

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

**REDUÇÃO DE DANOS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA CLÍNICA DO CAPS AD – UMA
CONVIVÊNCIA POSSÍVEL?**

MESTRANDO: ARNOR JOSÉ TRINDADE FILHO

ORIENTADORA: CRISTIANE DE FREITAS CUNHA

BELO HORIZONTE, DEZEMBRO DE 2018

**REDUÇÃO DE DANOS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA CLÍNICA DO CAPS AD – UMA
CONVIVÊNCIA POSSÍVEL?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da
Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, como
requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristiane de Freitas Cunha

Belo Horizonte - MG

Faculdade de Medicina da UFMG

2018

BELO HORIZONTE, DEZEMBRO DE 2018

T833r Trindade Filho, Arnor José.
Redução de Danos e Dependência Química na clínica dos CAPS
AD [manuscrito]: uma convivência possível?. / Arnor José Trindade Filho. - -
Belo Horizonte: 2018.
50f.
Orientador (a): Cristiane de Freitas Cunha Grillo.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Redução do Dano. 2. Transtornos Relacionados ao Uso de
Substâncias. 3. Saúde Mental. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Grillo,
Cristiane de Freitas Cunha. II. Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WM 270



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

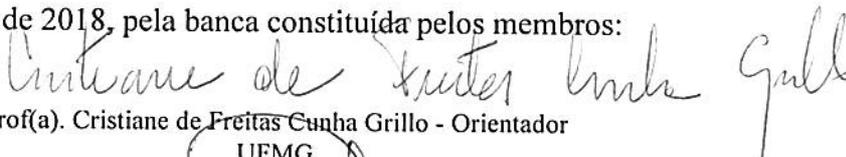
FOLHA DE APROVAÇÃO

Redução de danos e dependência química na clínica dos CAPS AD

ARNÔR JOSÉ TRINDADE FILHO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 09 de julho de 2018, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Cristiane de Freitas Cunha Grillo - Orientador
UFMG


Prof(a). Arthur Parreiros Gomes
UNI/BH


Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge
UFMG

Belo Horizonte, 12 de dezembro de 2018.

Dedico esse trabalho à memória do meu pai, que embora de pouco estudo, acreditou na educação dos seus filhos

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por acreditar em mim. Agradeço à professora Elza Machado, pela tenacidade e gentileza com que conduz esse programa de mestrado. Agradeço à Arthur e Alzira, por terem aceitado gentil e prontamente a participar desse percurso comigo. Agradeço ao colega Carlos Alberto, que altruisticamente permitiu o acesso aos dados da sua pesquisa. Agradeço à minha orientadora Cristiane Cunha, pela presteza, delicadeza e parceria. Agradeço aos meus pais, por tudo o que fizeram por mim. Agradeço às minhas filhas Maya e Helena, razão de grande parte do que faço na vida.

“São os distantes que pagam por vosso amor do próximo; e, já quando cinco de vós estão juntos, há sempre um sexto que deve morrer.”

Nietzsche

RESUMO

O presente trabalho propôs discutir os impasses e interfaces entre as perspectivas aparentemente antagônicas dos campos discursivos da Dependência Química e da Redução de Danos na clínica com usuários de drogas. Para tanto, nos debruçamos sobre questionários realizados com trabalhadores de três Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) da região metropolitana de Belo Horizonte, MG: Contagem, Betim e Belo Horizonte. Como referência metodológica, utilizamos elementos da dialética e hermenêutica bem como da análise do discurso.

Palavras chave: Redução de Danos, Dependência Química, Drogas, Saúde Mental.

ABSTRACT

The present work proposed to discuss the impasses and interfaces between the apparently antagonistic perspectives of the discursive fields of the Chemical Dependency and the Harm Reduction in the clinic with drug users. To do so, we dealt with questionnaires performed with workers from three Psychosocial Care Centers for users of Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) in the metropolitan area of Belo Horizonte, MG: Contagem, Betim and Belo Horizonte. As a methodological reference, we use elements of dialectics and hermeneutics as well as discourse analysis.

Keywords: Harm Reduction, Chemical Dependence, Drugs, Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEAD -Associação Brasileira de Estudos sobre Álcool e outras Drogas
ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
AD – Álcool e outras Drogas
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas
CEPAI- Centro Psíquico da Adolescência e da Infância
CERSAM- Centro de Referência em Saúde Mental
CID – Catálogo Internacional de Doenças
CMT- Centro Mineiro de Toxicomania
CT- Comunidade Terapêutica
DQ- Dependência Química
DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis
FHEMIG- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INPAD- Instituto Nacional de Ciência e Tecnologias para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas
LENAD, Levantamento Nacional sobre Álcool e Drogas
MS- Ministério da Saúde
NIDA- National Institute on Drug Abuse,
NIHM- National Institute of Mental Health
PNUD- Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento
RAPS- Rede de Atenção Psicossocial
RD- Redução de danos
SENAD- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SRT- Serviço Residencial Terapêutico
SUP- Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUPOD- Subsecretaria de Políticas Sobre Drogas
SUS- Sistema Único de Saúde
UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais
UNIFESP, -Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
OBJETIVO.....	09
METODOLOGIA DA PESQUISA.....	09
CAPÍTULO I – REDUÇÃO DE DANOS.....	11
CAPÍTULO II- DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	14
CAPÍTULO III- CENAS E CENÁRIOS.....	21
1- BELO HORIZONTE.....	23
2- BETIM.....	26
3- CONTAGEM.....	27
CAPÍTULO IV –AS PRÁTICAS DISCURSIVAS NO COTIDIANO DA CLÍNICA.....	27
CAPÍTULO V- “SOMOS TODOS REDUTORES DE DANOS”.....	29
CAPÍTULO VI- “SÃO ELES, OS DEPENDENTES QUÍMICOS”.....	35
CAPÍTULO VII- NOMEAR E PUNIR.....	40
CAPÍTULO VIII- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

INTRODUÇÃO

A atenção aos usuários de drogas no âmbito da saúde foi e é uma questão ainda controversa, cheia de nuances técnicas e metodológicas mas, mais que isso, com cisões políticas, clínicas e ideológicas importantes. A saúde pública inaugura, ou explicita, ao assumir a atenção aos usuários de drogas dentro das suas práticas, uma dicotomia na compreensão do fenômeno. Essa dicotomia pode ser expressa através de alguns binômios que se consolidam, como por exemplo: crime x doença, abstinência x redução de danos, segurança x saúde, prevenção x repressão e tantos outros factíveis e possíveis.

O grande marco, o grande divisor de águas ao nosso ver foi a publicação, em 2003, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Essa política faz dois movimentos fundamentais que vão direcionar e apontar caminhos importantes no âmbito da discussão sobre drogas no país. Ela situa a atenção ao usuário de drogas no campo da Saúde Mental, quer dizer, traz a discussão e a atenção para o campo da Saúde Mental, campo este já solidificado pelas conquistas dos movimentos sociais e da Reforma Psiquiátrica, bem estabelecido a partir de práticas de atenção e sustentado por uma rede de serviços substitutivos. O segundo movimento é trazer como conceito fundamental para esse campo, como paradigma, as estratégias de redução de danos.

Esse movimento vai ter repercussões importantes em toda a discussão sobre a política de drogas no país e vamos verificar, em todos os níveis de governo, uma cisão que vai refletir, invariavelmente, numa divisão de políticas. No nível nacional, surge pouco depois a Política Nacional de Drogas, da SENAD (Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas), que, se não ignora a política estabelecida no âmbito da Saúde, com ela não estabelece uma clara sincronia.

Assim, veremos se repetirem ao nível dos estados e dos municípios a mesma dicotomia. No Estado de Minas Gerais, por exemplo, temos a Secretaria Estadual de Saúde, que, através da sua Coordenação Estadual de Saúde Mental desenvolveu e propôs, nos últimos anos, algumas ações para atenção aos usuários de drogas no campo da Saúde, e a SUPOD, Subsecretaria de Políticas Sobre Drogas, ligada nesse momento à Secretaria de Segurança Pública, e que propõe também ações de tratamento e prevenção mas sob outra ótica, valorizando outras instituições e metodologias. A primeira opera predominantemente a partir da política do Ministério da Saúde, sob

o paradigma da Redução de Danos e a segunda opera sob a perspectiva da Dependência Química¹.

Os CAPS AD, Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas, surgem no campo da Saúde Pública em meio a esse embaraço, embora situados no âmbito da Saúde, refletem, na sua existência, a ambiguidade posta pelas políticas públicas.

OBJETIVO

Objetivo geral: Entender como as perspectivas da Redução de Danos e da Dependência Química são percebidas e apropriadas pelos profissionais na atuação em CAPS AD de forma a investigar os elementos norteadores das práticas, apreendidos pelo discurso dos profissionais dos CAPS AD

Objetivos específicos:

- Entender com quais conceitos e perspectivas sobre Redução de Danos e Dependência Química os profissionais dos CAPS AD trabalham.
- Compreender como os profissionais dos CAPS AD percebem e operam a partir dessas abordagens e as possíveis contradições presentes na prática.
- Oferecer elementos para aprimorar a clínica em CAPS AD a partir de uma perspectiva de Redução de Danos.

METODOLOGIA DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, indicada para o objetivo em questão. Segundo Minayo,

(...) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2014, p.22)

Um referencial teórico-metodológico considerado nesta pesquisa qualitativa foi o da Hermenêutica-Dialética, que implica na construção de uma metodologia capaz, ao mesmo tempo, de compreender e de criticar as práticas de cuidados em CAPS AD.

1 Quando iniciamos o desenvolvimento desse trabalho, a Coordenação de Saúde Mental, com Miriam Abou Yd, Humberto Verona e Marta Elizabete vinham apostando numa política decidida de Redução de Danos. Com as mudanças políticas, sobretudo com a mudança do governo estadual, o contexto e a forma de operar da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, no que diz respeito à política de atenção aos usuários de drogas, tende a mudar de rumo.

Minayo (2014) afirma que a Hermenêutica-Dialética, inicialmente descrita por Habermas, propõe a síntese dos processos compreensivos e críticos. A Hermenêutica considera que a vida social não é transparente e inteligível, portanto, é necessário compreendê-la e interpretá-la a partir da análise de contexto, da cultura e da história. O movimento de compreensão envolve a produção de um sentido peculiar, a interpretação e o estabelecimento de relações e de juízos. Já a Dialética, segundo a mesma autora, busca na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos contraditórios e obscuros da realidade social, elementos necessários para a produção de crítica. A Dialética também valoriza os processos, as dinâmicas, as contradições e o condicionamento histórico das falas, das relações e das ações sociais. Minayo (2002) destaca uma grande contribuição marxista para a compreensão do processo dialético: *“Entender que, do ponto de vista da história, nada existe de eterno, fixo, absoluto e que, portanto, não existem nem ideias, nem instituições nem categorias estáticas”* (MINAYO, 2002, p.95).

Constituindo um pano de fundo do que aqui se apresenta, elementos pertinentes à Análise do Discurso serão também empregados, não no intuito de aprofundar na análise dos discursos considerados, mas antes reconhecendo a presença das práticas discursivas nas práticas de cuidado aqui investigadas, porque investigadas justamente a partir da produção discursivas dos profissionais. Segundo Foucault, *“o que pertence propriamente a uma formação discursiva e o que permite delimitar o grupo de conceitos, embora discordantes, que lhe são específicos, é a maneira pela qual esses diferentes elementos estão relacionados uns aos outros”* (FOUCAULT, 2013, p 70). Assim, a elaboração aqui proposta busca nos campos discursivos subjacentes aos conceitos aparentemente discordantes de Redução de Danos e Dependência Química compreender a formação discursiva que orienta a prática cotidiana dos CAPS estudados. Em outras palavras, compreender a *“função que deve exercer o discurso estudado em um campo de práticas não discursivas”* (FOUCAULT, 2013, p80)

Pretende-se, na pesquisa proposta, analisar as práticas de cuidado dos CAPS AD a partir das perspectivas de Redução de Danos e Dependência Química, buscando compreender e criticar suas adequações às políticas de saúde e às necessidades de atenção das pessoas usuárias ou dependentes de álcool e outras drogas, considerando o objeto, os objetivos e o referencial teórico-metodológico apresentados.

A pesquisa se deu a partir de questionários que constituem o banco de dados do Ateliê Intervalo Redução de Danos da Faculdade de Medicina da UFMG. Esses questionários foram aplicados a 16

trabalhadores dos seguintes serviços: CERSAM AD Barreiro, em Belo Horizonte; CAPS AD Contagem e CAPS AD de Betim, mediante Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido, como parte da pesquisa intitulada “ Análise das representações sociais dos trabalhadores dos CAPS AD, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, acerca do uso de drogas em usuários atendidos nestes serviços”, realizada para a dissertação do mestrando Carlos Alberto Pereira Pinto, sob orientação da professora Cristiane de Freitas Cunha.

A análise dos dados e a produção de resultados

A análise dos dados obtidos, tanto no trabalho de campo quanto na pesquisa bibliográfica e documental, e a produção de resultados foram feitos por meio do estabelecimento de relações:

- Entre os dados obtidos junto aos diferentes sujeitos participantes da pesquisa;
- Entre os dados obtidos e o marco teórico conceitual adotado na pesquisa;

CAPÍTULO I – REDUÇÃO DE DANOS

Colocada em pauta no contexto das políticas públicas no final do século XX, sobretudo em resposta à epidemia da AIDS, as estratégias de redução de danos surgem como possibilidades de intervenção para a prevenção à transmissão de DST entre os usuários de droga, sobretudo entre os usuários de drogas injetáveis. Mediante ao sucesso destas intervenções, a RD foi incorporada de vez às políticas públicas de saúde. Derivada de uma preocupação específica, a transmissão do HIV, que permitiu a fundamentação e a estruturação das estratégias iniciais de RD, posteriormente, a redução de danos é elencada como a principal forma de atenção aos usuários de drogas. De prática territorial exercida por redutores a estratégia de abordagem em serviços de saúde, a RD vem sofrendo modificações no seu percurso a medida que novas práticas são associadas a novos contextos.

Com o advento da epidemia de AIDS nos anos 80 e o alto índice de contaminação entre os usuários de drogas injetáveis no Brasil, foi preciso pensar em estratégias inéditas de prevenção para alcançar este público. Portanto, nos anos 90, as estratégias de Redução de Danos surgiram e se consolidaram como respostas pragmáticas à transmissão de HIV neste contexto. Foram vários os desafios enfrentados nesses anos iniciais de implementação das estratégias de RD. Com o passar do tempo, a AIDS deixou de ser a maior preocupação no que diz respeito aos usuários de drogas, as drogas injetáveis perderam espaço no Brasil e a RD se configurou de outras formas, ampliando seu espectro de ação, flexibilizando e criando novas práticas, estruturando-se conceitualmente, possibilitando novos caminhos na abordagem ao usuário de drogas.

De fato, a Redução de Danos foi deixando aos poucos de ser um conjunto de ações muito específicas (distribuição e troca de insumos), para um público muito específico (usuários de drogas injetáveis) para assumir um papel preponderante no campo de atenção ao usuário de drogas. A incorporação do conceito pela Saúde Mental, através da Política de 2003, definida no documento como abordagem que *“reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa da sua vida”* (BRASIL,2003), alçou a RD ao status de paradigma por ter particular importância nesse deslocamento.

As leis, políticas e portarias posteriores no campo das drogas vão legitimar e referendar a Redução de Danos como a estratégia para a abordagem dos problemas sociais e de saúde causados pelo uso de drogas. A lei 11. 343/2006, por exemplo, vai dispor em seu artigo 19, que trata da prevenção: *“o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados”*. Mais à frente, no artigo 22, que dispõe sobre tratamento: *“definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde”*, a Política Nacional Sobre Drogas, de 2005, vai estabelecer, como um dos seus objetivos: *“Reduzir as conseqüências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade”* (SENAD, 2005).

Observa-se que esta Redução de Danos que se legitima não é mais apenas um conjunto de práticas destinadas à prevenção da transmissão das DST's. O foco agora passa a ser todos os danos evitáveis do uso de drogas. Não é mais direcionada para um grupo específico de usuários de drogas, mas para todos os usuários de drogas, em suma, para toda a sociedade.

A partir destes pontos que fundamentam e estruturam a Redução de Danos, há uma ampliação das possibilidades de intervenção no campo da saúde. Assim, os serviços das redes de saúde em todos os níveis, devem fundamentar suas práticas assistenciais ao usuário de drogas dentro dos princípios da RD.

Como observa Taniele Rui, a entrada das práticas da Redução de Danos no âmbito da Saúde Mental amplia a polissemia do termo e implica numa diversidade de possibilidades de compreensão e aplicação. O programa sai de uma “população alvo” para a “população em geral”. Implica, ao mesmo tempo, numa ampliação da óptica de trabalho e uma disputa conceitual. Tal movimento

aumenta a imprecisão do termo, que assume status de “*fala oficial da política sanitária sobre drogas*” (RUI, 2014).

Ao incorporar a Redução de Danos como estratégia primordial para a abordagem ao usuário de álcool e outras drogas, a Política do Ministério da Saúde elege como principal ponto de atenção os CAPS AD, Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas. Este dispositivo é inaugurado na política pública a partir da portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, pouco antes da publicação da política citada, e nasce fundamentado no funcionamento dos outros CAPS que já estavam instituídos como dispositivos de assistência com promissor sucesso no âmbito do atendimento em Saúde Mental. Assim como funcionavam os CAPS, para atender diferentes transtornos mentais, fazia-se agora o CAPS AD, como dissemos, estruturado dentro da lógica da Saúde Mental, com equipes técnicas e modos de operar similares.

A clínica com usuários de drogas, porém, se depara com questões que não estavam postas para o atendimento aos outros sofrimentos mentais. Não que a drogadicção não aparecesse nos CAPS já instaurados, mas ela era sempre secundária a um *diagnóstico principal*, fenomenológico ou estrutural. Agora, com esses novos serviços e com uma política bem definida, os CAPS AD se colocavam no campo assistencial como uma grande novidade.

Uma das maiores contribuições da implementação desses serviços e da Política nesse campo foi a tradução da Redução de Danos para o âmbito da Saúde Mental. Consideremos o desafio dessa abordagem dentro desses serviços: ao contrário do que acontecia no percurso da RD, estratégia orientada para a abordagem no território, nos CAPS AD os desafios são outros, o de implementar um tratamento orientado por esse paradigma no interior de uma instituição.

Num contexto de tratamento, ou pelo menos na fase mais crítica do tratamento que o CAPS-AD se propõe a realizar, a atuação a partir de uma perspectiva de redução de danos coloca várias questões, não necessariamente postas para as práticas territoriais. Ali, a pessoa não está mais em seu território. Ela chega, em geral, formulando uma demanda que é parar de usar determinada droga. Muitas vezes esta demanda, assim colocada, é expressa ou reforçada pela família.

Num CAPS AD novos desafios são colocados. Dentro da instituição, com suas regras, seus horários, seu modo de funcionamento, seu compromisso institucional e ético, a Redução de Danos se configura em novas práticas, novas intervenções.

Ao mesmo tempo, porém, em que se estrutura a partir de uma perspectiva de Redução de Danos, o CAPS AD é cobrado pela sociedade, ou por alguns segmentos dela, em função dos resultados produzidos em termos de abstinência. É assim que os familiares e muitas vezes os próprios usuários demandam do serviço a recuperação, entendida como cessação definitiva do uso de drogas. Do mesmo modo a imprensa, quando interpela esse serviço, procura números de “casos de sucesso” onde a abstinência é o parâmetro de avaliação.

Os profissionais que trabalham nestes dispositivos não são imunes a essas demandas sociais, nem às representações sociais de doença e cura que o uso de drogas enseja. São trabalhadores com diferentes percursos formativos, em geral, sem contato com a história da Redução de Danos e da sua experiência no território. Se os trabalhadores do primeiro momento da RD se formaram no campo, trabalhando inicialmente a partir das práticas preventivas relacionadas às DST, muitos sem formação acadêmica, os trabalhadores dos CAPS AD vêm do campo da Saúde Mental, e se deparam com uma clínica até pouco tempo ignorada por este campo. A Redução de Danos se impõe como um paradigma externo, que passa então a orientar o trabalho destes profissionais.

Observa-se portanto, que não há consenso entre os profissionais sobre as possibilidades das intervenções a partir da perspectiva de RD. Há inclusive um aparente conflito na prática dos CAPS AD entre a abordagem a partir da Redução de Danos e a promoção da abstinência, essa última sustentada a partir da concepção de Dependência Química, a qual consideraremos mais à frente e que pretendemos com esse trabalho contrapor à perspectiva da RD, também utilizada no dia a dia dos serviços. Na prática profissional esses discursos ora se contrapõem, ora se completam, mas, oriundos de correntes diferenciadas de pensamento, não são conceitos vazios e implicam em práticas distintas. Essa contradição epistemológica nem sempre é percebida na prática e nossa hipótese é de que os profissionais transitam de um discurso a outro sem muita clareza do que se propõe.

A ambiguidade não é meramente operacional, ela comporta aspectos ideológicos que, no campo político, representam embates importantes que se refletem nas práticas exercidas dentro dos serviços. O discurso da Redução de Danos se sustenta e opera a partir de paradigmas outros que não o da Dependência Química.

CAPÍTULO II – DEPENDÊNCIA QUÍMICA

No capítulo anterior dimensionamos brevemente o que é a RD, como ela surgiu e se propagou como

uma ideia importante no campo da Saúde Mental e na abordagem aos usuários de álcool e outras drogas. Consideramos o embate político e ideológico na qual esse conceito se estrutura, na negação de outros conceitos e outras práticas. Agora, cabe-nos aqui discutir os efeitos na clínica da assunção – ou não - dessa prática, como ela se depara com outros saberes, como é incorporada, ignorada ou rechaçada por eles.

A secção demonstrada no campo da política entre o discurso da Redução de Danos e o discurso da Abstinência encontra na clínica terreno fértil. O conflito aqui se dá não na letra, não no jogo macropolítico das legislações e das políticas públicas, mas se efetiva na micropolítica das relações, nos discursos, práticas e corpos de trabalhadores e usuários dos serviços. O enfrentamento ideológico lança seu lastro sobre a clínica, sobre o cotidiano dos serviços de saúde e suas práticas.

“Meu nome é Fulano, sou um dependente químico, sofro de uma doença crônica incurável, reconheço que sou impotente perante a droga...” Quem, na clínica AD, ainda não ouviu esse texto, decorado e repetido, com profunda identificação e culpa, várias e várias vezes? Essa sequência de sentenças é proferida normalmente por um usuário adestrado num campo discursivo que, na clínica, se contrapõe e se opõe ao discurso da Redução de Danos. Esse é o discurso da Dependência Química.

Mas o que é “Dependência Química”? Seria uma doença, de fato? Um jargão, um termo meramente vulgar para designar fenômenos complexos? Um rótulo? Nesse capítulo pretendemos examinar brevemente alguns aspectos relacionados ao conceito Dependência Química e ao nominativo dele derivado “dependente químico” de modo a ensejar uma compreensão das repercussões dessa nomeação no campo da clínica nos serviços. Importante salientar que um conceito, qualquer que seja, é produzido por um campo discursivo, que esse campo discursivo engendra uma prática, que essa prática produz novos efeitos simbólicos. Aqui recorreremos a Foucault, para quem o discurso é ele mesmo uma prática, e toda prática provém e alimenta um (s) discurso (s), se sustenta num campo discursivo. A esse respeito, nos diz Foucault:

Os discursos devem ser tratados como práticas descontínuas, que se cruzam por vezes, mas também se ignoram e se excluem” (...) Deve-se conceber o discurso como uma violência que fazemos às coisas, como uma prática que lhes impomos em todo caso; é nesta prática que os acontecimentos do discurso encontram o princípio de sua regularidade (FOUCAULT 2012 pg 50).

Nesse contexto, o autor ratifica sua tese que o que sustenta os discursos é a vontade de verdade,

verdade que se institui pelo poder, poder esse que se efetiva numa praxis discursiva, mas também numa prática concreta e cotidiana de transformação da realidade. O discurso se apresenta como:

(...) um bem – finito, limitado, desejável, útil – que tem suas regras de aparecimento e também suas condições de apropriação e de utilização; um bem que se coloca, por conseguinte, desde sua existência (e não simplesmente em suas “aplicações práticas”), a questão do poder; um bem que é, por natureza, o objeto de uma luta, e de uma luta política (FOUCAULT 2013, p. 148)

Por início, vamos considerar a origem da expressão 'dependente químico' e o seu campo semântico. Para alguns autores esse termo constitui um avanço, que se reveste de uma precisão científica, na medida em que possibilita a catalogação de uma série de sinais e sintomas que podem se repetir em diferentes indivíduos (LARANJEIRA, 2006).

Não obstante, há uma variedade de termos e designações para se referir às pessoas que fazem algum tipo de uso de drogas e há grande diferença entre outros termos também utilizados como usuário, adicto, toxicômano ou mesmo dependente de drogas. Vamos considerar cada um desses conceitos para então postular a relação possível de cada um dos campos discursivos forjados com a ideia e as práticas de RD.

Algumas questões precisam ser lançadas: entender a origem do conceito e em qual campo semântico ele opera, averiguar sua sustentação no campo teórico e das práticas científicas e estabelecer a utilidade do termo. Daí, resulta a segunda preocupação que é verificar no campo da clínica e da política como esse conceito se sustenta e quais os seus efeitos.

Cabe assinalar que a expressão dependência química se distingue de outras designações que comportam certa similariedade como: toxicomania, drogadicção e mesmo dependência de drogas. No caso da expressão “dependência de drogas” a preposição “de” faz muita diferença. Ela expressa a ligação entre duas palavras. Aqui a preposição pode incluir na sua sinómia o “por causa de”, então dependência por causa de drogas, ou com: dependência com drogas ou mesmo dependência pelas drogas, e também aquele que se destaca (dentre), dentre as dependências, as drogas. Nenhuma dessas interpretações enseja necessariamente o caráter substantivante da expressão dependência química, que nos parece estabelecer um princípio derivativo e constitucional: a dependência é química: aponta para o caráter intrínseco à presença do componente químico. Essa concepção abre o campo então para entender o “fenômeno” principalmente e, quase exclusivamente, a partir dos efeitos químicos das substâncias. Vale destacar também que o termo “dependente de drogas”

assinala de um lado um sujeito, o dependente (mesmo que o conceito seja equivocado) e de outro o objeto, a droga. A expressão “dependente químico” consubstancia, para usar um trocadilho, o sujeito com o objeto. Aí o sujeito desaparece e subsume-se à substância.

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

A maioria das drogas de abuso, como o álcool, os opióides e a nicotina influenciam a concentração de dopamina no sistema de recompensa de forma indireta, pelo bloqueio do controle inibitório dos neurônios gabaérgicos na área tegumentar ventral. Já a cocaína e as anfetaminas atuam diretamente no núcleo *accubens* impedindo o processo natural de recaptção da dopamina na fenda sináptica, aumentando a concentração desse neurotransmissor no espaço extracelular. Esses dois mecanismos causam um aumento do número de impulsos dopaminérgicos no núcleo *accubens*. Essa alteração bioquímica é responsável pelas sensações de prazer e euforia sentidas pelo usuário e é o reforçador positivo para o comportamento de autoadministração da droga (GARCIA, 2014, p.29)

Assim, é possível dar à Dependência Química o estatuto de doença, com etiologia e agente causador bem definido, possibilitando fazer previsões quanto ao seu desenvolvimento e desfecho:

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

À preponderância e à relevância da dimensão química se soma a necessidade positivista de quantificação, numa compreensão meramente quantitativa entre o normal e o patológico. Supõe-se

um estado original normal (sem o uso de drogas) e um estado posterior doente (com o uso de drogas). Estabelece-se assim os critérios de diagnóstico a partir da quantificação de dados: quantas vezes usou, que quantidade usou, etc, com um derivativo quantitativo para a dimensão social e relacional do indivíduo: quantas vezes desejou usar, quantas vezes faltou ao trabalho, quantas vezes alguém se queixou do seu comportamento.

Em *Manual de abordagem de dependências químicas* (GARCIA, 2014) observa-se os esforços dos autores para tentar definir um campo nosológico com bases científicas de modo a incluir a Dependência Química no rol de doenças classificáveis. “*A disponibilização de recursos públicos ou privados para a prevenção e tratamento da dependência química depende de algumas premissas. A primeira é que se reconheça a dependência química como uma doença ou agravo à saúde*” (GARCIA, 2014, p. 219). Trata-se aqui de um duplo movimento, que não esconde sua estratégia política: que a dependência química seja reconhecida como doença para fazer jus aos recursos públicos e privados (para os serviços que trabalharem com essa concepção, leia-se).

O esforço para definir a dependência química esbarra em diversas contradições: é um problema de saúde, mas tem uma questão moral (é errado), é uma doença crônica, mas pode ser que não (GARCIA, 2014, p. 222), tira a possibilidade de escolha do indivíduo, mas os melhores tratamentos são os voluntários, etc. Nota-se aí uma grande imprecisão. Portanto não é, a despeito da roupagem científica, um campo confortável e bem estabelecido.

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

Embora reconheça-se a insuficiência e imprecisão do termo: “*A resposta à pergunta o que é*

dependência química? Ainda não está clara, apesar dos inúmeros estudos realizados” (LARANJEIRA, 2004, p. 03), os autores que militam em torno do conceito trabalham com a mesma expectativa de objetividade e precisão como quem estivesse diante de um objeto da física ou mesmo da biologia. O próprio Laranjeira, considerado uma das maiores referências no assunto, em alguns momentos define assim, no mesmo trabalho, mais adiante: “ *A dependência química pode ser entendida como uma alteração cerebral provocada pela ação direta da droga nas diversas regiões cerebrais*” (LARANJEIRA, 2004, p. 13).

Por trás das elaborações de cunho médico científico, há uma escolha, feita de antemão, de destacar os aspectos nefastos que os usos de drogas *podem* propiciar. A posição vigente hoje na medicina, e que contamina todo o campo da saúde, é calcada em preceitos morais que orientam e sustentam o discurso da periculosidade das drogas. Henrique Carneiro, ao localizar a construção do discurso da abstinência nos movimentos puritanos do século XIX na Inglaterra e nos Estados Unidos, destaca como esses movimentos que sustentam “*propostas de temperança, vegetarianismo e castidade como uma síntese de uma atitude moral e religiosa de total abstinência*”, vão ser apropriadas pela medicina higienista “*que as laiciza, justificando-as como pressupostos morais e de saúde*”. (Carneiro, 2010, p. 198)

Ao nosso ver, uma abordagem científica que se proponha isenta deve também considerar os efeitos positivos das drogas. As drogas implicam numa gama de possibilidades de usos e efeitos, para diferentes sujeitos, em contextos diversos, que não nos permite uma abordagem simplista, maniqueísta, que as coloca como signos do mal:

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

Podemos desconfiar aqui da cruzada moral que é mobilizada por trás do discurso da Dependência Química. Afirma-se com persistência o caráter maligno das drogas. Ora, não podemos ser ingênuos ao ponto de acreditarmos na isenção pressuposta desses argumentos, uma vez que a ciência, inclusive a ciência médica, está imersa na cultura e não isenta de valores. A questão que talvez seja relevante levantar é a quem servem esses valores, em numa sociedade capitalista, quem lucra com esse percurso ideológico. Como lembra bem SILVA (2014, p. 39) “*os saberes médico e jurídico*

fazem par com discursos morais, religiosos, policiais e políticos e são, hoje, os representantes autorizados para tratar da questão”

Essa cruzada com a finalidade de demonizar o uso de drogas certamente contamina boa parte das pesquisas nesse campo. Como exemplo disso, citamos o II LENAD, Levantamento Nacional sobre Álcool e Drogas, hoje o mais recente e amplo inventário de drogas realizado em território nacional, pelo INPAD, Instituto Nacional de Ciência e Tecnologias para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas, ligado à UNIFESP, Universidade Federal de São Paulo, que pesquisou em todo território brasileiro, entrevistando 4.607 pessoas a respeito do uso de drogas e produzindo resultados considerados confiáveis pelos pesquisadores. A apresentação da pesquisa no site do instituto diz que *“aperfeiçoamentos das técnicas de coleta de informações sobre substâncias ilícitas permitiu uma avaliação mais fidedigna sobre este tema”* (II LENAD, 2014). Podemos relativizar facilmente a fidedignidade suposta dos dados colhidos ao questionar o questionário utilizado, um instrumento claramente enviesado que, com certeza, interfere significativamente nos resultados da pesquisa, uma vez que as perguntas destacam apenas os aspectos nefastos das drogas, induzindo os entrevistados a darem repostas negativas sobre o uso de drogas. Além da tendência a criar tabelas para quantificar o comportamento, o que é sempre digno de nota, o inventário estabelece um claro padrão moral que passa despercebido se não estivermos atentos, inebriados que estamos no senso comum sobre as drogas. Vejamos algumas perguntas do questionário relativas ao uso de álcool:

B15: Quantas vezes nos últimos 12 meses você percebeu que não conseguiu fazer o que era esperado por causa da bebida? (...) B17: Quantas vezes no último ano você sentiu remorso ou se sentiu culpado depois de beber? (...) B18: Alguma vez você ou alguém se feriu como resultado do seu hábito de beber? (...) D4: Nos últimos 12 meses beber frequentemente causou problemas entre você e um membro da família ou amigos? (II LENAD 2014)

Salta aos olhos o enfoque em malefícios que a pesquisa apresenta. Isso não seria problema, se o objetivo da pesquisa fosse claramente apresentar os malefícios que as drogas podem causar, acontece que é uma pesquisa que se apresenta como um inventário sobre o uso de drogas, e ao conduzir o entrevistador a dar resposta apenas a perguntas que são negativas para o uso de drogas, a pesquisa induz, produzindo não apenas um resultado suspeito, mas reforçando para o entrevistador, e todos que entrarem em contato com essa pesquisa, as drogas como um produto necessariamente ruim. Isso reforça o estigma social em torno dos usuários e sustenta um discurso do senso comum. Essa abordagem claramente tendenciosa infelizmente ainda predomina no meio acadêmico e na maioria das pesquisas em torno do uso de drogas, e não é uma particularidade ou excentricidade do II LENAD. Carl Hart, ao se referir às pesquisas feitas no âmbito do NIDA, National Institute on Drug Abuse, uma das principais fomentadoras norte americanas de pesquisa nessa área, assinala:

A missão da Nida é “assumir a liderança da conscientização do país quanto à

importância dos conhecimentos científicos em relação ao *vício e abuso de drogas*". Estes são apenas aspectos limitados e negativos dos muitos efeitos das drogas. Naturalmente, substâncias como a metanfetamina têm outros efeitos, entre eles alguns positivos, como a melhora do desempenho cognitivo e do humor, mas isso não faz parte da missão do instituto. Os cientistas que solicitam verbas do Nida sabem perfeitamente que devem enfatizar os danos provocados pelas drogas para obter financiamento. (HART, 2014, p. 292)

Está explícita a grande empreitada de propagação utilizada nos meios científicos para confirmar a deturpada percepção das drogas como algo necessariamente prejudicial. É nesse escopo que prolifera o discurso de legitimação do conceito de Dependência Química de forma a validar as práticas que dele derivam.

Vale lembrar que, além de não se sustentar enquanto conceito, por mais que tente se ancorar no discurso científico, o termo dependência química não é bem estabelecido no âmbito das políticas públicas. Na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, ele é citado poucas vezes, de modo periférico, e na maioria das portarias e decretos posteriores que estruturam o campo ele sequer é citado. Na Lei 11.343, a lei sobre drogas em vigor no país, a expressão também não aparece. Na Política Nacional Sobre Drogas, da SENAD, a expressão é citada, de passagem, em três trechos. Mas mesmo aí, não aparece uma definição do termo, ao passo que a Redução de Danos tem um capítulo específico.

No âmbito da clínica, esses dois campos discursivos, o da Dependência Química e da Redução de Danos com suas implicações éticas, ideológicas e metodológicas estão colocados lado a lado. A ambiguidade e o paradoxo, pensamos, nem sempre é percebida pelos profissionais.

Espera-se que os conhecimentos produzidos com essa pesquisa possam contribuir para ampliar a compreensão do tema, permitindo lançar alguma luz sobre as questões aqui colocadas.

CAPÍTULO III – CENAS E CENÁRIOS

A partir da publicação do Política do Ministério da Saúde, houve um esforço do Governo Federal que, através de portarias e editais, buscou incentivar a abertura de serviços voltados para os usuários de drogas, como Unidades de Acolhimento Transitório e Consultórios de Rua. Mas a cereja do bolo da política sempre foram os CAPS AD, sobretudo na modalidade 24 horas. Esse movimento fez com que muitos desses dispositivos se espalhassem pelo país, mediante a incentivo

político e financeiro do Ministério da Saúde. Nosso enfoque para essa pesquisa foi a Região Metropolitana de Belo Horizonte, que procuramos retratar a partir dos dados obtidos nos CAPS AD de três municípios de maior contingente populacional da região: Belo Horizonte, Betim e Contagem.

1- BELO HORIZONTE

A Saúde Mental em Belo Horizonte, estruturada a partir de um forte movimento social e político, representa, sem dúvida, um importante baluarte da reforma psiquiátrica antimanicomial, definindo práticas, conceitos, políticas públicas, serviços, fluxos, metodologias. A rede hoje (2018) é estruturada com uma variedade de serviços e dispositivos municipais: 33 residências terapêuticas, 13 centros de atenção psicossocial, que, em Belo Horizonte, são denominados CERSAM, Centro de Referência em Saúde Mental, sendo 08 CERSAM para atendimento a adultos em sofrimento mental em crise, 02 CERSAMi, para o atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento mental, 03 CERSAM AD para atender a crise de usuários de álcool e outras drogas, uma Unidade de Acolhimento adulto, ligada aos CERSAM AD, para atendimento em regime de moradia provisória para os usuários desses serviços, uma Unidade de Acolhimento infanto juvenil que atende o público dos CERSAMi. Há 09 centros de convivência, sendo um por distrito, e quatro equipes de Consultórios de Rua. Além desses equipamentos previstos para a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), Belo Horizonte tem alguns dispositivos criados no Município, como o SUP, Serviço de Urgência Psiquiátrica, que dá suporte para os CERSAM durante a noite e fazem o atendimento noturno da urgência psiquiátrica, o Arte da Saúde, com 52 oficinas espalhadas pela cidade, atendendo cidadãos entre 6 e 18 anos de idade, em oficinas de arte e artesanato ligadas ao projeto terapêutico individual dos participantes, as 09 Equipes Complementares, que são equipes formatadas para o cuidado a crianças e adolescentes e vinculadas aos Centros de Saúde, além de contar com trabalhadores de Saúde Mental em todos os Centros de Saúde. Tem também uma Residência Integrada em Saúde Mental, cuja formação se dá nos serviços da rede. A robustez da rede, como os trabalhadores gostam de dizer, é singular. A criatividade na construção de práticas e serviços chama a atenção. Ultimamente, os serviços municipais têm estreitado a pactuação e o fluxo com alguns serviços da rede FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais), sobretudo com o CMT (Centro Mineiro de Toxicomania) e com o CEPAI (Centro Psiquiátrico da Infância), ampliando e qualificando o potencial da rede.

No que tange à clínica que se dedica em atender usuários de álcool e outras drogas, ou, para usarmos uma expressão típica de Rosimeire Silva² – dos sujeitos que se drogam (SILVA, 2015), Belo Horizonte, a despeito da sua importância no cenário nacional no que diz respeito às políticas e práticas em Saúde Mental, demorou a promover o encontro – intempestivo (SILVA, 2015) da política de saúde mental com a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas e, em consequência, com o conceito e as abordagens de redução de danos. Embora a autora faça notar que a presença dos usuários de drogas era familiar à Saúde Mental, uma vez que boa parte dos internos dos manicômios tinham diagnóstico relacionados ao uso de drogas, sobretudo álcool (SILVA, 2015). No seu trajeto de desconstrução do manicômio, no entanto, a questão do uso abusivo de drogas passou ao léu para as principais frentes e campos da Reforma no Brasil. Belo Horizonte não foge a essa regra. Para Silva, *“a inclusão tardia dos usuários de álcool e outras drogas na saúde mental, pode ser compreendida como reflexo da falta de priorização dessa questão pela saúde.”* (SILVA, 2015, p.123.)

Mas para Belo Horizonte alguns elementos podem esclarecer o atraso da discussão em relação a outras cidades. O primeiro CAPS AD de Belo Horizonte foi o CERSAM AD Pampulha, aberto em 2008, seis anos depois da legislação que instituiu esse equipamento, cinco anos após a Política do MS, bem depois de muitas cidades mineiras, a despeito da importância de Belo Horizonte para o cenário da Saúde Mental. Não vamos nos deter em hipóteses sobre essa demora de Belo Horizonte naquilo que SILVA chama de “encontro intempestivo”. Talvez o próprio uso desse adjetivo para definir o encontro da reforma psiquiátrica de Belo Horizonte com a Redução de Danos e a Política AD expresse algo desses motivos. Intempestivo pode se referir ao inesperado, abrupto, mas também ao indesejado, inoportuno.

Fato é que, ainda hoje, percebe-se no cenário da rede de Saúde Mental de BH reflexos desse intempestividade. A prática de RD não é um consenso entre os profissionais da Saúde Mental. A assunção da clínica AD no seio da Saúde Mental ainda provoca incômodos em muitos gestores e trabalhadores.

A dificuldade está também na dimensão política em que essa clínica se inscreve, uma vez que, assumida a questão AD como uma questão do campo da Saúde Mental, ela recruta para suas fileiras

2 Rosemeire Aparecida Silva, ou simplesmente Rosi, teve destacada atuação no campo da Saúde Mental e na Luta Antimanicomial. Foi Coordenadora de Saúde Mental em Belo Horizonte de 2002 a 2012, ao lado de Miriam Abou-Yd, protagonizando a estruturação da rede de Saúde Mental do município que veio a se tornar uma referência nacional. Atuou também no PAI-PJ e foi idealizadora e fundadora do Ateliê Intervalo Redução de Danos, da Faculdade de Medicina da UFMG, ao qual essa pesquisa está vinculada.

a decidida militância antimanicomial, que passa a identificar como seu opositor as chamadas comunidades terapêuticas, até então instituições do campo de atenção aos usuários de drogas que passavam ao largo do escrutínio da militância, não sendo sequer referidas por ela.

Essa dimensão política, já assinalada, confunde e divide os profissionais, uma vez que, ainda não bem estabelecida em seu campo, a Redução de Danos vai situar seu discurso sobretudo por aproximação com os discursos sustentadores da reforma psiquiátrica como a psicanálise, os direitos humanos, as influências foucaultiana e basagliana.

Sabe-se o quanto é, e foi importante, o discurso e as práticas oriundas de Trieste, ainda que como referências icônicas para a estruturação e sustentação da política em saúde mental no município de Belo Horizonte. No caso da política de álcool e outras drogas, no entanto, há uma ausência de referências. Trieste aqui não serviu de modelo, uma vez que, lá também, os usuários de drogas são tratados em comunidades terapêuticas, e a política de saúde mental não inclui essa abordagem. Muito menos o discurso basagliano abordou de forma direta os “sujeitos que se drogam”. Talvez essa falta de referência clara no modelo seguido tenha sido um dos fatores para o atraso e atropelos da constituição do campo de atenção aos usuários de drogas em Belo Horizonte.

A adesão à política ministerial se deu, nos parece, principalmente pela aproximação de alguns princípios e conceitos estruturados no âmbito da política de saúde mental: defesa dos direitos humanos, da autonomia e da cidadania, abordagem focada no sujeito (influência da psicanálise). Mas também por exterioridade, com a posição que se opõe nesse campo ao discurso, sobretudo, das comunidades terapêuticas, na identificação dessas com o manicômio. Nas palavras de Silva:

Um tratamento que só encontra possibilidade fora do laço, no esvaziamento do discurso do sujeito e na objetificação da experiência na categoria da doença, pontos de síntese da terapêutica moral e religiosa, aproximam as concepções do modelo de tratamento das comunidades terapêuticas com a lógica manicomial. (SILVA, 2015, p. 128)

A Redução de Danos, que surge a partir dos enunciados e das práticas dos usuários, encontra guarida não só no discurso da saúde, mas também no discurso antimanicomial e no discurso da psicanálise. A construção do discurso da Redução de Danos em BH se dá em proximidade e sintonia com a psicanálise, mas com problemas e, por que não dizer com equívocos, uma vez que se estabelece, muitas vezes, como similaridade. Com efeito, a RD não é a psicanálise e vice-versa. No entanto, ao aprofundar a discussão, sobretudo com ênfase na escuta singular e tendo como objeto/unidade o sujeito, com referência à psicanálise, muitas vezes se procede com naturalidade na clínica, passando de um discurso ao outro, sobrepondo práticas e conceitos. É importante salientar

que a Redução de Danos não tem um edifício teórico no nível da psicanálise, muito menos uma clareza na definição de objeto. Não é, necessariamente, um discurso do sujeito e não se estrutura enquanto uma prática clínica. Pelo contrário, ela é, em outros contextos, muito mais uma prática social que uma prática clínica e pode ser apropriada por diversas abordagens e campos teóricos. Não obstante, verificamos que há afinidades significativas entre essas abordagens.

Com isso, cabe observar que a política de Saúde Mental em Belo Horizonte tem logrado êxito em fazer da cidade espaço de pertencimento do louco. Está muito distante, no entanto, de construção semelhante para os sujeitos que se drogam.

2- BETIM

Betim é um município da região metropolitana de Belo Horizonte, sendo considerado hoje o segundo polo industrial de Minas Gerais e o primeiro em arrecadação de ICMS.

O crescimento populacional, por sua vez, é de aproximadamente 20.000 pessoas por ano, o que configura um quadro de explosão demográfica, acarretando dificuldades na implementação e planejamento de políticas públicas, bem como um crescimento desordenado, desemprego, violência e desigualdade social. A ampla oferta do sistema público de saúde, a oferta de emprego nas grandes e pequenas indústrias de Betim, bem como a proximidade da capital do Estado, têm sido um atrativo para imigrantes de diferentes regiões do país, que acabam vivendo em condições subumanas, formando grandes áreas de pobreza nas cercanias da região Metropolitana da Grande BH. (RAGAZZI, 2006)

É considerada uma das cidades mais violentas do Estado e também rota importante do tráfico de drogas para Belo Horizonte.

O município de Betim é reconhecido por suas arrojadas estratégias no campo da Saúde Mental em Minas Gerais, tendo relevada importância ao longo da Reforma Psiquiátrica (DINIZ, 2014)

O CAPS AD de Betim foi criado em um contexto muito interessante, pois veio impulsionado por setores estranhos ao SUS, com forte influência de instituições de tratamento de cunho religioso, tendo à frente uma Secretaria Municipal Antidrogas, sendo o serviço mais novo da RAPS do Município. Não obstante, o CAPS AD de Betim é definido como um serviço alinhado com as estratégias de redução de danos:

O CAPS AD de Betim é um equipamento de saúde do município que se destaca por insistir em um modelo assistencial que leve em consideração não somente o uso da

droga, mas aspectos singulares do próprio usuário, afinal, é ele o sujeito que exerce uma ação sobre a droga – no caso, o seu consumo (DINIZ, 2014, p. 1)

Além desse equipamento, a rede de Betim conta com 3 CERSAM para atendimento de adultos sendo 1 deles com funcionamento 24 horas, e os outros dois com funcionamento de segunda a sexta de 8 as 18:00h; 1 CERSAMI para atendimento infanto-juvenil, com funcionamento de segunda a sexta de 8:00 às 18:00 h; 1 Centro de Convivência da Saúde Mental; 2 Serviços Residenciais Terapêuticos, para pessoas portadoras de transtornos mentais, que perderam vínculos sociais e familiares. Funciona no modelo de rede, sendo o CERSAM 24horas (CERSAM Betim Central) responsável pela retaguarda de urgência noturna e finais de semana e feriados de todo o Município e dos 12 municípios da microregião II (Mateus Leme, Esmeraldas, Juatuba, Mário Campos, Piedade das Gerais, Igarapé, Bicas, Rio Manso, Brumadinho, Bonfim, Crucilândia, XXX). Durante a semana, diuturnamente, esses municípios têm a retaguarda de toda a rede de Saúde Mental de Betim (CERSAM Teresópolis, CERSAM César Campos e CERSAMI), no que concerne ao primeiro atendimento da crise, evitando internações em hospitais psiquiátricos.

3- CONTAGEM

Emancipado em 1911, perdeu sua autonomia administrativa em 1938 devido à contingências políticas, tendo retomado em 1948. Se consolidou nos dias atuais como a 3º economia do Estado, tendo na atividade industrial sua vocação principal.

Situado na região metropolitana de Belo Horizonte, o município de Contagem possui população de cerca de 603.442 habitantes, sendo que 601.400 pessoas residem na área urbana e 2.042 pessoas na área rural (IBGE, 2010), apresentando IDHM de 0,756 (PNUD, 2010). Como outras cidades brasileiras, Contagem teve um crescimento bastante desordenado e de acordo com informações contidas no site da Prefeitura Municipal de Contagem. Esta desorganização no processo de urbanização e desenvolvimento econômico contribuiu para que existisse muita desigualdade entre as regiões da cidade, que surgiram a partir do loteamento de áreas de chácaras e fazendas, sem o devido planejamento e regularização dos imóveis. As pessoas que foram para a cidade em busca de emprego nas indústrias, encontraram uma supervalorização da região e passaram a residir em áreas de risco, sujeitas a problemas como inundações e deslizamentos, tendo suas regiões sido fundadas e consolidadas desta forma.

Do ponto de vista da atenção à Saúde de Contagem, há uma subdivisão da cidade em sete distritos sanitários, sendo eles, Eldorado, Industrial, Petrolândia, Ressaca, Sede, Nacional e Vargem das Flores. Todas estas regiões possuem características bastante distintas e singulares, relacionadas às distâncias geográficas entre elas, questões econômicas, número de habitantes, sendo que há regiões populosas e outras menos populosas, próximas ou não da capital, que possuem características peculiares que influenciam seu funcionamento.

Atualmente, a rede de Saúde Mental de Contagem conta com um CAPS AD que funciona 24 horas, e além disso tem dois CAPS III, um CAPS I, dois SRT e oito leitos de Saúde Mental em hospital geral. Conta também com algumas equipes de Saúde Mental na Atenção Primária.

CAPÍTULO IV- A PRÁTICAS DISCURSIVAS NO COTIDIANO DA CLÍNICA

Até aqui procuramos demonstrar os eixos discursivos que orientam a política, a clínica e os serviços de abordagem ao uso de drogas no país, aqui denominados Redução de Danos e Dependência Química. Pensamos ter demonstrado que esses campos discursivos têm origens distintas e que se orientam por diferentes percepções do fenômeno do uso de drogas, tendo cada qual uma posição ética diferente diante dessa questão. Afirmamos, com base na literatura visitada, que esses dois campos perpassam toda a política de drogas no país, e que atingem dimensões concretas no dia a dia. Tentaremos agora, a partir dos discursos produzidos nas entrevistas nos campos selecionados, explorar alguns pontos de forma a estabelecer similitudes, contradições, aproximações e afastamentos, para que possamos esboçar as formas como os profissionais dos CAPS AD lidam com esses discursos na prática cotidiana, bem como essas práticas se sustentam e retroalimentam esses discursos.

Foram 16 profissionais entrevistados nos campos, de diferentes categorias: médicos, psicólogos, enfermeiros, porteiros e técnicos de enfermagem. Para a nossa abordagem, essa gama de categorias profissionais foi relevante pois, no nosso entendimento, a clínica operada no âmbito da Saúde Mental é uma clínica ampliada, que se dá em diferentes espaços com a participação, em menor ou maior grau, de todos os profissionais dos serviços.

Como vimos, o discurso da Redução de Danos tem seu início no cenário de enfrentamento à epidemia de AIDS, constituindo-se em estratégia interessante e apropriada sobretudo pelos usuários de drogas injetáveis e por profissionais da saúde. Vimos como essa abordagem foi ganhando corpo no âmbito das políticas de saúde para usuários de álcool e outras drogas, política essa que se estrutura no campo da Saúde Mental. Em consequência, as abordagens clínicas ao uso de drogas

no âmbito do SUS são impactadas por esse paradigma. Observamos a polissemia do termo e das práticas oriundas dessa abordagem que, na clínica, se aproxima e se amalgama com outros discursos e práticas, como a psicanálise, a psicologia, a humanização, o acolhimento, a clínica ampliada, elaborando no seu campo discursivo alguns conceitos como intervalo, substituição, insumos, autonomia, cidadania, etc.

Por outro lado, o discurso da Dependência Química se estrutura em torno de outros paradigmas. Ele prospera em meio à abordagem moral-religiosa que sustenta o trabalho das comunidades terapêuticas e grupos de auto ajuda. Esses grupos, como vimos, se estruturaram a partir das práticas sociais de combate às drogas, sobretudo nos movimentos pela temperança, muito forte no EUA no início do século XIX. Vimos como esse conceito foi apropriado pela medicina, sobretudo pela psiquiatria biologicista que buscou estabelecer as bases bioquímicas e fisiológicas para o fenômeno do uso de drogas. Observamos como também esse discurso exerce com impacto importante no cenário brasileiro da política de drogas, bem como nas práticas clínicas em diferentes instituições que lidam com a questão do uso de drogas. No campo semântico da Dependência Química, estabeleceram-se conceitos como: abstinência, recaída, dependência, fissura, craving, contemplação, recuperação, etc.

O quadro a seguir propõe uma breve comparação entre esses dois campos discursivos:

	APLICAÇÕES	CAMPO DISCURSIVO	LEGISLAÇÃO	POLÍTICAS PÚBLICAS	PRESSUPOSTOS
DEPENDÊNCIA QUÍMICA	O termo é utilizado principalmente por algumas correntes da psiquiatria, clínicas de internação, grupos de ajuda mútua (AA, NA), comunidades terapêuticas, alguns CAPS AD e no meio jurídico	Normalmente usa-se a expressão em referência a catálogos de doenças- CID 10 e DSM, embora não se encontre nesses catálogos o termo "dependência química". No CID 10- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde- a descrição e de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas específicas ou grupo de drogas associadas por seus efeitos. Categorizando em níveis de comprometimento de acordo com os sintomas apresentados como 1, 2, 3, etc. Não há uma categoria nosológica denominada <i>dependência química</i> .	Na lei nacional 11343, de agosto de 2006, principal instrumento legal sobre as drogas no país, e que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas a expressão não aparece	Pouco presente nas principais políticas públicas sobre drogas. Na Política de Atenção Integral ao Usuário de Alcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, de 2003, a expressão pouco aparece. Na Política Nacional Sobre Drogas, da SENAD, aparece por três vezes, mas sem conceituação.	Tratamentos voltados para a abstinência, ênfase na doença e não no sujeito. Expectativa de objetividade, foco na biologia e explicação a partir da ação química no organismo- mas também perspectiva moral: a droga como mal. O dependente não é capaz de escolher: "Doença da vontade".
REDUÇÃO DE DANOS	Termo consagrado por grupos e associações de redutores de danos, consultórios de rua, grupos ligados a drogas e direitos humanos, profissionais de Saúde Mental, CAPS AD	O termo se popularizou durante a epidemia de AIDS no final dos anos 80. Ganhou força nos anos 90 entre profissionais de saúde e veio se consolidando como paradigma no campo da Saúde. Polissêmico, com imprecisões epistemológicas, implica numa diversidade de possibilidades de compreensão e aplicação. Não há consenso entre os profissionais sobre as possibilidades das intervenções a partir da perspectiva de RD, nem entre os autores sobre a abrangência conceitual do termo.	Na lei nacional 11343, a expressão aparece na correlação com a redução de riscos, como no capítulo XX: colocada como paradigma e " redução de riscos e danos"	Na Política de Atenção Integral ao Usuário de Alcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, de 2003 a redução de danos é colocada como estratégia. Na Política Nacional Sobre Drogas, da SENAD há um capítulo específico sobre o tema.	Tratamentos voltados para o sujeito e não para a droga. Não propõe abstinência, propõe intervalos. Ênfase na autonomia, direitos humanos e aposta na capacidade de escolha dos usuários.

Quadro elaborado pelo autor a partir da bibliografia consultada.

Procuramos, nos parágrafos abaixo, verificar o entendimento dos profissionais dos CAPS AD em torno desses conceitos, bem como essas abordagens repercutem no atendimento desses dispositivos. Não problematizamos aqui a particularidade de cada serviço, pois não é nosso objetivo estabelecer comparações entre os mesmos. Buscamos encontrar nos discursos as similaridades e os afastamentos, as apropriações e os equívocos, os consensos e os dissensos em torno dos campos

discursivos escolhidos, advertindo que, ao fazê-lo, estamos, de acordo com uma perspectiva hermenêutica, em busca da *“comunicabilidade da experiência, pela expressão da coletividade, pela repolitização das falas, por outra maneira de criar o conhecimento e compreender a realidade através de novas maneiras de reflexão”* (CALDAS, 1996)

CAPÍTULO V- “SOMOS TODOS REDUTORES DE DANOS”

Como já mencionamos, Redução de Danos é um conceito polissêmico, em rápida transformação. Na fala dos profissionais entrevistados podemos perceber diferentes concepções em torno do conceito. Dividimos, para efeito didático, essas definições em dois grupos: como abordagem dos profissionais e como estratégia dos usuários dos serviços.

Como abordagem dos profissionais, a RD é mencionada como: trabalho com o singular, prestar acolhimento e cuidado independente do uso, respeitando o direito ao uso, cuidar dos diversos agravos em saúde, independente da relação direta com o uso, bem como das comorbidades manifestas, oferecer outras possibilidades que não o uso de drogas, por exemplo, atividades lúdicas em oficinas e jogos, de forma a substituir o uso, ainda que temporariamente; oferecer escuta ao sujeito singular, trabalhar a responsabilização do sujeito e convocar o mesmo à reflexão sobre o uso de drogas, tratar com respeito e dignidade com foco no ser humano (sujeito) e não na droga.

Enquanto estratégias dos usuários, encontramos na fala dos profissionais as seguintes prerrogativas: poder falar de si, refletir sobre o próprio uso, reduzir o uso de determinada substância, melhora no autocuidado, substituir determinada substância por outra menos nociva, reestabelecimento de vínculos afetivos, familiares, sociais e ou laborais, produzir intervalo entre os usos, substituir o uso por práticas menos danosas.

Alguns profissionais apontaram ainda para o aspecto social, para uma vertente social da Redução de Danos, como combater o proibicionismo, combater o estigma e o preconceito, criar possibilidades de inserção no mercado de trabalho e acolhimento em outros dispositivos da Saúde e das Políticas Sociais.

Há que se ressaltar que os posicionamentos em relação à Redução de Danos são os mais diversos. E a forma como os profissionais se posicionam em relação à RD são as mais variadas, apresentando muitas vezes contradições.

Como conclui um dos entrevistados, *“cada um trabalha com a redução de danos ao seu viés”* (Profissional 13).

Vale lembrar que o método hermenêutico-dialético implica numa aceitação das contradições como dados relevantes na compreensão do fenômeno estudado. Para Caldas, “*os elementos contraditórios (...) devem ser compreendidos e enfrentados, não anulados ou afastados como aberrações*” (CALDAS, 1997, p. 20). Assim, essa metodologia encara as contradições como oportunidade para o estudo proposto.

Por outro lado, como já pontuamos, as políticas públicas no Brasil, no que tange à questão das drogas, são cheias de nuances, ambiguidades, paradoxos e contradições. Não é surpresa, portanto, que na produção discursiva dos profissionais dos CAPS AD várias contradições possam ser encontradas. Elas serão importantes se quisermos compreender como se opera o cuidado nesses serviços de saúde.

A Redução de Danos às vezes aparece como fundamental, como única abordagem possível para o cuidado:

(...) eu percebo que a redução de danos ela é o que permite esse trabalho no cada caso né eu entendo que um usuário de álcool não é igual a outro usuário de álcool né um usuário de crack não é igual a qualquer outro usuário de crack, cada um tem uma história muito particular relacionado a isso né e eu percebo na minha prática que o que eu trato mesmo não é a droga em si né a droga é algo inerte, morto, não tem vida qualquer né é o sujeito toxicômano que coloca ela em movimento num horizonte patológico assim né (...) ela é o que me permite fazer o meu trabalho nesse singular assim né porque tem... eu penso que o tratamento não é exatamente tomar remédio ou não é exatamente ficar abstinente não é absolutamente nada disso assim né tratar é cuidar bem da gente né trazer um olhar para si e dentro desse processo que é esse tratamento (Profissional 1)

Permite, assim, uma visão privilegiada, com enfoque na melhoria das condições de vida do usuário para além do uso de drogas:

“conseguir enxergar o usuário de um outro lugar, de conseguir respeitar esse direito de uso. (...) a reflexão que eu proponho é qual a relação que ele quer estabelecer com o padrão dele de uso. Então assim, porque ele pode querer não parar, mas eu acho que ele também tem que ter consciência de o quanto que o uso, o perfil de uso dele pode estar trazendo alguns prejuízos pra ele, de saúde, de relações familiares e como que ele pode conseguir melhorar essa questão do prejuízo mesmo que ele não pare” (Profissional 6)

Apontando, ainda, para projetos futuros, em outras possibilidades:

“cabe alguma outra coisa na vida a não ser só usar droga, porque geralmente a pessoa que não se propõe a parar ela não tem mais nenhuma projeção de futuro, nenhum projeto de vida, ela está ali envolvida com a droga e não está vislumbrando

um futuro, nada, nenhum projeto “ok tem mais alguma coisa na sua vida que você queria fazer além desse uso dessa droga”? Então a gente começa a pensar em algumas possibilidades, estudou, completou os estudos, gostava de estudar, gostava de alguma disciplina, tem algum curso que te interessa é... o ganhar dinheiro é algo que seduz né, então mesmo que muitas vezes para eles seja só para manter o vício, mas nesse ganhar dinheiro para manter o vício pode- se descobrir um ofício, um trabalho, uma ocupação, então é muito pela redução de danos” (Profissional 8)

Essa concepção vai ao encontro da política oficial do Ministério da Saúde, que a estabelece enquanto estratégia e enquanto paradigma:

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por que? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos , caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL 2003, p. 10)

Outros profissionais vão entender a Redução de Danos como um recurso a mais, uma ferramenta, que pode ser usado apenas com alguns usuários: *“A redução de danos tem horas que eu acho que é bom, mas às vezes eu acho que não adianta nada, porque assim aquele tempo ele está sendo poupado de usar a droga né”* (Profissional 2). Ainda que seja preferível que o paciente não se drogue: *“A redução de danos eu tenho como um sucesso para aquele que não consegue, mas para mim, o sucesso é liberação total. A gente vê paciente que volta a recair principalmente no álcool ele volta a invernar igual estava antes...”* (Profissional 4)

Essa concepção não entende a RD como paradigma, e mantém a abstinência enquanto objetivo ideal. Esse é um discurso sobre a Redução de Danos que é sustentado pelos propagadores do discurso da Dependência Química, DQ, que entende a RD como uma estratégia menor, quando a proposta de abstinência fracassou, como uma alternativa para o usuário para qual a proposta de abstinência não foi possível. A esse respeito encontramos no documento conjunto da ABP, Associação Brasileira de Psiquiatria, em conjunto com a ABEAD, Associação Brasileira de Estudos sobre o Álcool e Outras Drogas, instituições protagonistas no campo da Dependência Química:

“Sendo a Redução de Danos também uma estratégia de Saúde Pública, não se deve negligenciar o dano da Dependência Química. Educação, informação adequada, inclusão social, acesso aos Serviços de Saúde são algumas das ações que poderiam ser incluídas na Redução de Danos, e a estas deve ser acrescentado o acesso fácil e irrestrito ao tratamento da Dependência Química (...)A Redução de Danos deve ser considerada como uma das possíveis estratégias de abordagem ao tratamento e prevenção do uso de drogas. Desta forma, há que se tornar explícitas suas indicações e seu público-alvo” (ABP-2012)

Isso se dá porque, dentro do discurso da Dependência Química, não há uma possibilidade de tratamento que não tenha como alvo a abstinência. As estratégias de Redução de Danos, embora considerada como importante em algumas situações, não é entendida como uma forma de tratamento para pessoas em uso de drogas, no caso, dentro dessa concepção, o dependente químico.

Não é em vão, e não é sem problemas, que os conceitos do campo da DQ, se fazem presentes nas falas dos profissionais dos CAPS AD. Vemos expressões como abstinência, recuperação e recaída sendo usados inadvertidamente por alguns profissionais, mesmo por aqueles que se posicionam em defesa da Redução de Danos.

Em algumas falas percebe-se a abordagem da RD quase como uma impossibilidade, não passível de ser plenamente aplicada, ao passo que permanece presente ainda, mesmo para esses profissionais, o objetivo da abstinência como desejável.

Nada a se surpreender quanto a isso, uma vez que o significante “droga” é carregado de conotação negativa. A Política do MS já reconhecia e antecipava a dificuldade dos trabalhadores em trabalhar com outra perspectiva que não a abstinência:

Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário (BRASIL 2003, p.08)

Por outro lado, alguns percebem a Redução de Danos como excludente da possibilidade da abstinência enquanto cessação ou interrupção do uso, estabelecendo duas possibilidades de objetivos que não se encontram, que são antagônicos.

Essa confusão na abordagem traz uma dupla percepção sobre a Redução de Danos: ela é entendida como princípio norteador do serviço, excludente da busca pela abstinência, mas a abstinência é desejável e preferível à Redução de Danos. Estabelece-se assim um paradoxo, pois em defesa da

Redução de Danos – e dos serviços- é preciso combater o ideal de abstinência, mas esse mesmo ideal transparece nas falas dos profissionais.

Isso aparece sobretudo entre os de profissionais que percebem a abordagem dos serviços, a forma como é operacionalizada Redução de Danos, como um equívoco enquanto proposta de tratamento, como uma perspectiva indesejável na abordagem aos usuários:

(...)eu tenho mania de falar é para alguns amigos que tem horas que eu sou meio retrógrada nessa coisa, eu acho que eles tinham que parar entendeu, e não é, eu não posso nem sugerir isso para eles né, porque eu acho que seria menos sofrido que eles passariam por um sofrimento só, parou, parou e tal, sabe,esse vai e vem para eles pelo que eles me dizem, sabe tem sido muito sofrido também para eles, tem uns que falam que já suportam mais, que já diminuiu sim e tal, mas tem outros que é muito sofrido para ele” (Profissional 12)

Essa percepção da RD como equívoco é sustentada muitas vezes por um desejo de maior rigor no tratamento, seja esse rigor metodológico ou disciplinar, como se a RD fosse uma estratégia descompromissada, com pouca eficácia no tratamento:

Eu acho que tem que existir mesmo esse comprometimento da saúde né, da equipe com esse pensamento assim de reduzir danos, só que eu acho que às vezes a maioria dos usuários não estão preocupados com isso não assim, eu vejo muito isso é aquela coisa meio largada assim, quando fala “ah isso está te afetando vamos reduzir, vamos trabalhar isso com você o usuário” ele meio que isso aí ele não importa muito não, sabe? Ele quer, ele quer estar ali, ele quer receber, mas não tem aquele comprometimento, mas eu acredito que tem que existir sim, tem que existir esse comprometimento da saúde, do profissional isso aí tem que existir, só acho que não é muito efetivo, eficaz até (Profissional 11)

Esse sentimento de inadequação da RD enquanto estratégia coloca os profissionais que assim pensam muitas vezes em cheque, ao ponto de questionarem o seu próprio papel no CAPS AD:

Você pensa assim “o que eu vou fazendo com esse povo aqui, o que eu vou fazer com esse povo aqui” olha certamente não é isso que nós estamos fazendo, certamente não é por eles naquele lugar ali, sei lá como que chama aquele espaço físico ali, eles ficam assentados o dia inteiro olhando uns para os outros aguardando o lanche para ir embora e encher o “rabo” de cachaça e voltar no dia seguinte então “ah isso é redução de danos” redução de danos é o... sabe isso é uma mentira, sabe isso é uma grande mentira (...)você não consegue trabalhar, porque não se consegue... o pessoal que vai para o AA e consegue chegar a abstinência e ficar abstinentes o tempo significativo não é muito grande, então aqui eu tenho que trabalhar com a redução de danos...(Profissional 14)

E para enfrentar a “pouca eficácia” do tratamento pela RD, a solução é a recorrência ao discurso, prática e serviços estruturados no campo da Dependência Química:

Eu acho que redução de danos para alguns pacientes em específicos usuários de drogas ela não é muito eficaz, eu acho, eu sou a favor da liberação total, porque eu acho que esses pacientes que tem o transtorno de impulso por trás e que são os usuários dependentes químicos mesmo, eles não podem dar literalmente o primeiro gole e/ ou o primeiro teco porque já voltam a usar incessantemente, (Profissional 4)

Essa ambiguidade no entendimento e na aplicação das estratégias de Redução de Danos traz, muito provavelmente, implicações importantes na prática dos serviços, uma vez que, diante de uma clínica difícil e um público vulnerável, as equipes não se harmonizam quanto às perspectivas de tratamento e os fundamentos da clínica.

Os profissionais, independente da concepção, percebem que há uma crítica externa ao trabalho realizado sob a égide da Redução de Danos, e se posicionam ora combatendo essas críticas, ora vendo pertinência nas mesmas:

(...)já escutei, estão tratando de marginais e acolhendo bandido aqui dentro, pode até ter uns casos assim, mas é o tipo de usuários nosso né porque ele vai à procura da droga e acaba se marginalizando (Profissional 7)

É como se o serviço e os profissionais que nele trabalham estivessem, assim como o público que eles atendem, marginalizados, produzindo uma prática marginal:

Eu acho que ainda nossas ações elas são muito incipientes assim porque as pessoas elas pouco sabem disso né? das ações de redução de danos é, às vezes isso é confundido com “passar a mão na cabeça, como aceitar tudo” né, porque ainda tem aquele olhar assim que o usuário de álcool e outras drogas ele tem que ser punido, então se você tem ações de redução de danos que as pessoas sabem pouco disso é como se você tivesse passando a mão na cabeça e não agindo terapeuticamente. (Profissional 10)

Essa visão externa sobre o serviço parece impactar a forma como os profissionais trabalham, pois como serviço público, há uma cobrança social em torno do trabalho deles. Sobretudo, é frequente a comparação dos resultados obtidos e da metodologia de trabalho com outros dispositivos, principalmente com as Comunidades Terapêuticas, como veremos mais adiante.

CAPÍTULO VI- “SÃO ELES, OS DEPENDENTES QUÍMICOS”

Não se constata, na fala dos profissionais, uma definição precisa de Dependência Química. Observamos, porém, que não houve uma pergunta direta a esse respeito. No entanto, em muitas falas, deixa-se transparecer a lógica que predomina nesse campo discursivo, e também pode-se observar que muitos termos e concepções próprias do discurso da Dependência Química permeiam a fala dos trabalhadores. Vamos explorar pois, essas duas categorias discursivas, os termos (conceitos) e as concepções.

A expressão dependência química aparece algumas vezes nas falas dos entrevistados:: (...) *esses pacientes tem um limiar de frustração reduzido né, paciente dependente químico a maioria tem transtorno de personalidade por trás, então esses pacientes eles têm uma instabilidade emocional fragilizada*” (Profissional 4), até mesmo como definidora do trabalho dos CAPS AD: “(...) *eu acho que o foco aqui é a dependência química*”. (Profissional 7).

Outras expressões oriundas desse discurso são observáveis mesmo entre alguns profissionais que defendem a RD. As ideias de recaída e abstinência aparecem de forma recorrente. Alguns termos próprios desse discurso são frequentemente mencionados como: abstinência, mecanismos de dependência e de recompensa (no cérebro dos usuários), neuromodulação, recuperação:

(...)pra me aprofundar mesmo, pra ver como que tratava, pra ver como era o mecanismo de dependência, de abstinência, mecanismo de recompensa, como que o mecanismo te recompensa agia no cérebro dessas pessoas usuárias de drogas porque que elas ficavam dependentes da droga, eu procurei me informar pra saber o porquê né, porque um uso tão intenso, porque usam muito (...)a neuromodulação faz isso né, inclusive critérios pra dependência é o uso cada vez maior pra ter a mesma sensação e aí ela não consegue ter a mesma sensação e vai usando incessantemente, então o caráter ela perde um pouco pra suprir esse mecanismo de recompensa cerebral, então ela vai usando cada vez mais pra suprir algo que é mais forte que ela que é a dependência mesmo, né (Profissional 4)

Dois conceitos presentes no discurso dos profissionais nos interessam particularmente, pois são conceitos basilares no campo discursivo da Dependência Química, mas que foram apropriados pelos profissionais dos serviços, como se observa em algumas das transcrições aqui mostradas. Tratam-se dos conceitos de abstinência e de recaída. O uso desses conceitos pode ilustrar, brevemente, como o discurso da Dependência Química perpassa a fala dos profissionais desses serviços que, nunca é demais repetir, são orientados pela política oficial numa perspectiva de Redução de Danos.

O sofrimento deles é muito grande quando falam de quando começaram a usar drogas, de quando começaram... do não conseguirem lidar com isso no dia a dia, o que eles tentam fazer para não cair, para não ter né as famosas recaídas(Profissional 12)

(...) vontade que isso tem que ter, senão tiver o mínimo do querer do sujeito não vai dar certo e o que vem ajudar muito é quando a família ajuda, está do lado, alguém... alguém fala “eu to com você, to com você nas suas recaídas, ah tá difícil eu vou a consulta com você mesmo que eu não entre. (Profissional 8)

A ideia de recaída, fortemente consolidada dentro do discurso moral que sustenta a Dependência Química, tem duplo significado, aponta para uma recidiva de um quadro patológico ou um afastamento de um caminho virtuoso. Ela é sempre um resultado indesejado, comumente marcado por forte sentimento de fracasso. Mas num contexto de uma clínica voltada para a RD, no qual a abstinência não é o único nem o principal objetivo a ser perseguido, parece-nos bastante inapropriado. Esse conceito está muito atrelado ao termo abstinência, que é muito empregado pelos profissionais, ora para designar a síndrome de abstinência e, mais comum, para designar a cessação do uso de drogas. Observa-se uma aposta na abstinência como resultado desejado do tratamento:

(...)porque depois de certo tempo eles vão enxergando as perdas né, e aí cada vez mais vai fortalecendo a abstinência, a partir do momento que eles veem qualidade de vida proporcionada pela abstinência eles vão conseguindo elucidar uma crítica melhor ao uso e vão cada vez mais forçar aquela abstinência né, então precisava. (Profissional 4)

(...)assim, ele reduz o uso, consegue voltar a conviver com família ou ele fica até completamente abstinente” (Profissional 6)

Assim, enquanto meta desejada, a abstinência enseja um outro programa, um outro método:

(...)uma palestra pra eles entenderem um pouco sobre o que é o tratamento que eles fazem aqui, o que é a dependência química, o que é abstinência e explicar pra eles qual é o reflexo da droga para o resto da vida (Profissional 7)

Mas também a abstinência como algo difícil de sustentar, como um sofrimento:

(...) mas aí o serviço mudou assim totalmente o que eu penso, a questão do adoecimento, do adoecimento psíquico, da dependência, do adoecimento da família, como isso mexe, é marcante e como às vezes eles tentam parar, têm até uma força de vontade, mas aí vem a fissura, aí vem a abstinência é muito difícil, é grave . Hoje em dia eu vejo que é grave, essa clínica é uma clínica de adoecimento e de sofrimento. (Profissional 8)

Ao mesmo tempo em que a abstinência se apresenta como desejável, há também a percepção de que o trabalho com RD é contrário à abstinência, como elementos antagônicos na clínica.

(...) trabalhar com a redução de danos que é o nosso foco é ir contra assim um **movimento oposto ao da abstinência**. Então não é entrar aqui e ficar limpo e livre, quem sabe se consiga isso né? Pode ser que sim, mas se a pessoa fizer um uso mais moderado e colocar outras coisas na sua vida isso já é um ganho “tudo bem eu tô usando cocaína, mas eu consigo, por exemplo, durante o dia trabalhar, não falto ao meu trabalho porque eu tô usando a cocaína, eu consigo viver bem com a minha família, com esposa, com filhos mesmo usando” (Profissional 8)

Abstinência e recaída estão, portanto, diretamente ligadas, pois a recaída só ocorre se houve abstinência. Mais que isso, podemos depreender das falas dos profissionais, é que a recaída sempre acontece quando se busca a abstinência. Em sua conotação mais comum, abstinência remete a uma virtude, não só das drogas, mas também do sexo, do jogo, dos prazeres mundanos em geral, e se constituiu enquanto paradigma de política pública a partir da ética protestante radical que se desenvolveu nos Estados Unidos a partir do século XIX (CARNEIRO, 2010), apontando para uma certa santidade do abstinente. Não é em vão que comumente os usuários repetem o discurso da “limpeza”, proferido nas comunidades terapêuticas. Dizer-se que está limpo quer dizer que se está abstinente (sem usar drogas).

Além da presença desses termos, é possível ainda observar algumas concepções que são bem estabelecidas no campo da Dependência Química e que aparecem frequentemente no discurso dos profissionais. A percepção do usuário enquanto um doente ou um doente incurável:

(...)eu acho que as pessoas usuárias de droga ou álcool são escravas da droga, são escravizadas (...) é uma doença, que eles são escravizados pela doença (Profissional 2)

Ainda que se perceba o fenômeno do uso de drogas em seu contexto social, a percepção da doença prevalece:

Eu tinha uma concepção como um doente mesmo né, eu ainda continuo mantendo essa concepção como um doente, mas hoje eu pude ver o lado social, o trato psicossocial mesmo por traz né(Profissional 4)

A ideia do usuário como doente é recorrente e marca um certo modo de olhar para o problema, oriundo de um conhecimento produzido no esteio da ciência médica. Como observa Lewis:

A definição de dependência como doença, endossada pelas comunidades médicas e científicas e pela maioria dos governos ocidentais, pode ser a ferramenta de marketing mais poderosa que existe para a indústria de reabilitação. Não é apenas

uma ótima maneira de fazer com que as pessoas entrem na porta - claro que as pessoas com doenças precisam de tratamento, e os juizes nos Estados Unidos endossaram totalmente essa lógica - mas também uma maneira de explicar o que está errado quando o tratamento não funciona. Porque nenhum médico, enfermeiro ou psiquiatra jamais dirá a você que eles podem curar você com certeza. Tudo o que eles podem dizer é que eles tentarão. E se você acabar não sendo curado, bem, é assim com as doenças. E provavelmente você não seguiu corretamente o tratamento que foi instruído a seguir (LEWIS, p.19)

Para alguns profissionais, no entanto, essa visão do usuário enquanto doente é uma visão privilegiada, de quem vê com os olhos da Saúde. Um avanço, portanto, na visão meramente moral.

Outra concepção a se destacar presente na fala se alguns profissionais é a ênfase na química das substâncias como determinante da patologia:

(...) o álcool a dependência é forte tanto é que a pessoa fica em abstinência certo tempo, não sei fica certo tempo e às vezes volta a beber né é uma droga que causa transtornos mentais muito devagar, mas muito forte né o álcool e o crack ele é forte demais pra pessoa, vicia muito rápido (...) o dependente químico é que nem se diz né não tem cura né, tem é um tratamento que a pessoa quer seguir para o resto da vida para manter o vício sob controle né (Profissional 7)

Uai eu... igual é... por causa do crack eles estão chegando a fazer tudo pelo que eu estou vendo aí eles estão fazendo... as notícias que a gente vê no jornal né que eu leio jornal, assisto é eles estão fazendo de tudo (Profissional 2).

Ainda encontramos outras concepções recorrentes do discurso da Dependência Química, como a perda da capacidade de escolha e de controle, todo uso de droga como nocivo, percepção fatalista sobre o uso de drogas: “o caminho deles é só cadeia ou cemitério”, o usuário percebido muitas vezes de forma estigmatizada, como “drogado”, “escravo do vício”:

Perceba-se nessas colocações a conotação sempre negativa dada ao uso de drogas, a balança da valoração sempre pendendo para o pior.

A alteridade, muitas vezes radical, entre o nós e o eles: nós e os que usam drogas, nos parece pouco refletida. Típica de um desenho positivista de ciência, de compreensão da realidade, o modelo objetivo, sujeito e objeto, espelhado nas ciências da natureza e sempre fracassado quando se propõe investigar o ser humano. Essa visão busca distanciar o objeto e se colocar numa certa neutralidade analítica, circunscrevendo o que alguns chamam de “o mundo das drogas” e um fora dele. Como se observa:

(...)eles ficam um tempo sem usar né, mas o primeiro problema que eles têm eles correm para a fuga que é a droga, então eu acho que eles vão sempre ser

escravizados nessa parte, por exemplo, o alcoólatra “ah eu fico tonto, fico embriagado, fico livre do problema (...) a força deles é mínima, eles não conseguem (Profissional 2)

Como se houvesse algo substantivo, uma marca, certa inferioridade, características típicas dos estigmas de todas as espécies:

(...) igual nós gostamos de álcool, mas fazemos o uso de álcool controlado, a gente não passa do uso nocivo” né, então acho que eles usam mesmo para mascarar algo mesmo, sempre tem uma história por traz do uso desses pacientes usuários (Profissional 4)

Essa visão nem sempre prevalece, nem podemos dizer que é majoritária. Há também a concepção do uso de drogas como inerente às sociedades humanas, perspectiva essa mais próxima da proposta de RD, como observamos na fala seguinte:

(...)porque eu conheço um outro lado e que eu acho que é muito diferente do perfil de pacientes que a gente trabalha aqui né, de pessoas que também usam pessoas também que também já fizeram uso muito abusivo, mas a forma como a vida se desenhou é muito diferente (profissional 6)

A ideia de uma escalada no uso de drogas, que é muito forte no modelo da Dependência Química, tendo uma droga como porta de entrada e estabelecendo a priori o percurso da drogadição dos indivíduos, também pode ser observada em algumas falas:

(...) a pessoa começa fazendo o uso pequeno dessas substâncias, principalmente o álcool né o álcool é a porta de entrada no meu ponto de vista para muitas outras drogas porque a partir do momento que você está sob o efeito do álcool você faz coisas que com outras drogas você não fazia né você não faria (Profissional 3)

Por fim, é importante apresentar a presença de um discurso sobre as comunidades terapêuticas, tidas como instituições que trabalham quase que exclusivamente numa perspectiva de Dependência Química:

(...)a reclusão já resolve muita coisa ele sair do meio em que vive e aprender uma nova realidade (Profissional 4)

(...)e aí acaba que se ele arrumar um lugar, uma comunidade terapêutica pra ele e às vezes é melhor ele ir mesmo, porque ele precisa desse lugar mesmo, mais protegido onde ele consegue ficar distante mesmo, até pra ee conseguir avançar na reflexão do que ele quer fazer com isso. (Profissional 6)

As comunidade terapêuticas aparecem como um terceiro, como um outro incômodo que os profissionais estabelecem um paralelismo, como complemento, alternativa ou oposição do trabalho

que fazem. Esse paralelismo ora aponta qualidades, ora aponta defeitos, mas tanto entre aqueles que a percebem como um recurso melhor ou complementar tanto por aqueles que a concebem como uma opção equivocada, há a o entendimento claro, por todos os profissionais que pronunciaram a respeito, de que se se trata de um outro equipamento, com outra lógica de funcionamento. As críticas e esses equipamentos passa pela concepção de tratamento:

Eu vejo que é um retrocesso que é entender que é o doente das drogas que para eles, não é, tem que ficar fechado, fechado, cerceado, internado pra aí sim tem que limpar né tem que limpar, vamos deixar a cidade bonita, vamos deixar a cidade bonita eles todos internados porque é muito feio a gente passar debaixo dos viadutos e a gente não entende (Profissional 8)

Mas também se questiona a lisura desses equipamentos:

(...)existem as comunidades terapêuticas que eu acho que de comunidade terapêutica não tem nada, para mim são casas de recuperação mesmo né porque sempre tem um dono e tem um motivo daquele cara estar ali não é do tratamento da pessoa e sim lucrar em cima daquela pessoa(...) porque eu acredito que não existe um tempo certo de tratamento como falam nas casa de recuperação aí que são as grandes prisões ,né, que é aonde a pessoa chega além dela não ter nenhum tipo de tratamento terapêutico muitas vezes, ela é obrigada a trabalhar para ela poder estar esquecendo da vida dela, (Profissional 13)

A Política do Ministério da Saúde já destaca esse lugar da CT como um outro instituído com a qual, de certa forma, já antevia os impasses:

Vale a pena assinalar que, no vácuo de propostas concretas, e na ausência do estabelecimento de uma clara política de saúde voltada para este segmento, surgiram no Brasil diversas “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência. (BRASIL, 2003, p.5)

CAPÍTULO VII- NOMEAR E PUNIR

Um dos aspectos importantes diz respeito aos vários nomes a que estão sujeitas as pessoas que fazem uso de drogas. Essas atribuições de nomes variam entre o diagnóstico, ou a tentativa de se estabelecer um, na tentativa de produzir um discurso não discriminatório ou, em seu oposto, numa concepção mais estigmatizada sobre essas pessoas.

No discurso da Dependência Química predominam os adjetivos: drogado, dependente químico, doente, doente crônico... ao passo que no campo discursivo da redução de danos as nomeações mais comuns são usuário, usuário abusivo, toxicômano (nas aproximações com a psicanálise), sujeito que se droga, etc. De fato, o problema da definição permanece em aberto. Temos recorrido nesse texto, mais frequentemente, ao termo usuário, por ser mais comumente utilizado nas políticas públicas e nos serviços de saúde, e que nos parece mais adequado e abrangente, pois ele consegue designar um comportamento, o uso de drogas, sem necessariamente estigmatizar as pessoas. Ocorre, porém, que mesmo essa nomeação é insuficiente e traz problemas para a definição desse campo, uma vez que usuário de drogas, num sentido mais amplo, são todas as pessoas, e a grande amplitude do termo implica numa pouca definição para finalidade diagnóstica ou mesmo conceitual. Eis então que a partir daí surgiu a necessidade de adjetivar esse substantivo, e encontramos nomeações que procuram dar conta de algumas práticas específicas: usuário abusivo, usuário dependente, uso nocivo...e aí corremos de novo o risco da imprecisão, pois na seara da subjetividade o que é abusivo para um, pode não ser para outro, o que pode representar dependência para um, para outro pode ser uma prática momentaneamente excessiva. Por outro lado, no âmbito do discurso da ciência médica-psiquiátrica-biológica, busca-se quantificar e classificar, através de instrumentos de aferição, manifestações que são, em sua maioria, singulares e subjetivas, produzindo uma taxonomia e uma nosologia dos usos.

A toxicomania também nos parece um termo insuficiente para dar conta do fenômeno. A própria psicanálise, que utiliza a expressão mais comumente, tem dificuldade de estabelecer os limites e a abrangência do termo, que oscila entre diagnóstico e posição subjetiva. Santiago nos mostra como a abordagem da toxicomania se dá historicamente no campo da psicanálise. Ele afirma que, se para Freud não há um estabelecimento da toxicomania enquanto um diagnóstico, os pós freudianos buscaram transformar a toxicomania numa categoria autônoma relacionada com a sexualidade (SANTIAGO, 2002). Não obstante, na leitura atual da psicanálise, a toxicomania não tenha se estabelecido enquanto um diagnóstico, estamos longe do consenso sobre a sua abordagem na clínica. Nas palavras de Santiago:

(...) a despeito dessa insuficiência de cunho conceitual, deve-se tomar a toxicomania como um dos capítulos da história da psicanálise em que mais se consegue aproximar dos próprios limites tanto do seu saber como de sua prática (SANTIAGO, 2002, p. 09).

A própria dificuldade na nomeação faz Santiago optar por termos como “operadores da droga” ou “praticante da droga”, em detrimento da denominação sempre difícil de se estabelecer, de “toxicômano”.

De fato, o problema do nome, mais que do diagnóstico, permanece em aberto. Na fala dos profissionais entrevistados, vários desses nomes estão presentes, alguns utilizando mais os termos afins à RD, outros utilizando os termos mais característicos da DQ. Alguns profissionais, no entanto, utilizam indiscriminadamente nomeações oriundas desses dois campos discursivos. Vejamos, na fala dos profissionais entrevistados, como aparecem.

O termo usuário é o que mais recorrentemente aparece na fala dos profissionais na definição das pessoas que usam drogas, e como na maioria das falas refere-se aos usuários dos serviços pesquisados, não fica claro em algumas falas se a nomeação diz respeito à pessoa que usa drogas ou a quem utiliza-se dos serviços dos CAPS AD, o que nesse caso seria sinônimo de “paciente”.

Chama a atenção a presença marcante do significante “doente” nos discursos. É interessante que mesmo relevando os aspectos sociais no sofrimento dos usuários, o que está presente na maioria das falas, a fixação na ideia de doente permanece: *Eu tinha uma concepção como um doente mesmo né, eu ainda continuo mantendo essa concepção como um doente, mas hoje eu pude ver o lado social, o trato psicossocial mesmo por traz né (Profissional 4)*. “Doença” que é pretensamente química, aparentemente psíquica e, às vezes, flagrantemente social: *(...) são os usuários dependentes químicos mesmo, eles não podem dar literalmente o primeiro gole e/ ou o primeiro teco porque já voltam a usar incessantemente, “um usuário, um alcoólatra, ou seja, né dependente químico” (Profissional 9)*

O discurso fortemente marcado pelo biologicismo médico ainda é observado, mesmo na fala de profissionais de outras categorias. Um dos profissionais recorre à analogia com as doenças físicas: *“não tá bom, tem que parar, tem que parar, diabético para de comer chocolate pra não ter diabetes, porque você não pode parar”*(Profissional 4). Esse é um artifício comum no campo discursivo da Dependência Química: a analogia com doenças orgânicas, sobretudo doenças crônicas como a hipertensão e a diabetes. Com o mesmo teor, colhemos a fala de Steven Hyman, diretor do National Institute of Mental Health (NIMH) dos Estados Unidos, importante órgão fomentador da psiquiatria biológica: *“A adicção é uma condição que muda o modo do cérebro trabalhar da mesma forma que a diabetes muda o modo de funcionar do pâncreas”*. (LEWIS, 2015, p. 06).

Essa definição do usuário/paciente/doente/dependente é fundamental no discurso da Dependência Química, e é corriqueiramente reproduzida por profissionais dos CAPS AD, o que é paradoxal, uma vez que, segundo a política oficial que orienta esses serviços, é justamente esse modelo que deve ser evitado:

É necessário se ater a uma posição e a uma visão da saúde que a conceba de forma integral, equânime e justa. Há necessidade, desta forma, de mudança no paradigma de “doentes” para novos cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2003, PG 35)

Outros termos, pouco frequentes, mas presentes nas entrevistas, como “drogado”, “escravo do vício”, expressam sentimentos claramente marcados pelo estigma em relação aos usuários.

A própria expressão “usuário” guarda grande ambiguidade. Ela pode designar tanto o usuário do serviço quanto usuário de droga. Nas políticas públicas de saúde usuário é um segmento na composição dos conselhos e conferências, o usuário do SUS. A fala seguinte exprime um pouco da grande ambiguidade e imprecisão do termo:

Às vezes a gente chega naquela pessoa não é o momento da pessoa parar de usar droga o que o redutor de danos oferece? Uma diminuição um pouquinho desse uso pesado, desse uso menos danoso da droga, porque o ser humano ele conhece a droga desde que a gente se conhece por gente né muitos usam a droga e consegue trabalhar né eu conheço muitos **usuários** de droga que entra em um banco trabalha o dia inteiro usando cocaína, mas ele sai e não se prejudica porque consegue manter a vida dele né **agora quando a pessoa já é uma usuária de droga**, ela perde o emprego né ela vê a família dela passando fome né eu acho que isso se trona mais difícil ainda para a pessoa sair desse uso da droga e quando a pessoa começa a abusar desse uso, porque o uso da droga é comum não só cocaína, maconha e crack é droga até um amor exagerado pode ser droga (Profissional 13)

Nessa seara, ficamos entre o risco da imprecisão nosológica e diagnóstica e o risco da estigmatização.

Eu acho que a gente vive numa sociedade muito preconceituosa assim né, é uma sociedade na verdade de uma repetição assim, de um passado, de uma educação, de uma cultura onde o usuário de álcool e outras drogas eles... todos eles são “colocados dentro do mesmo saco” assim né, e aí quando eu falo “dentro do mesmo saco” muito no tom pejorativo porque ele é o vagabundo, ele é aquele que eu não dou conta, porque não pega uma trouxa de roupa pra lavar e acho que as pessoas desconsideram toda uma história de vida assim a coisa mesmo do sujeito (Profissional 10)

Por fim, recorrendo a Foucault, mais uma vez, pontuamos que a operação de nomear/diagnosticar não é simples nem está atrelada ao fenômeno. Referindo-se ao diagnóstico da loucura, ao qual aqui traçamos paralelo, ele vai nos dizer:

O reconhecimento que permite dizer: este é um louco, não é um ato simples nem imediato. Repousa, de fato, num certo número de operações prévias e sobretudo neste recorte do espaço social segundo as linhas da valoração e da exclusão. Quando

o médico acredita diagnosticar a loucura como um fenômeno da natureza, é a existência desse limiar que permite portar o julgamento da loucura. (FOUCAULT, 2000, p. 89)

CAPÍTULO VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos ao longo desse trabalho levantar a discussão em torno da clínica que se estabelece nos CAPS AD, a partir de dois campos discursivos, que chamamos Redução de Danos e Dependência Química, que perpassam toda a compreensão do fenômeno uso de drogas na nossa sociedade, desde as políticas públicas setoriais, os órgãos do judiciário, a imprensa e o senso comum, com fortes impactos no cotidiano dos CAPS AD, modelando a clínica que nesses dispositivos se produz.

Nosso percurso foi ao encontro da perspectiva dos trabalhadores desses serviços, procurando compreender como esses campos discursivos distintos, com diferentes origens, perspectivas clínicas diferentes, compreensão diversa do fenômeno estudado e sustentados por instituições outras incidem sobre o cuidado operado nos serviços. Nesse percurso, nos colocamos afinados com a perspectiva da Redução de Danos, campo de estudos do nosso maior interesse. Consideramos a proeminência e a preponderância desse discurso na instituição de uma política pública de saúde para pessoas que se drogam. Os achados a que chegamos não propõem ser definitivos nem esgotar a complexidade do assunto. Antes, pelo contrário, eles trazem à luz uma série de contradições, na expectativa de que possam contribuir para a reflexão dos trabalhadores de CAPS AD em todo o Brasil e para demais trabalhadores e estudiosos na área. Traz consigo a esperança de que outros trabalhos possam aprofundar as muitas questões aqui surgidas.

Tendo dito isso, gostaríamos de explorar alguns aspectos que nos pareceram relevantes ao longo dessa investigação. Iniciamos esse projeto com algumas questões que convenientemente vamos retomar, na expectativa de que os achados nesse percurso tenham lançado alguma luz sobre elas. Apresentaremos também alguns achados que, se não estavam claramente definidos nos objetivos iniciais, nos pareceram relevantes como resultado da investigação que fizemos.

Pretendemos ter demonstrado até aqui que a terminologia “Dependência Química” não constitui uma entidade nosológica, sendo portanto inócua na produção de compreensão diagnóstica. Verificamos, por outro lado, que essa expressão, bem como todo o campo discursivo em torno dela estruturado, marca uma visão negativa sobre o uso de drogas, e portanto, sobre o usuário, servindo para estabelecer relações onde o preconceito, o estigma e a segregação se sustentam. Não obstante,

verificamos também que, nos serviços pesquisados, as concepções oriundas desse campo discursivo se fazem presentes de forma marcante. Acreditamos que isso colabora para que a clínica que nesses espaços se produz, contaminada por esse discurso, coloque acento numa concepção moral sobre o uso de drogas e uma desvalorização do usuário.

O discurso da Redução de Danos, por sua vez, postulado como paradigma pela política oficial da Saúde, carece de maior precisão, sendo apropriado pelos trabalhadores de múltiplas formas. Como já suspeitávamos, e que a pesquisa serviu para confirmar, há uma distância ainda significativa entre os fundamentos da política pública e sua execução no cotidiano dos serviços. A Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, enquanto instrumento orientador do funcionamento da rede e dos serviços, estabelecendo parâmetros e paradigma para a efetivação do cuidado, não se efetiva totalmente a julgar pelo material colhido junto aos profissionais. E não se efetiva porque, em parte, há desconhecimento do que está pressuposto na Política, em parte porque há dificuldades operacionais na execução e também porque há entre alguns profissionais a discordância em relação ao modelo proposto, sobretudo na efetivação das práticas de cuidado orientadas pelo paradigma da RD.

O segundo aspecto que nos parece relevante é a convivência dos discursos, o que reflete as ambiguidades da política pública, mas revela também a fragilidade da clínica, que se confunde numa falta de rigor discursivo e metodológico. A fala de alguns profissionais deixa transparecer essa dificuldade, como observamos a seguir, no que tange à definição do objeto: *“Não existe maneira melhor né de se tratar de uma dependência química com a liberdade e o respeito que existe aqui dentro (...) Nós não tratamos a droga, nós tratamos o ser humano aqui* (Profissional 13). A fala desse profissional é emblemática em apresentar a ambiguidade à que a clínica está exposta. Ora se pauta por uma clínica do sujeito e no seu dinamismo psíquico e social e, portanto afinada com o discurso corrente da Redução de Danos, ora por um tratamento centrado na droga e na ação das substâncias, mais relacionada ao campo discursivo da Dependência Química.

Se o discurso da DQ sustenta um semblante de rigor científico, o que, pensamos ter demonstrado, é muito mais um rigor moral, diante da fragilidade dos seus postulados e das suas provas científicas, o campo da RD é ainda incipiente e se confunde e se imbrica com outras práticas e discursos como a Clínica Ampliada, a Psicanálise, a Luta Antimanicomial, os Direitos Humanos; o que, muito embora é salutar, pois há uma aproximação ética com esses campos discursivos, por outro lado, evidencia a carência do estabelecimento de uma formulação conceitual mais bem acabada.

O terceiro e relevante aspecto é a marcada posição da saúde, na visão, na maior parte das vezes negativa do fenômeno uso de drogas. E da dificuldade de se conceber verdadeiramente os aspectos positivos do uso de drogas. A Redução de Danos como sempre necessária e/ou possível porque, afinal, sempre haverá danos, ou seja, atém-se a concepção de que as drogas sempre causam mal, logo a Redução de Danos para todos, correndo o risco de essa estratégia, tão assertiva em suas possibilidades, se torne uma grande panaceia. A familiaridade do discurso da DQ pega os profissionais sobretudo na concepção de doença. Há um sentimento, implícito mas não expresso, de que somos profissionais de saúde, logo lidamos com a doença.

Isso expõe mais que uma ambiguidade discursiva, uma confusão de valores. Essa percepção do uso de droga como doença é muito forte nas falas consideradas. Isso pode se dar, em parte, pelo fato de ser um serviço de saúde, de os profissionais lidarem com casos extremos do uso de drogas. Lewis (2015) vai nos dizer que sempre que a medicina pronuncia sobre algo ela o faz a partir de um olhar que patologiza. Talvez devamos reputar esse posicionamento em grande parte ao discurso da Dependência Química, uma vez que a Redução de Danos, no seu desenho original, apareceu como uma prática de apoio entre iguais, onde a necessidade de diagnosticar e classificar não se fazia tão evidente quanto é para os profissionais de saúde que são formados e qualificados para isso, e em algum nível, para ver a doença. Essa formação, acreditamos, sofre forte influência das pesquisas científicas, pesquisas essas que são comumente financiadas por instituições anti drogas e, como observa Hart (2015) são feitas apenas com pessoas que apresentam grandes problemas com o uso de drogas. Praticamente não existem pesquisas com pessoas que fazem uso não problemático de drogas. Assim sendo, o viés do conhecimento produzido nesse campo é sempre um viés negativo, com lentes para o patológico. É evidente que essa visão embaça a fala comum entre os profissionais de que não tratam da doença, mas sim as pessoas, aspiração quase sempre incongruente com a prática.

Estamos convencidos de que os diagnósticos e nomeações nesse campo estão fortemente marcados por uma perspectiva moralista sobre as drogas, que as valoram sempre negativamente. A literatura aponta o quanto o discurso impregnado de ideias religiosas e conservadoras influencia o desenvolvimento da compreensão científica nessa área (LEWIS; SILVA; CARNEIRO, XXXX-ano) e como o discurso da Dependência Química é tão arraigado nos movimentos religiosos quanto nas academias de ciências médicas.

A proposta de tratamento sob a égide da RD ainda padece da influência negativa oriunda desse campo moral. A própria constituição dos serviços de tratamento nos faz interrogar porque ali se

tratam sujeitos em uso de algumas drogas específicas e não de outras. A questão do valor, do moralismo sobre as drogas talvez seja a essa a grande questão de fundo, que pairou sobre a nossa investigação como um ruído, um murmúrio que veio aumentando à medida em que caminhávamos na nossa investigação, até que, ao final, ser essa a questão que mais nos salta aos olhos, ao ponto de colocarmos em questão as políticas, as pesquisas e os serviços de tratamento.

No cenário atual, onde as forças políticas que governam o país acenam para um endurecimento para com o público mais marginalizado, cabe questionar quem serão os atores que sustentarão o projeto da Saúde Mental e os avanços da política publicada em 2003, e como o farão; bem como se prevalecerá esse modelo, pautado na Redução de Danos e ainda em construção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

CALDAS, Alberto Lins. Dialética e hermenêutica: Uma questão de método. **GEOUSP: Espaço e Tempo (Online)**, São Paulo, n. 1, p. 23-29, apr. 1997. ISSN 2179-0892. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/geousp/article/view/123221>>. Acesso em: 20 June 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.1997.123221>.

CARNEIRO, Henrique. **Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna**. São Paulo, Editora Senac, 2010.

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

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

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro, Ed Tempo Brasileiro, 2000.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber** – Trad Luiz Felipe Baeta 8 Ed, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2013

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

HART, Carl. **Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas**. Tradução Clívis Marques. Rio de Janeiro, ZAHAR Editora, 2014.

http://www.contagem.mg.gov.br/?es=historia_contagem&artigo=107194

II LENAD, Levantamento Nacional Sobre Álcool e Drogas, INPAD, UNIFESP- 2014. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad/>

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

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

LEWIS, Marc. **The biology of desire: Why addiction is not a disease**. Publicaffairs, New York, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. (orgs). **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 83-107.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2014. 14ª ed.

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

RAGAZZI, Ana Maria. **PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO CAPS AD-** Uma proposta de intervenção clínico-política e social para abordagem da dependência química no Município de Betim/MG- 2006 . (texto não publicado)

REDUÇÃO DE DANOS. **Posições da ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) e ABEAD (Associação Brasileira para Estudos de Álcool e Outras Drogas).** Disponível em : <https://www.uniad.org.br/images/stories/publicacoes/outros/Reducao%20de%20Danos%20VI.pdf>

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

SANTIAGO, Jésus. **A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2001

SILVA, Rosimeire Aparecida da. **Reforma psiquiátrica e redução de danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam.** Belo Horizonte, UFMG, 2015- disponível em:
http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-A8TMQE/disserta__o__vers_o_final_para_impres_s_o.pdf?sequence=1