



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A REDUÇÃO DE DANOS NO ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Mestrando: Bruno Carvalho Pereira

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Magda Dimenstein

Natal

2014

Bruno Carvalho Pereira

**REDUÇÃO DE DANOS NO ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação elaborada sob orientação da Prof.^a
Dr.^a Magda Dimenstein apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
como requisito parcial à obtenção do título de
Mestre em Psicologia.

Natal

2014

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os profissionais e usuários das duas instituições que participaram dessa pesquisa. As incursões a campo para a coleta de dados foram todas, sem exceção, experiências potencializadoras de conhecimentos e afetos, marcadas pela receptividade, cordialidade e paciência em responder as indagações do pesquisador. A todos vocês obrigado, por terem partilhado seus saberes e possibilitado a construção desse trabalho.

À minha orientadora Magda Dimenstein, que acompanhou todo esse processo, estando sempre disponível e realizou inúmeras leituras cuidadosas desse manuscrito. A sua forma de trabalhar direta e eficiente, combinada ao mesmo tempo, com alegria e afetividade, foi um aprendizado inesperado que enriqueceu esses dois anos.

Também agradeço aos companheiros da base de pesquisa pelas discussões estimulantes e pelas amizades formadas nesse período.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e à Maria Cilene de Menezes Silva, extremamente competente e sensível no seu fazer profissional.

Por fim, dedico esse trabalho à Sybelle Regina Carvalho Pereira, minha grande incentivadora intelectual e responsável por ter adentrado o mundo acadêmico.

SUMÁRIO

Lista de Gráficos.....	5
Lista de Quadros.....	6
Lista de Tabelas.....	7
Lista de Siglas.....	8
Resumo.....	9
Abstract.....	10
INTRODUÇÃO.....	11
1. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS..	17
2. O PROBLEMA DAS DROGAS COMO UM DISPOSITIVO DE BIOPODER.....	31
2.1 A proibição mundial às drogas: pela saúde e segurança da humanidade.....	36
2.2 Redução de Danos.....	42
3. A POLÍTICA BRASILEIRA DE REDUÇÃO DE DANOS.....	53
4. METODOLOGIA.....	70
4.1 Entrevista semiestruturada com profissionais.....	73
4.2 Ficha sócio-demográfica e rodas de conversa com usuários.....	74
4.3 Observação participante e diário de campo.....	75
4.4 Análise dos dados.....	76
5. RESULTADOS.....	79
5.1 Descrição das instituições pesquisadas.....	79
5.1.1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III.....	79
5.1.2 Comunidade Terapêutica Fazenda da Esperança.....	85
5.2 Resultados das entrevistas com profissionais.....	91
5.2.1 Profissionais do CAPSad III.....	91
5.2.2 Profissionais da FE.....	96
5.3 Resultados das rodas de conversa com usuários.....	99
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	112
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
ANEXOS.....	139

Lista de Gráficos

Gráfico 01: Comparação da evolução entre os atendimentos no SUS por álcool e drogas com o número de pessoas presas por tráfico de entorpecentes, de 2006 à 2011	22
Gráfico 02: Quantidade de óbitos no Brasil, entre 2006 e 2011, relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas.....	29
Gráfico 03: Internações hospitalares pelo uso de álcool e outras drogas	60
Gráfico 04: Quantidade de procedimentos ambulatoriais aprovados nas três diferentes modalidades de acompanhamento a usuários de álcool e drogas, entre os anos 2002 e 2012, no Brasil.....	61
Gráfico 05: Quantidade de procedimentos ambulatoriais aprovados nas três diferentes modalidades de acompanhamento a usuários de álcool e drogas, entre os anos 2002 e 2012, no Rio Grande do Norte	62

Lista de Quadros

Quadro 1: Rede de Atenção Psicossocial/RAPS.....	59
Quadro 2: Cronograma da pesquisa de campo no CAPSad III.....	71
Quadro 3: Cronograma da pesquisa de campo na Fazenda Esperança.....	72
Quadro 4: Relação de profissionais entrevistados no CAPSad III.....	80
Quadro 5: Rotina diária do CAPSad III.....	84
Quadro 6: Rotina diária na Fazenda Esperança.....	88
Quadro 7: Caracterização das instituições pesquisadas.....	91
Quadro 8: Resumo dos resultados das entrevistas com profissionais.....	98
Quadro 9: Resumo dos resultados das rodas de conversa com usuários.....	101

Lista de Tabelas

Tabela 01: Prevalência anual (%) e número de usuários (em milhões) de drogas ilícitas na população mundial entre 15 e 64 anos. Do final dos anos 1990 a 2011.....	18
Tabela 02: Prevalência anual (%) e número de usuários (em milhões) de drogas ilícitas de acordo com o tipo de substância na população mundial em 2010.....	18
Tabela 03: Consumo de álcool na população adulta brasileira (%).....	24
Tabela 04: Porcentagem de consumidores regulares de álcool entre os bebedores no Brasil e suas regiões.	25
Tabela 05: Porcentagem de pessoas que tiveram ao menos uma ocasião de consumo em <i>binge</i> de álcool entre os bebedores no Brasil e suas regiões.	26
Tabela 06: Consumo de maconha na população adulta brasileira (%).....	26
Tabela 07: Consumo de cocaína na população adulta brasileira (%).....	27
Tabela 08: Consumo de crack na população adulta brasileira (%).....	27
Tabela 09: Total de óbitos, entre 2006 e 2011, relacionados ao uso de álcool, tabaco e drogas no Brasil, região nordeste e Rio Grande do Norte.	28
Tabela 10: Faixa etária	99
Tabela 11: Escolaridade	99
Tabela 12: Renda	99
Tabela 13: Quantidade de tratamentos	100
Tabela 14: Substância psicoativa consumida	100
Tabela 15: Grupos de substâncias psicoativas consumidas	100

Lista de Siglas

AD	-	Álcool e outras drogas
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	-	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSad III	-	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas
CT	-	Comunidade Terapêutica
FE	-	Fazenda da Esperança
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PTS	-	Programa de Troca de Seringas
RAPS	-	Rede de Atenção Psicossocial
RD	-	Redução de Danos
SPA	-	Substância Psicoativa
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UDI	-	Usuário de Droga Injetável
UNODC	-	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

Resumo

A Redução de Danos/RD é a diretriz oficial do Ministério da Saúde para lidar com os problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas/AD. A RD refere-se às políticas e programas de intervenção cujo objetivo é reduzir os riscos associados ao uso de AD, sem necessariamente diminuir o consumo individual. Nessa pesquisa buscou-se analisar as concepções e práticas de RD em duas instituições de atendimento especializado a usuários de AD: 1) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPSad III), 2) Comunidade Terapêutica Fazenda da Esperança (FE) Dom Bosco. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou as seguintes ferramentas metodológicas: entrevista semiestruturada com 21 profissionais; ficha sócio demográfica e roda de conversa com 63 usuários participantes; observação participante e diário de campo. A partir das entrevistas com profissionais tem-se compreensão da RD como um tratamento menos complexo e barato. Na FE a proposta da RD não faz parte das suas ações, por ser considerada “contra dignidade do ser humano”. No CAPSad III é compreendida como uma diretriz “inevitável” ao serviço, pois os usuários não permanecem abstinente. Os usuários compreendem a RD como a melhora nas condições de saúde, relações sociais e trabalho que ocorre com a diminuição do consumo de AD. Utilizam a RD ao evitar situações que facilitem o consumo de AD, compartilhar estratégias de prevenção à recaída e, exclusivamente no CAPSad III, diminuir o consumo de psicotrópicos. Destaca-se como analisador a compreensão da RD como um tratamento menos eficaz que se contrapõe ao objetivo de ambas as instituições, a abstinência. A RD não é operacionalizada no cotidiano por profissionais e usuários como estratégia de promoção à saúde, contudo, os usuários são mais permeáveis à RD e produzem estratégias para enfrentar as dificuldades decorrentes do consumo de AD.

Palavras-chave: redução de danos; álcool; drogas; CAPSad, comunidade terapêutica.

Abstract

The harm reduction – HR – is the official policy of Ministry of Public Health to deal with problem derived from alcohol consumption and other drugs –AD. The HR refers to policies and support programs whose purpose is to reduce the risks related to the use of AD, without necessarily decrease individual consumption. This research aim was to analyze the HR conceptions and practices at two specialized institutions for AD users: 1) Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs III (CAPSad III); 2) Therapeutic Community Fazenda da Esperança (FE) Dom Bosco. This is a qualitative research that used the following methodological tools: semi-structured interview with 21 professionals; socio demographic file and rounds of conversation with 63 participants users; participant observation and field journal. The interviews with professionals have characterized HR as a less complex and cheap treatment. At FE the HR proposal does not make part of their actions, being considered “against the human being dignity”. At CAPSad III is understood as an “inevitable” guideline to service, once users do not remain abstinent. The users understand RD as an improvement in healthy conditions, social relations and work that occurs with the decreasing consumption of AD. They use the HR when they avoid situations that facilitate AD consumption, share relapse prevention strategies and, exclusively at CAPSad III, decrease psychotropic consumption. Stands out as an analyzer the HR comprehension as a less efficient treatment that opposes to the objective of both institutions, which is abstinence. The HR is not operationalize in daily routine by professionals and users as a healthy promotion strategy, however, the users are more affected to HR and produce strategies to face the difficulties arising from the AD consumption.

Key words: Harm reduction; alcohol; drugs; CAPSad; therapeutic community.

INTRODUÇÃO

Nesse início de século XXI, as políticas relacionadas ao controle de drogas no mundo passam por reavaliações, sendo que diversos países, dentre eles o Brasil, realizaram modificações em seus procedimentos legais e ou terapêuticos (EMCDDA, 2005). Esse processo surge a partir da crítica de diversos setores da nossa sociedade que avaliam o atual sistema de proibição e controle de entorpecentes como ineficaz em conter os problemas sanitários e sociais associados ao uso de substâncias psicoativas – SPA's - e que, para alguns avaliadores, produziu consequências piores do que o próprio abuso de drogas.

Esse sistema, considerado gerador de quebra dos direitos humanos e violência (Werb et al., 2011), principalmente contra homens, jovens e pobres, é uma ameaça à democracia em algumas regiões e responsável pela manutenção de organizações criminosas nacionais e internacionais (Bastos, Karam, & Martins, 2003; Comissão, 2011b; Nadelmann, 2005).

A Redução de Danos/RD foi o primeiro movimento a criticar o modelo internacional de proibição às drogas que obteve respaldo mundial. Essa nova maneira de entender o consumo de SPA's teve início nos anos 1980, com a criação dos programas de troca de seringas para conter a disseminação de hepatites, e, posteriormente, HIV e outras doenças infectocontagiosas, entre usuários de drogas injetáveis -UDI's.

A primeira tentativa ocorreu em Edimburgo, na Escócia, quando um farmacêutico decidiu fornecer seringas esterilizadas a UDI's, todavia, essa prática foi rapidamente proibida pelas autoridades. Na cidade de Amsterdã, na Holanda, em 1983, uma organização de UDI's solicitou à prefeitura a disponibilização de equipamentos esterilizados para injeção. Inicialmente, esse pedido foi recusado, porém, a decisão foi

revertida, estabelecendo o primeiro Programa de Troca de Seringas - PTS - oficial do mundo (WHO, 2004).

Não existe um conceito definitivo de RD. Em sua essência, se refere às políticas e aos programas de intervenção, cujo objetivo é reduzir possíveis danos devido ao uso de álcool e outras drogas sem, necessariamente, ter como meta a diminuição do consumo individual. Para isso, a RD busca diferenciar repercussões na saúde dos indivíduos e suas relações comunitárias, bem como custos econômicos e impactos sociais relacionados às políticas sobre drogas (Newcombe, 1992). Essas distinções apontam a variedade de intervenções que se encontram baseadas em seus princípios o que a tornou, portanto, num conceito fundamental no campo da saúde comunitária, além da possibilidade de ser aplicado a vários problemas de saúde e não somente às drogas ilícitas (Fontanella & Turato, 2005).

Nessa pesquisa, entendemos que a RD não é somente um conjunto a mais de técnicas no campo da saúde. Mas, uma iniciativa inovadora de atenção às pessoas com problemas relacionados ao abuso de SPA's, baseado nos direitos humanos, singularidade e vontade dos sujeitos (Canadian, 2008). Tal iniciativa propõe o resgate da dimensão de liberdade, em um campo historicamente marcado pela imposição moral e controle dos comportamentos, como base dos tratamentos à dependência química.

A partir disso, tem-se, desde 2003, a RD como o fundamento da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Ministério da saúde, 2004). Neste momento, o Brasil opera uma reformulação do seu sistema jurídico e da saúde relacionado à drogadição, que busca desfazer estigmas e preconceitos e atuar junto à população, promovendo a participação e o bem-estar. Em função disso, do grande número de atores sociais envolvidos nesse tema e o fato da RD fazer parte da política

pública de saúde e, conseqüentemente, da construção da rede de atenção psicossocial, entende-se que a realização dessa pesquisa faz-se necessária.

Os primeiros questionamentos dessa pesquisa iniciaram-se a partir do encontro entre a RD enquanto marco teórico-político da saúde brasileira com minha prática profissional como acompanhante terapêutico de usuários de álcool e outras drogas - AD, em clínica psiquiátrica particular do interior do Rio Grande do Sul. Nessa função, realizei mais de duas mil horas de acompanhamento, geralmente, no período seguinte à internação. Essa prática possibilitou vivenciar as estratégias elaboradas por usuários e familiares para lidar com os conflitos durante esse processo de mudança. Além disso, realizei estágio extracurricular em ambulatório público de saúde mental, posteriormente, tornou-se um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e, entre 2005 e 2010, realizei inúmeras visitas à três unidades da comunidade terapêutica Fazenda da Esperança, localizadas no Rio Grande do Sul e em São Paulo.

A experiência nesses locais de atenção à drogadição merece algumas considerações. Essas três instituições, o ambulatório público, a comunidade terapêutica e a clínica psiquiátrica configuram os principais modelos terapêuticos que operam atualmente no Brasil, sendo que todos têm como objetivo do tratamento alcançar a abstinência. A clínica psiquiátrica e a comunidade terapêutica têm medidas restritivas claras, apesar de guardarem diferenças marcantes entre elas, uma vez que a comunidade não faz uso de psicotrópicos, nem contenções físicas, como ocorre nas clínicas. Nelas, a posição que o sujeito deve assumir é de submissão às regras, consideradas fundamentais para a eficácia do tratamento.

Por sua vez, o ambulatório, apesar de não ter estrutura física e material para efetuar a contenção, pode encaminhar o usuário ao hospital psiquiátrico se considerar

necessário. Seu foco continua no controle de comportamentos, sem intervenções que auxiliem o sujeito a minimizar riscos e danos.

Dessas experiências, questiona-se: será que somente a abstinência pode atuar como princípio fundamental na estruturação de instituições que atendem a dependência química? O uso de drogas é o único elemento causador dessa situação que merece a atenção das equipes? As intervenções terapêuticas poderiam ter outro foco, além do indivíduo e a sua relação com as drogas? Como trabalhar com estratégias de ação comunitária e atenção básica, preconizados nas políticas como fundamentais para prevenção à drogadição? Quais outras práticas terapêuticas podem ser utilizadas além da contenção física, internação, psicoterapia e medicamentos psicotrópicos? O que a entrada da RD no Brasil, como política de saúde, mudou na atenção ao usuário de álcool e drogas desde 2003?

A partir disso, propomos uma pesquisa cujo objetivo geral é analisar concepções e práticas de RD em duas instituições de atendimento especializado a usuários de álcool e outras drogas. Sendo essas: o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPSad III) localizado na zona leste do município de Natal/RN e a Comunidade Terapêutica Fazenda da Esperança - unidade Dom Bosco- situada no município de Serra do Mel, região oeste do Rio Grande do Norte. Como objetivos específicos, definimos:

- 1- Descrever o funcionamento das duas instituições.
- 2- Investigar as dificuldades enfrentadas pelos usuários e profissionais durante o tratamento à drogadição.
- 3- Investigar os elementos associados à adesão às propostas terapêuticas das instituições.
- 4- Identificar as concepções de profissionais e usuários sobre a RD.
- 5- Identificar como profissionais e usuários utilizam os princípios da RD.

Essa é uma pesquisa qualitativa, cujos participantes consistem nos profissionais das equipes técnicas das instituições e nos usuários que estavam em tratamento. Como ferramentas metodológicas, utilizamos entrevistas semiestruturadas com os profissionais, bem como rodas de conversa e uma ficha sócio demográfica com os usuários. A observação participante e uso do diário de campo também fizeram parte do arsenal metodológico.

A construção dessa pesquisa iniciou a partir de uma mudança na compreensão sobre a função da psicologia, ao se distanciar de uma visão do ser humano assentada sobre o conceito de individualidade. Onde o homem torna-se um objeto de estudo que deve ser isolado para melhor manipulá-lo em busca de uma verdade científica, que serviria como base para a psicologia estabelecer as normas e padrões para uma subjetividade saudável (Tedesco, 2012). Assim, o que nos interessa não é a normatização, mas o que se desvia do padrão, que tem força para causar a mudança e aponta um devir, uma nova direção, diferente do está estabelecido hoje sobre uso de álcool e drogas, sempre associado à doença e\ou criminalidade (Reis, 2012; Souza, 2007; Tedesco, 2012; Viana, 2009).

A dissertação se organiza da seguinte forma. O capítulo 01 apresenta os dados epidemiológicos do consumo de álcool e drogas no mundo e no Brasil. O capítulo 02 traz uma abordagem histórica da constituição das políticas proibicionistas e apresenta o problema drogas como um dispositivo do biopoder. Além disso, apresenta a RD como uma perspectiva inovadora para abordar essa questão, que surge a partir da contestação desse modelo. O capítulo 03 traz a constituição da política de Redução de Danos no Brasil, apresenta a rede de atenção psicossocial e os atendimentos referentes a álcool e drogas no Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte com foco nos dois locais de atendimento especializado que foram pesquisados. O capítulo 04 traz os aspectos

metodológicos do trabalho, instituições pesquisadas, ferramentas utilizadas e procedimentos de análise. O capítulo 05 organiza os resultados obtidos em três pontos: a descrição do funcionamento das instituições, as entrevistas com os profissionais e as rodas de conversa com os usuários. O capítulo 06 discute os resultados da pesquisa.

1. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS

Nesse capítulo, são expostos os dados epidemiológicos mundiais sobre o consumo de drogas ilícitas a partir das últimas três edições do Relatório Mundial sobre Drogas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime -UNODC¹- e sobre o consumo de álcool, baseado em relatório da Organização Mundial da Saúde - OMS. Também, são apresentados os índices de consumo nacionais de álcool e drogas e sua repercussão no sistema de saúde e prisional.

Estima-se que, mundialmente, 240 milhões de pessoas usaram, ao menos uma vez, drogas ilícitas no ano de 2011. Dessas, entre 16 e 39 milhões podem ser consideradas usuárias problema (UNODC, 2013). Não há definição sobre quais seriam os usuários problema; por enquanto, são enquadrados nesta categoria pessoas que consomem drogas injetáveis, por ser a via de administração que apresenta os maiores riscos à saúde, e os que fazem uso regular de substâncias ilícitas, ao menos uma vez ao mês² (UNODC, 2011).

Na Tabela 01, a seguir, observa-se um aumento progressivo nas taxas de uso, embora cabe destacar que esse dado também foi influenciado pelo aumento da população mundial, nesse período. Por outro lado, o índice de usuários problema tem se mantido estável (UNODC, 2013). Quanto à incidência do consumo de drogas ilícitas, temos a *cannabis* como a substância mais consumida mundialmente, seguida pelas anfetaminas (incluindo-se o ecstasy, nessa categoria, mesmo estando apresentado separadamente, na Tabela 02), opióides e cocaína.

¹ Sigla está de acordo com a nomenclatura na língua inglesa: *United Nations Office on Drugs and Crime*.

² O relatório não define exatamente o que seria uso regular, mas dar-se a entender que seriam as pessoas que consomem drogas ilícitas pelo menos uma vez por mês.

Tabela 01: Prevalência anual (%) e número de usuários (em milhões) de drogas ilícitas na população mundial entre 15 e 64 anos. Do final dos anos 1990 a 2011.

Período	Usuários	%	Usuários Problema	%
Final dos anos 90	180	4.8	-	-
2001 / 02	185	4.7	-	-
2003	200	4.9	-	-
2004	205	5.0	25	0.6
2005	200	4.8	25	0.6
2006	208	4.9	26	0.6
2007	211	4.9	18 – 38	0.4 – 0.9
2008	203	4.6	16 – 38	0.4 – 0.9
2009	210	4.8	15 – 39	0.3 – 0.9
2010	226	5.0	16 – 39	0.3 – 0.9
2011	240	5.2	16 – 39	0.3 – 0.9

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do *World Drug Report 2011* e *World Drug Report 2013*.

Apesar da carência de dados, o relatório da UNODC apresenta como uma tendência mundial preocupante a utilização, sem prescrição médica, das drogas psicotrópicas que, ao contrário das outras substâncias, têm maior prevalência entre as mulheres, ao invés dos homens. Além disso, geralmente, ocorre a diminuição do consumo de drogas ilícitas quando a pessoa torna-se adulta. Contudo, essa se mostra menos acentuada em relação à tranquilizantes e sedativos (UNODC, 2012).

Tabela 02 – Prevalência anual (%) e número de usuários (em milhões) de drogas ilícitas de acordo com o tipo de substância na população mundial em 2010.

Tipo	Usuários	%
Cannabis	119 – 224	2.6 – 5.0
Anfetaminas	14.3 – 52.5	0.3 - 1.2
Ecstasy – grupo	10.5 – 28	0.2 - 0.6
Cocaína	13 – 19.5	0.3 - 0.4
Opióides³	26.4 – 36	0.6 - 0.8
Dos quais opiáceos	13 – 21	0.3 - 0.5

Fonte: World Drug Report 2012.

³ Opióide é um termo genérico aplicado aos alcaloides derivados da papoula e de seus análogos sintéticos. Faz-se diferença entre opiáceos, produtos derivados da papoula como ópio, morfina e heroína, e opióides sintéticos como methadona e codeína. Na tabela 02, a categoria opióides refere-se a todos os derivados, naturais ou sintéticos, enquanto opiáceos refere-se somente ao uso de heroína e ópio (UNODC, 2011).

Sobre as consequências à saúde, o foco do relatório centra-se sobre as pessoas que utilizam drogas injetáveis e na prevalência de HIV e Hepatite C nessa população, uma vez que essa via de administração apresenta elevados riscos para infecções sanguíneas. Essas são estimadas em 14 milhões em todo o mundo (UNODC, 2013), menor que a estimativa anterior de 15.9 milhões (UNODC, 2011). Isso ocorre devido às novas pesquisas realizadas em alguns países e a mudanças nos padrões de consumo de drogas (Brasil e Austrália são dois exemplos da diminuição no consumo das drogas injetáveis). Quase a metade dos UDI's encontram-se nos Estados Unidos da América, na Rússia e na China (46%).

A taxa de prevalência de HIV e Hepatite C entre essa população é 11,5% (1,6 milhões de pessoas) e 51% (7,2 milhões de pessoas), respectivamente (UNODC, 2013). Isso demonstra uma diminuição em relação aos dados do relatório de 2011, quando se estimava uma prevalência de 17,9% para HIV e 50% para hepatite C entre UDI, representando 2,8 e 8 milhões de pessoas, respectivamente (UNODC, 2011). Não houve mudança significativa no número de óbitos decorrentes do consumo de drogas ilícitas. Em 2011, foi estimado entre 102 mil e 247 mil pessoas entre a população compreendida na faixa dos 15 aos 64 anos (UNODC, 2013), mais da metade ocorreu devido à overdoses.

Ao analisar os dados referentes ao consumo de álcool do relatório *Global status report on alcohol and health* (WHO, 2011), temos que, mundialmente, quase a metade dos homens e dois terços das mulheres se mantiveram abstêmios ao álcool nos últimos doze meses, uma vez que 45% da população nunca consumiu álcool na vida (homens: 35%; mulheres 55%) e mais 13,1% no último ano (homens: 13,8%; mulheres 12,5). Além disso, as taxas de consumo num período de cinco anos (2001-2005) tem se mostrado estáveis na maioria dos países. Porém, 71% dos países avaliados apresentaram

um aumento de consumo entre os jovens e que estão bebendo de uma maneira mais perigosa. Por exemplo, em situações denominadas de *binge drinking*, na qual consomem mais de 60g de álcool puro.

Entretanto, o uso prejudicial de álcool é considerado o terceiro fator de risco para morte prematura, responsável por 4% de todas as mortes no planeta. Estima-se que 2,5 milhões de pessoas morrem anualmente devido a problemas relacionadas ao álcool, sendo a primeira causa de morte entre homens de 15 a 59 anos, principalmente, devido a ocorrência de acidentes, violência e doenças cardiovasculares, o que representa 6,2% de todas as mortes entre homens, comparado à 1,1% das mortes entre mulheres (WHO, 2011).

A partir desses dados, a primeira constatação sobre o problema mundial de saúde relacionada ao consumo de SPA é que não são as drogas ilícitas que causam o maior impacto na humanidade, mas o consumo de bebidas alcoólicas. Uma vez que temos mais de dez mortes ocasionadas pelo consumo de álcool para cada óbito decorrente do consumo de drogas ilícitas. Apesar disso, seu consumo recebe menor atenção das instituições governamentais, o que faz a Organização Mundial de Saúde (2011) considerá-lo um tópico negligenciado.

A segunda constatação se refere à descrição dos padrões de uso dos consumidores de substâncias ilícitas. Indica que a maioria desses (nove de cada dez, pois somente um é classificado como usuário problema) o fazem com uma regularidade menor que uma vez por mês e não por via injetável, além de terem a *cannabis* como a droga preferencial. Então, pode-se indagar: a que riscos essas pessoas estão submetidas? O relatório não expõe dados que possam justificar impactos na saúde com esses padrões de uso.

Apesar disso, o consumo de drogas é apresentado sempre como sendo algo nocivo. Alega-se ser causador de violência familiar e comunitária, de dificultar o desenvolvimento econômico e social. Porém, não há, no referido relatório, uma discussão que relacione os diferentes padrões de consumo às ditas consequências sanitárias e sociais.

Mesmo as três convenções internacionais que sustentam o controle de entorpecentes (ONU, 1961, 1971, 1988) reconhecem as drogas como “essenciais ao bem-estar da humanidade” (ONU, 1961, p. 4) e buscam regulamentar seus usos legítimos. A OMS já considera os benefícios que o uso moderado de álcool pode trazer as pessoas, tanto que, ao calcular as perdas de anos úteis devido aos problemas ocasionados pelo álcool, é subtraído dessa conta os ganhos que seu consumo propicia. A *cannabis* tem usos terapêuticos reconhecidos, o que motivou reformas legais em diferentes países para readequar-se a esse cenário de uso regulamentado. Neste mesmo caminho, a morfina, anfetaminas e outros psicotrópicos são diariamente prescritos nos serviços de saúde. A associação direta das drogas (ilícitas) a malefícios ao indivíduo ocorre por razões que vão além do campo da saúde.

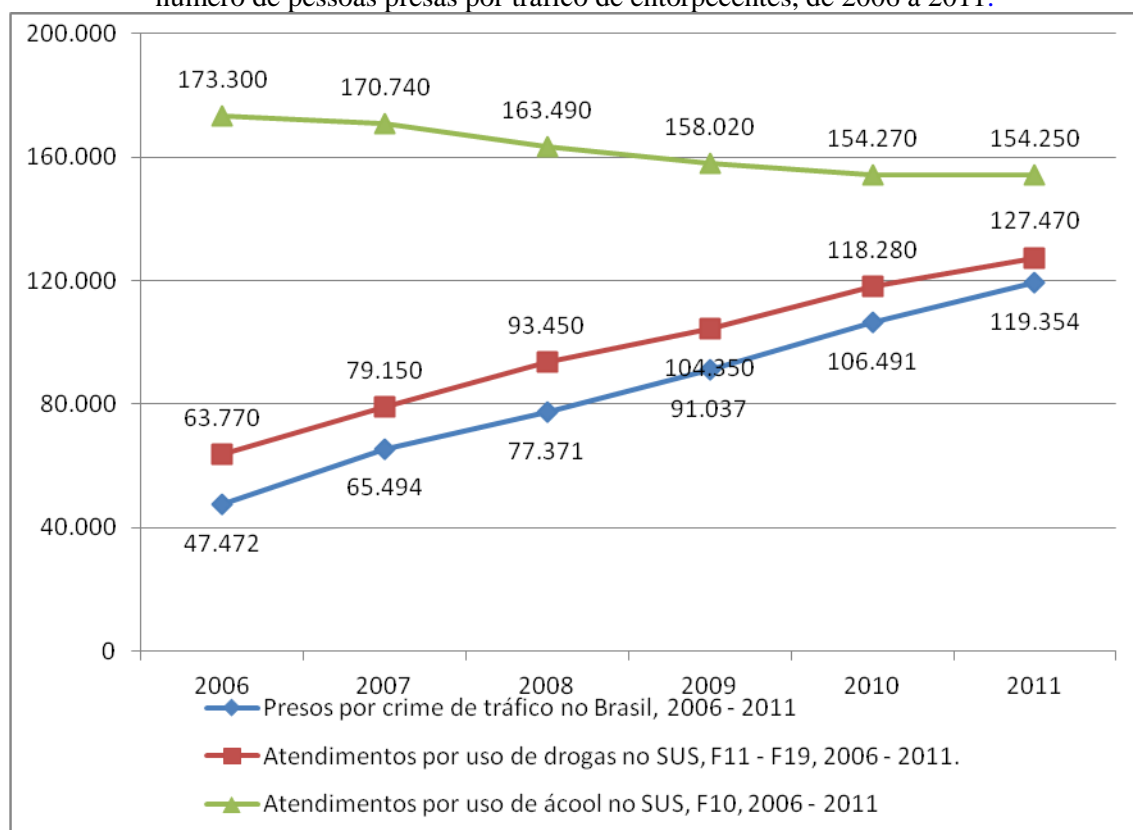
O terceiro ponto revela que, apesar da constatação da diminuição do contágio de HIV por UDI's, em nenhum momento é falado sobre redução de danos. Os programas de troca de seringas são intervenções emblemáticas da RD. Elas foram avaliadas pela OMS como eficientes exatamente na diminuição do contágio por infecções entre UDI's. O relatório da ONU não menciona em nenhum momento o impacto dessas ações. A ausência de uma avaliação sobre a RD nos indica outras ausências de informações, principalmente ligadas às intervenções de redução de oferta. Por exemplo, bancos e instituições financeiras que operam a lavagem de dinheiro, apesar de serem entendidos

como um dos focos da repressão, não há estimativa sobre as ações direcionadas a elas (quantidade de dinheiro apreendidos, instituições processadas, entre outros).

Assim, entende-se que essa maneira atual de apresentar o “problema drogas” está ancorada em um discurso que busca atingir uma verdade única (“as drogas são ruins para a humanidade”), simplificar a complexidade desse fenômeno colocando-o sempre de maneira pejorativa. Ademais, responsabilizam exclusivamente os sujeitos que as consomem, produzem e comercializam, taxados de criminosos e/ou doentes.

A situação brasileira frente ao consumo de álcool e drogas pode ser demonstrada a partir do gráfico comparativo entre o número de atendimentos no SUS e a quantidade de pessoas presas por tráfico de drogas.

Gráfico 01: Comparação da evolução entre os atendimentos no SUS por álcool e drogas com o número de pessoas presas por tráfico de entorpecentes, de 2006 à 2011.



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do INFOPEN – Ministério da Justiça e Boletim Saúde Mental em Dados 11(Brasil, 2012).

Os dados apresentados são de 2006, ano da nova Lei 11.343/06 de drogas que aumentou as penas para aqueles que são considerados traficantes, até 2011. Esses apontam que, apesar da diminuição de 11% no decorrer da série histórica, o álcool continua a ser o responsável pela maioria dos atendimentos no SUS, decorrentes do consumo de SPA. Porém, nesse mesmo período, duplicou a procura por atendimento devido a transtornos causados por outras drogas, lícitas ou ilícitas (F11 à F19)⁴. O Boletim Saúde Mental em Dados 11 (Ministério da Saúde, 2012) aponta o crack como o responsável pelo aumento de atendimentos nessa categoria.

Uma informação importante surge da comparação entre o número de atendimentos no SUS por drogas com a do tamanho da população carcerária por tráfico. Os dados apresentados demonstram que há quase a mesma quantidade de pessoas no SUS e nas cadeias por causa de drogas. Contudo, se retirarmos desse cálculo aqueles que fazem usos de drogas lícitas (psicotrópicos, morfina, solventes, tabaco) temos uma quantidade maior de pessoas no sistema prisional devido a sua relação com as substâncias ilícitas, do que no SUS.

Para a apresentação da evolução do consumo de álcool e drogas nos últimos anos no país, utilizamos o Relatório Brasileiro sobre Drogas (SENAD, 2009), que apresenta os dados do I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizados pela Secretária Nacional sobre Drogas –SENAD – em 2001 e 2005, respectivamente, e os dados do I e II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, do Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas – INPAD - da Universidade Federal de São Paulo, realizados em 2006 e 2012, respectivamente (INPAD, 2012).

⁴A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10 – indica nas categorias de F10 à F19 os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de SPA. As informações epidemiológicas obtidas em pesquisa no DATASUS utilizam essa classificação.

Salientamos que os estudos utilizaram metodologias diferentes. As pesquisas do SENAD utilizaram o questionário *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, adaptado às condições brasileiras e tiveram 8.589 e 7.939 respondentes, respectivamente (SENAD, 2009). Por sua vez, os estudos do INPAD obtiveram 3007 e 4607 respondentes, e utilizaram um questionário com mais de 800 perguntas. No ano de 2006 foi pesquisado somente o álcool e o tabaco, em 2012 ampliaram o foco da pesquisa e adicionaram outras drogas, todavia, esses dados ainda são preliminares e referem-se somente ao álcool, maconha e cocaína (INPAD, 2012).

A partir disso, apresentamos na Tabela 03 os dados referentes ao consumo de álcool na população brasileira adulta nos anos de 2001 e, 2005 (estudos do SENAD) e 2012 (pesquisa do INPAD) em três categorias: uso na vida, no último ano e dependência. Esses estudos demonstram que, apesar do número absoluto de bebedores no ano ter se mantido estável entre 2005 e 2012, em torno de 50% da população brasileira, aquelas que já bebiam passaram a consumir mais álcool.

Salientamos que a diferença significativa nos índices de dependência não deve ser entendida como uma diminuição no consumo de álcool, mas como consequência da adoção de critérios diferentes para definir quais são as pessoas que se enquadram nessa categoria.

Tabela 03: Consumo de álcool na população adulta brasileira (%)÷

Ano	Uso na Vida (%)	Uso no Ano_(%)	Dependentes (%)
2001	68,7	----	11,2
2005	74,6	50	12,3
2012	----	50	6,8

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do Relatório Brasileiro sobre Drogas (SENAD, 2009) e II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (INPAD, 2012).

Os estudos de 2001 e 2005 utilizam critérios referentes à frequência e à quantidade de consumo de álcool. Já o estudo de 2012 considera a percepção do sujeito

em relação ao risco que se encontra exposto⁵. Assim, atribuímos essa diminuição na porcentagem de alcoolistas a melhor aceitação que o uso excessivo de álcool tem em nossa sociedade do que a uma diminuição real dos índices de consumo.

Complementamos que, nos três estudos, observa-se uma tendência marcante de aumento no consumo de álcool entre os bebedores frequentes. Tanto que, em 2012, chegamos a 17% da população na categoria abusadores e/ou dependentes (11,7 milhões de pessoas). Os critérios utilizados para delimitar essa categoria se aproximam mais dos empregados para determinar a dependência nos estudos de 2001 e 2005.

A pesquisa de 2012 aponta que 54% dos adultos que bebem álcool o fizeram com uma regularidade de uma vez por semana ou mais, no I Lenad em 2006 esse índice era de 45%. Também, houve um aumento na ocorrência de situações onde são consumidas no mínimo quatro unidades de álcool num período de duas horas (consumo em *binge*), esse passou de 45%, em 2006, para 59%, em 2012, o que representa um aumento de 31,1% entre as duas pesquisas. A seguir, as tabelas Tabela 01, Tabela 04 e Tabela 05 apresentam esses dados referentes ao Brasil e suas regiões.

Tabela 04: Porcentagem de consumidores regulares⁶ de álcool entre os bebedores no Brasil e suas regiões.

Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-oeste	Sudeste	Sul
2006	45%	33%	48%	40%	46%	43%
2012	54%	36%	48%	56%	60%	55%

Fonte: II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (INPAD, 2012).

⁵ De acordo com informações no site do INPAD (CF. <inpad.org.br/lenad/maconha/resultados-preliminares/>), os critérios para dependência a maconha foram os seguintes: “A identificação de dependência de maconha usada pelo estudo não leva em consideração a quantidade ou frequência de uso da droga, mas sim aspectos comportamentais comuns da dependência. São avaliados: 1) Ansiedade e preocupação por não ter a droga, 2) Sensação de perda de controle sobre o uso, 3) Preocupação com o próprio uso 4) Ter tentado parar 5) Achar difícil ficar sem a droga”. Como não foram apresentados os critérios para dependência ao álcool, pressupõe-se que sejam os mesmos.

⁶ Consumidores regulares são aqueles que bebem álcool uma vez por semana ou mais.

Tabela 05: Porcentagem de pessoas que tiveram ao menos uma ocasião de consumo em *binge* de álcool entre os bebedores no Brasil e suas regiões.

Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-oeste	Sudeste	Sul
2006	45%	37%	43%	38%	41%	50%
2012	59%	45%	62%	57%	56%	50%

Fonte: II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (INPAD, 2012).

O índice de aumento nessas duas categorias, beber regularmente e em *binge*, foi maior entre as mulheres do que nos homens. Enquanto que os homens apresentaram um incremento de 14,2% no consumo regular, aumentando de 56% para 64%, as mulheres tiveram um aumento de 34,5%, passando de 29% para 39%. No consumo em *binge* o aumento entre os homens foi de 29,4% - de 51% para 66% -; já entre as mulheres, esse índice foi 36% -, de 36% para 49%. Apesar da constatação do relatório que o consumo de álcool cresce mais entre as mulheres, a maior parte dos consumidores continua a ser do sexo masculino e estima-se que existam no Brasil três homens alcoolistas para cada mulher (INPAD, 2012).

A SPA ilícita mais consumida no Brasil, assim como no mundo, é a maconha. Estima-se que 3,4 milhões de pessoas usaram-na no último ano e que 1,5 milhões a consomem quase diariamente. A seguir, na Tabela 06, são apresentados as taxas de consumo referentes a essa substância.

Tabela 06: Consumo de maconha na população adulta brasileira (%)

Ano	Uso na Vida (%)	Uso no Ano(%)	Dependentes (%)
2001	6,9	----	1,0
2005	8,8	2,6	1,2
2012	7,0	3,0	1,1

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do Relatório Brasileiro sobre Drogas (SENAD, 2009) e II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (INPAD, 2012).

Apesar de diferença significativa nos índices de uso na vida entre 2005 e 2012, que apresentaram uma diminuição de 1,8% na população, os dois estudos tem dados

similares relativos à dependência dessa substância. Os homens usam três vezes mais que as mulheres, sendo estimado que mais de 1% da população adulta masculina é dependente. O Brasil tem uma taxa anual de uso baixa, em torno de 3%, o que se aproxima mais dos países da Ásia que tem 2%, do que da Europa, com 5%, e dos Estados Unidos, com 10% (INPAD, 2012).

A maconha sempre ocupou uma posição problemática dentro das políticas antidrogas, uma vez que é a substância ilícita mais utilizada e seus efeitos são considerados por alguns especialistas como menos danosos que o álcool e o tabaco (Nutt, King, Saulsbury, & Blakemore, 2007). Isso motivou uma série de questionamentos sobre a proibição dessa substância, devido as penalidades legais e outros riscos a que seus consumidores encontram-se submetidos, por causa do status de ilegalidade dessa substância. Contudo, é o uso da cocaína fumada, o crack, que tem recebido a maior atenção do Estado e da mídia nos últimos anos. Seus índices de consumo ainda são bem inferiores aos do álcool e da maconha, apesar do significativo aumento entre 2001 e 2012. A seguir apresentam-se os índices de consumo de cocaína (fumada ou inalada) e logo a baixo, somente os índices do crack.

Tabela 07: Consumo de cocaína na população adulta brasileira (%)

Ano	Uso na Vida (%)	Uso no Ano(%)	Dependentes (%)
2001	2,3	----	----
2005	2,9	0,7	----
2012	4,0	2,0	1,0

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do Relatório Brasileiro sobre Drogas (SENAD, 2009) e II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (INPAD, 2012).

Tabela 08: Consumo de crack na população adulta brasileira (%)

Ano	Uso na Vida (%)	Uso no Ano(%)
2001	0,4	----
2005	0,7	0,1
2012	1,4	1,0

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do Relatório Brasileiro sobre Drogas (SENAD, 2009) e II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (INPAD, 2012).

Pela tabela 7, verifica-se que, entre 2001 e 2012, houve um aumento significativo do uso de cocaína. Nas pesquisas de 2001 e 2005, os índices de consumo foram tão baixos, que não é apresentada a estimativa de dependentes, já em 2012 considera-se 1% da população adulta brasileira dependente a cocaína. Na tabela 8, observa-se que o uso ao menos uma vez no ano de crack, aumentou dez vezes entre 2005 e 2012. Contudo, embora esse índice refira-se a uso e não dependência, as campanhas midiáticas e notícias falam de uma epidemia de crack na sociedade brasileira.

Sobre as repercussões do consumo de SPA na saúde brasileira, além da procura por atendimento no SUS (Gráfico 01), outro aspecto que avaliamos é o número de óbitos causados pelo uso de álcool, tabaco e outras drogas (F10 à F19). A seguir, a tabela 9 apresenta o total de óbitos entre 2006 e 2011 no Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte e, na sequência, o Gráfico 02 apresenta a série histórica brasileira nesse período.

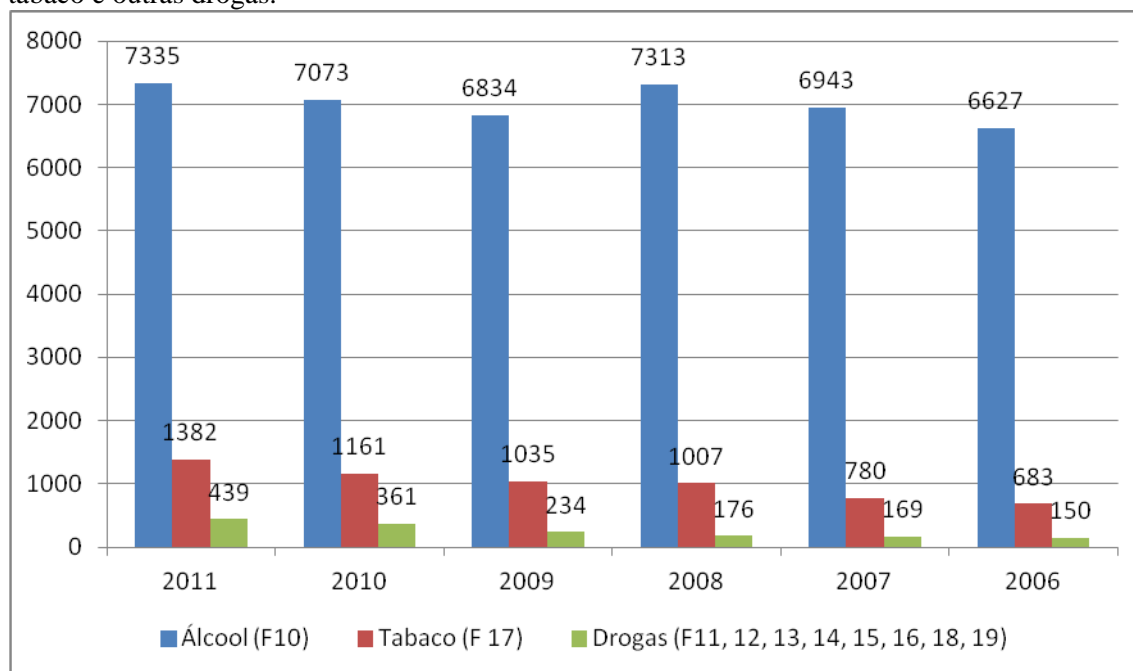
Tabela 09: Total de óbitos, entre 2006 e 2011, relacionados ao uso de álcool, tabaco e drogas no Brasil, região nordeste e Rio Grande do Norte.

Abrangência	Álcool	Tabaco	Drogas	Total
Brasil	42.125	6.048	1.529	49.702
%	85%	12%	3%	100%
Nordeste	2.169	278	44	2.491
%	87.1%	11.1%	1.8%	100%
Rio Grande do Norte	769	107	16	892
%	86.2%	12%	1.8%	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM⁷

⁷ Cf. <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acessado em 20/09/13.

Gráfico 02: Quantidade de óbitos no Brasil, entre 2006 e 2011, relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas.



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM⁸

Esses dados demonstram que o álcool é a droga que causa os maiores impactos na saúde brasileira, responsável por 85% de todas as mortes ocasionadas pelo uso de SPA entre 2006 e 2011. Em seguida, temos o tabaco, responsável por 12%. Todas as outras drogas combinadas atingiram somente 3%, ou seja, menos de duas mil mortes em seis anos. Nesse período, observou-se um aumento de quase três vezes nos óbitos por drogas, um pouco mais de duas vezes para o tabaco e apenas 10% para o álcool.

Ao finalizar esse capítulo, fazemos algumas observações sobre os dados apresentados. Primeiro, o problema de saúde pública brasileira que está relacionado à SPA é o consumo de álcool, apesar do discurso alarmista e mortífero proferido pelos meios de comunicação em relação ao crack (Petuco, 2011). Segundo, o aumento nas prisões não refletiu na diminuição dos índices de consumo ou na procura por atendimento no SUS. Ao se observar os dados contidos no Gráfico 01, o número de atendimentos por drogas e de prisioneiros dobrou nas duas categorias, sendo que o

⁸ Cf. <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acessado em 20/09/13.

maior aumento foi de prisioneiros e, em 2012, atingimos o recorde de 131.368 pessoas presas por tráfico, o que representa 24% da população carcerária. Apesar desse aumento na repressão aos traficantes, as pesquisas indicam um contínuo aumento do consumo de álcool e drogas entre 2001 e 2012.

Dessa forma, apesar da alegação simplista de que as drogas são proibidas por fazerem mal a saúde (OEA, 2013), os dados não corroboram que a estratégia de aumentar as prisões por crimes de entorpecentes seja eficiente em diminuir os problemas sanitários relacionados ao consumo de SPA. Mas, esse panorama demonstra um atravessamento entre o campo da saúde e da justiça. Isso nos indica um caminho importante, para construção do próximo capítulo, ao analisarmos a política de drogas em nosso país e no mundo. Compreender, portanto essa situação não é possível somente a partir de estudos epidemiológicos, uma vez que a questão das drogas não é exclusivamente constituída de preocupações sanitárias.

2. O PROBLEMA DAS DROGAS⁹ COMO UM DISPOSITIVO DE BIOPODER

As drogas acompanham a humanidade há milênios. Elas fazem parte de nosso cotidiano em contextos religiosos e festivos, sendo utilizadas com finalidades lúdicas e terapêuticas. Porém, a partir da década de 1960 elas passaram a ocupar uma posição proeminente nas políticas de saúde e segurança em plano mundial, descritas como “o inimigo público número um” (Escohotado, 1998, p. 6). E, atualmente, ao falar sobre elas somos remetidos imediatamente a uma imagem nefasta dos efeitos sobre as pessoas que as utilizam e a violência gerada pelo seu consumo.

Assim, a questão inicial para a constituição desse capítulo é indagar-se sobre quais foram as forças que atuaram para a constituição do problema das drogas como um caso de segurança e de saúde pública. Para tal, utiliza-se o conceito de biopoder proposto por Michel Foucault (1976/2010a), pois, entende-se que, apesar dos riscos à saúde que o consumo excessivo de determinadas SPA's pode oferecer, não se deve ocultar as estratégias de poder e de controle social que operam por meio da legitimidade da política mundial de proibição às drogas (Alarcon, 2012; Escohotado, 1998; Passos & Souza, 2011).

Para compreender essa estratégia, é necessário remeter-se à mudança que ocorre na modernidade no exercício do poder pelo Estado. Esse era, anteriormente, o direito do soberano sobre a “apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida” (Foucault, 1976/2010a, p. 148). Era o direito de causar a morte ou deixar viver quando seu poder era ameaçado ou contestado. Contudo, há uma mudança significativa na forma como os Estados modernos passam a exercer o poder, uma vez que, ao invés de deter-se sobre a morte, passa-se a gerenciar os “fenômenos próprios à vida da espécie humana” (Foucault, 1976/2010a, p. 154).

⁹ O termo “Problema das Drogas” é retirado do relatório da Organização dos Estados Americanos sobre o tema (OEA, 2013).

Essa nova forma de operar é denominada de biopoder e, assim, caracterizada por Michel Foucault (1976/2010):

A velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida (...) no terreno das práticas políticas e observações econômicas, dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração. Explosão, portanto, de técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações. Abre-se, assim, a era de um “bio-poder” (p. 152).

Esse controle tem uma direção. É o adestramento dos corpos, dos desejos, dos comportamentos e encontra no sistema de produção capitalista um território favorável à sua expansão. Assim, nesse contexto da emergência do Estado moderno e das grandes cidades surgem os conceitos de saúde pública, população, bem-estar social e é nele que o consumo de drogas passa a ser relevante aos aparelhos de controle social. A partir disso, começa-se, lentamente, a proliferar discursos religiosos, médicos e jurídicos sobre o tema. Esses novos saberes passam a legitimar e a exigir a inclusão das relações que se estabelecem entre os corpos e as drogas, no seu rol de normalizações e de judicialização (Viana, 2009). As drogas passam a compor um dos dispositivos pelo qual opera o biopoder. Utiliza-se o termo dispositivo, pois esse é definido por Michel Foucault (1979/2009) como:

(...) um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o

dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (p. 244).

Um dispositivo exerce uma função estratégica sobre um problema considerado crucial, em um momento histórico específico, e busca intervir de maneira racional sobre o campo de forças que o constitui, direcionando os caminhos a serem seguidos e barrando outros. Os diferentes elementos que compõe esse dispositivo não se relacionam de maneira estática, mas dinâmica, na qual funções e posições trocam e modificam-se constantemente. Além disso, esse é composto por forças heterogêneas cuja ação suscita resistência, o que torna necessário uma contínua atualização por meio de novas configurações. Assim, um dispositivo encontra-se em constante processo de reorganização e de desequilíbrio (Foucault, 1976/2010a; Weinmann, 2006).

Ao assumir que o problema das drogas detém essas características e que sua legitimidade para operar sustenta-se por meio da política mundial de proibição às drogas¹⁰, perguntamos: quais foram os elementos que atuaram na constituição desse dispositivo? Qual a sua função e a que problema veio responder? Assim, o proibicionismo surge na interação de diversos fatores durante os séculos XVIII, XIX e início do XX, apresentados a seguir em três pontos.

Primeiro, o ressurgimento da religiosidade tradicional no mundo anglo-saxão, com sua concepção de um ser humano que deve negar os estímulos do corpo para aproximar-se de Deus, ou seja, uma vida ascética, obediente e dedicada ao trabalho (Escohotado, 1998). Pode-se observar que os aspectos morais religiosos influenciam o

¹⁰ Para a constituição desse dispositivo, ocorreu uma proliferação de discursos sobre as drogas, ainda mais intensa nesses últimos cinquenta anos, indo além da esfera jurídica, política, sanitária. Todos são convocados a falar sobre drogas, na mídia, no cinema, nas relações familiares, nas escolas. Por essas características que se conceitua, nesse estudo, drogas enquanto dispositivo do biopoder, por fazerem parte do processo de subjetivação nos dias atuais. Contudo, nesse momento, busca-se apresentar os elementos que possibilitaram o surgimento da política de proibição às drogas.

problema das drogas até hoje, mas sua expressão por meio do movimento da temperança teve especial relevância na constituição da Lei Seca norte-americana, que proibiu a produção e a distribuição de bebidas alcoólicas de 1920 a 1933 naquele país. Isso ocasionou um aumento na criminalidade e problemas de saúde decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas artesanais, frequentemente, com uma graduação alcoólica superior e sem padrões de qualidade na sua fabricação.

Segundo, o aumento da influência do Estado sobre o controle da vida que ocorre devido ao processo de industrialização, a formação dos grandes centros urbanos e a organização da profissão médica. Dessa forma, ao mesmo tempo em que há um crescimento na população urbana, devido necessidade de um grande número de pessoas aptas ao trabalho nas indústrias, aumenta a tensão social nas cidades. Uma vez que essa população pobre passa a representar um perigo político, ao se organizar e rebelar-se contra as medidas adotadas pelo Estado, e sanitário, devido a epidemias que assolavam esses conglomerados urbanos e expunham os ricos as doenças “causadas” pelos pobres (Foucault, 1976/2010a). Logo, é sob a prerrogativa sanitária que a medicina passa a cumprir um papel de reguladora das cidades. Ao separar, classificar e ordenar pessoas e bairros para conter as epidemias, ela fortalece seu papel como normatizadora da vida das pessoas.

Terceiro, o comércio do ópio entre China e Inglaterra durante o século XIX. Esse era monopólio dos ingleses, que o utilizavam no lugar da prata no comércio com a China, e representava uma importante parcela da sua balança econômica. Essa situação gerou dois conflitos, denominados Guerras do Ópio, o primeiro de 1839 a 1842 e o segundo de 1856 a 1860. Ambos terminaram com a vitória dos ingleses que exigiram o aumento na comercialização do ópio e na quantidade de portos abertos aos navios do ocidente. A tensão entre essas duas nações culminou na Comissão do Ópio de Xangai

em 1909. Quando um grupo de países se reuniu pela primeira vez para tratar do comércio internacional dessa substância, que, posteriormente, por motivos econômicos e diplomáticos, acabou tornando-se o problema das drogas e não somente do ópio (Viana, 2009).

A partir desses fatores, o consumo de drogas começa a fazer parte das tecnologias disciplinares, que, atuando junto ao desenvolvimento do sistema capitalista, tem por objetivo tornar os homens úteis e dóceis (Foucault, 2005; Viana, 2009). Contudo, elas não incidem igual e indiscriminadamente sobre toda a população. Desde o início das discussões sobre o consumo de drogas, elas estão associadas às camadas da população que se desviam dos “padrões morais” de uma sociedade civilizada, ou seja, pobres, imigrantes, minorias étnicas e negros.

Nos Estados Unidos, país símbolo da cruzada antidrogas e pioneiro no proibicionismo, os conflitos econômicos foram redesenhados a partir dos conflitos sociais. Os momentos de crise econômica acirravam as disputas entre o homem branco e protestante, padrão da sociedade norte-americano, contra a vasta população de imigrantes que o país recebia como mão-de-obra mais barata para preencher os postos de trabalho. É nesse cenário que o consumo de drogas passa a ser um ilegalismo dos mais “perigosos” e que merecia o controle rígido exercido por diferentes instituições (Viana, 2009).

A primeira lei federal contra a maconha tinha como carga ideológica a sua associação com imigrantes mexicanos que ameaçavam a oferta de mão de obra no período da Depressão. O mesmo ocorreu com a migração chinesa na Califórnia, desnecessária após a construção das estradas de ferro, que foi associada ao ópio. No Sul dos Estados Unidos, os trabalhadores negros do algodão foram vinculados à

cocaína, criminalidade e estupro, no momento de sua luta por emancipação. O medo do negro drogado coincidiu com o auge dos linchamentos e da segregação social legalizada. Estes três grupos étnicos disputavam o mercado de trabalho nos Estados Unidos, dispostos a trabalhar por menores salários que os brancos (Batista, 2003 como citado em Vianna, 2009, p. 51).

São esses elementos históricos que possibilitam a emergência do atual sistema político de proibição às drogas. Inicialmente, sua argumentação, de fundamento religioso, apontava que o uso de determinadas substâncias seria um perigo à moral. Contudo, procuramos apontar que o proibicionismo se afirma devido a questões econômicas, a necessidade de controlar uma parcela da população e sempre esteve ligado a quem fazia uso de determinada substância. Atualmente, são as prerrogativas da segurança e da saúde que compõem os dois argumentos centrais desse dispositivo, que tem como seu marco inicial a Convenção Única sobre Drogas Narcóticas de 1961, a qual buscou unificar os catorze tratados e acordos formados desde a Comissão de Xangai.

2.1 A proibição mundial às drogas: pela saúde e segurança da humanidade

O sistema internacional de controle de entorpecentes vigente é composto por três convenções das Nações Unidas que agem de maneira complementar. Algumas de suas cláusulas têm aplicação universal, ou seja, mesmo países que não a assinaram estão sobre sua regulamentação (INCB, 2005). As convenções regulam o uso legítimo de entorpecentes (medicinal e científico) e obrigam as autoridades nacionais a criar medidas de controle da sua produção e distribuição, por reconhecerem que a dependência às drogas é um mal social e econômico mundial (ONU, 1961):

Preocupados com a saúde e bem-estar da humanidade (...) reconhecendo que o vício a drogas narcóticas constitui um grave mal para o indivíduo e está carregado de perigo social e econômico para a humanidade; conscientes de seu dever de prevenir e combater esse mal; considerando que medidas eficientes contra o abuso de drogas narcóticas exigem uma ação coordenada e universal; entendendo que essa atuação universal exige uma cooperação internacional, orientada por princípios idênticos e objetivos comuns; reconhecendo a competência das Nações Unidas em matéria de controle de narcóticos e desejosas de que os órgãos internacionais a ele afetos estejam enquadrados nessa Organização; desejando concluir uma convenção internacional que tenha aceitação geral e venha substituir o trabalhos existentes sobre entorpecentes, limitando-se nela o uso dessas substâncias para fins médicos e científicos, estabelecendo uma cooperação a uma fiscalização internacionais permanentes para a consecução de tais finalidades e objetivos (...) (ONU, 1961, p.1)

As frases iniciais da convenção clamam pelo bem-estar da humanidade que estaria sob ameaça devido ao vício aos narcóticos. Para tal, a estratégia que se faz necessária é o aumento do controle do Estado sobre as drogas e, logo, sobre a vida das pessoas. Assim, exclui-se a utilização de SPA's como parte da cultura humana, abordando-a como um comportamento individual que acarretaria sempre problemas de saúde, o que legitimaria a sua regulamentação e controle (Labate, Goulart, Carnei, MacRae, & Carneiro, 2008). Opera-se uma inversão, a saúde passa de um direito do cidadão e dever do Estado em garanti-la, a ser um dever do cidadão manter-se saudável e um direito do Estado em infringir medidas para corrigi-lo, quando esse não cumpre essa determinação (Gaudenzi & Schramm, 2010).

Outro ponto que se tornou central para a sustentação desse sistema, e não está presente na Convenção de 1961, é o tráfico de drogas. No início do século XX, eram as nações e os laboratórios farmacêuticos que negociavam essas substâncias e somente após uma proibição a seu comércio ser erigida, que organizações criminosas passaram a operar ilegalmente esse mercado (Viana, 2009). Tanto que a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas surgiu somente em 1988 e estabeleceu medidas detalhadas e abrangentes contra o tráfico de drogas a fim de fortalecer a cooperação internacional.

A “Guerra às Drogas”¹¹ foi declarada e os inimigos são todos aqueles que se relacionam com elas: indivíduos, comunidades, Estados, usuários e traficantes. Seu objetivo, reafirmado continuamente ao longo dos últimos 50 anos, é criar um mundo livre das drogas. E para isso deve-se: diminuir a oferta nos países produtores e a demanda nos principais mercados de consumo¹²; disponibilizar tratamento médico, reabilitação e reinserção social aos viciados¹³, entendidos como vítimas dos traficantes; promover o desenvolvimento econômico; e atuar na promoção dos direitos humanos fundamentais (ONU, 1961, 1971, 1988; UNODC, 2011).

Como consequências dessa política, tivemos a criação de leis punitivas, que ocasionou o encarceramento de milhares de pessoas por crimes relacionados a entorpecentes, intervenções militares realizadas em diversos países e os tratamentos psiquiátricos e campanhas de conscientização que tem a abstinência como a única via possível de relação com as SPA. Porém, os índices de consumo aumentaram continuamente neste período e a disponibilidade e variedade de substâncias são maiores

¹¹ A denominação “Guerra às Drogas” foi popularizada pelos presidentes dos Estados Unidos Richard Nixon, na década de 1970 e, posteriormente, Ronald Reagan, na de 1980, para definir como seria a ação política de seus governos para lidar com essa questão.

¹² Estados Unidos e a Europa.

¹³ Foi utilizado o termo viciado (*addict*) por ser utilizado nos tratados da ONU, assim como a palavra mal (*evil*) (ONU, 1961).

hoje do que jamais foram (Werb, et al., 2011). A partir disso, surgem questionamentos sobre a real utilidade e as consequências dessa política mundial de controle. O sistema mundial de proibição foi, em grande parte, constituído por força política dos EUA e seus aliados, porém isso não é suficiente para explicar porque diferentes governos ao redor do mundo, capitalistas e comunistas, democracias e ditaduras, católicos e muçulmanos, assinaram coletivamente os tratados que construíram este sistema.

A partir de Levine (2003), pode-se apontar algumas razões para isso. Primeiro, a partir da “Guerra às Drogas”, os governos puderam justificar a constituição de um aparato policial e militar que desse sustentação a legitimidade de suas ações, pois, virtualmente, todo mundo pode ser investigado em relação às drogas. Segundo, o uso de drogas ilícitas pode ser relacionado a quase todos os problemas sociais existentes, desde insegurança, crimes e violência, a problemas escolares, prostituição, população de rua e exclusão, instabilidade econômica e social, suicídio, a problemas de saúde pública. Enfim, as drogas podem ser tomadas como causadoras ou agravantes de uma miríade de questões problemáticas, tanto novas quanto antigas. Terceiro, a proibição é útil a políticos e governos, uma vez que faz necessário cruzadas antidrogas. Elas articulam ideologia moral e chamam as autoridades estatais, religiosas, da mídia, da saúde, a responder sobre o mal das drogas. Geralmente, são usados termos exagerados em *slogans* como “droga mata” e “combata esse mal” e são descritas como extremamente perigosas, destrutivas e viciantes e não há diferença entre uso recreativo e dependência grave.

Em contrapartida, esse sistema que era praticamente desconhecido durante o século XX, começou no final deste e início do século XXI a sofrer críticas devido às suas consequências e incoerências, o que fez países mudarem suas políticas punitivas para uma legislação menos coercitiva, alguns desses exemplos serão apresentados no

tópico sobre RD. O argumento que o uso de drogas ilícitas é fonte de renda para organizações criminosas e, por isso, devem ser proibidas, é um exemplo de incoerência. A partir da avaliação que o lucro gerado pelo comércio de drogas ilícitas está diretamente ligado ao status jurídico dessas substâncias, logo, é por elas serem proibidas que são tão lucrativas (Bastos, et al., 2003).

Além disso, o problema da violência ligada à questão das drogas não é consequência direta do uso de SPA e seus efeitos farmacológicos nos seres humanos. Uma vez que os países com maiores índice de consumo não são os mesmo com maiores taxas de violência, entende-se que problema social da violência encontra-se relacionado ao tráfico de drogas e as ações de repressão militarizadas que são decorrentes dessa política (Comissão, 2011a; Nadelmann, 2005).

Não são, portanto, as drogas em si que geram criminalidade e violência, mas é tão somente o fato da ilegalidade que produz e insere no mercado empresas criminalizadas — mais ou menos organizadas — simultaneamente trazendo a violência como um subproduto necessário das atividades econômicas assim desenvolvidas, o que, naturalmente, provoca consequências muito mais graves do que eventuais danos causados pela natureza das mercadorias tornadas ilegais (Bastos et al., 2003, p. 48).

Exemplo disso é a situação da América Latina, apesar de ter as taxas de consumo inferiores aos países desenvolvidos (UNODC, 2012), é a região com alguns dos maiores índices de violência do mundo, o que acarreta um elevado custo humano e afeta toda a sociedade, mas em particular os pobres e jovens. No *ranking* mundial de

homicídios juvenis, os primeiro cinco lugares são países latino-americanos¹⁴ (Comissão, 2011a). Isso é relacionado ao combate às drogas e a posição de passagem que a região ocupa na rota rumo ao maiores mercados mundiais de drogas ilícitas.

Atualmente, a América Latina é a maior exportadora mundial de cocaína e maconha. Crescente produtora de ópio e heroína e iniciou a produção de drogas sintéticas. Os altos lucros obtidos pelo tráfico de drogas facilitam a corrupção de funcionários públicos e policiais, o que pode gerar ameaças às instituições democráticas dos países (Comissão, 2011a). Colômbia e México são dois exemplos de como o aumento do poder das organizações de narcotráfico aumenta significativamente a violência e desordem social (Nadelmann, 2005).

Além disso, a disseminação do consumo de *cannabis* por quase todo mundo e o reconhecimento geral de diversos segmentos da população de que a *cannabis* não é tão perigosa e prejudicial como a sua definição oficial¹⁵ relata, além de pesquisas atuais que a avaliam como menos danosa que o álcool e o tabaco (Nutt, et al., 2007). Isso faz com que o sistema perca parte de sua força e legitimidade, na medida em que discussões sobre essa política ganham força internacionalmente.

O modelo atual de política de repressão às drogas baseia-se em preconceitos, medos e ideologias. Isso dificulta a circulação de informações, inibe um diálogo aberto que busque criar novas posturas para além de somente a abstinência e estigmatiza consumidores, afastando-os dos serviços de saúde, além de expô-los à ação de criminosos. Dessa forma, outras propostas vêm sendo formuladas no contexto mundial, como a política de Redução de Danos – RD -, apresentada a seguir.

¹⁴ Os dados apresentados desses países referem-se ao número de assassinatos a cada 100 mil habitantes, sendo esses: El Salvador (92,3) Colômbia (73,4), Venezuela (64,2), Guatemala (55,4) e Brasil (51,6).

¹⁵ Oficialmente a *cannabis* é descrita como extremamente perigosa á saúde e encontra-se na mesma categoria de substâncias como heroína e cocaína.

2.2 Redução de Danos

A RD se propõe a romper com os modelos anteriores de estigmatização das drogas, a fim de possibilitar a emergência de uma nova forma de ação em relação ao uso e dependência. Ela aceita que as SPA's fazem parte da vida e da nossa cultura, com a existência de riscos e de benefícios associados ao seu consumo, logo, propor um mundo livre das drogas é uma meta irrealista (Hunt, 2003).

Assim, a RD não está focada na aprovação ou não do uso, uma vez que suas intervenções não se fundamentam em questões morais. A pessoa que faz uso de substâncias lícitas ou ilícitas é um ser humano e antes de tudo deve ter seus direitos respeitados e, inclusive, sua decisão por manter o consumo. Considera que os consumidores de SPA e seus cuidadores são capazes de tomar decisões, ponto central para constituição de uma relação com os profissionais de saúde menos hierárquica e mais acolhedora (Canadian, 2008; Fontanella & Turato, 2005).

A partir disso, o foco das ações não é o consumo individual de determinada substância, mas os possíveis danos que ela causaria. A prioridade é minimizar os riscos que acompanham as diferentes maneiras de uso de SPA, tanto ao indivíduo quanto à sociedade e realizar uma avaliação pragmática dos benefícios sociais, custos financeiros e consequências das intervenções relativas às drogas (Hunt, 2003).

A argumentação tradicional para abordar essa questão utiliza exageros sobre os danos causados pelo uso de drogas. A RD opta por uma abordagem que diferencia substâncias e os efeitos no organismo, sua forma, quantidade e frequência de uso e as consequências que daí decorre, além de assumir usos tradicionais e recreativos. Sua argumentação baseia-se em estudos que investigam a interferência que determinada

substância e seu padrão de consumo pode trazer ao sujeito e não numa “demonização” de todas as drogas, pessoas e contextos que as utilizam (Levine, 2003).

A RD não é contra a abstinência. Porém, as pessoas reagem de maneiras diferentes ao consumo de substâncias, bem como tem objetivos e reações diversas aos protocolos terapêuticos a que se submetem. Logo, deve-se promover o aumento das opções de tratamento para lidar com as situações decorrentes do uso de drogas, pois as pessoas não se adaptam igualmente às diferentes intervenções (Fontanella & Turato, 2005).

A abordagem tradicional sustenta que a abstinência é um pré-requisito para usuários modificarem seu comportamento. Essa visão simplista da situação não é compartilhada pela proposta da RD que incorpora outros elementos como pobreza, racismo e exclusão social, já que as pessoas encontram-se inseridas em diferentes contextos e classes sociais. Para isso, deve-se permitir a inclusão de estratégias não coercitivas, que busquem a permanência dos sujeitos em programas de atenção à saúde, para que, a partir deles, possam iniciar modificações nas suas experiências de vida (Peterson, Mitchell, Hong, Agar, & Latkin, 2006).

Essa postura menos proibitiva em relação às drogas da RD sofreu críticas ao longo dos anos. Foi acusada de ser um estímulo ao consumo, sabotar esforços para abstinência e recuperação, descumprir leis, auxiliar na presença de drogas na sociedade e, ser uma forma de liberação disfarçada (Greenfield & Paoli, 2012; Hunt, 2003). Porém, atualmente, as pesquisas empíricas tornaram a RD aceita como uma intervenção eficaz (Peterson, et al., 2006) e fundamental na prevenção de HIV entre UDI's (WHO, 2004).

Entretanto, existe um problema conceitual sobre o que é RD e isso permite diferentes interpretações. O que a faz perder força junto a políticos temerosos em apoiar

intervenções sob seu nome, já que o tema *drogas* ocasiona discursos morais e passionais, tanto a favor como contra a RD, ao invés de manter o foco das discussões sobre as intervenções e avaliação dos resultados esperados (Greenfield & Paoli, 2012). Também, existe um problema metodológico relacionado à RD, pois definir quais são os danos decorrentes do consumo de drogas e a prioridade entre eles não é algo simples e claro. Por exemplo, o tráfico pode ser considerado um dano a ser minimizado, porém a renda gerada em determinadas comunidades pode ser considerada benéfica (Greenfield & Paoli, 2012).

A quantificação e mensuração dos efeitos da RD não é uma tarefa fácil. Algumas de suas intervenções, principalmente ligadas UDI's e trocas de seringas, têm dados empíricos sólidos sobre a diminuição de infecções sanguíneas. Contudo, outros efeitos dessa proposta são mais difíceis de mensurar, por exemplo, a modificação no bem-estar de usuários de SPA, frente a um atendimento mais acolhedor nos serviços de saúde.

Até aqui foram apresentadas duas propostas distintas para lidar com o consumo de SPA. A política oficial de proibição é avaliada pelos seus apoiadores como essencial para lidar com a questão drogas e que as taxas de consumo têm se mantido nos níveis atuais, em grande parte, por causa da proibição, que desestimula o consumo, principalmente entre adultos acima dos 30 anos, devido ao estigma social e punições associadas (UNODC, 2012). As ações que estão ligadas a essa proposta são a repressão policial, os tratamentos à saúde e programas de educação que têm na abstinência sua diretriz de ação, bem como, a única relação possível com as SPA. Por sua vez, a proposta da RD entende os principais problemas decorrentes do consumo de drogas são ocasionados pelo sistema de proibição, é ele que torna o tráfico um negócio lucrativo e

dificulta a entrada dos usuários em programas de saúde, devido aos estigmas associados ao consumo de drogas.

Dessa maneira, mudanças legais também podem ser entendidas como ações de RD. Um dos marcos históricos da RD foi a diferenciação realizada na Holanda, na década de 1970, entre drogas “leves” e “pesadas”, ato que permitiu a organização de um sistema de comércio regularizado de *cannabis* em *coffee shops* especializados (Alarcon, 2012). Essa foi uma estratégia criada com a intenção de diminuir os problemas sociais ligados à proibição, no caso, o aprisionamento dos consumidores de SPA e o tráfico como fonte de renda de organizações criminosas.

Além disso, também podem ser modificadas as penalidades aplicadas a usuários de drogas ilícitas que, geralmente, passam de medidas punitivas prisionais para sanções administrativas, como comparecer a determinado local, trabalhos comunitários, multas e tratamento.

Nos últimos anos, muitos países realizaram essa mudança, mas o problema de determinar quem será enquadrado como consumidor ou traficante permanece. Assim, a especificação da quantidade exata¹⁶ de drogas ilícitas para diferenciar usuários e traficantes foi adotada, uma vez que muitos usuários frequentes também repassam drogas para custear o seu consumo (Jelsma, 2009). No Brasil a Lei 11.343/2006 rege os crimes de entorpecentes. Nela, os usuários não estão submetidos a penas privativas da liberdade, porém a definição de tráfico e de consumo não é determinada pela quantidade, mas sim pela avaliação dos agentes judiciais se a pessoa tem a intenção consumir ou traficar.

¹⁶ Exemplos de países latino-americanos que tem essa especificação, indica-se a quantidade permitida para consumo de *cannabis* e *cocaína*, respectivamente: Colômbia 20g e 1g – mesmo que o usuário seja pego com quantidades superiores é necessário outras evidências para configurar tráfico –, Paraguai 10g e 2g, México 5g e 0.5g. (Jelsma, 2009).

No Uruguai, foi aprovada em 2013 uma proposta na qual o próprio Estado é o responsável pela distribuição de *cannabis* aos consumidores¹⁷. Essa será cultivada por fazendeiros, com uma licença especial, que entregariam ao governo sua colheita (OEA, 2013). Em Portugal, país que já descriminalizou o consumo de todas as drogas, em 2001, atualmente se discute a formação dos clubes sociais de *cannabis* (Hughes & Stevens, 2010) Essas são associações de consumidores que se organizam para manter seu fornecimento sem a necessidade de recorrer ao mercado ilegal e elas já existem na Espanha desde 2002¹⁸. O uso medicinal da *cannabis*, igualmente, já é permitido em dezoito estados estadunidenses e dois regulamentaram o uso recreativo¹⁹. Além disso, alguns países, apesar de não terem mudado as penas legais, na prática, as medidas adotadas pela polícia são outras, uma vez que deixam de encaminhar os usuários ao sistema judiciário (EMCDDA, 2005; Jelsma, 2009).

A preocupação inicial que uma postura menos proibitiva em relação às drogas ilícitas, em especial a *cannabis*, levaria a um acentuado aumento no consumo, não se confirmou (Hunt, 2003). A comparação entre as médias de uso na vida e no último ano de *cannabis* entre os países europeus (32% e 12,1% respectivamente) em relação a Austrália (46,7% e 16,2%), ao Canadá (48,4% e 21,6%) e aos Estados Unidos (51,6% e 24,1%) demonstra que a Europa, tradicionalmente com políticas e práticas menos repressoras em relação às drogas, tem uma média significativamente menor em relação a estes países. As maiores taxas de uso da *cannabis* estão entre os jovens 15-34 anos, principalmente dos 15 aos 24, como é o caso de todos os países da Europa, com exceção de Chipre e Portugal (EMCDDA, 2011).

¹⁷ Para maiores detalhes cf. < <http://druglawreform.info/en/newsroom/press-releases/item/5178-uruguays-pioneering-cannabis-regulation-marks-the-tipping-point-in-the-failed-war-on-drugs>>.

¹⁸ Para maiores detalhes cf. < <http://druglawreform.info/en/publications/legislative-reform-series/item/1095-cannabis-social-clubs-in-spain>>.

¹⁹ Os estados norte-americanos do Colorado e Washington já regulamentaram uso recreativo de *cannabis*.

A descriminalização não acarreta maiores taxas de consumo, tampouco penas severas tem pouca diferença na diminuição do uso. Todavia, o impacto naqueles que são pegos pode ser considerável, dificultando o acesso às bolsas escolares ou oportunidades de emprego ao se considerar o que representa ter uma ficha criminal Além do próprio confinamento e das repercussões na vida social e psicológica das pessoas que passam pelas instituições penitenciárias (Werb, et al., 2011). Investigações sobre as consequências das ações policiais e militares para conter a violência decorrente do tráfico demonstram que elas são ineficazes e teriam o efeito inverso ao aumentar às taxas de homicídios e a sofisticação das organizações criminosas (Werb et al., 2011).

A seguir, apresentamos as estratégias da RD que buscam diminuir os problemas sanitários relacionados ao consumo de SPA. Mas, antes disso, deve-se dizer que essas estratégias são elaboradas como uma resposta alternativa ao que se denomina paradigma de abstinência que tem na internação psiquiátrica sua principal intervenção terapêutica com os dependentes químicos e os programas de educação que definem o uso de drogas sempre como algo nocivo e perigoso (Passos & Souza, 2011).

Por paradigma da abstinência, entendemos algo diferente da abstinência enquanto uma direção clínica possível e muitas vezes necessária. Por paradigma da abstinência entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (Passos & Souza, 2011, p 157).

A primeira intervenção definida como RD foram os Programas de Troca de Seringas – PTS's. Eles podem ser instalados em hospitais, postos de saúde, farmácias,

equipes de rua e associações comunitárias. Atualmente, existem fortes evidências sobre a efetividade dos PTS's em diminuir o contágio por HIV, hepatites e outras infecções. Ao mesmo tempo, não foi demonstrada sua ligação com o aumento da iniciação, duração e/ou frequência de uso de drogas ilícitas e injetáveis, o que era e ainda é uma das críticas à RD (WHO, 2004).

A avaliação da relação custo-benefício dos PTS's é positiva, pois, diminuem os gastos do Estado em tratamentos a saúde com os UDI's, além de haver outros benefícios associados, como a diminuição dos comportamentos de risco, aumento da procura por programas de tratamento à dependência química e assistência básica em saúde. Porém, as evidências não demonstram que os PTS's isolados são responsáveis por esses benefícios, mas que eles devem fazer parte de um sistema que ofereça outros serviços aos usuários (Carapinha, 2009; WHO, 2004).

Historicamente, aponta-se a origem da tentativa de minimizar os danos à saúde sem cessar o consumo de SPA, ao programa de prescrição de heroína da Inglaterra nos anos 1920, que existe até hoje (Alarcon, 2012). A prescrição de heroína farmacêutica (*diamorphine*) é uma medida polêmica adotada em alguns países para solucionar problemas relacionados ao seu consumo, pois, alguns usuários não querem ou não se beneficiam dos tratamentos de substituição por metadona. Então, para prolongar a permanência nos programas de tratamento e mudar significativamente comportamentos, a prescrição de heroína é uma alternativa ao uso ilícito. Na Inglaterra, a droga é dispensada em hospitais ou farmácias e o paciente faz uso em casa sem supervisão (Hunt, 2003).

A Holanda permite a prescrição médica de heroína para pesquisas científicas. Os participantes dos estudos recebem as doses, três vezes ao dia, sete dias por semana, em clínicas especializadas. O uso ocorre dentro de uma sala de vidro, com baixa-pressão, se

a heroína for fumada, e com supervisão da equipe do lado de fora (Hunt, 2003). O número de dependentes de heroína vem diminuindo nesse país, em 2001, estimava-se entre 28 a 30 mil, e, em 2008, o número foi de 18 mil (Comissão, 2011)

A Suíça autorizou a prescrição para dependentes, cujo uso ocorre em salas de injeção, com o acompanhamento de uma equipe, três vezes ao dia, sete dias por semana. O programa suíço obteve resultados positivos na saúde dos indivíduos, devido ao uso com menor risco de infecção e drogas de melhor qualidade, e em relação aos aspectos sociais, observaram a diminuição dos crimes para obtenção da heroína. Além disso, ocorreu uma significativa diminuição de problemas relacionados ao tráfico, pois, uma pequena parcela dos usuários, estimada em torno de 10 a 15%, é responsável por 30 a 60% do consumo de heroína no país. Esses usuários de maiores quantidades funcionavam como o elo entre traficantes e usuários ocasionais e uma vez que não precisaram mais pagar por suas doses, pararam de exercer essa atividade (Comissão, 2011).

Além do foco nos usuários considerados dependentes, tem-se buscado ampliar as ações comunitárias e de prevenção a partir das equipes de rua, no Brasil denominados “consultórios na rua”. Essas podem atuar junto às populações consideradas de risco, que podem ser grupos sociais e regiões expostas aos problemas ligados às drogas e locais frequentados por jovens, como escolas, centros recreativos, contextos festivos, zonas universitárias, tendo em vista que é nessa faixa etária que ocorrem os maiores índices de consumo.

O trabalho das equipes na rua é uma ferramenta importante num sistema de saúde que busca ser universal. Parte da população de usuários de drogas está quase ou sem nenhuma estrutura social ou familiar. Logo, os serviços de saúde não atingem e/ou não são procurados por eles. Assim, baseado nos princípios de pragmatismo e

humanismo busca-se recuperar níveis básicos de dignidade humana nessa população. (Carapinha, 2009).

Outra função é informar os consumidores sobre opções de tratamento e mediar sua entrada nos serviços, conhecer suas histórias de uso, dar apoio psicológico e médico e, informar sobre programas de saúde existentes. Fica clara a importância de uma relação ética e responsável com o usuário, baseada na convicção que mesmo aquele que não deseja parar com o uso de drogas tem direito a qualidade de vida, sendo um dever do Estado oferecer estruturas para sua manutenção (Domaslawski, 2011).

Baseado na RD, foram criados programas comunitários que objetivam fornecer informações reais aos usuários sobre os efeitos das drogas, maneiras de minimizar os danos associados, promover a diminuição de comportamentos de risco, como o sexo sem preservativo e, servir como um elo entre serviços de saúde básicos e especializados. Com isso, busca-se reverter o processo de exclusão social e invisibilidade dessa população (Carapinha, 2009; Hunt, 2003).

Além dessas, uma intervenção amplamente utilizada são campanhas de educação sobre o uso de SPA, apesar de não se ter clareza da sua eficácia, ou quais fatores produzem ou não os melhores resultados (Hunt, 2003). Dessa forma, campanhas que têm como fundamento a RD podem focar na promoção de um estilo de vida saudável, mas sem se contrapor diretamente ao uso drogas, uma vez que ações de prevenção devem ser contínuas e não grandes campanhas sobre os malefícios das drogas que intensificam suas reações adversas e colaboram na criação de preconceitos.

Essa maneira de abordar a prevenção é uma opção devido às pesquisas nos Estados Unidos sobre campanhas nacionais, cuja avaliação apontou que essas não atingiram seus objetivos. Suas mensagens alcançaram jovens com menor contato com a cultura das drogas, despertando curiosidade e comportamentos pró-uso, bem como

maior chance de experimentação inicial de *cannabis* (Jacobson como citado por Carapinha, 2009). A informação, quando passada de maneira a assustar e aumentar os danos em relação ao uso de substâncias, faz com que o discurso oficial, dos pais, do governo e demais autoridades, perca validade entre os jovens.

Ainda sob o princípio da RD, foram criadas salas seguras para consumo de SPA na Espanha, Suíça Alemanha, Holanda e Austrália. Normalmente, estão integradas a outros serviços de saúde e assistência, embora exista locais especializados que oferecem somente essa possibilidade. Essa intervenção tem como objetivo imediato oferecer um ambiente higienizado que diminua os riscos à saúde associados ao uso de drogas. Em médio prazo, busca diminuir a mortalidade e comorbidade com outras doenças e, a longo prazo, estabilizar e promover melhorias de saúde entre os usuários. Além disso, procura atuar junto à segurança ao reduzir o uso explícito de drogas e comportamentos associados, como pequenos furtos e crimes, prostituição, tráfico em pequena escala e mendicância. Essa intervenção tem se mostrado eficiente em atingir a população de rua e pessoas marginalizadas. Estudos avaliam essa medida positivamente, porém ainda não se tenha informações conclusivas (Hedrich, 2004).

As drogas ilícitas não passam por padrões de qualidade e verificação e as lícitas, quando desviadas de seu uso médico, não são armazenadas e transportadas de maneira correta. Ambas as situações podem ocasionar diversos problemas de saúde aos usuários. A partir disso, o teste de drogas sintéticas em festivais de música começou a ocorrer em locais como Holanda, Bélgica, Áustria e atualmente também no Brasil. Apesar de não haver estudos conclusivos sobre sua eficácia, essa intervenção traz uma importante mensagem de preocupação com a saúde e redução de danos em populações difíceis de atingir, no caso, jovens que fazem uso recreativo de SPA, além de passar informações sobre efeitos, consequências e usos mais seguros (Hunt, 2003).

Concluindo, nesse capítulo, buscamos demonstrar que existem medidas menos repressivas para lidar com os problemas relacionados ao consumo de substâncias e essas são capazes de obter resultados positivos, principalmente, a partir de dispositivos de intervenção organizados numa rede de trabalho articulada, que busca manter o usuário em contato por mais tempo com as equipes de saúde, incluindo os períodos de uso no seu rol de intervenções. Nesse momento, o Brasil está operacionalizando a sua rede de atenção psicossocial, que tem a RD como diretriz oficial para sua constituição, processo examinado a seguir.

3. A POLÍTICA BRASILEIRA DE REDUÇÃO DE DANOS

O Brasil sempre esteve alinhado às políticas proibicionistas e, a partir de Rodrigues (2006), salientamos três momentos na constituição da política de drogas nacional. Primeiro, a época do Império (1822-1889), que tem como característica a busca pela eugenia da população e a associação do consumo de drogas às classes pobres, principalmente a maconha, pois outros narcóticos eram mais utilizados pelos intelectuais e pelas classes abastadas de nossa sociedade. Segundo, o período de reformulação das leis no governo Vargas (1930-1945), quando o consumo de drogas passou a ser um problema de saúde pública no qual o usuário ganhou o status de doente e encontrava-se sujeito ao controle médico e social. Terceiro, o período da ditadura militar (1964-1985), considerado o momento de mudança do modelo sanitário para o de repressão bélica. Isso ocorre numa época da história brasileira em que, sob o argumento da segurança nacional, foram criados tribunais de exceção e inquéritos “[...]. Instaurou-se um sistema penal autoritário com prisões políticas, tortura, censura, violência policial e supressão de direitos humanos e garantias individuais” (Rodrigues, 2006, p. 142), para que fosse possível lutar contra os “subversivos”, que ameaçavam a integridade e moral do nosso país.

A partir desses elementos, emerge o modelo médico-jurídico (Rodrigues, 2006). Nele, as pessoas que se relacionam com as drogas são consideradas doentes, tendo a internação hospitalar psiquiátrica como principal modelo terapêutico; ou criminosos, estando submetidos a penas de detenção, de acordo com a Lei nº 6.368/76, de seis meses a dois anos para os usuários e de três à quinze anos para os traficantes (Bastos, et al., 2003). A partir da década de 1980, outros elementos passaram a influenciar as políticas de drogas no Brasil, como o surgimento da AIDS e sua disseminação entre UDI.

Com essa nova situação, no final dos anos 1980, o Ministério da Saúde promovia as primeiras reuniões sobre programas de Redução de Danos no país, que viriam a ficar sob a responsabilidade da Coordenação Nacional de DST/AIDS. A primeira tentativa brasileira de estabelecer um PTS's ocorreu em 1989, na cidade de Santos/SP, mas foi fechado judicialmente. Somente em 1995, o primeiro PTS oficial do Brasil, e da América Latina, iniciou sua atividade em Salvador/BA (Andrade, Lurie, Medina, Anderson, & Dourado, 2001).

Até 2003, houve uma expansão dessas ações no país que contava com 279 programas de RD (OMS como citado em Andrade, 2011). Nesse mesmo ano, o governo federal passou aos estados e municípios a responsabilidade sobre os recursos e a implementação desses programas, porém esses não tinham os conhecimentos técnicos e a cultura institucional com capacidade para ampliar a rede. O resultado foi um retrocesso político e a desarticulação de diversos programas já constituídos. Em 2005, dos 136 programas de RD ainda existentes, estima-se que 85,8% das equipes técnicas eram formadas por autônomos e voluntários e quase metade não tinha coordenador, supervisor e o profissional redutor de dano (Massard, Ribeiro, Bertoni, & Bastos, 2006).

Além disso, durante a década de 1990 ocorreu à migração para o uso da cocaína fumada (crack) dos UDI's, o que fez os PTS's perderem sua força. Dessa maneira, sem uma rearticulação técnica das equipes, investimentos em capacitações e novas estratégias, os serviços específicos de Redução de Danos sofreram uma retração. Contudo, ao mesmo tempo, a RD ganhava legitimidade e passava a ser um dos conceitos centrais para as políticas de álcool e drogas e, desde 2003, é a diretriz oficial do Ministério da Saúde para lidar com essa questão (Ministério da Saúde, 2004).

Assim, nesse período entre o final da década de 1980 e o início dos anos 2000, ocorreu a modificação da RD como uma ação focada na prevenção de infecções entre

UDI's, baseada numa intervenção concreta de troca de seringas, para um conceito ampliado de produção de saúde. A RD se situa na articulação entre clínica e política, pois desde o começo trazia uma contestação da política hegemônica de criminalização ao uso de drogas

Além disso, buscava incluir os usuários como colaboradores nessa nova forma de produzir cuidado, por meio de “(...) modelos de gestão participativos criados, sobretudo, a partir das redes nacionais de redutores de danos” (Souza, 2007, p. 80). Atualmente, ela é um princípio condutor que deve perpassar todos os serviços da rede de saúde, da atenção básica à especializada. Contudo, ao mesmo tempo em que todos devem atuar na perspectiva da RD, nenhum serviço carrega seu nome e muitos programas fecham as portas.

Com a diminuição das ações para conter a contaminação por HIV, outros atores passam a atuar no cenário nacional: a Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD -, ligada ao Ministério da Justiça e a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde (Andrade, 2011). Não se deve compreender essas duas instituições como antagonistas, uma vez que elas atuam em conjunto na reorganização política institucional do dispositivo drogas em nosso país.

O SENAD é responsável por coordenar e integrar as ações de redução da oferta e de demanda por drogas no Brasil. O seu objetivo primeiro é “conscientizar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas consequências” (SENAD, 2010, p. 15), e tem como pressuposto fundamental “buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (SENAD, 2010, p. 13).

A partir dos objetivos expostos, buscamos demonstrar que a filosofia de “guerra às drogas” continua a fazer parte de nossa política ao representar que existe um caminho do “bem” a ser buscado incessantemente (abstinência), que tem como oposto o caminho do “mal” (consumo de drogas). Essa visão dicotômica da situação ganha uma figura que representa todo esse perigo e maldade: o traficante.

Em 2006, há uma reformulação legislativa no país que gerou a nova lei de drogas – Nº. 11.343/06. Essa não prevê penas privativas de liberdade para os usuários e acompanha a tendência mundial em retirar do sistema judicial os consumidores. Todavia, o delito de tráfico teve sua pena mínima (cinco anos) e máxima (quinze anos) aumentadas. Assim, Boiteux (2006) ao comentar a repercussão na mídia do avanço que teria sido a nossa lei indica:

Diante desta grande diferença imposta às duas condutas supõe-se que o grande destaque dado à despenalização da posse de entorpecentes, com pequena representatividade estatística, teve por objetivo atuar como uma ‘cortina de fumaça’, para encobrir o desproporcional aumento da pena do delito de tráfico de drogas ilícitas constante do mesmo diploma legal (p. 2).

O aumento na população carcerária, desde a entrada em vigor dessa lei, foi demonstrado no Gráfico 01. Em 2012, do total de 513 mil presos, 266 mil encarcerados (52%) tinham entre 18 e 29 anos, 295 mil (58%) eram negros ou pardos e 313 mil (61%) não chegaram a completar o ensino fundamental.

A partir da pesquisa elaborada por Jesus, Oi, Rocha e Lagatta (2011) sobre pessoas presas em flagrante por tráfico na cidade de São Paulo acrescentamos que a maioria dos sujeitos não tinham antecedentes criminais, não portavam armas e não

houve violência na ocorrência policial. Em torno de 80% dos casos a pessoa foi pega com menos de 100 gramas de droga ilícita, a média era de 66,5 gramas, e tinha menos de 100 reais. Não havia testemunhas, além da autoridade policial. Os acusados não tiveram possibilidade de defesa na fase do inquérito policial. Foram defendidos pela defensoria pública. Condenados a penas inferiores a cinco anos e não tiveram o direito de recorrer em liberdade.

Aliamos a essa descrição da população carcerária, a reflexão de Becker (1963/2008) ao estudar os “desviantes”. O autor propõe que é impossível punir todos os crimes previstos nos códigos penais. Nesse sentido, realiza-se uma distinção entre os comportamentos criminosos que serão realmente reprimidos. Ligada a essa primeira distinção, existe outra, pois é impossível subjugar ao sistema judicial todas aquelas pessoas que cometem o comportamento desviante. Assim, o segundo recorte ocorre ao se estabelecer quem são as pessoas que realmente podem ser presas por determinado crime.

Deste modo, enquanto o discurso sobre a repressão da oferta aponta que suas ações devem focar em trabalhos de inteligência para suprimir as redes internacionais de tráfico e lavagem de dinheiro, a operacionalização dessa política aponta outra direção: de criminalização da pobreza e controle social coercitivo, uma vez que o perfil apresentado acima, dificilmente se encaixa na descrição dos grandes traficantes.

Aproximando-se do campo da saúde, temos o lançamento pelo SENAD do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, decreto Nº 7.179, que gerou o programa “Crack, é Possível Vencer”, que contém ações que preveem investimentos em três eixos distintos: autoridade, cuidado e prevenção.

É no eixo *cuidado* que se inserem os serviços da rede de atenção psicossocial – RAPS-, ligada ao SUS e sob a coordenação do Ministério da Saúde. O programa chama

a uma ação conjunta de todas as esferas sociais para enfrentar a questão do crack, pois, direta ou indiretamente, todo mundo se relacionaria com as drogas, portanto seria indispensável o engajamento pleno para lidar com esse tema (SENAD, 2010). Assim, a política brasileira reafirma o atravessamento entre segurança e saúde para lidar com o problema drogas e, o modelo médico-jurídico, agora ganha dispositivos da reforma psiquiátrica brasileira, que serão apresentados a seguir.

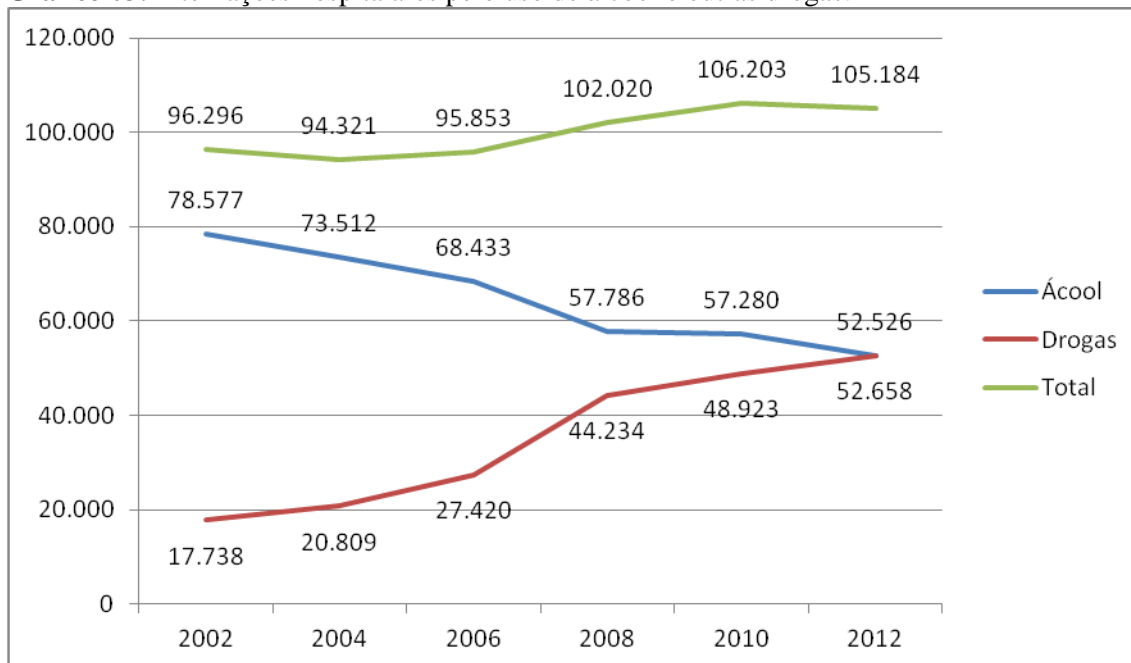
O Ministério da Saúde trabalha na construção de uma rede sob os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira. Culmina na Portaria Nº 3.088, que institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com necessidades decorrentes do uso de AD. Tal rede fundamenta-se em princípios de autonomia e respeito aos direitos humanos. Busca promover a equidade e reconhecer determinantes sociais, desfazer estigmas e preconceitos, garantir o acesso a cuidados integrais com qualidade, desenvolver ações de RD, educação permanente, além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços. Abaixo, no Quadro 1, apresentamos os sete níveis de atenção e as respectivas instituições responsáveis.

Quadro 1: Rede de Atenção Psicossocial/RAPS

Nível de Atenção	Unidade Responsável
Atenção Básica em Saúde:	Unidades básicas em saúde Consultório de rua Equipe de Apoio às Residências Transitórias Centro de Convivência Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Atenção Psicossocial Especializada:	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II, III, AD III e i
Atenção de Urgência e Emergência:	Rede de Atenção às Urgências – SAMU Sala de Estabilização UPA 24 horas, Urgência/pronto socorro de hospitais Unidades Básicas de Saúde CAPS
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidades de Acolhimento Serviços em Regime Residencial Comunidades Terapêuticas
Atenção Hospitalar	Enfermarias especializadas Hospitais psiquiátricos
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos Programa Volta para Casa
Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de geração de renda Capacitação ao trabalho Cooperativas sociais

Fonte: Ministério da Saúde, Portaria N. 3.088, 23 de dezembro de 2011.

Os serviços dessa rede devem trabalhar de maneira integrada, promover o acesso a serviços de saúde e da rede psicossocial, com atenção especial aos grupos de risco, como: jovens, populações marginalizadas e indígenas. A seguir são discutidos os dados referentes as internações hospitalares e a produção ambulatorial por álcool e drogas e, posteriormente, apresentamos os serviços CAPSad e a comunidade terapêutica – CT - , pois essas são as duas instituições pesquisadas nesse trabalho.

Gráfico 03: Internações hospitalares pelo uso de álcool e outras drogas:

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)²⁰

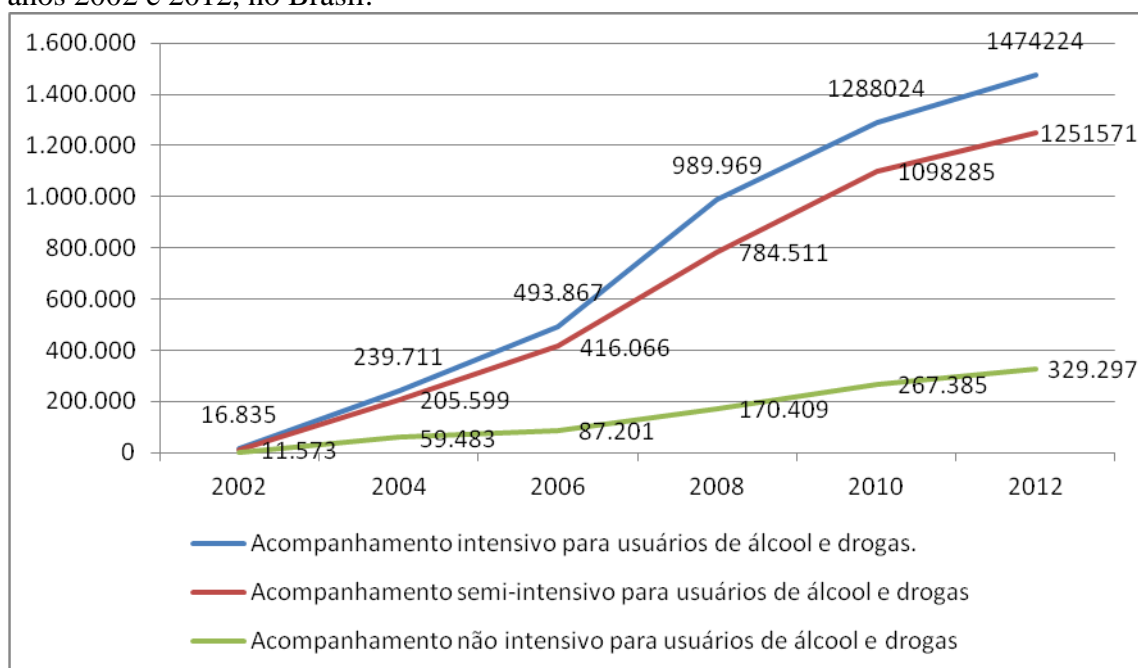
Apesar da leve tendência de aumento, observamos pelo Gráfico 03 que o número total de internações hospitalares manteve-se relativamente constante nesse período de dez anos. Contudo, o perfil dessas internações mudou drasticamente. Em 2002, início dessa série histórica, 82% eram decorrentes do álcool. Em 2012, álcool e drogas tiveram o mesmo impacto: 50% cada uma, sendo esse o primeiro ano da história em que as internações por drogas superaram as por álcool, uma diferença sutil de apenas 132 internações. Nesse período, também ocorreu uma diminuição significativa na quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos, em 2002 eram 51.393 e passaram a ser 29.958 em 2012.

Então, para onde foram os alcoolistas? Uma hipótese é o atendimento nos CAPS. Esses passaram de 424 unidades em 2002, para 1803 em 2012 (Ministério da Saúde, 2012). Além disso, nesse mesmo período, a quantidade de procedimentos com

²⁰ Cf. <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acessado em 20/09/13.

usuários de álcool e drogas aumentou quase cem vezes no país. Ao somar as três modalidades de acompanhamento (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), tinha-se, em 2002, um total de 29.892, em 2012 foram 2.758.723 procedimentos aprovados, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 04: Quantidade de procedimentos ambulatoriais aprovados nas três diferentes modalidades de acompanhamento a usuários de álcool e drogas, entre os anos 2002 e 2012, no Brasil.

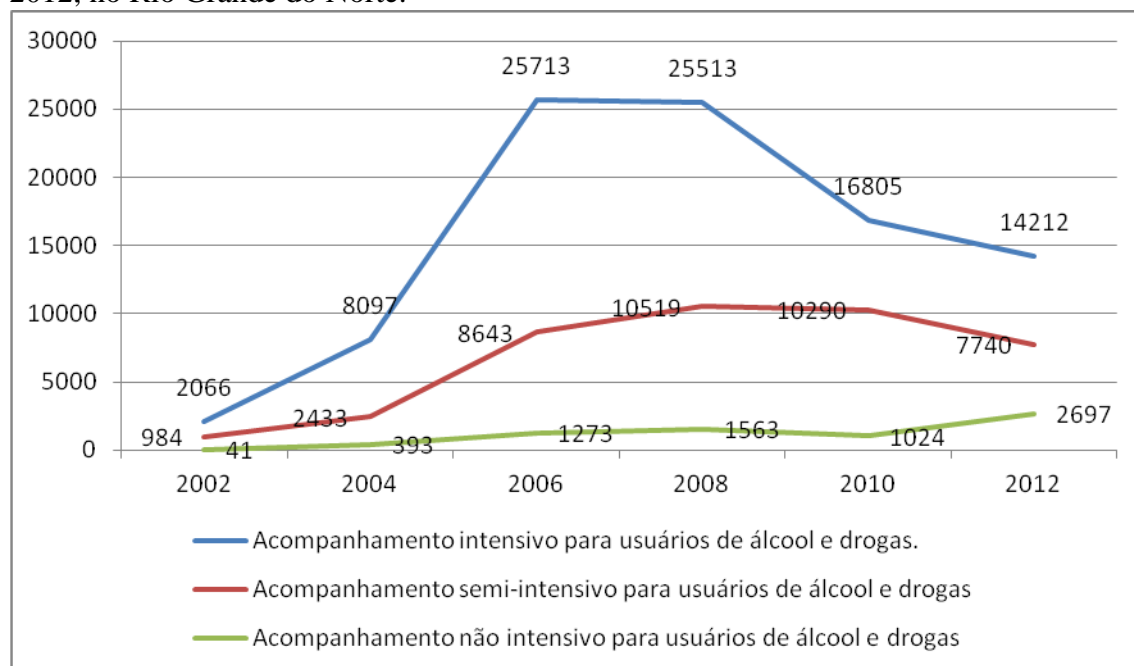


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)²¹

Na região Nordeste, os índices seguiram a mesma tendência nacional de aumento, passando de 9.954 em 2002 para 939.345 em 2012. No Rio Grande do Norte, essa tendência manteve-se até 2007, havendo uma diminuição nos anos seguintes. Os dados referentes ao Rio Grande do Norte são apresentados no gráfico a seguir:

²¹ Cf. <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acessado em 20/09/13.

Gráfico 05: Quantidade de procedimentos ambulatoriais aprovados nas três diferentes modalidades de acompanhamento a usuários de álcool e drogas, entre os anos 2002 e 2012, no Rio Grande do Norte.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)²²

Nota-se que a procura por atendimento relacionado a transtornos decorrentes do consumo de álcool e de drogas aumentou continuamente nos últimos dez anos no país, sendo os CAPSad os serviços especializados da rede de atenção psicossocial para esse fim, com um total de 293 dessas instituições no Brasil, das quais somente doze com funcionamento 24 horas (CAPSad III)²³. No Rio Grande do Norte, há sete CAPSad: cinco no interior do estado e dois em Natal, um desses, além de ter atendimento 24 horas, foi um dos serviços que participou dessa pesquisa (Ministério da Saúde, 2012).

O CAPSad assume função central dentro da rede, tanto na articulação dos diversos serviços que a compõe, quanto como local de referência no cuidado para usuários e familiares. É um serviço especializado, de base comunitária, fundamentado

²² Cf. <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acessado em 20/09/13.

²³ O total informado anteriormente, de 1803 CAPS no país, refere-se soma das seis modalidades do serviço.

nos princípios da RD e aberto, ou seja, não deve impor nenhuma barreira de acesso, recebendo casos sem agendamento ou usuários sob o efeito de substâncias psicoativas.

Sua atuação deve ser interdisciplinar e favorecer o protagonismo dos usuários e priorizar ações em grupo. Suas atividades incluem: consultas individuais, psicoterapia em grupo, medicação assistida ou dispensada, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento as famílias, reabilitação psicossocial e fornecer alimentação diária, conforme a Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012 .

Contudo, todos os tipos de CAPS enfrentam desafios para operar nesse novo paradigma de atenção a saúde mental e, a seguir, apresentamos duas direções desse problema. A primeira, diz sobre a dificuldade dos gestores de compreender a atenção psicossocial e, conseqüentemente, de operar a articulação entre os serviços (hospitais especializados, SAMU e atenção básica). Isso dificulta, por exemplo, a atenção em momentos de crise, pois os servidores não se sentem capacitados a atuar nessa situação, mantendo o encaminhamento para a internação psiquiátrica e medicalização como a estratégia mais utilizada com os pacientes considerados graves. A segunda é a quase ausência de espaços que atuem na reinserção social dos usuários, como cooperativas, centros de convivência e cultura e outros serviços. Assim, os CAPS operam no limiar da institucionalização, uma vez que não há espaços que permitam a progressão dos usuários para além de seus muros (Dimenstein, et al., 2012; Martinhago & Oliveira, 2012).

Outra dificuldade, enfrentada pelo CAPSad, refere-se a adesão dos consumidores de SPA ao tratamento Peixoto et. al. (2010) colocam que usuários de álcool, do sexo masculino, mais velhos (média de idade de 41,3 anos), que fazem uso a mais de 20 anos e com melhores vínculos familiares têm melhor adesão as propostas do CAPSad. Dessa forma, os pesquisadores apontam a necessidade de adequar as

intervenções desse serviço aos grupos com menor adesão, no caso os usuários do sexo feminino e, principalmente, pessoas que utilizam drogas ilícitas, mais jovens (média de idade de 32,9anos) e com vínculos familiares mais frágeis, para que, dessa forma, seja possível diminuir o impacto do consumo de drogas na vida produtiva dessas pessoas. Aponta-se como direção, a necessidade de aumentar ações em rede com outros serviços de saúde e instituições sociais, “(...) pois ainda hoje o CAPSad atua muito mais como um instrumento ambulatorial do que propriamente comunitário” (Peixoto et al., 2010, p. 321).

A partir de Freire (2012), destacamos que, além das dificuldades para realizar suas funções clínicas, o CAPSad passa a ter funções de gestor da rede de atenção psicossocial, uma vez que deve indicar e acompanhar usuários para o “acolhimento/internação” nas CT’s, além de realizar reuniões periódicas com esses serviços e com as equipes das unidades de acolhimento, sendo que a indicação de internações é exclusividade do CAPSad de referência. Também, deve estar articulado com a atenção básica, realizar matriciamento, servir de referência para a rede hospitalar e nos atendimentos de urgência (Freire, 2012).

Apesar de todas essas novas ações que devem ser desenvolvidas pelo CAPSad, não está definido como o serviço irá realizar sua tarefa de articulação e de acompanhamento dessas instituições; ou mesmo se é possível, frente a sua demanda interna de trabalho, tendo em vista que não foi previsto nenhum aumento na sua equipe técnica para dar conta dessas novas funções (Freire, 2012).

Ademais, o CAPSad tem a tendência de fechar-se em si mesmo. Assim, ao sobrecarregá-lo de funções num trabalho em rede, torna-se um desafio para a continuidade da reforma psiquiátrica, pois os serviços tem que trabalhar articulados e não sob a gerência do CAPS (Lobosque, 2011). A política nacional nos apresenta um

caminho a ser seguido, porém não há protocolos de intervenção para os serviços e de articulação dessa rede. Desta forma, optou-se por dar as diretrizes a serem seguidas e permitir que os municípios se organizem para realizar o trabalho da maneira que se adegue melhor ao seu contexto e com os serviços que tem a sua disposição.

O outro serviço pesquisado foi uma comunidade terapêutica. Atualmente essas também fazem parte da rede de atenção psicossocial. É difícil estimar quantas existem no país, pois a maioria não se encontra devidamente cadastrada. No censo realizado pelo SENAD (2013), são apontadas 1.832 comunidades. Entretanto, em entrevista ao blog do Planalto²⁴, o pastor Wellington Vieira, presidente da Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil afirma existirem cerca de três mil comunidades, responsáveis pela internação de aproximadamente 60 mil dependentes químicos. Apenas 24 recebem financiamentos públicos federais²⁵.

O modelo de atendimento em Instituições Totais²⁶, distantes dos centros urbanos, oferece riscos conhecidos e discutidos pela reforma psiquiátrica brasileira. No mínimo, esse modo vai contra os princípios da reforma, num momento que nossa política busca reafirmar o papel ativo dos usuários, mantê-los em contato com suas comunidades e formar uma rede de saúde e assistência que trabalhe integrada.

As CT's, em sua maioria, não tem uma articulação com os demais serviços e buscam criar dispositivos próprios para que seus integrantes permaneçam em contato com elas, mesmo após a internação (Dias, 2012). Elas se organizam independentemente.

²⁴ Ver: <www.blog.planalto.gov.br/comunidades-terapeuticas-integracao-rede-publica-para-tratar-dependentes-quimicos/>.

²⁵ Essa informação foi obtida por meio de solicitação ao ouvidor SUS, cuja resposta obtida foi: “Quatro “mecanismos” de financiamento foram oportunizados pelo Ministério da Saúde para CT's: a) Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS com 14 Entidades beneficiadas; b) Edital 08.2012 com 04 CT's beneficiadas; c) Edital 09.2012 com 06 CT's beneficiadas; d) Portaria nº 131, de 26 de Janeiro de 2012 nenhuma CT beneficiada.”

²⁶ Define-se Instituição Total como “(...)um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 1961/2001, p. 11).

A maioria não segue os parâmetros da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e, apesar de um número expressivo ser de caráter religioso, muitas também se assemelham a clínicas psiquiátricas.

Enfim, não há uma unanimidade ao se falar em CT's, o que dificulta acompanhar e avaliar sistematicamente o trabalho dessas instituições. A inspeção realizada pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP - em 68 instituições de internação para usuários de drogas, no ano 2011, encontrou diversas violações aos direitos humanos. Não se trata de afirmar que isso é a regra nas CT's, porém elas podem se apresentar como uma via de retomada dos processos de exclusão e individualização do problema drogas (CFP, 2011).

Apesar das diferenças, apresentamos, a partir de (Tinoco, 2006) alguns aspectos gerais que caracterizam as atuais CT's. Essas são espaços de convivência, moradia e trabalho que oferecem uma estrutura física e social que pretende sustentar os diferentes conflitos que surgem na interação humana. Isso é expresso por um conjunto de regras que, na maioria das vezes, não está aberta a discussões, como: não usar álcool ou drogas, não brigar, não ter relações sexuais, não sair sem permissão.

Também tem como característica os espaços de confrontação²⁷. São momentos em grupo quando as pessoas da comunidade são chamadas a falarem sobre atitudes e sentimentos pessoais e dos colegas que as incomodam no cotidiano. Esses *feedback* são essenciais, pois dificultam a fuga de responsabilidades e manipulação, além de incentivar a encarar a si mesmo e a “realidade” em que se está inserido. Embora existam regras e uma rotina diária de organização e trabalho, tais momentos servem para

²⁷ Grupos de confrontação têm como característica principal a aceitação do erro por parte dos participantes. E é tradicionalmente realizado com desviantes (usuários de drogas, jovens rebeldes) “podemos filiar a prática na ideia da confissão pública praticada no seio das primeiras comunidades cristãs com o objetivo de um mutuo aperfeiçoamento moral” (Straten, 1997, conforme citado por Tinoco, 2006, p.28).

fortalecer os vínculos entre os integrantes, a responsabilidade compartilhada pela comunidade e os valores a serem buscados por todos (Tinoco, 2006).

Uma CT caracteriza-se por um clima de crescimento pessoal, segurança e aceitação dentro de um grupo. Busca reforçar nos seus integrantes a responsabilidade individual e o sentimento que a modificação de sua vida depende do seu esforço. Ao mesmo tempo, avigora a responsabilidade do coletivo para a permanência de uma convivência harmônica, afinal todos são responsáveis não somente pelo que fazem, mas por como reagem ao outro e sobre as ações a serem tomadas pelo grupo quando surgem problemas e conflitos (Tinoco, 2006).

A composição do cenário atual em nosso país contém elementos antagônicos. Nosso sistema encontra-se fortemente inspirado no movimento de Redução de Danos que, apesar de ter perdido espaço nos programas e intervenções ao longo da década de 2000, influenciou a constituição da política atual. Ao mesmo tempo, os serviços têm dificuldades em adequar suas concepções para lidar com o crack e tem na abstinência o fundamento de seus tratamentos.

Houve algumas tentativas para adaptar programas de RD ao consumo de crack. Foram distribuídas piteiras de silicone, hidratantes labiais, cachimbos de melhor qualidade para evitar queimaduras e a aspiração de partículas sólidas, o que diminuía lesões e infecções. Contudo, eles não conseguiram ter a representação política que os PTS's atingiram e essas atividades tiveram caráter piloto, não sendo assumidas como intervenções amplamente usadas pelas equipes (Domanico, 2006).

Salientamos que a RD não deve ser compreendida apenas como a disponibilização de insumos ou a porta de entrada pra serviços de tratamento, numa tentativa de reduzi-la apenas a sua técnica. A RD incorpora uma busca pela mudança na compreensão sobre o consumo de drogas a fim de permitir que se estabeleçam novas

relações, novos movimentos dessa população com a cidade, com as equipes de saúde e, com a produção do auto cuidado. Assim, ao mesmo tempo em que essa discussão nunca esteve tão viva no campo da saúde brasileira e, deve-se dizer, no mundo todo, há desafios para avançarmos na consolidação da reforma psiquiátrica e na mudança no paradigma de atenção aos usuários de álcool e drogas. O que torna o alerta de Alarcon (2012) pertinente nesse momento:

Para uma crítica que se quer radical e que, por isso, clama ser um exercício capaz de questionar até as próprias crenças e desejos, é necessário considerar que, como sugerida até o momento, a redução de danos pode, em sua polissemia, resultar em um *aggiornamento* de processos antigos, medicalizados e moralistas de atenção a saúde do farmacodependente, ainda que sob uma roupagem progressista. Mesmo que se concorde com a necessidade, em termos de uma política pública de saúde, da construção de uma lógica ampliada efetiva (uma radicalização) da redução de danos, é preciso discutir claramente de que redução de danos se trata e do que na verdade necessitamos segundo nossa realidade (p. 58).

Esse agenciamento de processos moralizantes não passa somente pela decisão se os investimentos públicos serão nos CAPS's, em hospitais ou nas CT's, mas é um desafio que está posto à saúde pública brasileira. A pesquisa elaborada por Amaral-Sabadini, Saitz e Souza-Formigoni (2010) com servidores da atenção básica, apontou que a percepção dos profissionais sobre o consumo prejudicial de álcool e outras drogas afeta a relação desses com os usuários e a qualidade do atendimento oferecido. Encontraram-se dois grupos: os que estão prontos para executar estratégias de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas, e os que não estão. O segundo grupo é formado pelos profissionais que atribuem maiores índices de culpa do usuário por estar

nessa condição e a responsabilidade em modifica-la, também os consideram perigosos e que seria melhor para comunidade que o sujeito fosse retirado dela para receber tratamento, o que indica atitudes estigmatizantes em relação à dependência química.

As instituições de tratamento especializado em álcool e outras drogas são espaços que se colocam entre as políticas de saúde e segurança. Uma vez que, dependendo da interpretação das leis que regem esse assunto, um consumidor frequente de SPA pode ser considerado traficante, tendo em vista, que uma grande parcela dessas pessoas funciona como elos na cadeia do tráfico, atuando como pequenos traficantes para consumidores ocasionais, para subsidiarem parte de seu consumo. Assim, as decisões de quais forças vão intervir sobre essas pessoas é, em grande parte, política.

Concomitantemente, a instituição tem responsabilidades legais pela preservação da saúde e segurança dos usuários que devem ser articuladas à busca pela autonomia e pela liberdade desses sujeitos, preconizadas pelas diretrizes da saúde. Portanto, as instituições são locais de confluência das diferentes questões que compõe a temática da drogadição, sendo essas respostas que fundamentam a constituição desses serviços.

A escolha por pesquisar dentro das instituições justifica-se por serem espaços aglutinadores de políticas, práticas, saberes, equipe técnica e usuários. É na instituição que profissionais exercem e legitimam formas de entender o que é a drogadição e quais as intervenções possíveis, onde teorias e políticas traduzem-se em ações, estigmas e representações sobre drogas são discutidas e colocadas em análise. A partir disso, focamos em dois locais especializados no atendimento à drogadição e apresentamos no próximo capítulo a proposta dessa pesquisa realizada em serviços da RAPS: CAPSad e CT. Essa investigação se propôs a conhecer as concepções e práticas de RD operadas nessas instituições, bem como as dificuldades enfrentadas por profissionais e usuários e os elementos associados à adesão às propostas da RD.

4. METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa com foco na proposta de Redução de Danos (RD), especificamente em como seus princípios e intervenções operam em duas instituições especializadas na atenção a problemas relacionados ao álcool e a outras drogas, apresentadas a seguir:

- 1- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III - CAPSad III. Localizado no município de Natal/RN, foi selecionado como campo da pesquisa devido posição que ocupa de referência e articulador na rede de atenção psicossocial.
- 2- CT Fazenda da Esperança – FE - Dom Bosco. Localizada no município de Serra do Mel/RN, é uma comunidade terapêutica católica com trinta anos de existência e mais de sessenta unidades em todo o Brasil. Seu método de trabalho serviu como inspiração a diversas instituições dessa natureza no país.

A pesquisa no CAPSad III iniciou com a apresentação do projeto à coordenação de saúde mental do município, que concedeu autorização para sua continuidade. Em seguida, realizou-se entrevista com a coordenação do próprio serviço, optou-se pela unidade da zona leste, uma vez que a unidade norte estava fechada em razão de problemas sanitários e realizava somente dispensa de medicação e algumas consultas.

Após esse momento inicial, foram feitas dez visitas ao serviço com a duração média de três horas, entre os dias 22 de novembro e 21 de dezembro de 2012. Nesse período, foram realizadas 13 entrevistas, das quais doze de forma individual. Logo, ao adicionar a entrevista da coordenadora do serviço, tem-se um total de dezesseis profissionais entrevistados, em catorze entrevistas, compondo o grupo do CAPSad III.

O critério utilizado para compor a amostra foi ter, ao menos, um entrevistado de cada categoria profissional da equipe técnica da instituição.

Também, realizaram-se três rodas de conversa com os usuários que estavam no serviço naquele momento e se dispuseram a participar. As rodas tiveram 10, 22 e 10 sujeitos respectivamente, contudo o total foi de 33, uma vez que nove usuários participaram em dois momentos distintos, desse total somente duas participantes eram do sexo feminino.

Quadro 2: Cronograma da pesquisa de campo no CAPSad III.

Data	Atividade	Profissional
05/11/12	Reunião Coord. Saúde Mental	
12/11/12	Coordenador CAPSad III Leste	Psicóloga
22/11/12	Entrevista	Redutor de Danos Téc. Enfermagem
29/11/12	Entrevista	Assistente Social Téc. Enfermagem
05/12/12	Entrevista	Nutricionista Téc. Enfermagem (3)
12/12/12	Entrevista	Administradora Enfermeira
13/12/12	Entrevista	Psicóloga Farmacêutica
17/12/12	Entrevista	Educador Físico Psiquiatra
18/12/12	Roda de conversa usuários	10 participantes
19/12/12	Roda de conversa usuários	22 participantes
20/12/12	Roda de conversa usuários	10 participantes
21/12/12	Entrevista	Clínico geral

Fonte: elaborado pelo autor.

Na Fazenda da Esperança Dom Bosco, o contato inicial foi realizado em novembro de 2012, pelo telefone disponibilizado na página *on-line* da instituição. Nesse momento, foi apresentada a pesquisa, questionando se a comunidade poderia ser um dos locais para a coleta de dados. Após receber a autorização, organizou-se a ida ao campo para janeiro de 2013. A permanência na instituição foi de 21 a 24 de janeiro de 2013. Nesse período, residi na fazenda, dividindo o quarto com um dos coordenadores,

participei de todas as atividades da rotina diária, exceto na manhã do dia 22, quando realizei a entrevista com os dois principais responsáveis pela instituição.

Na FE foram realizadas quatro entrevistas com o total de cinco participantes na categoria profissionais, distribuídas da seguinte forma: a primeira deu-se com o responsável presidente da FE; a segunda, com o “padrinho”, segundo na hierarquia da fazenda; a terceira, com os dois coordenadores de uma das casas; e a quarta, com o coordenador da outra casa. Na FE, foram duas as rodas de conversa com os usuários, uma com cada casa. Todos os internos da fazenda participaram, sendo a primeira composta por 16 pessoas e a segunda 14, totalizando 30 participantes, todos do sexo masculino. As rodas de conversa ocorreram após o jantar dos dias 22 e 23, quando não havia mais nenhuma atividade a ser realizada.

Quadro 3: Cronograma da pesquisa de campo na Fazenda Esperança.

Data	Atividade	Participante
21/01/13	Chegada à FE	
22/01/13	Entrevista	Presidente (ex-interno) Padrinho (ex-interno)
22/01/13	Roda de conversa usuários	Casa São Paulo 16 participantes
23/01/13	Entrevista	Coordenadores Casa São Paulo Os dois são internos da FE
23/01/13	Roda de conversa usuários	Casa Santa Rosa 14 participantes
24/01/13	Entrevista	Coordenador Casa Santa Rosa (ex-interno)

Fonte: elaborado pelo autor.

Participaram da pesquisa os profissionais que compõem a equipe técnica e os usuários em tratamento nos serviços. Salienta-se que a nomenclatura “profissionais” refere-se, também, aos coordenadores da FE, os quais são voluntários e não têm como pré-requisito formação técnica e/ou acadêmica, contudo ocupam a função de responsáveis pela manutenção da rotina. Além disso, a nomenclatura “usuários” também inclui os sujeitos que estão passando o ano na FE, apesar de serem nomeados

como “internos e/ou recuperandos” e que há a compreensão da instituição que ali é a sua casa, não sendo um serviço do qual são usuários.

Elegeram-se esses dois grupos de participantes por se entender que práticas e saberes são constituídos no cotidiano dos serviços e que na interação entre essas duas populações processos sociais e identitários são constituídos coletiva e continuamente (Spink, 2008). As ferramentas metodológicas utilizadas foram: entrevista semiestruturada com profissionais, rodas de conversa e ficha sócio-demográfica com usuários, observação participante e diário de campo. A seguir, são detalhados esses procedimentos.

4.1 Entrevista semiestruturada com profissionais

A entrevista semiestruturada permite o acesso a informações mais detalhadas. No entanto, ela não atinge, necessariamente, maior profundidade do que a entrevista estruturada, pois isso depende da capacidade do pesquisador em abordar os pontos investigados de acordo com seu problema de pesquisa (Breakwell, Fife-Schaw, Hammond, & Smith, 2010). Porém, a liberdade que traz tanto ao entrevistador quanto ao entrevistado na organização e no encadeamento da argumentação permite que os objetivos da pesquisa sejam melhor investigados.

Foram utilizados dois roteiros de entrevista, um com coordenadores das instituições e outro com os demais profissionais. Com os coordenadores, buscou-se reconstituir a história da instituição, caracterizar o seu funcionamento, explicitar os objetivos das intervenções terapêuticas e como são utilizados os conceitos da RD na construção de suas práticas (Anexo 01). O roteiro que direcionou as entrevistas com os técnicos tinha como foco as dificuldades vivenciadas na relação com os usuários, os

elementos que facilitam a adesão ao serviço, suas concepções sobre RD e como ela opera na sua rotina de trabalho (Anexo 02).

Foram realizadas 18 entrevistas, das quais 16 ocorreram de forma individual. Tiveram duração média de 45 minutos. Foram gravadas e transcritas, para serem analisadas posteriormente, e não houve identificação dos nomes dos participantes.

4.2 Ficha sócio-demográfica e rodas de conversa com usuários.

Antes de iniciar as rodas de conversa, era solicitado aos usuários o preenchimento de uma ficha, com dados referentes as condições sociais e financeiras dos usuários, além da identificação do consumo de qual SPA o fez procurar o serviço e quantas vezes já esteve em tratamento (Anexos 03 e 04). O pesquisador orientava os participantes no preenchimento dessa ficha, de forma individual e sem identificação, e respondia a eventuais dúvidas. Após a finalização dessa etapa, que demorava entre 15 e 20 minutos, dava-se início as rodas. No total, foram preenchidas 56 fichas, utilizadas na descrição da amostra dos usuários.

A roda de conversa é uma metodologia participativa que busca criar condições dialógicas para a reflexão sobre informações, experiências, saberes e atitudes de um grupo. Essa ferramenta tem sido aplicada em diversos contextos quando o objetivo é promover uma reflexão adequada e construída com base nas características e necessidades de determinado grupo. Caracteriza-se por ser uma intervenção pontual, ao contrário das oficinas, que envolvem um trabalho sobre o processo grupal, ou das palestras que não enfatizam o aspecto de diálogo e participação (Afonso & Abade, 2008).

A profundidade das discussões abordadas relaciona-se com disponibilidade dos integrantes em participar da roda, não estando ligada somente à quantidade de informações conhecidas, mas à qualidade e à capacidade desse coletivo em articular seus conhecimentos para atingir níveis mais profundos de reflexão. Isso pode significar tanto a construção de novos saberes quanto a desconstrução coletiva de práticas e informações, a fim de possibilitar a emergência de um novo discurso sobre as questões com as quais lidam cotidianamente (Afonso & Abade, 2008).

Foram realizadas cinco rodas de conversa, três no CAPSad III e duas na FE, com duração média de 55 minutos cada. Investigava-se os seguintes pontos: a avaliação da instituição pelos usuários, a relação destes com os profissionais, as dificuldades vivenciadas durante o tratamento, os elementos que promovem a adesão aos serviços, suas concepções sobre RD e as suas estratégias pessoais de RD. As rodas de conversa foram gravadas e transcritas para serem analisadas posteriormente, e não houve identificação dos nomes dos participantes.

4.3 Observação participante e diário de campo

A observação participante e o diário de campo permitem o registro de informações sobre o cotidiano e de aspectos que escapam à descrição linear da instituição, mas que estão presentes e constituem a experiência no CAPSad III e na FE. Com efeito, diversos elementos que compõem a cultura institucional não são explícitos e encontram-se nas entrelinhas dessas vivências (Breakwell, et al., 2010)

Pesquisar não se constitui em um processo linear de acúmulo das informações; ao contrário, é dinâmico e envolve diversas revisões e avaliações (Breakwell et al., 2010). Com esse instrumento, buscou-se acompanhar as mudanças no percurso e a

compreensão do pesquisador sobre o problema investigado; caracterizar os diferentes momentos que compõem a pesquisa e visualizar inusitados encontros e desvios que ocorreram nesse processo. No diário, eram anotadas as percepções iniciais sobre as entrevistas e as rodas de conversa, para, assim, poderem ser comparadas às análises posteriores; as conversas que ocorriam fora dos espaços formais de coletas de dados e tratavam sobre assuntos que ganharam visibilidade no decorrer da pesquisa de campo. Além disso, foram relatados no diário cenas, questionamentos, conversas informais, momentos de espera, enfim, a maior diversidade possível de elementos que pudessem descrever o campo.

Esse instrumento, que também é uma forma de manter um rigor metodológico em pesquisa qualitativa, está ligado ao que Bauer e Gaskell (2002, p. 486) chamam de “a surpresa como uma contribuição à teoria e/ou ao senso comum”. Afinal, um dos objetivos dessa ferramenta é elucidar as concepções do pesquisador referentes ao seu objeto de estudo, a fim de evitar que ideias anteriores à pesquisa sejam simplesmente legitimadas por meio dos dados coletados.

Ainda, a observação participante permite verificar os discursos secundários que podem não aparecer nos grupos, principalmente críticas, dificuldades e incertezas. Essa foi uma maneira de retomar alguns pontos de discussão com aqueles usuários que permaneceram calados nos grupos, ou que trouxeram pontos de divergência.

4.4 Análise dos dados

Após a transcrição do material gravado, entrevistas e rodas de conversa, a primeira etapa foi descrever o funcionamento das instituições. Utilizaram-se como fonte principal as entrevistas com os coordenadores, complementadas por informações das entrevistas com os demais técnicos, do diário de campo e, no caso da FE, da sua página

na internet. A segunda etapa foi a organização do material transcrito em quatro categorias pré-estabelecidas, de acordo com os objetivos específicos da pesquisa, sendo essas: conceituação da RD, práticas em RD, dificuldades enfrentadas pelo serviço e elementos que favorecem a permanência na instituição. A compilação desse material é apresentada no capítulo “Resultados”, em três sessões distintas, porém complementares para a compreensão das instituições, sendo essas: o funcionamento das instituições, as entrevistas com os profissionais e as rodas de conversa com os usuários (nessa última está incluída a descrição dos participantes a partir das informações obtidas com as fichas).

Após essas duas etapas, os dados foram discutidos por meio de um analisador. Um analisador é aquilo que faz surgir o que não está visível numa instituição, é um acontecimento que, de uma só vez, permite apreender o que atravessa os diferentes discursos (Lourau, 1993). Assim, para a emergência dos analisadores, utilizamos a análise do discurso, realizada com base nos pressupostos teóricos de Foucault (2009, 2010b), em que assumimos o discurso baseado em duas características.

Primeiro, o discurso não é entendido como uma oposição a práticas “reais”, mas os discursos conectam, sustentam modos de ser e fazer sobre o mundo. Segundo, as falas dos sujeitos da pesquisa, seus enunciados, não são uma construção individual e elas não surgem de um processo racional dialético de reflexão sobre os diferentes argumentos e sua aproximação à verdade. Ao invés disso, compreendemos todo o enunciado como a expressão de um agenciamento de forças, um agenciamento sempre coletivo e, muitas vezes, composto de elementos contraditórios. Assim, o analisador busca apontar as diferentes forças constituintes dessas instituições, que são expressas por meio dos discursos dos sujeitos que fazem parte do serviço; logo, o discurso nos

interessa por ser um caminho para explorar esse campo que está além das concepções individuais sobre a drogadição.

Além disso, o analisador não foi construído com o propósito de ser (somente) descritivo e conciliador das diferentes opiniões encontradas na pesquisada, ao contrário, busca apontar os pontos de conflito dos agenciamentos. Logo, não é somente encontrar os enganos, omissões e/ou falhas nos conhecimentos técnicos/teóricos, mas compreender quais são os discursos que ganham o status de verdade, como eles operam para a sustentação dos serviços e quais as possibilidades de mudança que se abrem frente a instabilidade constante em que se encontram.

5. RESULTADOS

A apresentação dos resultados está organizada em três seções: 1) Descrição das instituições pesquisadas, 2) Resultados das entrevistas com os profissionais e 3) Resultados das rodas de conversa com os usuários. Nas seções 01 e 02 expõem-se, inicialmente, os dados do CAPSad III e, na sequência, a FE. A seção 03 é apresentada a partir de tópicos construídos para responder os objetivos específicos da pesquisa.

5.1 Descrição das instituições pesquisadas

5.1.1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III

O CAPSad III da zona leste de Natal, em funcionamento há dezesseis anos, é uma instituição especializada no atendimento a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. A partir de setembro de 2012, passou a disponibilizar sete leitos, cinco masculinos e dois femininos, para receber internações de usuários por um período de até quinze dias. Dessa forma, passou a ter funcionamento 24h, sete dias por semana. Contudo, durante grande parte desse período, os leitos encontraram-se fechados, devido a diferentes problemas, como a greve dos médicos. Além dessa mudança, nesse ano também começou a ocorrer o atendimento a moradores de rua, que começaram a chegar ao serviço por meio das equipes do consultório na rua.

Por ser um serviço da rede de atenção psicossocial, sua organização fundamenta-se nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira e na Redução de Danos. Logo, é um serviço aberto e comunitário que deve acolher qualquer pessoa, de ambos os sexos. Para isso, conta com uma equipe profissional multidisciplinar e com uma equipe de apoio

(cozinheira, porteiro, auxiliares de serviços gerais). A equipe técnica tinha a seguinte composição:

Quadro 4: Relação de profissionais entrevistados no CAPSad III.

Equipe técnica	Nº de profissionais	Nº de entrevistados
Técnico de Enfermagem	15	05
Enfermeiro	06	01
Psiquiatra	03	01
Clínico geral	01	01
Psicóloga	01	01
Farmacêutica	01	01
Educador físico	01	01
Redutor de danos²⁸	01	01
Assistente social	01	01
Nutricionista	01	01
Coordenadora (psicóloga)	01	01
Administradora (pedagoga)	01	01
Técnica administrativa	01	00
TOTAL	34	16

Fonte: elaborado pelo autor.

O serviço fica aberto durante 24h, embora os grupos, as consultas e as demais atividades realizadas pelo CAPSad III ocorram somente das 8h às 17h, de segunda a sexta. Fora desse horário, permanecem somente os usuários internados, acompanhados pela equipe de enfermagem, e um médico de sobreaviso. A maior parcela dos usuários procura o serviço espontaneamente, mas também ocorrem encaminhamentos de outros locais da rede de saúde, principalmente dos hospitais psiquiátricos e das unidades básicas de saúde.

De acordo com a equipe, devido a problemas da gestão municipal não foram organizados os relatórios descritivos do trabalho desenvolvido pelo CAPSad III no segundo semestre de 2012. Todavia, para dimensionar o tamanho da população acolhida, nos primeiros quatro meses de 2013 houve uma média mensal de 136 pessoas atendidas na instituição. Também, teve-se em média 21 triagens e 10 re-triagens nesse

²⁸ Oficialmente, o redutor de danos não é parte da equipe. Ele é técnico do consultório na rua, mas, como este não se encontra em pleno funcionamento, o profissional tem atuado junto ao CAPSad III.

período, o que indica uma alta rotatividade de usuários. As informações ficam registradas no livro de frequência. A seguir é apresentado como está organizado o funcionamento do serviço.

1) Triagem e acolhimento

Toda pessoa que vai ao serviço requisitando cuidados é acolhida por algum dos profissionais. Inicialmente, realiza-se uma entrevista de triagem, que pode ocorrer no momento de sua chegada, ou ser marcada para outro dia, de acordo com a disponibilidade do profissional e as condições do usuário em responder as perguntas. Também, ocorrem retriagens, quando a pessoa é usuário do serviço, mas não aparece por um período superior a um mês.

Além disso, são acolhidos usuários que chegam sob o efeito de alguma SPA. Nesses casos, pode-se dar orientações, disponibilizar uma cama para repouso e localizar o familiar responsável quando o usuário se encontra muito debilitado. Caso este não queira cumprir as orientações e prefira se retirar do serviço, deve ser registrado no livro de passagem.

O ponto inicial do tratamento no CAPSad III é a triagem. Essa entrevista pode ser realizada por qualquer técnico da equipe, sendo a coleta de dados norteadas por um formulário na qual se verificam: dados de identificação, escolaridade, história do sujeito, SPA's que utiliza, frequência, quantidade e progressão do consumo e outras doenças. Importante salientar que não se trata de uma entrevista rígida, pois a intenção é estabelecer uma conversa com o usuário, explicitando o motivo das perguntas, avaliando sua orientação geral e ansiedade. Ao final, explicam-se as regras de convivência da casa e procede-se à indicação de frequência ao serviço.

2) Projeto terapêutico singular

A elaboração desse projeto deve ocorrer em conjunto com o usuário, sendo organizado com base em cinco pontos: dados de identificação, diagnóstico, ações, objetivos e metas. Após, as informações da triagem e do projeto terapêutico são discutidas pela equipe na reunião de passagem, para que as ações adequadas ao caso sejam iniciadas. Alguns exemplos são: entrar em contato com parentes para o restabelecimento de laços familiares, procurar curso profissionalizante para retornar ao mercado de trabalho e, refazer o diagnóstico do usuário para saber se a medicação está adequada.

O objetivo é que todos os usuários do serviço tenham seus projetos terapêuticos e que realizem avaliações periódicas sobre o seu andamento. Entretanto, as poucas falas que surgiram sobre essa ferramenta não especificam qual sua funcionalidade no cotidiano do serviço, tampouco quanto do seu tempo de trabalho a equipe gasta nesses projetos. Além disso, é assumido que somente os casos considerados graves e que necessitam de maiores cuidados têm seus projetos acompanhados.

3) Grupo operativo

O foco do grupo operativo é organizar os procedimentos e serviços que serão realizados pelo CAPSad III. É nesse grupo que os usuários marcam o horário das consultas, se verifica quais necessitam de cuidados mais próximo da equipe, se realiza trocas entre eles (pertences, passagens de ônibus e outras necessidades) e avalia-se o funcionamento da instituição. Enfim, esse é um espaço reservado à organização da rotina de trabalho conjuntamente com os usuários.

4) Grupo terapêutico

Trata-se de um grupo terapêutico de apoio e ajuda mútua, no qual são compartilhadas histórias de vida, dificuldades pessoais, estratégias para evitar recaídas e manter a abstinência. Seu objetivo é dar o suporte necessário ao usuário nesse momento de mudança.

5) Grupo de prevenção à recaída

Seu foco é o compartilhamento de estratégias para que cada usuário crie sua maneira de evitar a recaída. Um exemplo disso seria pedir ao familiar para acompanhá-lo na hora de receber algum dinheiro, ou deixar o valor sob os cuidados desse familiar.

6) Grupo de familiares

Ocorre somente às terças-feiras à tarde, sendo o momento destinado a receber os familiares dos usuários do serviço que desejem receber apoio e orientações. Participam aproximadamente vinte pessoas por grupo. São repassadas informações sobre questões ligadas à dependência química e busca-se saber como a família tem lidado com os conflitos e demais problemas que se apresentam nesse momento.

7) Grupo de normas e combinados

Nesse grupo, são discutidos as regras e os acordos de convivência que servem como guia aos usuários e aos profissionais da instituição. No momento atual do CAPSad III, esses acordos têm sofrido críticas, o que vem gerando certa flexibilidade quando são descumpridos. Algumas regras que compõem esse acordo são: não portar armas no serviço, não agredir física ou verbalmente profissionais ou usuários, não realizar trocas sem o consentimento da equipe, quando fizer uso de alguma SPA

comparecer ao CAPS, evitar o uso de apelidos ao referir-se aos colegas. No total, são 23 regras, porém, a equipe não disponibilizou a lista completa, devido a problemas anteriores que a divulgação desses acordos gerou para a instituição, alega-se que esses foram mal compreendidos por profissionais que não conhecem o funcionamento do CAPSad III.

8) Oficina criativa

Espaço destinado a atividades artesanais e artísticas. Já ocorreram aulas de canto, teatro e artesanato. Atualmente, são realizados trabalhos manuais com colagem e arranjos de papel, sem grande participação dos usuários.

9) Datas comemorativas

Em momentos comemorativos, tais como Natal, aniversário do CAPSad III, Páscoa, são realizadas pequenas festas e comemorações para as quais são convidados os usuários e seus familiares.

Abaixo é apresentado o quadro com os horários da rotina diária no CAPSad III.

Quadro 5: Rotina diária do CAPSad III

Horários	Atividade
Das 8h30min às 8h50min	Café da manhã
Das 09h às 10h	Grupo 01 manhã
Das 10h às 10h20min	Lanche
Das 10h20 às 11h20min	Grupo 02 manhã
Das 12h às 12h30min	Almoço
Das 12h às 13h	Reunião de passagem da equipe
Das 13h30min às 14h30min	Grupo 01 tarde
Das 14h45min às 15h45min	Grupo 02 tarde e Grupo família
Às 16h	Lanche
Às 17h	Fim das atividades diurnas

Fonte: elaborado pelo autor.

Os grupos relatados acima se alternam ao longo da semana, os que contam com maior participação são o operativo e o terapêutico. Em média, participam das atividades trinta usuários por turno, porém a rotatividade desses sujeitos é alta. Constantemente, há usuários chegando ao serviço, fazendo retriagens e não cumprindo o combinado de frequência acertado com a equipe. Salienta-se que a rotina apresentada seria o funcionamento ideal do CAPSad III, contudo ela não acontece isenta de problemas. Por exemplo: nesse momento, o segundo grupo do turno da manhã e da tarde não está ocorrendo. Também, há, frequentemente, greves, falta de profissionais, férias, mudança no quadro técnico e outros acontecimentos que dificultam a operacionalização dessa rotina de trabalho.

Por fim, as consultas com os profissionais são a última ferramenta terapêutica que compõe o arsenal da instituição. Essas ocorrem em todos os horários, uma vez que são organizadas de acordo com a agenda do profissional, principalmente os da medicina, na medida em que os demais cumprem um ou dois turnos diários na instituição.

5.1.2 Comunidade Terapêutica Fazenda da Esperança

A comunidade terapêutica Fazenda da Esperança, unidade Dom Bosco, localizada no município de Serra do Mel/RN, microrregião de Mossoró, foi selecionada para ser um dos locais desta pesquisa devido ao reconhecimento que sua obra tem no cenário nacional, sendo uma das mais antigas, com atuação contínua desde 1983. Em 2007 foi reconhecida como parte da Igreja Católica.

A FE é uma associação religiosa reconhecida pela Igreja Católica destinada ao abrigo de jovens dependentes químicos de álcool e outras drogas. Aceita pessoas entre

15 e 45 anos que procuram a recuperação em alguma de suas comunidades terapêuticas, organizadas em unidades femininas ou masculinas, por um período de doze meses de internação.

A FE iniciou seu trabalho no ano de 1983 na cidade de Guaratinguetá/SP. Atualmente, existem mais de sessenta comunidades espalhadas por quase todos os estados brasileiros, 21 delas na região Nordeste e uma no Rio Grande do Norte, destinada ao público masculino. A FE tem comunidades em mais de uma dezena de países, tais como: Argentina, Filipinas, Rússia, Alemanha, Moçambique, México, Colômbia, Uruguai e Guatemala.

A apresentação desse campo é baseada em informações colhidas durante entrevista com o representante jurídico (presidente) da unidade Dom Bosco e no *site* da Fazenda Esperança²⁹. O funcionamento apresentado é o mesmo em todas as fazendas ao redor do mundo. Procurou-se ser fiel ao discurso do entrevistado, mantendo-se o sentido captado na entrevista, bem como as palavras e os conceitos utilizados.

O processo de acolhimento inicia quando o sujeito, junto com sua família, entra em contato com a FE. Nesse momento, é solicitado ao jovem escrever uma carta de punho próprio, explicando os motivos que o levaram a buscar atendimento, pois “se entende que cada jovem é responsável pela própria recuperação”. Atualmente, a entrada na fazenda ocorre todos os dias da semana, mas anteriormente era somente aos sábados. Essa mudança ocorreu após a avaliação de que se poderia negar ajuda ao sujeito no momento mais necessário.

Existem três eixos para viabilizar o tratamento na fazenda:

1 – Trabalho e Saúde: deve-se estar apto ao trabalho, fato que dificulta a entrada de portadores de necessidades especiais. Além disso, é solicitado um conjunto de exames clínicos (hemograma completo, urina, tuberculose, HIV) e o atestado de

²⁹ Ver <www.fazenda.org.br>.

sanidade mental. Caso seja detectado algum problema de saúde, deve-se procurar o tratamento adequado antes de ingressar.

2 – Financeiro: inicialmente, é solicitado o pagamento de três salários mínimos, para os custos de manutenção do interno, tendo em vista que nesse momento inicial ele necessita de muitos cuidados e quase não é produtivo na rotina de trabalho. Além disso, há a contribuição mensal de um salário mínimo durante o período de internação. Esses valores podem ser negociados de acordo com as condições econômicas de cada família.

3 – Regras de convivência: ao chegar à fazenda é realizada uma entrevista inicial para conhecer a história do recuperando, bem como para apresentar o fundamento do trabalho realizado pela FE e as regras de convivência. O jovem deve aceitar viver a profunda mudança de vida que constitui o cerne da permanência na fazenda.

A FE organiza sua rotina diária sobre um tripé formado por trabalho, convivência e espiritualidade, esse último guiado pelas “Palavras de Deus, no carisma da unidade de Chiara Lubich³⁰ e no carisma da pobreza de São Francisco de Assis”. Logo, todo recuperando deve manifestar sua vontade em ter uma vida livre de drogas e álcool, uma vez que “a comunidade terapêutica só acolhe as pessoas que pedem ajuda, pois os internos não ficam em locais fechados por muros ou portões. Tudo é aberto e dá acesso à rua”. Além disso, diariamente, é retirada do evangelho a “Palavra do Dia”, a qual deve ser exercitada por todos durante as relações de trabalho e convivência³¹.

As regras de convivência estabelecidas pela fazenda são:

- a) Aceitar pôr em prática a Palavra de Deus;
- b) Seguir os preceitos de castidade, pobreza e obediência;

³⁰ Chiara Lubich é uma ativista católica que fundou, em 1948, em Trento, na Itália, o Movimento dos Focolares. Essa é uma organização religiosa internacional que prega a unidade e irmandade universal, está presente em 182 países e conta com aproximadamente dois milhões de simpatizantes (cf. <www.focolares.org.br>). Os fundadores da FE fazem parte desse movimento.

³¹ Por exemplo, no primeiro dia da coleta de dados, a palavra do dia era “aprendei o que significa: ‘Eu quero misericórdia, e não o sacrifício’ (Mt 9,13)”.

- c) O período de internação tem duração de doze meses;
- d) As visitas ocorrem uma vez ao mês e têm início a partir do terceiro mês;
- e) Sem telefones, o contato com a família somente pode ocorrer por meio de cartas;
- f) Sem televisão, revistas e programas do mundo exterior. Deve entregar-se à experiência proposta pela fazenda. Livros e músicas são permitidos, contudo é avaliado o conteúdo;
- g) Participar da rotina de trabalho, convivência e organização das casas;
- h) Não sair da fazenda durante o ano sem a prévia autorização do responsável;
- i) Aquele que não se adequar à proposta da FE e quiser sair, pode retornar somente após seis meses;
- j) Os internos que fazem uso de medicação controlada devem deixá-la aos cuidados dos responsáveis da fazenda ou coordenadores das casas.

A rotina diária é organizada da seguinte forma:

Quadro 6: Rotina diária na Fazenda Esperança

Horários	Atividade
Às 6h	Acordar
Das 6h30min	Café da manhã
Às 7h	Rezar o terço
Das 8h às 11h	Trabalho – intervalo 20 min.
12h	Almoço
Das 14h às 16h	Trabalho – intervalo 20 min.
Às 16h30min	Lanche
Às 18h30min	Jantar
Às 19h30min	Reunião nas casas
Às 22h	Dormir

Fonte: elaborado pelo autor.

Essa rotina ocorre de segunda a sexta-feira. O sábado é reservado para limpeza e organização das casas e o domingo é livre, há somente uma missa pela manhã. Quarta-feira é dia de adoração, assim não é permitido escutar músicas “do mundo”, somente as religiosas. A reunião nas casas após o jantar ocorre somente nas segundas e nas quartas.

A fazenda organiza-se em casas que buscam representar a família, “a fim de provocar mudanças de valores e princípios”. Geralmente, nas fazendas maiores, há quatro casas, mas na FE Dom Bosco existem duas: São Paulo e Santa Rosa. A Casa São Paulo é destinada aos recém-chegados, aqueles que ainda não completaram os três primeiros meses dentro da fazenda. Ela conta com dois coordenadores, os quais são recuperandos que estão no último mês de internação. Após esse período, mudam-se para a Casa Santa Rosa, coordenada por um voluntário, até completarem o ano. Nessa, o coordenador foi interno da instituição, mas depois de terminar seu ano resolveu continuar junto à FE. Os coordenadores são os responsáveis por manter a harmonia, a organização e o cumprimento da rotina diária da fazenda.

O tempo de permanência na FE tem três momentos distintos:

- Até o 3º mês: o sujeito que entra na fazenda recebe ajuda dos companheiros.
- Do 3º ao 9º mês: deve conseguir caminhar sozinho.
- Do 9º ao 12º mês: deve ajudar os outros na caminhada.

Os coordenadores das casas, geralmente, são recuperandos que estão perto de completar o ano. Para assumir essa função, passam pela escola de comunhão, que consiste num curso com um mês de duração. Nele, os internos, que receberam o convite do responsável pela fazenda, realizam atividades de formação separadamente dos outros, durante o período da tarde.

Os internos recebem visita uma vez por mês, quando é entregue à família uma cesta com os produtos gerados pelo seu trabalho³². Essa cesta tem uma função importante na “pedagogia” da fazenda. Para os internos, ela mostra que o trabalho gera frutos e é uma forma de contribuir com sua família. Para a família, é uma contrapartida da fazenda pelo custo mensal da internação, uma vez que os produtos

³² No momento da pesquisa as atividades de trabalho eram: retirar da mata varas para construir uma cerca, recolher cajus e castanhas do pomar, fazer doce de caju e outras frutas, cuidar da horta, fazer pão e cozinhar.

entregues mensalmente têm o valor estimado de um salário mínimo. Estes podem ser vendidos e ajudar no pagamento da contribuição mensal. Além disso, servem como uma forma de propagar a mensagem da FE, pois, dessa maneira, familiares e amigos têm a chance de colaborar com a obra de Deus.

Todas as fazendas devem ser financeiramente autossustentáveis e, para isso, necessitam da doação das famílias e de outras pessoas da sociedade civil. A FE não recebe ajuda governamental, uma vez que a exigência da presença de profissionais da saúde, feita pelo poder público, implicaria a modificação da sua metodologia de trabalho. Ainda, alega-se que a fazenda é uma casa, e as famílias não possuem médicos vivendo dentro das suas casas.

Não obstante, é importante salientar que essas regras são guias para organização da fazenda, mas cada caso é avaliado individualmente, podendo serem flexibilizadas. Exemplos disso são os acordos diferenciados realizados com a família quando esta não tem condições de arcar com os custos financeiros, fato muito comum de acontecer. Existe, também, o “recomeço”, que ocorre quando o interno não está se adequando à proposta da fazenda e pede para ter um recomeço na sua caminhada, ganhando uma nova chance. O ponto fundamental para permanecer dentro da fazenda é aceitar buscar uma vida baseada na Palavra de Deus, de acordo com os princípios da FE.

A seguir, apresentamos quadro agrupando os principais achados em relação às duas instituições pesquisadas:

Quadro 7: Caracterização das instituições pesquisadas

	CAPSad III	Fazenda da Esperança
Diretriz institucional	Reforma Psiquiátrica e RD	“Palavra de Deus”
Guia do tratamento	Projeto Terapêutico Singular, elaborado em conjunto com o usuário	“Homem Novo” Aceitar mudança de vida
Metodologia	Grupos Oficinas Consultas	Convivência Trabalho Espiritualidade
Funcionamento	Aberto Base comunitária Homens e mulheres juntos	Fechado 12 meses de internação Homens e mulheres separados
Equipe	Multiprofissional	Voluntários
Crítérios de entrada	+ de 18 anos Ter indicação para o CAPSad	De 15 a 45 anos ³³ Apto ao trabalho Aceitar viver a “Palavra de Deus”
Instância superior	Sistema Único de Saúde Estado brasileiro	Associação privada filantrópica Igreja Católica
Público atendido	Pessoas com elevado consumo de álcool e/ou outras drogas	Pessoas com elevado consumo de álcool e/ou outras drogas
Fluxo	153 pessoas somente em jan/2013 Alta rotatividade	79 internações em 2012 15 completaram o ano
Família	Grupo família nas terças-feiras É responsável pelo usuário	Visita mensal Venda das cestas ³⁴

5.2 Resultados das entrevistas com profissionais

5.2.1 Profissionais do CAPSad III

A RD é considerada pelos profissionais como uma diretriz fundamental ao serviço, uma vez que os usuários têm inúmeras recaídas e abandonos durante o tratamento. Assim, o que pode ser almejado pela instituição é a diminuição dos

³³ O critério referente à idade foi encontrado na página na internet da FE, porém há dois homens com idade superior a 45 anos e um rapaz com idade inferior a 15 anos, acolhido mediante ordem judicial.

³⁴ Mensalmente, a família de cada interno recebe uma cesta com produtos a serem vendidos para ajudar no custeio da taxa de permanência na FE.

problemas de saúde relacionados ao uso excessivo de drogas, sendo a abstinência alcançada somente na minoria dos casos.

A RD não é só uma portaria, uma orientação do ministério. Advogo como sendo muito importante no tratamento, não só de álcool e drogas. Diria que agora a RD faz parte da boa clínica de qualquer profissional (profissional CAPSad III).

Logo, a compreensão sobre o que é atuar dentro dessa proposta pode ser assim traduzida: toda a diminuição do uso de drogas é RD.

O fato de eles estarem aqui. O momento em que eles chegam já é Redução de Danos. Porque eles já não estão usando lá fora (profissional CAPSad III).

Dessa maneira, os profissionais caracterizam a RD como uma das alternativas que podem compor suas estratégias de ação, mas ela seria um tratamento menor, menos complexo e barato.

Dar a agulha para o usuário é fácil, quero ver trabalhar com a dignidade dessa pessoa, dar educação e saúde (profissional CAPSad III).

A partir disso, os profissionais do CAPSad III não compreendem o serviço como um espaço da RD, pois não trabalhariam diretamente com essa proposta, da mesma forma que a equipe do consultório de rua o faz.

Você vai pesquisar sobre RD. Por que não procura o pessoal do consultório de rua? (profissional - CAPSad III).

Após o ponto inicial, que buscou caracterizar a concepção dos profissionais, passa-se a identificar como os princípios da RD operam atualmente no CAPSad III. Os seguintes elementos foram identificados como sendo a expressão da RD no serviço: autonomia dos usuários em relação aos objetivos do tratamento; atendimento humanizado e acolhimento mesmo sobre efeito de SPAs; ações de reinserção social junto à família e na busca por trabalho.

A gente está aqui para tratá-los da maneira que eles permitam que isso aconteça (profissional CAPSad III).

Também está no acordo: fez o uso? Venha ao serviço. Sob efeito de seja lá que droga você use. A gente está aqui para acolher (profissional CAPSad III).

Deve-se salientar que essa forma de trabalho, também pode ser identificada como expressão da reforma psiquiátrica brasileira, uma vez que o atendimento acolhedor ao usuário e a busca pela sua reinserção social fazem parte das duas propostas. Porém, as proposições exclusivas e mais características da RD, aquelas que incluem os momentos de uso como foco das intervenções, não são identificadas como ações oficiais do CAPSad III, ainda que possam ser utilizadas, de acordo com a necessidade do caso.

Não pode ser uma orientação: “Ah, vamos usar cannabis para não usar crack, isso é algo interessante”. Não é algo interessante, eu não acredito nisso, mas isso pode ser interessante para alguns pacientes (profissional CAPSad III).

Uns falam (que a RD) “não dá certo”. Outros “não acredito”. Outros “eu acredito”. Ou ainda “nesse caso não vejo outra alternativa” (profissional CAPSad III).

Ao se falar em intervenções em RD, a substituição do uso de crack por maconha foi constantemente identificada como uma ação dessa proposta. Contudo, a permissividade ao uso, conjunta a essa orientação, revelou-se como um ponto de conflito entre a proposta de RD e os objetivos do CAPSad, enquanto uma instituição de atenção aos consumidores de álcool e outras drogas.

A falta de informações sobre RD, seus princípios, intervenções e como operacionalizá-la no serviço é um dos resultados da pesquisa. Contudo, essa carência de conhecimentos sobre a RD é levantada pelos próprios profissionais, como um dos problemas ocasionados pela falta de suporte técnico à equipe.

Eu acho que não é por não aceitar, acho que é por desconhecimento, é muito mais no campo do desconhecimento. Já tem algum tempo que estou na rede, e, assim, pouco se fala em Redução de Danos (profissional CAPSad III).

O próximo ponto dos resultados no CAPSad III investiga as dificuldades enfrentadas durante o trabalho na instituição. A principal são os problemas ligados à administração pública, sendo relatados atrasos no pagamento dos salários, greves, falta de medicação, alimentos e água. Durante o período da pesquisa, havia a possibilidade de despejo³⁵, pois o aluguel da casa onde funcionava o CAPSad III não era pago há treze meses.

O problema é o seguinte: não adianta só a gente falar em ética e filosofia, temos que falar em termos de dinheiro também. Para você fazer a reforma psiquiátrica, você precisa de dinheiro. Não tem fórmula mágica, não existe milagre. É preciso dinheiro (profissional CAPSad III).

A partir disso, surgem problemas técnicos, a saber: falta de capacitação para os profissionais, principalmente nesse momento de mudança para o atendimento 24h que fez aumentar consideravelmente a equipe de enfermagem, quase dobrando o número de componentes; ausência de informações sobre os critérios para internação nos leitos; desconhecimento sobre novas estratégias que poderiam ser implementadas para operacionalizar a política de atenção psicossocial e ausência de supervisão institucional, que não ocorre há mais de um ano e é considerada pelos profissionais como uma ação central para a qualificação do serviço.

Quando falta supervisão a visão moral cresce. Como não tem nenhum mediador, as pessoas individualmente vão colocando aquilo que elas pensam, aquilo que elas acham que é certo ou que é errado. E isso complica, porque você sai da visão técnica e vai para uma visão moral. E a visão moral, não tenha dúvida, só espanta os pacientes e complica o trabalho. Porque quem vem para cá pensando moralmente não pode vir para cá! Tem que ir para qualquer outro lugar, menos para cá (profissional CAPSad III).

Ainda sobre questões técnicas do trabalho no CAPSad, discute-se a internação compulsória como uma estratégia de ação. Essa é considerada um retrocesso da reforma e um erro técnico.

³⁵ Meses após a pesquisa, em outubro de 2013, o despejo foi efetivado e no dia da saída os atendimentos ocorriam normalmente.

Internação compulsória é absurda, mas ainda existe. Vindo de pessoas notórias, o que é uma coisa até esdrúxula. Como que vem esse tipo de sugestão? Uma política contrária à ideia da reforma, retrocesso (profissional CAPSad III).

Como consequência dos problemas administrativos, a equipe afirma que a instituição atravessa um processo de desvalorização pelo poder público, sendo marcante o relato de desmotivação e incertezas dos profissionais. Alega-se, nesse sentido, que a ausência de apoio das instâncias superiores (da coordenação municipal de saúde mental ao Ministério da Saúde) tem sobrecarregado o serviço e adoecido profissionais. Relatos de desânimo e vontade de sair do serviço foram constantes.

Acho que esse não é um momento bom para mim, porque estou nesse momento de muita vulnerabilidade. Num momento crítico de não saber se eu ainda acredito nisso daqui. Sem saber mais nem o que fazer. Como é que eu faço hoje? Qual vai ser minha conduta a partir de agora? Com tantas mudanças. Meio desacreditada depois de tanto tempo aqui (profissional CAPSad III).

Apesar dos problemas, o modelo de trabalho proposto pela instituição é considerado uma ferramenta potente no campo de atenção psicossocial e a quantidade de usuários que são acompanhados pelo serviço seria uma prova dessa afirmação. Não obstante, para enfrentar os problemas relatados, a equipe organiza-se para continuar com o serviço operando, o que pode ser compreendido desde continuar trabalhando mesmo com os salários atrasados, até a compra de água para o serviço, por parte dos profissionais.

Por fim, as relações que se estabelecem entre os profissionais e os usuários no CAPSad foram descritas como fonte de motivação para a continuidade no serviço, de ambos os grupos. Apesar, da caracterização de certos momentos como problemáticos para a intervenção da equipe, como quando usuários tentam manipular e desrespeitar as regras da instituição para conseguir algum tipo de vantagem, principalmente os benefícios financeiros ligados ao INSS, ou aqueles usuários que continuam a consumir

álcool e drogas durante o tratamento, assim não teria sentido eles estarem ali. Esses são compreendidos como problemas institucionais e clínicos associados ao atendimento dos usuários de álcool e drogas e não se configuram como empecilho ao estabelecimento das relações terapêuticas.

5.2.2 Profissionais da FE

O primeiro ponto tratado é sobre a inserção da RD na instituição, sendo que essa não é reconhecida como um dos elementos possíveis para compor sua metodologia de trabalho.

Não. De jeito nenhum. Em hipótese alguma. A proposta da FE é uma mudança de vida do ser humano (responsável FE).

Assim, são enfatizados no discurso aspectos negativos da RD, sugerindo que ela poderia, em longo prazo, atuar na manutenção da dependência química, pois não assume a abstinência como a única forma de relação com as SPA.

A Redução de Danos às vezes tem essa de piorar. O que poderia ser mudado acaba não sendo mais mudado. Porque a pessoa coloca psicologicamente dentro da sua cabeça que não quer abrir mão de usar (responsável FE).

Diante disso, está negada a possibilidade de a RD ser uma diretriz para o trabalho realizado pela FE, apesar do reconhecimento dos benefícios que a redução do consumo, ou substituição de drogas pesadas por leves poderiam trazer ao sujeito. Contudo, a proposta da RD manteria a pessoa em uso e, conseqüentemente, os seus problemas persistiriam.

A RD, na minha compreensão, não é válida. Porque se trata do ser humano. Eu não posso falar para ele, pregar para ele: “Pare de usar cocaína. Use só maconha”. Vai reduzir os danos? A princípio, sim, mas o mais importante, o que é? É ele. É a pessoa. O ser humano. E para ele não vai mudar, porque ele vai continuar nessa vida de pobreza, de falta de crescimento (responsável FE).

Logo, a RD também é compreendida como um tratamento menos complexo, simples e barato, uma vez que não resolveria realmente o problema, tornando-a interessante “para o governo e a sociedade, mas não para o indivíduo”. Assim, entende-se que essa proposta seria um ato contra a dignidade do ser humano, inviabilizando por completo sua possibilidade de ação.

Ela é muito interessante para o governo, em nível financeiro. À sociedade, porque diminui um pouquinho alguns problemas em nível de roubar e matar, e à família, em nível de brigas. Deixa ele lá usando maconha e não vai perturbar tanto. Então é até desumana essa RD na minha compreensão. Quer dizer, eu não gostaria que fizessem comigo uma proposta de RD, eu gostaria que fizessem uma proposta de mudança de vida, porque é uma vida ali (responsável FE).

Após essa descrição referente à caracterização da RD na fazenda, apontamos os investimentos que se estabelecem nessa instituição. O primeiro é marcado pela dedicação que é necessário para conduzir a FE, sendo que, na comunidade pesquisada, das cinco pessoas que exerciam funções de coordenação, três eram ex recuperandos e dois continuavam internos, apenas se encontravam no seu último mês de internação. Todos dedicam suas vidas integralmente à instituição e residem na fazenda, exceto o responsável presidente que mora numa casa próxima, e ninguém recebe salários para essa função. Contudo, afirmam que ganharam sua dignidade e respeito novamente, uma vez que ocupam cargos administrativos numa instituição admirada pela sociedade. Isso auxilia na mudança de vida que os internos devem realizar, pois serviriam como modelos e uma prova de que é possível construir uma vida sem drogas a partir de Deus.

Hoje eu tenho inúmeras propostas de trabalho, sou recebido pelo governador. Tenho relacionamentos com bispos, com médicos, pessoas bem-sucedidas na vida. E a gente tem esse respaldo, esse reconhecimento dessas pessoas, e é impressionante. Do mesmo jeito que a gente tem com as pessoas que estão chegando “Poxa, você era como eu” (responsável FE).

A partir da relação que se estabelece entre dedicação pessoal, admiração social da instituição e servidão à Palavra de Deus, a rotina diária de manutenção do trabalho e

resolução dos problemas administrativos e financeiros é entendida como uma fonte de potência à instituição. Afinal, ela não consegue se manter somente com a contribuição das famílias dos internos, o que torna necessário estabelecer parcerias com a sociedade civil, geralmente empresários da região. Assim, a FE consegue levar sua mensagem a outras pessoas e, ao mesmo tempo, lhes oferece a oportunidade de contribuir com o trabalho de Deus.

Abaixo apresentamos quadro com a compilação dos resultados referentes às entrevistas em ambas as instituições:

Quadro 8: Resumo dos resultados das entrevistas com profissionais

	CAPSad III	Fazenda Esperança
É uma instituição de RD?	Não é um serviço de RD	Não utiliza a RD
A RD é uma diretriz do serviço	Essencial e inevitável	Não é válida
O que é RD	Diminuição do consumo	Diminuição do consumo
Características das ações em RD	Tratamento menos complexo, simples e barato	Tratamento menos complexo, simples e barato
Como a RD opera no serviço	Atendimento humanizado Reinserção social Autonomia dos usuários	Não faz parte da instituição
Intervenções da RD relacionadas ao uso seguro de SPA's.	Diretriz de saúde antiética, porém pode ser utilizada de acordo com o caso.	Contra a dignidade do ser humano
Avaliação da relação entre profissionais e usuários	Não há dificuldades Favorece a adesão à instituição	Não há dificuldades Favorece a adesão à instituição
Problemas administrativos	Não há supervisão institucional Falta qualificação técnica Falta de investimentos	Soluções por meio de parcerias Oferecem às pessoas a chance de servir à obra de Deus
Avaliação da instituição pelos profissionais	Ótima. Contudo passa por um momento de despotencialização das ações.	Ótima
Internação compulsória	Contra Retrocesso da RPB Desconhecimento técnico	Contra A FE trabalha a partir da abertura da pessoa
Profissionais e processos de trabalho	Desânimo Sentem-se desvalorizados Não está clara a função social da instituição.	Sentem-se respeitados e que recuperaram sua dignidade. O trabalho da instituição é reconhecido pela sociedade

5.3 Resultados das rodas de conversa com usuários

Iniciamos essa sessão dos resultados com a descrição do grupo de usuários que participaram pesquisa, realizada a partir dos dados das 56 fichas preenchidas no início de cada roda de conversa. É um grupo formado quase inteiramente por homens, somente duas mulheres participaram nas rodas de conversa do CAPSad III. A seguir são apresentadas informações sobre idade, escolaridade, renda, quantidade de tratamentos e SPA que são usuários.

Tabela 10: Faixa etária

Faixa Etária	Nº Usuários	Porcentagem
19	03	5,8
20 a 29	06	11,5
30 a 39	16	30,8
40 a 49	14	26,9
50 a 60	13	25,0
Total	52	100

Fonte: Elaborado pelo autor com dados das fichas sociodemográficas.

Tabela 11: Escolaridade

Escolaridade	Nº Usuários	Porcentagem
Fundamental inc.	14	25%
Fundamental	09	16,1%
Médio inc.	07	12,5%
Médio	20	35,7%
Superior inc.	02	3,6%
Superior	04	7,1%
Total	56	100,0%

Fonte: Elaborado pelo autor com dados das fichas sociodemográficas.

Tabela 12: Renda

Renda	Nº Usuários	Porcentagem
Até 01 salário	33	58,8%
02 salários	10	17,9%
03 salários	07	12,5%
04 salários	03	5,4%
05 ou mais salários	03	5,4%
Total	56	100,0%

Fonte: Elaborado pelo autor com dados das fichas sociodemográficas.

Tabela 13: Quantidade de tratamentos

Nº Tratamentos	Nº Usuários	Porcentagem
01	02	3,6%
02	18	32,1%
03	16	28,6%
04	08	14,3%
05 ou mais	12	21,4%
Total	56	100%

Fonte: Elaborado pelo autor com dados das fichas sociodemográficas.

Tabela 14: Substância psicoativa consumida

Substância	Nº Usuários	Porcentagem
Álcool	40	71,4%
Crack	27	48,2%
Cocaína	19	33,9%
Maconha	12	21,4%
Total	56	>100% ³⁶

Fonte: Elaborado pelo autor com dados das fichas sociodemográficas.

Tabela 15: Grupos de substâncias psicoativas consumidas

Substância	Nº Usuários	Porcentagem
Álcool	20	35,7%
Crack	12	21,4%
Álcool, crack, cocaína, maconha	09	16,1%
Álcool, crack	04	7,1%
Álcool, cocaína	04	7,1%
Cocaína	03	5,3%
Álcool, crack, cocaína	01	1,8%
Álcool, cocaína, maconha	01	1,8%
Álcool, crack, maconha	01	1,8%
Cocaína, maconha	01	1,8%
Total	56	100%

Fonte: Elaborado pelo autor com dados das fichas sociodemográficas.

Temos, ao examinar os dados constantes nas tabelas, uma amostra predominante masculina, mais velha, com idade média de 39,2 anos, que está no segundo ou terceiro tratamento para a dependência química e com renda até dois salários mínimos. Com relação aos dados das tabelas Tabela 14 e Tabela 15, além de demonstrar que a SPA que tem o maior número de dependentes é o álcool, deve-se notar as ausências de categorias exclusivas para maconha e para a combinação de maconha e

³⁶ Temos um total maior que 100% pois muitos usuários consideram-se dependentes a mais de uma SPA.

álcool. Dado esse que pode corroborar pesquisas que apontam a maconha com uma substância com menor potencial de causar dependência que o álcool (Nutt, King, Saulsbury, & Blakemore, 2007).

Os resultados das rodas de conversa são apresentados em quatro categorias, cada uma composta pelos dados coletados no CAPSad III e na FE, uma vez que eles são complementares. Ao longo do texto, são indicadas, quando necessário, as características próprias de cada instituição. As categorias são: 1) Concepções sobre RD, 2) Práticas de RD, 3) Fatores que favorecem a adesão aos serviços e 4) Dificuldades enfrentadas durante o tratamento. O quadro abaixo resume os principais aspectos identificados.

Quadro 9: Resumo dos resultados das rodas de conversa com usuários

	CAPSad III	Fazenda da Esperança
Usuários	Não conhecem a RD	Não conhecem a RD
Conceituação	Melhora na saúde, no trabalho e nas relações sociais	Melhora na saúde, no trabalho e nas relações sociais
A RD nos serviços	Acolhimento quando ocorre o consumo de drogas	Não faz parte da instituição
Consumo moderado	Impossível	Impossível
Uso de <i>cannabis</i> como RD	Não é utilizado	Não é utilizado
Práticas de RD	Evitar situações de risco Compartilhar experiências Diminuir o uso de psicotrópicos	Evitar situações de risco Compartilhar experiências
Recaídas	Inevitáveis Difíceis de enfrentar; melhora se considerar a RD	Inevitáveis Difíceis de enfrentar, piora com o dogma religioso
Fatores de adesão comuns às duas instituições	Responsabilizar-se pelo seu tratamento Comprometimento da equipe Motivação através dos vínculos Acolhimento e aceitação	Responsabilizar-se pelo seu tratamento Comprometimento da equipe Motivação através dos vínculos Acolhimento e aceitação
Fatores de adesão distintos entre as instituições	Liberdade Tratamento individualizado Apoio à família Recaídas e o apoio do CAPSad	Doar-se e amar o próximo, Aceitar a proposta da fazenda Regras de convívio
Dificuldades enfrentadas	Familiares não sabem como lidar Problemas da adm. pública Internação em hosp. psiquiátrico	Saudade da família Atitudes e sentimentos anteriores à entrada na FE Colegas que querem sabotar Adiar planos e objetivos Falta de acompanhamento após sair da fazenda
Avaliação da relação entre profissionais e usuários	Não há dificuldades Favorece a adesão à instituição	Não há dificuldades Favorece a adesão à instituição
Avaliação da instituição	Ótima	Ótima

Fonte: elaborado pelo autor.

Inicialmente, são apresentadas as concepções dos usuários sobre a RD, sendo marcante o seu desconhecimento sobre essa proposta. Na pergunta inicial, que investigava o que eles conheciam houve apenas duas respostas, transcritas a seguir:

Pelo menos no meu entender não foi apresentado. A gente ouviu falar de RD, gente contra, gente a favor. A política de RD seria minimizar os efeitos. Pelo menos no meu caso, não foi nada colocado especificamente sobre isso, sei que existe essa política, mas não sei do que se trata, não dá nem pra me posicionar sobre (usuário CAPSad III).

É o CAPS e os psiquiatras? (interno FE)

Após essa pergunta disparadora da temática, foram apresentados alguns princípios da RD, tais como: a abstinência não ser um pré-requisito para receber cuidados das equipes de saúde; atendimento mais acolhedor dos profissionais com os usuários e ampliação das intervenções relacionadas ao consumo de SPA, que, a partir da perspectiva da RD, podem incluir informações e distribuição de equipamentos para o consumo seguro.

A partir disso, as falas seguintes sobre RD foram organizadas em duas categorias. A primeira refere-se à flexibilidade e à cordialidade dos profissionais na atenção aos usuários do serviço nos momentos em que ocorrem recaídas, salientando-se que esta se aplica somente ao grupo do CAPSad III.

Você não precisa necessariamente sair do grupo se utiliza, tem uma linha até da psicóloga. Em alguns casos tem a utilização e não existe uma repreensão, existe uma conscientização, existe essa flexibilidade (usuário CAPSad III).

A segunda categoria relaciona-se às mudanças que ocorreram após o início do tratamento nas condições de saúde, trabalho e relações familiares. Falas que compõem essa categoria podem ser identificadas nos usuários das duas instituições, embora exista uma diferença significativa na maneira como é compreendida por um grupo e outro. No CAPSad III, os sujeitos entendem as mudanças como consequência do tratamento que

recebem no serviço; na FE, elas são atribuídas à providência divina, pois estão vivendo a Palavra de Deus, a qual também opera junto a seus familiares.

Ninguém fica bom, mas a gente melhora bastante, e isso é uma redução de danos. Como eu, antes, passava quinze dias com a loja fechada, deixava de trabalhar, de ser útil pra me entregar ao vício, e hoje em dia trabalho, já consegui melhorar minha loja, consegui colocar alguém pra trabalhar comigo (usuário CAPSad III).

Quanto às práticas utilizadas pelos usuários para diminuição dos danos associados ao consumo de drogas, observamos que devido ao fato dos profissionais associarem RD como substituição do crack pela maconha, esse foi tema investigado. Apenas um usuário afirmou beneficiar-se do uso de *cannabis* para controle de recaídas.

Eu sou usuário de maconha, mas não como era, primeiro que o meu problema é com cocaína, e outra que eu passo a semana inteira sem usar, daí quando chega sexta, sábado e domingo eu fumo maconha, é até um complemento para o remédio. Porque eu já usava a maconha, mas cheirando cocaína eu não gostava de fumar, agora dá uma tranquilidade e eu nem penso na cocaína (usuário CAPSad III).

Essa substituição, continuamente descrita como RD, não é frequente entre os usuários. Com exceção do sujeito que assumiu fazer uso de *cannabis*, os demais relataram não ter vontade de fumar. Assumem seu uso anterior e é comum o relato do uso conjunto com o crack, na forma de cigarro chamado “mesclado”.

Tenho 33 anos de drogadição. Eu cheirei, tomei LSD, comprimido, cola, muitas drogas mesmo, e com muita intensidade. Maconha nem se fala, eu fumava quase 30 g por dia. Hoje nem aguento sentir o cheiro, porque quero o crack e mais nada (interno FE).
Depois que cheguei no crack e me vicei forte nele, não tinha droga nenhuma que me fazia a cabeça, não queria nem saber de maconh. (interno FE).

Os usuários de ambos os serviços não consideram ser possível fazer o uso moderado de álcool, cocaína ou crack, apesar de alguns relatarem ter vontade de voltar a fazer o uso “social” de SPA, retomando uma época em suas vidas em que se divertiam, sem enfrentar maiores problemas devido ao consumo de drogas.

*Tentava usar esporadicamente, no meu caso não deu certo, o uso é compulsivo, era começar a cheirar e começar a querer mais. (usuário CAPSad III)
Cocaína é muito difícil dizer não, vou só usar no sábado, de quinze em quinze dias.
É uma droga compulsiva, não consigo cheirar e ficar (usuário CAPSad III).*

Porém, foram feitas algumas considerações sobre a implicação de assumir o consumo como uma via possível dentro do tratamento. Assim, as recaídas, consideradas inevitáveis pelos dois grupos, não seriam tão desastrosas no percurso ao se ter como meta a RD e teriam seus efeitos negativos amplificados quando a moral religiosa é o fundamento da mudança.

*Compreendendo a RD se torna mais acessível, você vai ter a recaída, mas vai ter a consciência também da redução (usuário CAPSad III).
Não tem jeito, quase 90% têm recaída, então, a questão de ter um dogma religioso muito forte em cima de você, essa pressão faz que quando você tenha recaída, seu mundo desabou. Você procura se esconder, fugir e ser falso com você é muito pior.
Nessa questão da RD, uma possível recaída e você já pode ter uma orientação que não vai te condenar tanto (interno FE).*

Logo, estratégias que promovam o consumo moderado não são aprovadas pelos usuários das duas instituições. Apesar de ser possível utilizá-la como uma estratégia no CAPSad III, isso ocorre somente em casos específicos quando se avalia ser a única alternativa.

Acho que não nesse modelo que você falou, seria a permissão para uso moderado de uma substância química não lícita, e álcool é lícito, mas não vejo nenhuma colocação (usuário CAPSad III).

Estratégias como não compartilhar cachimbos, fumar no cachimbo em vez da lata, alimentar-se durante o período de uso foram mencionadas somente em uma roda de conversa no CAPSad III. Contudo, não como formas utilizadas para diminuir os impactos à saúde, mas como recomendações de que eles têm conhecimento.

A descrição mais frequentemente encontrada nos grupos de ambas as instituições sobre práticas de RD diz respeito às estratégias criadas para evitar situações

de risco e mudança de foco, uma vez que se compreende que não consumir SPA é reduzir danos. Compartilhar essas estratégias com o grupo aparece como uma ação importante para evitar recaídas.

Vou dar um exemplo: semana passada teve jogo, e um amigo nosso disse: “vou ver o jogo e já vou beber”. Existe o macete, toma o remédio antes do jogo pra dormir ou veja o jogo com a família. (usuário CAPSad III)

Ponto interessante dos resultados sobre as estratégias pessoais de RD, que apareceu somente entre os usuários do CAPSad III, é a relação que se estabelece com o uso da medicação psicotrópica prescrita pelos psiquiatras do serviço. Ao iniciar a discussão sobre RD, o primeiro exemplo levantado foi a tentativa de diminuir o consumo de psicotrópicos. O que é considerado um ponto positivo do CAPSad III, pois nessa instituição (em oposição aos hospitais psiquiátricos) os medicamentos serviriam apenas como um suporte durante os momentos mais difíceis, sendo salientados os efeitos colaterais negativos que seu uso em excesso pode trazer.

*O primeiro desmame que tive foi o remédio de dormir, parei de tomar depois de três meses. Tem gente aqui que não toma remédio (usuário CAPSad III).
Quando tenho que trabalhar de manhã, eu já não tomo o remédio da noite, pois pra acordar é horrível (usuário CAPSad III).
A medicação aqui é pra te dar suporte. Pode ser pra controlar o medo, a ansiedade.
A medicação aqui é mais focada nisso (usuário CAPSad III).*

Um dado importante é a percepção sobre os prejuízos que o uso excessivo de medicação pode causar, principalmente frente ao preconceito que usuários dos serviços de álcool e drogas sempre gostariam de receber mais drogas, legais ou ilegais. Essas falas dizem da autonomia dos usuários ao decidir sobre o uso da medicação prescrita. Por fim, na categoria sobre práticas de RD, intervenções que acompanhem os usuários durante o período de consumo não são realizadas nas duas instituições.

A psicóloga não fala: usa menos não. Ela diz: não use (usuário CAPSad III).

Quanto aos fatores considerados pelos usuários como favoráveis à continuidade do tratamento, inicialmente, são abordadas as características comuns aos as duas instituições e, na sequência, aqueles que são referentes a cada uma delas. Ressalta-se que ambos os serviços foram avaliados positivamente pelos usuários.

São três os fatores comuns de adesão nas duas instituições. O primeiro refere-se à aceitação e ao acolhimento que recebem por parte dos companheiros e dos profissionais, recepção que não haviam encontrado anteriormente em outros lugares. Salienta-se que, em ambas as instituições, a relação entre profissional e usuário sempre foi descrita como positiva pelos participantes.

Ninguém nunca tinha me tratado assim, com tanto amor, como os irmãos me trataram quando eu cheguei. Até hoje, cada um ama o outro de um jeito diferente, mas ama (interno FE).

O segundo consiste no comprometimento da equipe técnica do CAPSad III e na dedicação dos voluntários da FE, pois, apesar das dificuldades enfrentadas diariamente, conseguem manter a rotina de trabalho.

*É o único lugar da prefeitura que eu vi que não tem esse negócio de impressado não, quinta é feriado, sexta eles tão aqui (usuário CAPSad III).
O tratamento é bom, fantástico, não era pra ter esse tratamento com a estrutura que tem, a equipe se supera, se desdobra pra suprir tudo que precisamos (usuário CAPSad III).*

O último fator comum corresponde aos vínculos construídos nesses locais, que servem como motivação para a continuidade do tratamento.

Esse reforço, essa conversa não acontece nos hospitais psiquiátricos. Aqui existe uma conversa mais íntima, a gente sai torcendo que o cara nunca mais tenha uma recaída, tem essa diferença aqui no CAPS (usuário CAPSad III).

No tocante ao CAPSad III, o primeiro aspecto destacado pelos usuários é não ser privado da liberdade durante o tratamento na instituição, uma vez que a abordagem tradicional em álcool e drogas tem na internação uma de suas estratégias mais

utilizadas. Deve-se salientar que o CAPSad III também realiza internações, as quais ocorrem por um período de no máximo quinze dias, numa casa. Os internos participam da rotina diária, logo, não ficam confinados num espaço reservado somente a eles. Em diferentes momentos, a equipe discutia o problema de haver mais usuários pedindo para serem internados do que leitos disponíveis, e, tendo em vista que os parâmetros para indicar a internação não estão definidos, os casos eram discutidos individualmente.

Antes de conhecer o CAPS eu não botava fé, queria ser internado. Na primeira vez que fui internado, passei quatro meses, depois mais quatro e depois mais onze. Não acreditava no CAPS porque não adianta eu ir, tinha pessoas do meu trabalho que iam e a primeira coisa quando saíam daqui era ir beber. Então eu achava assim: “melhor ficar internado porque lá eu tô preso”. Mas é a mesma coisa, eu passava quatro meses e a primeira coisa que fazia quando descia do ônibus era ir consumir (usuário CAPSad III).

Outro aspecto consiste na adequação do tratamento às necessidades de cada pessoa e na aproximação que se estabelece entre a equipe e o usuário para que essa proposta seja realizada.

Eles conhecem pessoa por pessoa, você chega e o cara lhe chama pelo nome, no hospital psiquiátrico nem nome você tem (usuário CAPSad III). Não passei por outro tipo de internação, só terapias particulares. E me chamou a atenção o modo humano como você é recebido, o atendimento quase personalizado, o interesse e comprometimento da equipe (usuário CAPSad III).

O terceiro fator é ser um serviço de base comunitária e aberto, o que amplia a responsabilidade do usuário pela manutenção do tratamento, uma vez que ele pode desistir de participar a qualquer momento. Além disso, as relações de trabalho e familiares não são desfeitas, visto que eles continuam tendo de assumir esses papéis nas suas vidas.

Esse fato de você estar em sistema de ambulatório, então você tem que fazer sua parte, a sua construção. Porque você vem aqui, conversa, faz sua terapia, toma sua medicação e vai embora. Você não é desconectado do mundo, então você tem que trabalhar sua recuperação (usuário CAPSad III).

Se você tá internado é seis horas da noite e já tá dopado, você não faz nada, isso no hospital. Aqui a gente sai às 4h e vai viver a vida da gente, o mundo da gente, a gente tem responsabilidade (usuário CAPSad III).

Por último destaca-se o apoio que a família recebe no serviço. Apesar de haver somente um momento específico na semana com os familiares, o grupo de terça à tarde, eles também recebem orientações quando seu parente procura o serviço. Tornam-se, pois, os responsáveis de referência e participam das datas comemorativas.

Aqui, quando você chega, tem uma triagem e ocorre em paralelo a ajuda à família, recebem um tratamento e um apoio psicológico (usuário CAPSad III).

Quanto aos fatores que favorecem a adesão ao tratamento que são próprios da FE, em primeiro lugar é aceitar, viver integralmente a proposta de mudança profunda da vida, com ênfase nos aspectos relacionados ao “amor e à doação aos demais irmãos” que fazem parte da convivência na fazenda.

*O que traz de bom se preocupar, olhar e servir o próximo (interno FE).
Muitos saem por fraqueza, não se entregam a Deus totalmente e não tiram os problemas da cabeça. É pior, quem sai cai (interno FE).*

Segundo, as regras de convívio e de organização são avaliadas como uma forma de amor e cuidado da instituição com os internos, pois muitos não tiveram essa cobrança em suas vidas. Logo, a FE precisa realizar esse esforço para que possam ocorrer as mudanças esperadas nessas pessoas.

Você chega numa casa com um bocado de gente que você nunca viu e que tem regras. A primeira é lavar a própria roupa, a gente não lava a roupa da gente, não passava pano em casa. E aqui tem tudo isso, hora de acordar, hora de dormir, de comer. Aqui a gente tá construindo uma vida totalmente diferente da que tinha lá fora (interno FE).

E terceiro, a responsabilidade do interno pela sua modificação. Apesar de haver aspecto semelhante no CAPSad III, essas responsabilidades são apresentadas nas categorias referentes a cada serviço, pois há diferença entre a maneira como são

entendidas pelos usuários, uma vez que, na FE, a modificação é algo que ocorre a partir da aceitação das dificuldades individuais.

Ao chegar aqui você percebe que as drogas são consequência dessas dificuldades que nós temos com nós mesmos, nosso egoísmo, prepotência, não ter amor. Chega aqui e a gente vê o porquê chegou até as drogas (interno FE).

Quanto às dificuldades enfrentadas pelos usuários de cada instituição, observamos que não há elementos comuns aos dois serviços nessa categoria. O CAPSad III destacou três aspectos. O primeiro refere-se aos problemas da administração pública, principal queixa de usuários e profissionais: greves, atrasos do salário dos técnicos, diminuição do número de profissionais, cortes de verbas, falta de medicamentos, alimentos e água. Enfim, diversos problemas relatados durante a pesquisa que não estão associados aos aspectos técnicos do serviço, dizendo respeito à relação com a instância mantenedora.

Era melhor quando começou o CAPS, cada um recebia um vale-transporte, depois cortou, cortou passeio pro Parque das Dunas, passeio de barco, pra Praia do Meio, tudo falta de verba, cortou um bocado de coisa (usuário CAPSad III).

O segundo abrange questões próprias da atenção ao consumo de álcool e drogas. A relação com os familiares, durante os momentos de consumo, é apontada como um problema enfrentado pelos usuários, uma vez que estes não sabem lidar de maneira adequada com as recaídas que ocorrem ao longo do tratamento. Porém, os usuários compreendem que suas atitudes causam sofrimento à sua família.

Meu problema foi com minha mãe e irmãs, pois elas não sabiam como lidar comigo. É a pior coisa do mundo quando você tá bebendo e usando drogas e alguém chega pra esculhambar você (usuário CAPSad III).

O terceiro aspecto revela que o entendimento dos usuários sobre o CAPSad III sempre está em relação com a internação psiquiátrica, na medida em que muitos deles já haviam passado por essa intervenção. Dessa forma, são apresentadas algumas

dificuldades enfrentadas nesse modelo de atenção, a saber: efeitos colaterais do excesso de psicotrópicos, falta de atenção ao sujeito nos hospitais psiquiátricos e tempo ocioso durante a internação. Esse último aspecto também é apontado como um problema durante os fins de semana no CAPSad III, quando não há atividades específicas nesse período.

Se você me ver não diz que eu tomo remédio, mas quando você tá internado (no hospital psiquiátrico) é medicação manhã, tarde e de noite. É medicamento pra você não ter uma força física como desses homens aqui, porque o enfermeiro não consegue segurar, daí ele prefere deixar as pessoas dopadas. Aqui eu tomo remédio pra dormir, porque sem ele eu não durmo (usuário CAPSad III).

Na FE as dificuldades dizem respeito à saudade da família, tendo em vista que passarão um ano sem esse convívio. Porém, essa também é entendida como uma oportunidade de aprender a valorizar tal relação.

A gente vive nossa vida lá fora sem ligar pra família. No nosso tempo aqui dentro a gente vê como é bom estar do lado da família da gente, então a gente sofre com o desapego (interno FE).

A segunda dificuldade é que os internos devem adiar seus planos de vida, pois a proposta da fazenda é a dedicação exclusiva à experiência.

Todos nós temos sonhos, um terminar a faculdade, outro fazer um mestrado. Esses sonhos que tínhamos foram interrompidos (interno FE).

Ademais têm dificuldades em enfrentar as atitudes, os pensamentos e os valores que os internos trazem consigo do mundo externo, tanto que nomeiam a pessoa que eram anteriormente como “Homem Velho”. Essa “outra” pessoa aparece, ao longo do ano, na forma de brigas, raiva, fugas, e quando isso ocorre o interno não quer ficar sozinho. Assim, há os que buscam sabotar a caminhada do colega, com convites de fuga e consumo de drogas.

Quando acontece fica até de homem velho, tudo que fazia lá fora volta de novo e fica aquela raiva na hora. Mas depois vem a palavra que a gente vive todo o dia (interno FE).

Por fim, a falta de apoio após completar o ano, pois a FE oferece somente duas opções à pessoa que deseja continuar o tratamento: 1) o grupo Esperança Viva ou pastoral da sobriedade, composto por ex internos e familiares, mas esse nem sempre está funcionando; e 2) ser voluntário numa experiência ainda mais profunda de dedicação à fazenda e à Palavra de Deus.

Fora daqui o apoio é bem menor. A fazenda tem outro projeto pra depois do ano, a pessoa se lançar como voluntário, tem todo um plano. Mas a pessoa sozinha mesmo, lá fora, a fazenda fica um pouco ausente (interno FE).

Nesse aspecto, merece destaque o interesse surgido em relação ao CAPSad, após este ter sido apresentado como um dos locais que utiliza a RD como fundamento do seu trabalho, de modo que poderia servir como local de apoio aos ex internos da fazenda.

Então, quando terminar meu ano, eu posso recorrer ao CAPS. Lá vou ser atendido pelo psicólogo e psiquiatra, mas não vou ter internação, passo o dia e tenho minha casa, da casa pro CAPS? (interno FE).

Você não está internado, você vai pro trabalho e marca consulta. Eu quero isso (interno FE).

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nossa pesquisa revelou que em ambas as instituições pesquisadas a concepção predominante da RD entre os profissionais refere-se a um tratamento menor³⁷, simples e barato, sendo, portanto, o grande analisador do estudo.

Inicialmente, os discursos das duas equipes podem parecer antagônicos, uma vez que o CAPSad coloca-se como apoiador dessa proposta e a FE nega-a completamente como uma diretriz. Aspectos como o atendimento humanizado e a autonomia dos usuários que são ressaltados pelo CAPSad III, são elementos que não contrariam os princípios da FE, como foi observado anteriormente. Assim, tem-se uma situação em que a RD é considerada um importante elemento para o trabalho do CAPSad, enquanto diretriz de saúde, mas suas intervenções são desconsideradas, sendo uma opção de ação somente quando não é possível buscar a abstinência. Mota (2012) obteve resultados semelhantes ao constatar que profissionais adicionam elementos da RD em seus discursos, contudo, continuam a sustentar que para uma vida saudável não deve ocorrer nenhum consumo de SPA's. Ainda de acordo com a autora, a prática desses profissionais buscaria exercer o controle sob o usuário, controle legitimado pelo poder do conhecimento científico e pautado sobre a ideia das drogas enquanto um agente portador de grave ameaça a sociedade, portanto, que devem ser combatidas.

Detectamos que os profissionais de ambas as instituições não utilizam a RD enquanto estratégia de promoção de saúde e não operacionalizam no cotidiano dos serviços espaços de discussão sobre essa proposta, ou intervenção junto aos usuários.

³⁷ A utilização da palavra “menor” para descrever a compreensão dos profissionais entrevistados em relação a RD foi uma opção do pesquisador, ao contrário das palavras “simples” e “barato”, que apareceram diretamente nas entrevistas. A expressão “menor” faz referência as falas que diziam que a RD estaria preocupada somente com detalhes específicos do tratamento a drogadição, como, por exemplo, a diminuição de infecções sanguíneas através da troca de seringas. Por sua vez, o objetivo do trabalho desses profissionais seria mais amplo, pois eles buscariam a reinserção social.

Porém, os usuários mostram-se muito mais permeáveis à novas estratégias de ação nessa perspectiva. As falas dos internos da FE sobre o benefício que teriam ao receber atendimento no CAPSad indicam nessa direção, assim como as estratégias pessoais para enfrentar dificuldades vivenciadas no tratamento, que podem incluir momentos de consumo de SPA's.

O tratamento moral constitui-se claramente como o princípio de ação das duas instituições. Nele ocorre a condenação do consumo de álcool e outras drogas e aumenta-se a responsabilização do sujeito, tanto como causador da sua dependência química, quanto pela mudança da sua situação de vida (Marlatt & Gordon, 1993). Nessa forma de compreender o tratamento de consumidores de SPA's a experiência da recaída não é tolerada.

O próprio uso desse termo, recaída, indica um atravessamento entre o campo da saúde e a moral religiosa. Poderiam ser utilizados outros termos para caracterizar essa nova ocasião de consumo de SPA, entretanto, recair expõe não um problema de saúde, mas antes disso é uma queda da alma, que se deixaria levar pelas tentações e desvia-se do caminho da “salvação”, ao retornar aos prazeres vazios das drogas. Essas sempre associadas ao desejo de morte, descuido com a saúde e criminalidade (Souza & Carvalho, 2012).

Logo, enquanto a abstinência é salvação e saúde, as contínuas recaídas que acontecem durante o tratamento são vistas como doença, sendo esse comportamento que as instituições devem modificar para recuperar o dependente químico. Assim, a função das instituições é fazer que o sujeito (re)adquira o controle sobre suas decisões e comportamentos, perdido devido ao seu estado de dependência. E para realizar essa função utilizam dois mecanismos: o fortalecimento psíquico e a subversão do pedido.

O primeiro relaciona-se à abstinência como a meta a ser atingida. Para tal, o tratamento busca instalar uma atitude de controle que, aliada à concepção de que a dependência química é uma doença sem cura, deverá agora ser mantida para sempre. As técnicas terapêuticas têm por objetivo fortalecer o controle psíquico dos usuários (psicotrópicos para diminuir ansiedade, terapia em grupo, consultas) e treinar atitudes mentais e comportamentais de esquivar-se a situações de risco. Os usuários devem passar a viver num estado de vigília constante, para não deixar a tentação às drogas crescer e retomar o controle (Tedesco, 2012).

O segundo mecanismo, subversão do pedido, refere-se à resposta dada ao sujeito que procura ajuda nas CTs. O usuário procura a comunidade para que essa o auxilie a solucionar seus problemas com o consumo excessivo de álcool e/ou drogas. Porém, ao acolher esse sujeito, essa subverteria seu pedido inicial, propondo uma modificação de vida que vai muito além do uso de drogas. Ela inclui a aceitação de uma ideologia religiosa e a modificação (quase) completa da sua maneira de entender e reagir ao mundo. Enfim, uma mudança profunda de si, das suas relações, da sua vida (Tinoco, 2006).

Inicialmente tende-se a caracterizar o trabalho do CAPSad III com o primeiro mecanismo e a FE com o segundo. Entretanto, os dois atuam de maneira integrada em ambas as instituições, na medida em que o CAPSad III busca criar estratégias para evitar recaídas (deixar de frequentar determinados ambientes, desfazer amizades) e opera na busca por desfazer as crenças “disfuncionais” desse sujeito. Assim, qualquer sentimento e experiência de aceitação às drogas deve ser repensado e a rotina diária do usuário é avaliada para que não ocorram momentos que favoreçam o consumo. Logo, apesar de não ser um pedido explícito, o tratar-se implicaria aceitar essa modificação.

A proposta da FE desde o início é aceitar uma mudança profunda na sua vida. Todavia, para realizar essa mudança a comunidade também faz uso de ferramentas de fortalecimento, como: grupos de apoio, compartilhamento de experiências e estratégias de controle do desejo por drogas. Assim, o tratamento à drogadição nas duas instituições não é apenas a remissão de um sintoma, ou modificação do comportamento de consumo de álcool e drogas, é sim uma modificação profunda na subjetividade e nos modos de vida, que deve ser realizada sobre uma verdade única, a negação do consumo de SPA. Assim, a pessoas que não tenha a abstinência como meta do seu tratamento, não terá uma proposta de intervenção adequada à sua necessidade, sendo um dos fatores que contribui para o abandono do tratamento pelos usuários.

A experiência de recaída traz sentimentos de fraqueza e medo, age ao manter o sujeito num estado de tensão permanente para afastar-se das drogas e produz a dependência química como uma doença incurável e cíclica. Devido a essas características, faz-se necessário o apoio constante das instituições, públicas ou privadas, para operar a (re)construção de um sujeito livre de drogas (Tedesco, 2012). Entretanto, essa ocorre sempre em relação às drogas, isto é, deve-se aumentar a vigilância para evitar a reutilização dessas. Assim, o processo de subjetivação desse sujeito é marcado por essa relação contínua de oposição ao desejo por drogar-se e de submissão às regras de controle. Regras que implicariam uma negação da própria vida para abster-se das drogas, ou, assumir que sua vida anterior era uma não-vida e que agora deverá seguir outro caminho.

Contudo, ao assumir uma clínica que tem como foco evitar a recaída, estão excluídas outras dimensões desse campo de relações. Está eliminado o trabalho clínico sobre a experiência do drogar-se ou não resistir às drogas, não é possível adentrar nesse campo de forças a fim de problematizar quais são as outras relações possíveis para além

de uma abstinência total ou do consumo exagerado (Tedesco, 2012). Essa experiência, se não eliminada por completo, é incluída para servir de contraponto ao ‘bem’ que é estar abstinido.

[...] cabe, portanto, a clínica mapear essa paisagem, constituidora da subjetividade-usuário. Logo de início, precisamos considerar que as redes existenciais na sua construção são orientadas pelas experimentações, pela abertura ao inusitado. Isto porque a instauração de novas modalidades de ser exige o risco de testar modos ainda desconhecidos de afetar e ser afetado pelo mundo. E as drogas fazem parte deste cenário de experiências (Tedesco, 2012, p. 95).

Mesmo com usuários adultos, com anos de consumo de diferentes drogas, a discussão sobre elas não pode ser iniciada sem ter como direção final a negação dessa experiência como possibilidade de vida. Como se pudesse ser passada uma mensagem errada (drogas são boas), ou perder uma chance de mudar essa situação ao legitimar esse discurso dos usuários. Então, deve-se aproveitar o momento da recaída, em que a pessoa encontra-se debilitada e propensa a assumir seus erros, para reforçar a submissão às regras de controle. Logo, ao mesmo tempo em que deve ser combatida, é ela que funciona como sustentação do programa de tratamento. Esse analisador nos aponta a direção do discurso legitimado como verdade, pois tanto profissionais quanto usuários caracterizam a recaída como inevitável, recorrente e destruidora. Porém, um discurso hegemônico sempre suscita forças de resistência, sendo essas são expressas de maneiras diferentes nas instituições.

Na FE, a possibilidade de aceitar a recaída está excluída. Apesar dos portões estarem abertos, esse é um local de internação e há revistas para a entrada na

comunidade. Assim, os riscos de acontecer uma recaída são minimizados, uma vez que é necessário uma fuga da instituição para fazê-lo e, para o usuário retornar a comunidade, ele deve aceitar seu erro e fazer um pedido de recomeço. O CAPSad III atua no fortalecimento dos sujeitos para evitarem as recaídas. Porém, o serviço não exclui quando essas acontecem; pelo contrário, ao se ter uma recaída é pedido que a pessoa compareça ao CAPS. Assim, na medida em que os usuários não conseguem manter-se abstinentes, eles forçam na instituição uma abordagem que inclua o uso, forçam o confronto com a RD.

Como observado por Marlatt e Witkiewitz (2002) o pedido inicial do usuário é uma vida livre de drogas, porém, passados alguns meses, é comum incluírem algum consumo moderado em suas metas. Contudo, apesar de não se ter uma intervenção institucional que opere nessa perspectiva, abrem-se espaços para resistências a isso. O usuário não pode ser expulso por causa do consumo. Na verdade, quanto mais problemas existirem relacionados ao uso de álcool e drogas, maior devem ser os cuidados ofertados pelo CAPSad III, podendo incluir o acolhimento noturno.

Dessa forma, encontra-se no CAPSad III um embate entre o tratamento moral, que tem a abstinência como o objetivo a ser alcançado e a política de atenção psicossocial, embasada na RD, que propõe a adequação dos serviços as necessidade dos usuários, a qual tem o projeto terapêutico singular como instrumento técnico símbolo dessa proposta.

Assim, os discursos que encontramos no CAPSad III não conseguem compreender a realidade com a qual é confrontada. Ao contrário da FE, esse serviço não cria perfis de clientes a serem atendidos, mas busca atender a todos com demanda relacionadas ao consumo de AD. No cenário atual, em que ocorre mudança para funcionamento 24 horas, o aumento de usuários de crack e a entrada de moradores de

rua, os profissionais do CAPSad III questionam-se sobre a reformulação que a instituição necessita, sem saber como operá-la e qual direção seguir.

Apontamos que esse confronto pode ser observado nas falas dos profissionais quando alegam não ter clareza sobre como devem agir e qual objetivo suas intervenções devem alcançar. Assim, encontram-se num momento de questionamento sobre a efetividade do trabalho desenvolvido e contestação das regras institucionais, que não são seguidas por todos no cotidiano do serviço. Além disso, apontamos como um dos fatores associados aos constantes relatos de desânimo e desvalorização dos profissionais pesquisados, a partir do momento que esse discurso não consegue ser uma ferramenta potente para copleensão da prática cotidiana. Contudo, não podemos compreender essa “desvalorização” do CAPSad III sem considerar os problemas “administrativos” relatados pelos profissionais. Pois, esses estão em consonância com as fragilidades das políticas de redução de danos no Brasil, sendo essas: a precarização do trabalho dos profissionais, ausência ou dificuldade de monitoramento das ações desenvolvidas, dificuldade de vincular os usuários ao um tratamento continuado e problemas de financiamento que afetam a sustentabilidade dos serviços (Inglez-Dias, Ribeiro, Bastos, & Page, 2014). Dessa maneira, a união desses fatores, conjuntamente com a ausência de espaços de atualização técnica e supervisão institucional, contribuem para a manutenção do discurso moral.

Porém, o cuidado ofertado pelo CAPSad não foi avaliado como um problema pelos usuários. A precarização do serviço, perda de benefícios e outros aspectos relacionados a administração pública foram o alvo das críticas. Já a relação com os profissionais sempre foi descrita positivamente.

O discurso moral estabelece outras relações com a vivência na FE. A fazenda opera através da convicção na fé cristã para a condução dos internos no renascimento

em uma vida nova, ela busca ser um ponto de apoio, baseado na palavra divina para oferecer a “salvação”. Assim, os elementos que compõe o tratamento moral são condizentes com a proposta de trabalho dessa instituição. A força que ganha o discurso de mudança na fé, aliados aos aspectos de fraternidade e amor ao próximo que compõe o discurso religioso e a vivência coletiva de enfrentar um ano na instituição são elementos potencializadores para coesão do grupo. Não deve-se simplificar a vivência na FE como meramente uma imposição religiosa. Lembramos que são somente cinco pessoas que ocupam funções de coordenação na comunidade, e duas delas ainda estão para completar o ano. Logo, estar na fazenda é uma experiência de coletividade intensa, em que o discurso religioso ganha força ao ser compartilhado por todos.

Dessa forma, não há espaço institucional para colocar a fé em dúvida, aceitá-la é uma das exigências para entrar na FE. A sua negação ou questionamento não geram como resposta uma readequação da instituição às necessidades daquele usuário, mas sim o seu desligamento da instituição, caso o interno não mude sua opinião ou deixe de manifestá-las publicamente. Como foi comentado durante a pesquisa de campo, o único elemento que pode gerar a expulsão do interno é a negação da religião.

Como examinado por Valderrutena (2008), a vivência em CT's religiosas exige a entrega completa aos valores da comunidade, para que assim o sujeito forme uma unidade em ascensão que nega a subjetividade de drogadicto, buscando-se uma “transformação ontológica dos significados e valores” (p. 89). E para que essa unidade ocorra, a confrontação permitida e estimulada é contra as características e valores associados à cultura das drogas. Essa oposição entre o bem e o mal, não pode ser questionada para a eficácia da FE, tanto para manter a unidade da vivência diária, quanto para o momento posterior, após completar o ano de internação. Assim, os esforços terapêuticos das CTs têm como função estabelecer pontos irrevogáveis para os

projetos de vida dos residentes, que devem, além de manter a fé fora da instituição, incluir as lógicas contemporâneas de bem-estar e êxito social. Sem esses elementos não seria possível para o sujeito estabelecer um projeto de vida, de acordo com a metodologia religiosa (Valderrutena, 2008).

A FE foi avaliada positivamente pelos internos, contudo, os sentimentos de vergonha e desespero associadas às novas ocasiões de consumo de álcool ou drogas, as recaídas, foram apontadas como um problema ocasionado pela condenação moral dessas situações. De acordo com Pillon & Luíz (2004) a forte culpabilização do sujeito é inerente ao modelo moral cristão, assim, ao mesmo tempo em esse discurso funciona como um dos elementos que potencializam a vivência coletiva na FE, facilitando que os internos sintam-se confiantes e seguros em relação a CT, esse discurso traria dificuldades para a manutenção dessas mudanças. Pois, não haveria nessa proposta de trabalho uma adequação às características singulares dos sujeitos, pelo contrário, todos devem se adequar a esse modelo único de subjetividade (Raupp & Milnitsky-Sapiro, 2008), além das internações ocorrerem em um ambiente controlado, com nenhum ou pouco contato com outros dispositivos sociais.

A partir disso, nos questionamos sobre uma possível articulação entre essas instituições. Esse esforço surge a partir do momento que as CT's são consideradas parte da rede de atenção psicossocial, o que vem gerando muitas críticas sobre a legitimidade de um espaço religioso, caracterizado pela internação prolongada, como um dispositivo dessa rede. Assim, propomos uma mudança na compreensão do que significa o processo de inclusão das CTs, ao invés de entendê-lo como uma retomada de vias moralizantes na reforma psiquiátrica (o que se configura como um risco permanente, mas que não se traduz somente na regulamentação das CT's), deve-se compreendê-lo como uma ampliação do foco de ação da própria reforma.

Dessa maneira, não se trata de excluir as CT's da lista de locais autorizados a trabalhar com essa questão, pois é o que ocorre nesse momento e mesmo assim a quantidade dessas comunidades não para de crescer. Mas, pelo contrário, buscar inserir os preceitos da abordagem psicossocial e a busca pela atenção integral aos usuários de SPA's nas propostas de trabalho das CT's. Além de entender qual é o espaço que as políticas públicas não conseguem cobrir, que permite a existência e expansão dessas instituições. Avaliamos que na política atual são os problemas de falta de residência e a necessidade de mudança de ambiente social dos usuários de AD enfrentados pela RAPS, que a inclusão das CT's busca responder.

Nosso questionamento é impulsionado por Ferro (2009) ao se propor pensar um trabalho territorial a partir do hospital psiquiátrico, pois as premissas da reabilitação psicossocial de respeito à cidadania, oportunidades de profissionalização e participação cultural e política dos usuários dos serviços de saúde mental devem ser buscados em todos os dispositivos da rede. Logo, trabalhar a desinstitucionalização de dentro do hospital é sim possível, ao entender que reforma psiquiátrica não seria somente o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Mas, para uma desinstitucionalização ampla os nossos discursos manicomiais devem ser desconstruídos, pois sustentam a primazia da internação como tratamento à loucura e ao consumo de álcool e outras drogas. Esse processo não se restringe somente a mudança do espaço físico, pois o discurso manicomial pode operar nos serviços substitutivos também.

A intenção de construir uma atuação conectada com os demais locais do território é encontrada nos dois locais pesquisados de maneiras diferentes. No CAPSad III ela é expressa nos momentos de celebração com familiares, encaminhamentos a outros serviços, a tentativa de aproximação com a RAPS e a busca pela inserção profissional dos usuários, além, do fato desses usuários estarem em liberdade e não

haver regras delimitando seus espaços de vida. Esse fato é avaliado pelos usuários como um dos principais elementos de adesão ao CAPSad III.

Por sua vez, a FE é um local de internação em que os recuperandos não têm atividades fora de seus muros. Contudo, a relação que se estabelece entre a instituição e a comunidade em que está inserida é fundamental para a existência da fazenda. Pois, ela não consegue manter-se financeiramente somente com o a quantia mensal paga pelas famílias. Assim, a fazenda precisa da parceria com a sociedade para arcar com os custos de sua manutenção, além de contar com as famílias para vender os produtos produzidos pelos internos, com uma dupla finalidade: aumentar o número de parceiros da instituição e ajudar no custeio financeiro da mensalidade por parte das famílias.

Dessa forma, à sua maneira, as duas instituições se propõem a ampliar as ações terapêuticas baseadas nos preceitos da atenção psicossocial, ainda que apresentem limitações sobre como devem prosseguir. Em pesquisa para avaliar como as mudanças políticas da saúde mental com a reforma psiquiátrica produziram modificações nas práticas dos serviços, Onocko-Campos et. al. (2013) encontraram o predomínio do modelo biomédico, que tem a medicação como ponto estruturante do tratamento. Nessa pesquisa, esse elemento apareceu nas duas instituições de maneira secundária. Na FE, somente alguns usuários tomam remédios psicotrópicos, que são prescritos pelos seus médicos particulares, e a instituição não utiliza essa intervenção. No CAPSad III, o uso da medicação foi abordado como uma das ações de RD, pois seu consumo é compreendido com um dos problemas a serem trabalhados durante o tratamento. Assim, esses usuários entendem a medicação psiquiátrica como um dos elementos que compõe a terapêutica da instituição, mas que não se restringe a isso, sendo que as relações que se estabelecem com os profissionais e entre eles ganharam maior destaque como fatores para a modificação pessoal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa pesquisa buscamos investigar duas instituições diferentes no campo de atenção aos usuários de AD. Compreendemos que o processo de desinstitucionalização não está enraizado no local físico de atenção à saúde, mas considera que para o avanço da reforma psiquiátrica brasileira, da política de redução de danos e constituição de uma RAPS capaz de atender as demandas de seu território, devemos construir ações livre de formas de preconceito. Para isso, assumimos uma compreensão da RD através de seus aspectos políticos e clínicos, ao entender que o consumo de SPA não se restringe à questões de saúde pública ou segurança. Historicamente a RD partiu dos consumidores de drogas injetáveis, produzindo mudança nas relações entre as equipes de saúde e usuários. No Brasil, a RD chegou há trinta anos como uma forma de enfrentamento à marginalização de determinadas populações, sendo judicialmente proibida no início. Foram necessárias lutas políticas para conseguir oficializá-la como uma prática e diretriz de saúde e permitir que profissionais utilizassem suas intervenções.

Apesar da notoriedade que os programas de redução de danos tiveram nos anos 1990, o que constatamos nessa pesquisa foi que a proposta da RD não tem sido utilizada ou discutida nos serviços, fato que era esperado para a FE, mas não para o CAPSad. Além disso, a lógica moral continua a ser o principal discurso que subsidia as intervenções e nem ao menos é problematizada. Apesar disso, observamos instituições que buscam mudanças, reforçando o atendimento humanizado como central para suas ações e sendo avaliadas positivamente pelos seus usuários.

Também, nos deparamos com uma situação de precarização das instituições que não deve ser menosprezada, pois ela interfere diretamente na qualidade do atendimento prestado. Para além da não adequação dos espaços físicos às necessidades de

profissionais e usuários, não encontramos indicação da existência de qualquer atividade de capacitação no CAPSad III, ou tentativa de inserção das políticas públicas na FE. Nesse campo de atuação que envolve tanto questões técnicas, quanto valores morais, a capacitação e a supervisão institucional se tornam ações imprescindíveis para a adequação dos serviços às demandas que recebem. Tendo em vista que essas mudam constantemente devido às características próprias do consumo de SPA, além das novas exigências políticas e técnicas a que estão submetidos essas instituições, a educação permanente é imprescindível. Na FE não há proposta de como ela pode ser assessorada e regulada pelo CAPSad III. Como foi lembrado por um profissional do CAPSad III, para fazer a reforma psiquiátrica avançar, necessita-se de investimentos financeiros e humanos.

No Brasil a maneira como as CT's, em sua maioria religiosas, conseguiram receber financiamento do sistema único de saúde tem características particulares. Internacionalmente, a participação de organizações da sociedade civil no atendimento à questão do consumo de AD tem sido avaliada como eficiente (Domoslawski, 2011). Contudo, o que ocorreu em países da Europa como Portugal, tido como referência em políticas de drogas, e a China, que utiliza uma abordagem de “tolerância zero” e conta com instituições de internação prolongada (sem caráter religioso), mas que busca inserir ações de RD, foi uma adequação dessas instituições para desenvolver um trabalho integrado aos princípios e necessidades das políticas de saúde locais. Esse direcionamento, foi realizado por meio do controle dos órgãos estatais e de diretrizes bem delimitadas de ação, com a intenção que as intervenções desses serviços fossem, cada vez mais, pautadas em princípios científicos e éticos (Domoslawski, 2011; Li, Ha, Zhang, & Liu, 2010)

No Brasil, a direção tomada foi diferente, pois realizou-se uma adequação dos editais públicos às propostas terapêuticas das instituições religiosas, fato que pode ser entendido como uma flexibilização das exigências técnicas. Indica como direção a aproximação com os CAPS's, mas não especifica como isso será realizado ou prazos para que ocorra o acompanhamento e avaliação. O trabalho colaborativo entre os diferentes serviços tem se mostrado um fator importante para a eficácia das ações de saúde pública na questão AD, principalmente, para o desenvolvimento de ações de RD, tanto em instituições de internação quanto no ambiente comunitário (Li et al., 2010). Contudo, essa aproximação para um trabalho em rede, é um dos principais desafios para a saúde pública brasileira.

A precarização dos serviços e a hegemonia de um discurso moral sobre o consumo de SPA dificulta o surgimento de novas modalidades de cuidado, que possam se adequar aos diferentes perfis das pessoas atendidas. Trabalhar com base em resultados de pesquisa como a de Jorge, Quinderé, Yasui e Albuquerque (2013) que ao investigar as formas de consumo de crack, constatou que elas têm interferência na saúde dos sujeitos, é imprescindível. Assim, ao não focar somente nos efeitos químicos da substância, os pesquisadores perceberam que usuários que utilizam latas como utensílio para fumar têm um padrão de consumo mais compulsivo do que as pessoas que utilizavam o crack combinado com maconha. Um jovem de 20 anos, com histórico recente de uso e uma relação próxima com sua família, não deve se adequar às mesmas propostas terapêuticas oferecidas a um homem com 50 anos e uma história de vida atravessada pela passagem em instituições para dependentes químicos. Esse desconhecimento se constitui como um problema técnico, ao forçar uma mesma metodologia a toda uma população que poderia ser atendida por essas instituições,

dificultando a adesão dos usuários, principalmente, quando não se adéquam ao perfil de dependentes químicos severos.

Essa é uma questão ainda mais significativa para a FE, pois é um local de internação, sem equipe profissional, no qual o sujeito deve ficar um ano sem contato com sua família. O risco que se corre de ter uma população internada, sem um quadro de dependência química instaurado, é alto (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008), visto o preconceito que existe em relação as pessoas que consomem SPA.

Finalizando, constatamos que nesse momento o discurso da proposta de RD não está sendo utilizado como uma ferramenta potencializadora de mudanças no campo de atenção aos usuários de SPA. O questionamento que fica é se essa proposta continua a ser uma via de enfrentamento às estratégias de controle e exclusão social que operam através da questão das drogas, ou se ela foi incorporada ao discurso vigente, através da compreensão que qualquer intervenção com o objetivo de diminuir o consumo individual pode ser RD, tornando-a, assim, uma via de atualização dos mesmos processos moralizantes e de marginalização a que ela busca se opor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, M. L., & Abade, F. L. (2008). Para reinventar as rodas. Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros. Recuperado de: http://www.novamerica.org.br/medh2/arquivos/reinventar_rodas.pdf
- Alarcon, S. (2012). A Síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In S. Alarcon & M. A. S. Jorge (Orgs.), *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (pp. 45-62). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amaral-Sabadini, M., Saitz, R., & Souza-Formigoni, M. L. (2010). *Do attitudes about unhealthy alcohol and other drug (AOD) use impact primary care professionals' readiness to implement AOD-related preventive care? Drug and Alcohol Review, 29, 655-661.*
- Andrade, T. (2011). *Reflexão sobre a políticas de droga no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (12), 4665-4674.*
- Andrade, T., Lurie, P., Medina, M. G., Anderson, K., & Dourado, I. (2001). *The Opening of South America's First Needle Exchange Program and an Epidemic of Crack Use in Salvador, Bahia-Brazil. AIDS and Behavior, 5 (1), 51-64.*
- Bastos, F. I., Karam, M. L., & Martins, S. M. (2003). *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos.* Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Redutores de Danos.
- Bauer, M., & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.* Petropolis: Vozes.
- Becker, H. S. (2008) *Outsiders: estudos de sociologia do desvio* M. L. X. Borges, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Texto original publicado em 1963)

- Boiteux, L. (2006). A nova lei antidrogas e o aumento da pena do delito de tráfico de entorpecentes. Recuperado de: http://www.neip.info/upd_blob/0000/192.pdf
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Retrieved from <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf>
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 11*. Retrieved from <http://www.saude.gov.br>
- Breakwell, G. M., Fife-Schaw, C., Hammond, S., & Smith, J. A. (2010). *Métodos de pesquisa em psicologia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Canadian AIDS Society/The Canadian Harm Reduction Network (2008). *Learning from each other: enhancing community-based harm reduction programs and practices in Canada*. Ottawa/Toronto: Recuperado de: http://www.canadianharmreduction.com/project/pdf/final_report_en.pdf
- Carapinha, L. (2009). Guia de apoio para a intervenção em redução de riscos e minimização de danos. Instituto da Droga e Toxicodependência. Recuperado de: http://www.idt.pt/PT/ReducaoDanos/Documents/2011/Guia_RRMD.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais para internação de usuários de drogas*. Brasília: Autor. Recuperado de: http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf (Acessado em

Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia. (2011a). *Drogas e democracia: rumo a uma mudança de paradigma*. Recuperado de: http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/declaracao_portugues_site.pdf (Acessado em 31/03/2012).

Comissão Global de Políticas Sobre Drogas. (2011b). *Guerra às drogas*. Recuperado de: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/> (Acessado em 26/06/2012).

Decreto Nº 7.179. (2010, 20 de maio). Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.

Dias, M. K. (2012). *Dispositivos de atenção em saúde mental e seus desafios: os impasses na consolidação de uma rede*. Natal: EDUNP.

Dimenstein, M., Amorim, A. K. A., Leite, J., Siqueira, K., Gruska, V., Vieira, C., et al. (2012). *O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal / RN. Polis e Psique*, 2 (Número temático), 95-127.

Domanico, A. (2006). *Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nórias. Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil* (Tese de Doutorado, Universidade Federal da Bahia, Salvador). Recuperado de http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Craqueiros_e_cracados_paginadoteseufba.pdf

Domoslawski, A. (2011). Política da droga em Portugal: os benefícios da descriminalização do consumo de drogas. Global Drug Policy Program / Open Society Foundations. Recuperado de: <http://www.confemel.com/fieme/documentos/poldrogportugal.pdf>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2005). *Illicit drug use in the EU: legislative approaches*. Lisbon: Autor. Recuperado de: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34041EN.html> (Acessado em 27/02/2014).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2011). *2011 Annual report on the state of the drugs problem in Europe*. Luxemburgo: Autor. Recuperado de: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011> (Acessado em 17/02/2014).

Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial.

Ferro, L. F. (2009). *Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios*. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29 (4), 752-767.

Fontanella, B. J. B., & Turato, E. R. (2005). *Spontaneous harm reduction : a barrier for substance-dependent individuals seeking treatment?* [Rio de Janeiro]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (4), 272-277.

Foucault, M. (2005) *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes. (Texto original publicado em

Foucault, M. (2009) *Microfísica do poder* R. Machado, Trad.). Rio de Janeiro: Graal. (Texto original publicado em 1979)

Foucault, M. (2010a) *História da sexualidade: a vontade de saber* M. T. C. Albuquerque & J. A. G. Albuquerque Trad.). Rio de Janeiro: Graal. (Texto original publicado em 1976)

Foucault, M. (2010b) *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. (20ª ed, L. F. A. Sampaio, Trad.). São Paulo: Loyola. (Texto original publicado em 1970)

- Freire, F. H. M. A. (2012). *Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura*. (Tese, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro). Recuperado de file:///C:/Users/Alegria/Downloads/freirefhmad.pdf
- Gaudenzi, P., & Schramm, F. R. (2010). *A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão : um olhar da bioética em saúde pública*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14 (33), 243-255.
- Goffman, E. (2001) *Manicômios, prisões e conventos* (7ª ed., D. M. Leite, Trad.). São Paulo: Perspectiva. (Texto original publicado em 1961)
- Greenfield, V., & Paoli, L. (2012). *If supply-oriented drug policy is broken, can harm reduction help fix it? Melding disciplines and methods to advance international drug-control policy*. *International Journal of Drug Policy*, 23 (1), 6-15.
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Recuperado de: file:///C:/Users/Alegria/Downloads/consumption_rooms_report%20(1).pdf
- Hughes, C. E., & Stevens, A. (2010). *What can we learn from the portuguese decriminalization of illicit drugs?* *British Journal of Criminology*, 50 (6), 999-1022.
- Hunt, N. (2003). *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. Recuperado de: <http://www.neilhunt.org/publications.htm>
- Inglez-Dias, A., Ribeiro, J. M., Bastos, F., & Page, K. (2014). *Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (1), 147-157.

- Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. (2012). *II Levantamento nacional de álcool e drogas*. São Paulo: Autor. Recuperado de: <http://inpad.org.br/lenad/> (Acessado em 15/09/2013).
- Jelsma, M. (2009). Legislative innovation in drug policy: latin american initiative on drugs and democracy. *Transnational Institute*. Retrieved from <http://www.ungassondrugs.org/images/stories/legislativeinnovation.pdf>
- Jesus, M. G. M., Oi, A. H., Rocha, T. T., & Lagatta, P. (2011). Prisão provisória e lei de drogas: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. Recuperado de: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/23/Documentos/2011.12.20_Pris%C3%A3o%20Provis%C3%B3ria%20e%20Lei%20de%20Drogas%20E2%80%93Um%20estudo%20sobre%20os%20flagrantes%20de%20tr%C3%A1fico%20de%20drogas%20na%20cidade%20de%20S%C3%A3o%20Paulo.pdf
- Jorge, M. S. B., Quinderé, P. H. D., Yasui, S., & Albuquerque, R. A. (2013). *Ritual de consumo do crack : aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (10), 2909-2918.
- Labate, B. C., Goulart, S. L., Carnei, M. F., MacRae, E., & Carneiro, H. (2008). *Drogas e cultura : novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA.
- Lei Nº 11.343*. (2006, 23 de agosto). Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.

- Levine, H. G. (2003). *Global drug prohibition: its uses and crises. International Journal of Drug Policy, 14*, 145-153.
- Li, J., Ha, T. H., Zhang, C., & Liu, H. (2010). *The Chinese government's response to drug use and HIV/AIDS: a review of policies and programs. Harm reduction journal, 7* (4), 6.
- Lobosque, A. M. (2011). *Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. [Rio de Janeiro]. Ciência & Saúde Coletiva, 16* (2), 4590-4602.
- Lourau, R. (1993). *Análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: EdUERJ.*
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas.*
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). *Harm reduction approaches to alcohol use : health promotion , prevention , and treatment. Addictive Behaviors, 27* (1), 867–886.
- Martinhago, F., & Oliveira, W. F. (2012). *A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. [Rio de Janeiro]. Saúde em Debate, 36* (95), 583-594.
- Massard, E. F., Ribeiro, J. M., Bertoni, N., & Bastos, F. I. (2006). *Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. Cadernos de Saúde Pública, 22* (4), 761-770.
- Mota, V. L. (2012). *Representação Social da Redução de Danos para profissionais que atuam pelo Programa Mais Vida da cidade do Recife. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife). Recuperado de*

Nadelmann, E. (2005). Los daños de la prohibición de las drogas en las Américas.

Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd66/09-nadelman.pdf>

Newcombe, R. (1992). The reduction of drug related harm: a conceptual framework for

theory, practice and research. Retrieved from

[http://www.researchgate.net/publication/230704511_The_reduction_of_drug-](http://www.researchgate.net/publication/230704511_The_reduction_of_drug-related_harm_a_conceptual_framework_for_theory_practice_and_research)

[related_harm_a_conceptual_framework_for_theory_practice_and_research](http://www.researchgate.net/publication/230704511_The_reduction_of_drug-related_harm_a_conceptual_framework_for_theory_practice_and_research)

Nutt, D., King, L., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). *Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. Lancet, 369*, 1047–1053.

Organização do Estados Americanos. (2013). *O problema das drogas nas Américas*.

Recuperado de:

http://www.oas.org/documents/por/press/reporte_drogas_OEA_POR.pdf

(Acessado em 12/02/2014).

Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S.,

Gonçalves, L. L. M., et al. (2013). *A gestão autônoma da medicação : uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. Ciência & Saúde*

Coletiva, 18 (10), 2889-2898.

Organização das Nações Unidas. (1961). *Single Convention on Narcotic Drugs, as amended by the 1972 protocol amending the Single Convention on Narcotic*

Drugs, 1961. Recuperado de:

http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

Organização das Nações Unidas. (1971). *Convention on Psychotropic Substances*.

Recuperado de: http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf

Organização das Nações Unidas. (1988). *United Nations Convention Against Illicit*

Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances. Recuperado de:

http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf

- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). *Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas"*. *Psicologia & Sociedade*, 23 (1), 154-162.
- Peixoto, C., Prado, C. H. O., Rodrigues, C. P., Cheda, J. N. D., Mota, L. B. T., & Veras, A. B. (2010). *Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad)*. [Rio de Janeiro]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (4), 317-321.
- Peterson, J., Mitchell, S. G., Hong, Y., Agar, M., & Latkin, C. (2006). *Getting clean and harm reduction : adversarial or complementary issues for injection drug users*. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (4), 733-740.
- Petuco, D. R. S. (2011). *Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa). Recuperado de http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1774
- Pillon, S. C., & Luíz, M. A. V. (2004). *Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática de enfermagem*. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 12 (4), 72-76.
- Ministério da Saúde. (2011). *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Portaria Nº 130. (2012, 26 de janeiro). Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Raupp, L. M., & Milnitsky-Sapiro, C. (2008). *A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 24 (3), 361-368.*

Reis, C. (2012). *(Falência familiar) + (Uso de drogas) = risco e periculosidade: a naturalização jurídica e psicológica de jovens com medida de internação compulsória.* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/60735?locale=en>

Rodrigues, L. B. F. (2006). *Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade.* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de

Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. (2009). *Relatório brasileiro sobre drogas.* Brasília: Autor. Recuperado de: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11461&rastro=PUBLICA%C3%87%C3%95ES%2FRelat%C3%B3rios+de+pesquisa/Nacionais (Acessado em 26/06/2012).

Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (2010). *Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil.* Brasília: Presidência da República. Recuperado de: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327912.pdf>

- Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. (2013). *Censo das comunidades terapêuticas no Brasil*. Disponível em: <http://www.mapa-ct.ufrgs.br/>. Acessado em 20 fev. 2014.
- Souza, T. P. (2007). *Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento*. (Dissertação, Universidade Federal Fluminense, Niterói). Recuperado de
- Souza, T. P., & Carvalho, S. R. (2012). *Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória*. *Polis & Psique*, 2 (Número temático), 37-58.
- Spink, P. K. (2008). *O pesquisador conversador no cotidiano*. *Psicologia e Sociedade*, 20 (Edição especial), 70-77.
- Tedesco, S. H. (2012). *Pensando a ética da clínica das drogas: linguagem, subjetivação e a experiência das drogas*. (Tese para concurso de professor titular de psicologia social e institucional, Universidade Federal Fluminense, Niterói). Recuperado de
- Tinoco, R. (2006). *Comunidades terapêuticas livres de drogas: da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica*. *Revista Toxicodependências*, 12 (1), 21-30.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2011). *World drug report 2011*. Vienna: Autor. Recuperado de: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html> (Acessado em 26/06/2012).
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2012). *World drug report 2012*. Vienna: Autor. Recuperado de: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf (Acessado em 23/02/2014).
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2013). *World drug report 2013*. Vienna: Autor. Recuperado de:

http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf (Acessado em 17/01/2014).

Valderrutena, M. C. C. (2008). *Entre "teoterapias" y "laicoterapias". Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. Psicología & Sociedad, 20* (1), 80-90.

Viana, P. C. (2009). *A produção do 'Problema da Droga' como caso de polícia e saúde pública*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense, Niterói).
Recuperado de
[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action
&co_obra=177116](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=177116)

Weinmann, A. O. (2006). *Dispositivo: um solo para a subjetivação. Psicología & Sociedad, 18* (3), 16-22.

Werb, D., Rowell, G., Guyatt, G., Kerr, T., Montaner, J., & Wood, E. (2011). *Effect of drug law enforcement on drug market violence : a systematic review. International Journal of Drug Policy, 22* (2), 87-94.

World Health Organization. (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva:
Autor. Recuperado de:
http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf (Acessado em 25/02/2014).

World Health Organization. (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva:
Autor. Recuperado de:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf (Acessado em 09/02/2014).

ANEXOS

Anexo I

Roteiro da entrevista com os coordenadores das instituições.

- 01) Como está organizada a rotina de trabalho da instituição?
- 02) Houve alguma modificação no funcionamento nos últimos anos?
- 03) Quais são os profissionais que compõe a equipe técnica?
- 04) Quais são os critérios para entrada dos usuários?
- 05) Quantos usuários estão hoje em tratamento?
- 06) Qual é a rotatividade de usuários na instituição?
- 07) Quais são as dificuldades enfrentadas pelo no serviço?
- 08) Como é a relação com os usuários?
- 09) Quais são os aspectos do serviço que você identifica que favorecem a permanência dos usuários em tratamento?
- 10) O que você conhece sobre RD?
- 11) Como avalia a utilidade da RD para a instituição?
- 12) Quais são as ações do serviço que você identifica como sendo de RD?
- 13) Você utiliza a RD no seu cotidiano de trabalho?
- 14) Que ações de RD você pode citar como exemplo?

Anexo II

Roteiro da entrevista com os técnicos das instituições.

- 01) Qual sua função no CAPSad III?
- 02) Quais atividades você realiza?
- 03) Algumas delas é desempenhada somente por você?
- 04) Quais são as dificuldades que você enfrenta no serviço?
- 05) Como é a relação com os usuários?
- 07) Quais são os aspectos do serviço que você identifica que favorecem a permanência dos usuários em tratamento?
- 08) O que você conhece sobre RD?
- 10) Como avalia a utilidade da RD para a instituição?
- 11) Quais são as ações do serviço que você identifica como sendo de RD?
- 12) Você utiliza a RD no seu cotidiano de trabalho?
- 13) Que ações de RD você pode citar como exemplo?

Anexo III**Ficha sócio demográfica utilizada na Fazenda da Esperança**A Redução de Danos no Atendimento Especializado à Álcool e Drogas

Idade: _____ Cidade: _____

RESIDÊNCIA	PROFISSÃO	RENDA	ESCOLARIDADE
Quantas pessoas moram na casa:	Qual sua profissão:		
() Própria	() Ativo	() Até 1 salário	() Analfabeto
() Alugada	() Em benefício	() 1 salário	() Fundamental inc.
() Parentes	() Aposentado	() 2 salários	() Fundamental
() Amigos	() Desempregado	() 3 salários	() Médio inc.
() Emprestada	() Sem profissão	() 4 salários	() Médio
() Reside na rua		() 5 ou mais	() Superior inc.
			() Superior

SOBRE A FAZENDA DA ESPERANÇA

Há quanto tempo você está na Fazenda da Esperança: _____

Essa é sua primeira vez na Fazenda da Esperança:

() Sim () Não quantas: _____

SUBSTÂNCIA PSICOATIVA	OUTROS SERVIÇOS
Você buscou a Fazenda devido ao consumo de qual substância?	Você já recebeu atendimento clínico, frequentou reuniões e/ou internação em algum desses locais, devido ao consumo de álcool e drogas, quantas vezes:
() Álcool	() Hospital psiquiátrico
() Crack	() Hospital geral
() Maconha	() Fazenda terapêutica
() Cocaína	() CAPS
() Outra, qual:	() CAPSad
	() Alcoólicos Anônimos
	() Narcóticos Anônimos
	() Outro, qual:

Anexo IV

Ficha sócio demográfica utilizada na CAPSad III

A Redução de Danos no Atendimento Especializado à Álcool e Drogas

Idade: _____ Bairro: _____

RESIDÊNCIA	PROFISSÃO	RENDA	ESCOLARIDADE
Quantas pessoas moram na casa:	Qual sua profissão:		
() Própria	() Ativo	() Até 1 salário	() Analfabeto
() Alugada	() Em benefício	() 1 salário	() Fundamental inc.
() Parentes	() Aposentado	() 2 salários	() Fundamental
() Amigos	() Desempregado	() 3 salários	() Médio inc.
() Emprestada	() Sem profissão	() 4 salários	() Médio
() Reside na rua		() 5 ou mais	() Superior inc.
			() Superior

SOBRE O CAPSad LESTE

Há quanto tempo é atendido no CAPSad Leste: _____

Essa é sua primeira vez no CAPSad Leste

() Sim () Não quantas: _____

SUBSTÂNCIA PSICOATIVA	OUTROS SERVIÇOS
Você buscou o CAPSad devido ao consumo de qual substância?	Você já recebeu atendimento clínico, frequentou reuniões e/ou internação em algum desses locais, devido ao consumo de álcool e drogas, quantas vezes:
() Álcool	() Hospital psiquiátrico
() Crack	() Hospital geral
() Maconha	() Fazenda terapêutica
() Cocaína	() CAPS
() Outra, qual:	() CAPSad
	() Alcoólicos Anônimos
	() Narcóticos Anônimos
	() Outro, qual: