**. Santa Catarina: Editora ABRAPSO, v. 23 n. 1, p. 154-162, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>> Acesso em: 21 de Julho de 2014;

PATRIMÔNIO das 85 pessoas mais ricas do mundo é o mesmo de quase metade da população mundial. **Revista Radis**, nº 138, p. 5, Mar/2014;

PATRIOTA, L. M. Saúde Mental Reforma Psiquiátrica e Formação Profissional. In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, MA: UFMA, 2011. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSESE\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/SAUDE\\_MENTAL\\_REFORMA\\_PSIQUIATRICA\\_E\\_FORMACAO\\_PROFISSIONAL.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSESE_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/SAUDE_MENTAL_REFORMA_PSIQUIATRICA_E_FORMACAO_PROFISSIONAL.pdf)> Acesso em: 27 de Janeiro de 2015;

PEREIRA, A. R. et al. **Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde: Diminuir para Sonhar**. Rio de Janeiro: Viva comunidade, 2010. Disponível em: <[http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha\\_ACS\\_red\\_danos.pdf](http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf)> Acesso em: 25 de Julho de 2014;

PEREIRA, L. A., et al. Saúde Mental e Serviço Social: refletindo a prática no contexto neoliberal. In: **XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação**, Vale do Paraíba, SP: UNIVAP, 2006. Disponível em: <[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2011/anais/arquivos/0264\\_0293\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0264_0293_01.pdf)> Acesso em: 21 de Julho de 2014;

PEREIRA, J. D., SILVA, S. S. De S., PATRIOTA, L. M. POLÍTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO NEOLIBERAL: focalização e desmonte dos direitos. **Qualit@s Revista**

**Eletrônica.** Paraíba, v. 7 n. 3, p. 1-14, 2006 (Ed. Especial). Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/64/56>> Acesso: 21 de Junho de 2014;

PLASTINO, C. A. Dependência, subjetividade e narcisismo na sociedade contemporânea. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (org). **Drogas e pós-modernidade.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

PRATTA, E. M. M., SANTOS, M. A. dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Brasília, v. 25 n. 2, p. 203-211, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>> Acesso em: 21 de Junho de 2014;

RIBEIRO, C. T. **Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade.** 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo (SP). Disponível em: <[http://www.sapientia.pucsp.br/tde\\_arquivos/25/TDE-2008-04-10T05:35:18Z5178/Publico/Cynara%20Teixeira%20Ribeiro.pdf](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/25/TDE-2008-04-10T05:35:18Z5178/Publico/Cynara%20Teixeira%20Ribeiro.pdf)> Acesso em: 19 de maio de 2014;

RODRIGUES, T. Política de drogas e a lógica dos danos. **Revista Verve.** São Paulo, n. 3, p. 257-277, 2003. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/viewFile/4947/3495>> Acesso em: 02 de Agosto de 2014;

SANDINI, E. L. L. **O ambulatório de Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica: um estudo no município de Taubaté.** 2009. 186 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP). Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000293810&fd=y>> Acesso em: 18 de Junho de 2014;

SANTOS, M. G., SILVEIRA, T. E. S. O uso crescente das drogas e o processo de criminalização da pobreza. In: **III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais,** Belo Horizonte, MG: CRESS, 2013. Disponível em: <<http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/O%20USO%20CRESCENTE%20DAS%20DROGAS%20E%20O%20PROCESSO%20DE%20CRIMINALIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20POBREZA.pdf>> Acesso em: 27 de maio de 2014;

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Editora Cortez, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014;

SESOINTERVENTIVO. **Recolhimento e Internação Compulsória X Estratégia de Redução de Danos:** Atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Disponível em: <<http://sesointerventivo.blogspot.com.br/2012/03/recolhimento-e-internacao-compulsoria-x.html>> Acesso em: 02 de Agosto de 2014;

SILVA, A. X. da. Reforma Sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social. In: DAVI, J., MARTINIANO, C., PATRIOTA, L. M. (Orgs.). **Seguridade Social e Saúde:** tendência e desafios. 2ª Ed. Campina Grande: ADUEPB, 2011;

SILVA, B. L. da., et al. Caracterização do Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad) do município de Campina Grande – PB, 2013.

SILVA, D. de S. **GÊNERO E ASSISTÊNCIA ÀS USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: tratamento ou violência.** 2005. 93 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ). Disponível em: <[http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca\\_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=7684@1](http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=7684@1)> Acesso em: 19 de maio de 2014;

SILVA, S. M. M. M. da. A QUESTÃO DAS DROGAS NO BRASIL: caso de polícia ou de política? In: **III Jornada Internacional de Políticas Públicas Questão Social e Desenvolvimento no Século XX**, São Luís, MA: UFMA, 2007. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoC/0ecbab03f16aac7aeb50Selma%20Maria%20Muniz%20Marques%20da%20Silva.pdf>> Acesso em 13 de Junho de 2014;

SILVEIRA, C. M. Padrões de Consumo do álcool na população brasileira. In: **Prevenção do Uso de Drogas:** capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. 5ª Ed. Brasília: SENAD, 2013;

SOUSA, M. M. de., et al. POLÍTICA NACIONAL SOBRE DORGAS E SAÚDE MENTAL: percepções dos gestores e os desafios intersetoriais no arranjo político. In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.** Florianópolis, v. 5, n. 11, p. 67-87, 2013. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2404/2890>> Acesso em: 28 de Setembro de 2014;

TONET, I. Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade. In: CFESS; ABPESS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Brasília-DF: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: <[http://cressmt.org.br/upload/arquivo/pos\\_graduacao\\_cfess\\_2010.pdf](http://cressmt.org.br/upload/arquivo/pos_graduacao_cfess_2010.pdf)> Acesso em 15 de Setembro de 2014;

TRAPÉ, T. L. **O agente comunitário de saúde e a saúde mental: faces e interfaces.** 2010. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP). Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000807317>> Acesso em: 18 de Junho de 2014.

VALÉRIO, A. L. R. **(MAL)DITA LIBERDADE E CIDADANIA: A redução de danos em questão.** 2010. 117 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) – Universidade Católica do Salvador, Salvador (BA). Disponível em: <[http://tede.ucsal.br/tde\\_arquivos/4/TDE-2010-05-20T132325Z-143/Publico/ANDREA%20LEITE%20RIBEIRO%20VALERIO.pdf](http://tede.ucsal.br/tde_arquivos/4/TDE-2010-05-20T132325Z-143/Publico/ANDREA%20LEITE%20RIBEIRO%20VALERIO.pdf)> Acesso em: 15 de Setembro de 2014;

VELOSO, L., CARVALHO, J., SANTIAGO, L. Redução dos Danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: BRAVO, M. I S., et al. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social.** 3ª Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007;

VINADÉ, T. F.; CRUZ, M. S.; BARBEITO, M. M. Estratégias de Redução de Danos: Da atenção primária à secundária. In: SOUZA, M. L. O. de F. (Coord.). **Atenção integral na rede de Saúde:** módulo 5. 5ª Ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014 (SUPERA: Sistema para detecção do Uso Abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento);

ZANATTA, A. B., GARGHETT, F. C., LUCCA, S. R. de. O Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. **Revista Baiana de Saúde Pública.** Bahia, v. 36 n.1, p. 225-237, 2012. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/248>> Acesso em: 29 de maio de 2014.

# APÊNDICES

## APÊNDICE I

**A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS:** uma análise a partir da percepção de usuários e profissionais do CAPSad no município de Campina Grande-PB.

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS

Número da entrevista:

Data:

Pesquisador(a):

#### **PARTE I: Dados socioeconômicos**

1 - Idade:

2 - Sexo:

( ) Masculino                  Feminino ( )

3 - Escolaridade

( ) Sem instrução

( ) Ensino Fundamental                  Ensino Fundamental completo ( )

( ) Ensino médio incompleto                  Ensino Médio completo ( )

( ) Ensino Superior incompleto                  Ensino Superior completo ( )

4 - Estado civil

( ) Solteiro (a)

( ) Casado (a)

( ) Separado (a)

( ) Viúvo(a)

5 - Situação ocupacional, trabalho?

( ) Sim                      ( ) Não

**PARTE II: Questões direcionadas ao objeto de estudo a ser investigado**

6 - Qual sua opinião sobre o uso de drogas?

7 - Na sua opinião quais são as consequências do uso das drogas para o usuário?

8 - Você está em tratamento de dependência química de qual(is) droga(s)?

9 - A quanto tempo você está em tratamento no CAPSad?

10 - O que e/ou quem lhe motivou a procurar tratamento no CAPSad? Já esteve em outras instituições com o mesmo fim?

11 - Como é realizado seu projeto-terapêutico?

12 - Como você avalia a sua situação enquanto dependente químico antes e depois de iniciar o tratamento no CAPSad? Mudou alguma coisa? Se sim, o quê? Se não, por quê?

13 - Que tipo de orientação você recebeu no CAPSad em relação ao uso das drogas?

14 - Um dos princípios fundamentais de um CAPSad é trabalhar com ações voltadas a Política de Redução de Danos. Você já ouviu falar sobre isto? Se sim, o que você pensa a respeito desta?

15 - Caso conheça a política de Redução de Danos:

15.1 - Como avalia a realização desta no CAPSad?

15.2 - Você acha que o CAPS ad tem desenvolvido política? Se sim, de que forma?

15.3 - Você aplica esta política no seu dia a dia? Se sim, como? Se não, por quê?

## APÊNDICE II

**A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS:** uma análise a partir da percepção de usuários e profissionais do CAPSad no município de Campina Grande-PB.

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

Número da entrevista:

Data:

Pesquisador(a):

#### **PARTE I: Identificação do(a) entrevistado(a):**

1- Profissão:

2 - Idade:

3 - Em que ano concluiu o curso de graduação?

4 - Possui pós-graduação? Se sim, qual?

5 - Há quanto tempo trabalha na saúde mental?

6 - Há quanto tempo trabalha no CAPS ad?

7 – Participou de alguma formação específica para atuar nesta área? Se sim, qual(ais)?

**PARTE II: Questões direcionadas ao objeto de estudo a ser investigado**

8 - Qual a sua concepção acerca do uso de drogas e suas consequências?

9 - Você poderia descrever o seu trabalho no CAPS-ad (atividades que realiza e como são desenvolvidas, rotinas, etc)?

10 - Em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas. Você conhece a referida política? Se sim, fale um pouco a respeito e qual a sua opinião acerca da mesma.

11 - A referida política adota a redução de danos como estratégia para o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas. Qual a sua concepção de redução de danos?

12 - Você trabalha na perspectiva da política de redução de danos? Se sim, exemplifique. Se não, por quê?

13 - Qual a sua avaliação sobre a efetividade da política de redução de danos e seus impactos na vida dos dependentes químicos?

14 - Você identifica iniciativas e estratégias de redução de danos no cotidiano do CAPS-ad? Se sim, quais e como você avalia estas? Se não, por quê?

15 - Quais desafios e possibilidades você encontra enquanto profissional para exercer ações pautadas na política de redução de danos no CAPS-ad?

# **ANEXOS**

**ANEXO I****Universidade Estadual da Paraíba****Comitê de Ética em Pesquisa****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: uma análise a partir da percepção de usuários e profissionais do CAPSad no município de Campina Grande-PB”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: uma análise a partir da percepção de usuários e profissionais do CAPSad no município de Campina Grande-PB, terá como objetivo geral analisar as concepções e práticas dos profissionais e os usuários do CAPSad no município de Campina Grande – PB em torno da Política de Redução de Danos (PRD) em álcool e outras drogas.

Ao voluntário só caberá a autorização para a entrevista e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8890 - 0401 com Sandra Amélia Sampaio Silveira.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

---

Assinatura do pesquisador responsável

---

Assinatura do Participante



Assinatura                      Dactiloscópica  
participante da pesquisa

**ANEXO II**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS –  
CEP/UEPB  
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER DO RELATOR.**

**Título:** A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: uma análise a partir da percepção de usuários e profissionais do CAPS ad no município de Campina Grande-PB.

**CAAE:** 25747313.0.0000.5187

**Pesquisador(a):** Sandra Amélia Sampaio Silveira.

**Orientanda:** Berenice Lira da Silva.

**Data da 1ª relatoria:** 09 de dezembro de 2013

**Apresentação do Projeto:** O Projeto de Pesquisa intitulado “ A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: uma análise a partir da percepção de usuários e profissionais do CAPS ad no município de Campina Grande- PB.”. O estudo será utilizado como pré-requisito na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social pela UEPB. O presente projeto objetiva analisar as concepções e práticas dos profissionais e usuários do CAPS ad no município de Campina Grande – PB em torno da Política de Redução de Danos (PRD) em álcool e outras drogas. Para tanto, visa discutir a concepção de profissionais e usuários acerca da PRD; verificar a relação entre o que é proposto para intervenção, por meio da redução de danos, e as práticas desenvolvidas no cotidiano institucional pelos profissionais; identificar iniciativas e estratégias de redução de danos que possam existir na instituição e por fim, verificar os desafios e possibilidades existentes na instituição para o desenvolvimento de

ações pautadas na PRD. A metodologia será pautada numa perspectiva exploratória de caráter analítico.

**Objetivo da Pesquisa:** Analisar as concepções e práticas dos profissionais e usuários do CAPS ad no município de Campina Grande – PB em torno da Política de Redução de Danos (PRD) em álcool e outras drogas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** O presente estudo não importa riscos maiores de natureza direta aos entrevistados-participantes e traz no seu bojo benefícios que possibilitará aos sujeitos participantes da pesquisa, a socialização de informação que poderão repercutir na melhoria dos serviços prestados pelo CAPS ad.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente pesquisa estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e contribuição na formação de profissionais do ensino superior em Serviço Social, bem como, dentre outras áreas do saber científico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

As pesquisadoras apresentaram, dentro da conformidade e quanto requisito da Resolução de n. 466/12 do CNS, os seguintes Anexos: 1. Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável; 2. Declaração de Concordância com o Projeto de Pesquisa; 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE; 4. Termo de Autorização Institucional: Centro de Atenção Psicossocial ( CAPS ad), Apêndice: Roteiro de Entrevista para os usuários e Roteiro de Entrevista semiestruturada para os Profissionais do CAPS AD.

**Recomendações:**

Estando o presente Projeto de Pesquisa com fim destinado para Trabalho de Conclusão de Curso concorde recomendações e Protocolo do CEP UEPB, bem como conforme a Resolução de n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, não há que se recomendar, quanto emenda ao Projeto inicial.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.**

**Situação do parecer: Aprovado.**

Campina Grande, 09 de dezembro de 2013.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
  
Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa