

**UFRRJ**  
**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO - IE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA -**  
**PPGPSI**

**DISSERTAÇÃO**

**USO DE MEDICAMENTOS E USO DE DROGAS: UMA**  
**INVESTIGAÇÃO SOBRE PRÁTICAS DE CUIDADO NO CAPS AD**

**MONIQUE AMARAL FIGUEIRA**

**2021**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**

**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO - IE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI**

**USO DE MEDICAMENTOS E USO DE DROGAS: UMA  
INVESTIGAÇÃO SOBRE PRÁTICAS DE CUIDADO NO CAPS AD**

**MONIQUE AMARAL FIGUEIRA**

*Sob a Orientação da Professora Dra.*  
**Luna Rodrigues Freitas Silva**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Seropédica, RJ

Novembro de

2021

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F475u Figueira, Monique Amaral, 1994-  
    Uso de medicamentos e uso de drogas: uma  
investigação sobre práticas de cuidado no CAPS AD /  
Monique Amaral Figueira. - Seropédica, 2021.  
    106 f.

    Orientador: Luna Rodrigues Freitas Silva.  
Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural  
do Rio de Janeiro, Mestrado em Psicologia, 2021.

    1. Psicologia. I. Silva, Luna Rodrigues Freitas,  
1980-, orient. II Universidade Federal Rural do Rio  
de Janeiro. Mestrado em Psicologia III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**MONIQUE AMARAL FIGUEIRA**

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 17/11/2021.

**Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020**, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese / dissertação.

Membros da banca:

Dra. LUNA RODRIGUES FREITAS SILVA, UFRRJ (Orientador/Presidente da banca)

Dra. DEBORAH UHR, UFRRJ (Membro interno do Programa)

Dr. RAFAEL MENDONÇA DIAS, UFF (Membro externo à instituição)



*Emitido em 2022*

**TERMO Nº 132/2022 - DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)**

**(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)**

*(Assinado digitalmente em 16/02/2022 04:30 )*

**DEBORAH UHR**

*PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR*

*DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)*

*Matrícula: 1195374*

*(Assinado digitalmente em 14/02/2022 11:16 )*

**LUNA RODRIGUES FREITAS SILVA**

*PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR*

*DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)*

*Matrícula: 2079602*

*(Assinado digitalmente em 15/02/2022 16:23 )*

**RAFAEL MENDONÇA DIAS**

*ASSINANTE EXTERNO*

*CPF: 813.115.915-91*

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufrrj.br/documentos/> informando seu número:  
**132**, ano: **2022**, tipo: **TERMO**, data de emissão: **14/02/2022** e o código de verificação: **5a44330f61**

*Ao apoiador supremo deste percurso acadêmico, meu avô, Seu Hiram, e minha amada vó  
Vera (em memória).*

## **AGRADECIMENTOS**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Finance Code 001

A prof. Dra. Luna pela orientação e paciência nesse processo, nem sempre tranquilo.

A prof. Dra. Deborah e ao prof. Dr. Rafael por participarem da banca de qualificação e de defesa auxiliando na construção dessa pesquisa.

Ao Vinícius pelo companheirismo, amor e apoio desde o começo dessa jornada.

Ao meu avô Hiram, a quem dedico também essa dissertação, por ter sido quem me incentivou a entrar na pesquisa e, futuramente, lecionar assim como ele.

A minha avó Vera, por ter sido quem me ensinou tudo da vida e que partiu dois dias após essa defesa.

A Mariana e seus pais, Marcília e Gilberto, por me acolherem em sua casa em Seropédica e terem fornecido um enorme apoio e amizade.

A Thayná por acreditar em mim a todo momento e por vibrar comigo em todas as etapas. A Mariana Lacerda e Júlia pelo acolhimento nos momentos difíceis da escrita.

A Marina pelo auxílio nos momentos difíceis e ofertar ombro amigo sempre. A minha família: Mariane, Marcella, Matheus e Marcos por ser minha base.

## RESUMO

FIGUEIRA, Monique Amaral. **Uso de medicamentos e uso de drogas: uma investigação sobre práticas de cuidado no CAPS ad.** 2021. 98p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, RJ. 2021.

Este trabalho buscou pesquisar, através da perspectiva dos profissionais, o modo como os medicamentos são prescritos e utilizados nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), tendo em vista os processos de medicalização e a política de Redução de Danos (RD). Em contrapartida ao paradigma proibicionista, que visa eliminar as drogas da sociedade, os CAPS ad propõem práticas de cuidado integrais, pautadas na estratégia de RD, considerando as particularidades de cada indivíduo. Essa proposta vem sendo desafiada por transformações recentes nas políticas de drogas e pela tendência excessiva de medicalização dos usuários. Com o objetivo de investigar tal cenário, realizamos uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, aplicadas a profissionais de dois serviços. As entrevistas tiveram o intuito de compreender o modo como os medicamentos são prescritos, utilizados e quais funções operam no acompanhamento dos usuários, bem como de identificar, através do discurso das profissionais, quais as principais práticas de cuidado ofertadas e a percepção sobre a RD. Como resultado, identificamos a prescrição de medicamentos realizada de forma unilateral pela psiquiatria, sem considerar as demais trabalhadoras, assim como os próprios usuários; a atribuição de uma incurabilidade aos usuários, que pouco contribuem para a construção dos projetos terapêuticos, sendo excluídos desse processo; e a falta de compreensão do conceito e da proposta de RD, uma vez que percebemos dificuldades no entendimento teórico e na aplicação prática dessa estratégia. Inferimos que o modo como os medicamentos são prescritos nos serviços investigados apontam para a fragmentação do cuidado, visto que a medicação é pensada apenas por uma profissional, desconsiderando demais saberes e fazeres, e para a persistência da lógica da abstinência, distanciando-os das referências da RD e da atenção psicossocial.

**Palavras-chave:** Medicalização; Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas; Redução de Danos.

## ABSTRACT

FIGUEIRA, Monique Amaral. Medication and drug use: an investigation on care practices in CAPS ad. 2021. 98p. Dissertation (Masters in Psychology). Institute of Education, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, RJ. 2021.

This study sought to research from the perspective of professionals, the way in which drugs are prescribed and used in two Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs (CAPS ad), in view of the medicalization processes and the Harm Reduction (HR) policy. In contrast to the prohibitionist paradigm, which aims to fully eliminate drugs from society, CAPS ad proposes comprehensive care practices, based on the HR strategy and considering the particularities of each individual. This proposal has been challenged by recent changes in drug policies and by the excessive tendency to medicalize users. In order to investigate this scenario, we carried out a qualitative, exploratory research, whose data were collected through semi-structured interviews applied to professionals from two services. The interviews aimed to understand how medications are prescribed, used and what function they operate in monitoring users, as well as to identify, through the professionals' discourse, which are the main care practices offered and the perception of HR. As a result, we have identified: the prescription of medications carried out unilaterally by psychiatry, not considering the other workers, nor the users themselves; the attribution of incurability to users, who contribute little to the construction of therapeutic projects, being excluded from this process; and the lack of understanding of the concept and proposal of HR, as we have perceived difficulties in theoretical understanding and in the practical application of this strategy. We infer that the way medications are prescribed in the investigated services point to the fragmentation of care, as the medication is designed only by a professional, disregarding other knowledges and practices, and for the persistence of the abstinence logic, distancing them from the HR references and psychosocial care.

Keywords: Medicalization; Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs; Damage Reduction.

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
Objetivo geral .....	14
Objetivos específicos.....	14
<b>1 A POLÍTICA PROIBICIONISTA DE DROGAS.....</b>	<b>16</b>
1.1 A construção do paradigma proibicionista .....	16
1.2 O proibicionismo no Brasil .....	21
1.3 A política de drogas muda sua faceta? .....	26
1.4 Os efeitos do proibicionismo (na pele): a medicalização.....	28
<b>2 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA AOS CAPS AD .....</b>	<b>36</b>
2.1 Políticas de saúde aos usuários de drogas .....	41
2.2 A Redução de Danos.....	45
2.3 Os embates da Redução de Danos .....	51
<b>3 PRÁTICAS E OBSTÁCULOS DO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS.....</b>	<b>54</b>
<b>4 A PESQUISA DE CAMPO .....</b>	<b>62</b>
4.1 O ato de pesquisar .....	62
4.2 Localidades .....	64
4.3 Participantes .....	65
4.4 Técnica e instrumentos .....	65
4.5 Procedimento.....	65
4.6 Resultados .....	66
4.6.1 O cotidiano .....	67
4.6.2 As ofertas de cuidado ao usuário.....	67
4.6.3 O acolhimento do usuário que chega .....	68
4.6.4 Apresentando esses usuários .....	70
4.6.5 A decisão pela estratégia de acompanhamento .....	71
4.6.6 Abordagem da abstinência .....	73
4.6.7 O atendimento psiquiátrico .....	74
4.6.8 A decisão pela prescrição medicamentosa .....	76
4.6.9 O usuário recebendo a prescrição segundo as trabalhadoras .....	77
4.6.10 O uso da medicação feito pelos usuários segundo avaliação das trabalhadoras.....	79
4.6.11 A interação medicamento vs droga.....	81

4.6.12	O trabalho em rede.....	82
4.6.13	As internações.....	83
4.7	Discussão.....	85
4.7.1	O usuário como doente: a visão das profissionais.....	85
4.7.2	O uso do medicamento e sua relevância no acompanhamento dos usuários .....	88
4.7.3	Medicamento e Redução de danos: é possível? .....	91
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>94</b>
<b>6</b>	<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>96</b>

## INTRODUÇÃO

No cenário anterior à Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), observava-se um processo extenso de medicalização dos sujeitos julgados como loucos, muitas vezes considerado excessivo e abusivo. Nesse período, a forma de tratamento para os ditos “loucos” mais utilizada era as internações em hospitais psiquiátricos, nas quais se medicava em excesso os pacientes para que eles ficassem calmos e quietos, já que a lotação desses lugares quase sempre estava acima da capacidade. Yasui (2006) diz que, a partir da RPB, busca-se romper com esse processo pautado no paradigma biomédico, colocando em cena o modelo psicossocial, propondo a construção de um novo olhar sobre a loucura, reconhecendo o indivíduo enquanto sujeito que vive, se relaciona e está no mundo, e, portanto, deve ser tratado de forma integral, sendo considerado ativo no seu tratamento.

Trazendo para a temática deste trabalho, os usuários de drogas nem sempre foram entendidos como público para tratamento, porém, a partir do momento que passam a constituir essa população, faz-se necessário questionar que práticas estão sendo ofertadas.

O uso de drogas é antigo, tendo sido anteriormente utilizado como remédio, pois eliminava as dores e afastava os problemas. Após o período de urbanização, com o surgimento de múltiplas tecnologias como a destilação do álcool, passa-se a problematizar o uso e abuso de drogas. Com isso, as drogas adentram na esfera biomédica e judicial, deixando a antiga esfera religiosa (OBID, 2011).

Compreende-se, neste trabalho, por droga, ou substâncias psicoativas, qualquer substância que, quando utilizadas, causam alterações na estrutura e nas funções do corpo. Utilizo do termo “droga” para fazer referência tanto à substância lícita, como álcool, quanto às ilícitas, como maconha, cocaína etc.

Uma vez compreendidas a partir dos domínios biomédico e jurídico, as drogas passam a ser alvo do que se denomina como paradigma proibicionista. Fiore (2012) aponta um conjunto de fatores para a construção desse fenômeno, como o puritanismo norte-americano, o interesse da nascente indústria farmacêutica, os conflitos geopolíticos e a influência das elites assustadas com a desordem urbana. Esse paradigma remete à guerra às drogas, que visa eliminar essas substâncias da sociedade.

Segundo Torcato (2016), a proibição das drogas, no Brasil, é antiga, e datada no século XVI, tendo sofrido inúmeras alterações legislativas durante os anos seguintes. Os usuários de drogas foram entendidos como vagabundos e desviantes e sofriram repressão pelo

modelo higienista que visava manter as cidades em ordem.

Nas décadas de 1920 e 1930, a psiquiatria é convocada a responder a questão das drogas em conjunto com o judiciário, contribuindo para o entendimento do usuário de drogas como doente. A proposta dessa conjunção entre saber médico e práticas jurídicas era ofertar cuidado aos usuários, indicando internação aos que perturbavam a ordem e a moral instituída diante sua intoxicação. No entanto, é importante destacar que não se tratava de promover a cura da enfermidade desses sujeitos, mas de servir à justiça e à sociedade burguesa (SILVA, 2013).

O Brasil ingressa no cenário internacional de drogas em 1912, com a Convenção do Ópio, na qual foi firmado o compromisso de criar medidas de controle da comercialização da morfina, heroína e cocaína. Em 1961, com a Convenção Única de Entorpecentes, e, apoiado no regime ditatorial militar de 1964, o Brasil intensifica a repressão às drogas alterando suas leis. As leis foram promulgadas na corrente associação do usuário de drogas como doente, que necessita de cuidados médicos, e ditavam como a recuperação do infrator viciado deve se realizar, mediante a determinação judicial de internação do usuário de drogas (RODRIGUES, 2006).

Entretanto, com o aumento do consumo de drogas entre os jovens de classe média e alta, na década de 70, iniciou-se uma diferenciação conceitual e de tratamento entre os traficantes e os toxicômanos, evidenciando a aliança entre psiquiatria e justiça na decisão de quem deveria receber tratamento e de quem deveria ser tratado como criminoso. As leis de drogas sofreram várias alterações, mas mantiveram o caráter proibicionista e criminalizador. Apenas em 2002, a partir da instituição da lei 10.409, apresentaram-se mudanças para o cuidado com o debate associando as drogas como questão de saúde pública na legislação brasileira (SILVA, 2013).

Após um longo percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), de modo tardio, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas começa a fazer parte do debate da saúde mental. Também em 2002, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) destinados ao atendimento dessa população. Com a criação e a implementação dos serviços substitutivos possuindo como uma das suas maiores apostas o cuidado integral ao indivíduo, a prescrição excessiva de psicofármacos é colocada em questão. Não passa a ser negado o efeito dos medicamentos, e as prescrições não deixam de ser realizadas, mas uma nova forma de pensá-las se torna necessária, uma vez que o cuidado e a coprodução de autonomia são os objetivos precursores desses serviços. Estes não objetivam mais controlar indivíduos, seus corpos e suas vivências, mas incorporá-los ao

seu acompanhamento.

A estratégia de cuidado do CAPS ad pauta-se na RD, política que propõe olhar o usuário enquanto sujeito, compreendendo o lugar ocupado pela droga na sua vida. A RD não preconiza a interrupção total do uso da droga como única via possível para o tratamento, pois trabalha a partir da realidade e da subjetividade de cada usuário, buscando pensar modos de reduzir os danos causados pelas drogas. Na prática, essa estratégia pode representar a diminuição gradual, parcial ou total da droga, dependendo do desejo do usuário. Sendo assim, a proposta dessa política é elaborar, em conjunto com esse sujeito, qual estratégia é possível para sua vida e também para sua saúde, de acordo com a sua corresponsabilidade no tratamento, sua participação e autonomia.

Percebemos que o usuário de drogas, constantemente, tem seu uso questionado e, pensando no acompanhamento a esses sujeitos a partir da lógica da RD, é necessário apreender todos os âmbitos aos quais eles circulam, incluindo os serviços. Para isso, deve-se também refletir sobre os pontos de embates encontrados nesse cuidado. Pesquisas realizadas em CAPS ad apontam impasses no cotidiano desses serviços. Carvalho e Dimenstein (2017) apotam a dificuldade dos profissionais em compreender e aplicar a estratégia da RD, acarretando no desencontro dos usuários com essa política; Beck e Cadore (2012) encontraram a dificuldade na elaboração dos projetos terapêuticos singulares e em conjunto com o usuário; dificuldades relacionadas à alta desses pacientes dos CAPS ad, uma vez que, diante da inexistência de um padrão claro dos critérios de alta, os usuários permanecem longos períodos sem acompanhamento, às vezes até sem fazer uso de alguma droga. A definição e a elaboração desses critérios recaem para o profissional, isoladamente, apontando a resistência de outros serviços no acolhimento a usuários com histórico de uso de substâncias, já que se atribui a esses sujeitos a marca da incurabilidade da dependência química (BECK E CADORE, 2012).

Considerando os desafios apontados, este trabalho buscou pesquisar quais práticas estão sendo ofertadas e realizadas aos usuários de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), tendo em vista os processos de medicalização, assim como a inserção e aplicação da Redução de Danos no tratamento. Quanto ao modo como nos referimos aos usuários, destacamos a dupla compreensão: como usuários de droga, pensando nesses sujeitos como, de fato, usuários de drogas, e como usuários de drogas e dos serviços pesquisados.

O estudo adotou o método qualitativo de pesquisa em saúde, de caráter exploratório, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas, compostas por 13

perguntas, abordando questões do cotidiano dos serviços, tais como: o acolhimento, a estratégia da RD, as prescrições de medicamentos, a interação do medicamento com a droga, as internações e o trabalho em rede. Os sujeitos participantes foram trabalhadores de dois CAPS ad de municípios distintos, situados na região do Médio Paraíba. A análise dos dados coletados foi realizada pela análise de conteúdo de Bardin (1977), através de diversas leituras, identificação de temas recorrentes e posterior criação de três categorias de análise.

Atualmente, no Brasil, vemos retrocessos em relação às políticas de drogas e de saúde mental como, por exemplo, a divulgação da nota técnica nº 11/2019, que dispõe sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Essa nota técnica retira a redução de danos como política principal do CAPS ad e coloca a abstinência como orientação para as práticas dirigidas desses serviços, configurando um grave retrocesso nesse campo. Nesse cenário de revisão e de desconstrução das políticas da área, este trabalho se faz extremamente importante como mais um estudo que objetiva contribuir para a defesa e pertinência da Redução de Danos como estratégia de cuidado.

Antes de iniciar a discussão que esta pesquisa se propõe, é preciso contar o caminho percorrido por mim até a construção do problema colocado aqui em questão. O percurso dessa pesquisa coexiste com o da pesquisadora, e tem início a partir da formação de bacharel em Psicologia e a consequente inserção no mercado de trabalho. Meu primeiro lugar de trabalho enquanto psicóloga formada, um CAPS ad, foi onde me deparei com as questões das drogas de frente. Digo “de frente”, pois já havia esbarrado com as discussões acerca das drogas prescritas durante a graduação, as quais explorei durante meu estágio curricular. A medicalização e a prescrição apareceram no estágio e pude trabalhá-las com usuárias de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) que faziam uso de benzodiazepínicos como tratamento para seu sofrimento psíquico. Essa experiência proporcionou, além de muito aprendizado, uma pulga atrás da orelha com a prescrição de psicofármacos. Questionava qual a função desses medicamentos naqueles acompanhamentos, já que eram, em sua maioria, a única forma de tratamento, a via medicamentosa.

No primeiro contato com o CAPS ad, enquanto trabalhadora, não foi diferente. As prescrições me saltavam aos olhos e comecei a pensar sobre a função do medicamento e qual a relação com as drogas que os usuários faziam. Essas faíscas foram se juntando e produzindo o desejo de pesquisar a problemática do processo de medicalização, que me entrelaça há um tempo, no CAPS ad, com os usuários de drogas, buscando pensar no cuidado realizado a

estes. Não sei dizer exatamente o momento em que realmente decidi escrever sobre esta pesquisa, mas recorro à fala de um usuário desse serviço proferida durante um grupo, que me marcou.

Levo-a comigo nesse eterno encontro com o outro, aos quais os profissionais de saúde são convocados, e acredito que posso atribuí-la um sentido maior, um dos fatores para a realização dessa pesquisa. O usuário disse o seguinte: “Eu não morri de cachaça, mas eu vou morrer de remédio”. A potência dessa frase ainda ecoa e me faz querer questionar as práticas de cuidado que são realizadas a partir das prescrições.

A partir dessas provocações, construí esta pesquisa ainda enquanto trabalhadora do CAPS ad. Um tempo após ingressar no programa de mestrado da Rural, deixei de trabalhar nesse serviço e retornei a ele para realizar essa pesquisa. Saí do lugar de trabalhadora para ocupar o de pesquisadora, e pontuo esse momento de transição como de enorme importância, e que, talvez, tenha sido necessário para que a produção desta pesquisa pudesse responder às perguntas que aqui são colocadas.

Entendendo que só é possível pesquisar quando há implicação, negando a imparcialidade e apostando em estar permeando esse campo, o tempo todo este trabalho se propõe a estudar sobre a medicalização e o cuidado no uso de drogas.

### **Objetivo geral**

Compreender, na perspectiva dos profissionais, o modo como os medicamentos são prescritos e utilizados no CAPS ad, analisando-o a partir da noção de medicalização e da política de Redução de Danos.

### **Objetivos específicos**

- 1) Identificar as principais práticas de cuidado ofertadas aos usuários de CAPS através do discurso dos profissionais;
- 2) Compreender o modo como os medicamentos são prescritos no acompanhamento dos usuários;
- 3) Compreender a percepção dos profissionais sobre a Redução de Danos no acompanhamento aos usuários;

4) Discutir o processo de medicalização a partir da prescrição de medicamentos aos usuários do CAPS ad.

# 1 A POLÍTICA PROIBICIONISTA DE DROGAS

*Da pele para dentro, minha jurisdição exclusiva começa. Eu escolho o que pode ou não atravessar essa fronteira. Sou um estado soberano, e as bordas da minha pele são muitomais sagradas para mim do que limites políticos de qualquer país.*  
Escohotado, 2004.

## 1.1 A construção do paradigma proibicionista

O uso de drogas é antigo, segundo o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas [OBID] (2011), data de 6.000 a.C., sendo sua presença constante em nossa sociedade (MACHADO E BOARINI, 2013). Segundo as autoras, as drogas já foram compreendidas comoremedío, pois eram capazes de eliminar a dor e afastar os problemas. A respeito disso, Carneiro(2008) apresenta que na época greco-latina que o uso de drogas servia para equilibrar os humores, e tal uso caracterizava o cuidado de si, no qual os sujeitos eram os seus próprios médicos. Nesse sentido, as drogas não eram proibidas e, como consequência, seu uso não era problematizado.

Escohotado (2004) apresenta duas narrativas a respeito das drogas: na primeira narrativa, ela aparece como esfera da maior tentação e como uma espécie de armadilha para fisgar os curiosos no pior dos vícios; já na segunda narrativa, a droga aparece como remédio, como magia e milagre em pílulas, a cura da alma e do corpo.

Atualmente, vimos o crescente aumento no consumo de substâncias ilícitas e o fracassado proibicionismo como método de cessar o uso e a produção dessas substâncias. Fiore (2012) considera o proibicionismo como uma forma simplificada de classificar o paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias. Não é possível atribuir a apenas um evento histórico a lógica proibicionista, pois esse fenômeno inclui um conjunto de fatores, como o puritanismo norte-americano, o interesse da nascente indústria farmacêutica, os novos conflitos geopolíticos e a influência das elites assustadas com a desordem urbana.

Carneiro (2002) afirma que é o proibicionismo que define todo o contexto de consumo contemporâneo de drogas. A determinada guerra às drogas enriquece as máfias, as polícias e os bancos, como também controlam os cidadãos no íntimo de seus corpos vigiados, com testes de urina e batidas policiais. O autor ainda complementa dizendo que

as drogas são produto da cultura, são necessidades humanas assim como os alimentos ou as bebidas, podendo ter um bom ou mau uso.

O paradigma proibicionista é composto por duas premissas fundamentais apresentadas por Fiore (2012). A primeira entende que o uso de drogas é prescindível e intrinsecamente danoso, portanto, não pode ser permitido, e a segunda diz que a melhor forma de o Estado fazer isso é perseguir e punir seus produtores, vendedores e consumidores.

Em relação à primeira premissa, é apontado que os danos fisiológicos e mentais do uso de drogas podem se apresentar em curto ou médio prazo, desencadeando graves consequências, inclusive a morte. Essa premissa argumenta que todas as ações humanas engendram algum potencial de perigo ou dano, no que remete ao uso de substâncias psicoativas, sendo as drogas mais consumidas do planeta as bebidas alcólicas, as bebidas estimulantes, como o chá, o café e os energéticos e o tabaco. O autor propõe que, uma vez que as drogas não deixarão de existir, o Estado deve promover outros tipos de controles sociais e promover o autocuidado, bem como as melhores formas possíveis de prevenção e redução de danos. A segunda premissa remete ao ataque e à repressão, e, sobre isso, estratégias frágeis paralisar com a questão das drogas.

A Comissão Global de Política sobre Drogas, instituída pela ONU em 2011, tem como propósito construir e publicar relatórios a respeito das políticas sobre drogas atuais. Ela argumenta que a guerra às drogas é um fracasso, com terríveis efeitos colaterais do mercado ilegal de drogas e das violentas e dispendiosas tentativas de combatê-lo. Fiore (2012) coloca como exemplo de não sucesso de política proibicionista a “Lei Seca”, que durou treze anos, cujas consequências foram o aumento de crimes violentos, consolidação do crime organizado e envenenamentos por conta da produção clandestina. Existem diversos exemplos na história dos paradigmas proibicionistas, e diariamente assistimos e lemos em jornais e revistas o resultado da guerra às drogas.

A Revolução Industrial levou a um crescente processo de urbanização, e, nesse contexto, surgiram múltiplas tecnologias, entre elas a do aprimoramento do processo de destilação do álcool e, como consequência, a problematização do uso e do abuso de drogas. Com isso, as drogas passaram da esfera religiosa à esfera biomédica e da Justiça (OBID, 2011 citado por Machado e Boarini, p.581-582, 2013).

O que podemos compreender é que, quando algumas substâncias psicoativas entram na esfera biomédica e da justiça, se tem o início da guerra às drogas. Essa guerra se caracteriza com a proibição de determinadas plantas utilizadas para a produção dessas

substâncias, e a partir do discurso da medicina sobre os efeitos nocivos ao organismo com seu uso prolongado. A política proibicionista do uso de drogas se baseia no medo à repressão, na persuasão moral e na intolerância ao uso. Portanto, a denominação “guerra às drogas” demonstra que o objetivo maior dessas políticas é criar uma sociedade livre das drogas (MACHADO E BOARINI, 2013).

Como as drogas são definidas como lícitas e ilícitas? Que caminho a sociedade percorreu para definir esse parâmetro? Segundo Nutt et al (2007), a classificação das substâncias na lei de uso indevido de drogas da Inglaterra não é apoiada pela avaliação dos danos causados pelas drogas. Ela não obedece a nenhum critério objetivo de toxicidade ou potencial de criação de dependência.

Karam (2010), a respeito do tema, contribui dizendo que as substâncias psicoativas e matérias primas qualificadas como drogas ilícitas, como a maconha, a cocaína etc., não têm natureza diferente de outras substâncias igualmente psicoativas, como a cafeína, o álcool, o tabaco, entre outras, sendo sua diferenciação pautada na definição de condutas ditas criminosas perante a lei. A autora complementa

Todas as substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, provocam alterações no organismo e dependendo da forma como forem usadas podem eventualmente conter riscos e causar danos, não estando aí, portanto, o motivo da diferenciação entre umas e outras. Tampouco as substâncias, hoje qualificadas de drogas ilícitas, foram sempre tratadas desta forma (Karam, 2010, p. 10).

Dias (2008) afirma que a proibição de substâncias específicas, como a cocaína e a maconha, não foi pautada na composição química ou na comprovação científica dos malefícios à saúde. A proibição foi feita por questões políticas e econômicas que têm efeitos visíveis nas formas de tratamento médico e judiciário, assim como na criminalização dos usuários dessas substâncias. Com essas provocações iniciais, questiono, então, qual o fator determinante na legalidade ou na ilegalidade das drogas?

Rybka et al (2018) argumentam haver interesse econômico na definição entre drogas lícitas e ilícitas, visto que com o avanço do conhecimento científico, substâncias como a heroína e a cocaína puderam ser isoladas quimicamente, permitindo serem produzidas em laboratório em grande concentração. Dessa maneira, também foram criadas novas substâncias sintetizadas em laboratórios. O interesse econômico que as autoras se referem é relacionado ao aumento do tráfico e ao consumo diante da maior quantidade de droga disponível, e pela produção e venda legal de medicamentos psicotrópicos através da indústria farmacêutica. Ou seja, enquanto o tráfico se beneficia com o lucro obtido pela

condição da ilegalidade da não taxação das drogas, a indústria farmacêutica conquistou o monopólio da produção e do comércio de grande parte das drogas legais.

Entende-se essa motivação econômica como fundamental para o desenvolvimento do paradigma proibicionista, pois tanto o mercado legal quanto o ilegal das drogas se beneficiavam. Porém, esse interesse por si só não explica o critério de classificação das drogas na legalidade e na ilegalidade.

Observa-se que a política proibicionista de drogas cumpre com outro objetivo estratégico: o controle social, necessário para o estabelecimento de uma ordem social, gerador das mais diversas formas de violência, injustiça e opressão a grupos sociais específicos (RYBKA ET AL, 2018).

Araújo e Moreira (2006) dizem que as drogas já foram utilizadas em rituais religiosos como medicamentos, e, a partir da sua proibição, passaram a ocupar o lugar da marginalidade, tendo sua natureza farmacológica se misturando aos valores sociais, morais e culturais de cada sociedade.

Carneiro (2018) afirma que o proibicionismo como atitude de interdição, rejeição e estigmatização moral ocorreu no século XVI e XVII a partir da chegada de novas drogas na Europa. O uso de tabaco sofreu diversas tentativas de proibição, até que em 1620 seu plantio foi proibido na Inglaterra, impulsionando a produção colonial americana. Nardi (1996, p. 354 apud Carneiro 2018, p. 83) conclui que o primeiro proibicionismo moderno foi breve, descentralizado e voltado especialmente para o tabaco ao longo século XVII.

Segundo Araújo e Moreira (2006), as sociedades ocidentais do fim do século XIX e início do século XX foram marcadas pelo primeiro ciclo de intolerância ao uso de drogas. Carneiro (2018) aponta o acontecimento em 1909 da Conferência de Xangai para tratar do temado ópio através de outra percepção, a de discutir as limitações ao comércio do ópio e de seus derivados. A partir dessa conferência e do Tratado de Haia de 1912, são determinadas a extinção progressiva do abuso do ópio, morfina, cocaína e outras drogas preparadas ou derivadas dessas substâncias.

Segundo Araújo e Moreira (2006), o governo estadunidense inicia a perseguição ao ópio em forma de fumo na década de 1870. Depois realiza a campanha contra a cocaína, que resulta na primeira lei contra ela, em 1914. A este fato, se atribui a aprovação da Lei Seca, em 1919, que proibia a venda, a distribuição e o consumo de bebidas alcóolicas em todo o território americano. Esse período de Lei Seca durou treze anos.

Rodrigues (2008) pontua que o álcool foi o principal alvo e, talvez, tenha sido a droga psicoativa mais atacada nesse momento de construção do proibicionismo. O autor

comenta que o resultado imediato dessa proibição não foi a extinção do álcool e dos hábitos associados a ele, mas a criação de um mercado ilícito à clientela, que não sofreu alterações. E, além do álcool, o autor complementa dizendo que a cocaína e a maconha entraram para a lista de drogas proibidas, ou de uso bastante restrito, no território estadunidense. Apesar de o álcool retornar à legalidade no final dos anos de 1930, as estruturas de combate às drogas ilícitas continuaram se esforçando para erradicar as drogas antigas e as novas que surgiam.

Karam (2010) destaca que, em 1961, ocorreu a Convenção Única de Entorpecentes, a qual define, em quatro listas, as substâncias e matérias primas proibidas, e impõe a criminalização destas, inclusive dos atos preparatórios. E, na fala da autora, a partir das últimas décadas do século XX, essa convenção marca, nos mais diversos Estados, as novas legislações criminalizadoras.

A próxima a acontecer é a Convenção de Viena, em 1988, quando as tendências repressivas chegam ao seu auge, pois a repressão não diz mais apenas sobre entorpecentes, mas contra o tráfico ilícito de entorpecentes e de substância psicotrópicas. Essa convenção se inspira na política de guerra às drogas lançada nos anos 80 e, agora, aprofundada, e diz que “essa guerra, naturalmente, não é uma guerra apenas contra as drogas, dirigindo-se sim, como quaisquer guerras, contra pessoas, aqui contra as pessoas de produtores, comerciantes e consumidores das substâncias e matérias primas proibidas” (KARAM, 2010, p. 4).

Carneiro (2018) destaca que, na segunda metade do século XX, sob a cobertura da ONU, o proibicionismo obtém escala global e se torna peça chave na acumulação especulativa do capitalismo. Portanto, explica a sua funcionalidade na rentabilização do capital e no incremento da força repressiva dos estados no âmbito da vida cotidiana, por meio do exercício de um biopoder coercivo.

O proibicionismo se deu a partir de diversos acontecimentos, conforme citados anteriormente, mas resultou num denominador comum, a dita guerra às drogas, sustentada pelas convenções realizadas ao longo desse período.

Laikovski (2015) comenta que, após a Segunda Guerra Mundial, o número de drogas proibidas internacionalmente aumentou, e, a partir da década de 60, a demanda por cocaína e haxixe aumentou nos EUA e na Europa.

Carneiro (2018) argumenta que o proibicionismo vem sendo uma biopolítica totalitária de controle estatal das substâncias ingeridas ou consumidas pela população, que surgiu nos regimes absolutistas europeus e despóticos asiáticos, e que subsiste hoje na forma hipertrofiada na “guerra às drogas”. Com base nesse parâmetro do proibicionismo mundial, agora, focaremos no modo como esse paradigma se instalou no Brasil.

## 1.2 O proibicionismo no Brasil

Torcato (2016) afirma que a primeira proibição à venda e a posse de ópio, de arsênico e de escamônea, no Brasil, data do século XVI, e apenas boticários, médicos, cirurgiões e escritores poderiam realizar esse comércio. Somente em 1830 há a promulgação da primeira normativa legal contra a cannabis no Rio de Janeiro, antes mesmo dos EUA.

Em outubro de 1890, é promulgado o novo Código Penal brasileiro, a partir do Decreto 847. Torcato (2016) destaca o artigo 159 do Código, que penalizava quem vendesse ou ministrasse substâncias venenosas sem autorização. O artigo 396 desse mesmo Código previa prisão de quinze dias para aqueles que se embriagassem por hábito, ou se apresentassem bêbados em espaço público. A pena também se aplicava a quem vendesse bebida alcoólica para esses sujeitos, por embriagá-los, ou por aumentar a embriaguez. Percebe-se que o consumo de álcool não era proibido, apenas a embriaguez em espaço público.

Segundo Silva (2013), nas décadas de 1920 e 1930, os decretos deixavam claro a emergência da psiquiatria como instância encarregada de regular a desordem provocada pelo uso de substâncias psicoativas na sociedade. Nessa época, iniciam-se as diferenciações entre os tipos de embriaguez, tendo como medida punitiva a prisão por embriaguez escandalosa, enquanto que, para a embriaguez habitual, que apresenta perigo ao sujeito e a terceiros, a indicação era internação de três meses a um ano. Evidencia-se o objetivo da manutenção da ordem social mais do que uma preocupação com esses sujeitos, uma vez que a internação se dava sobre aqueles que, em virtude da intoxicação, perturbavam a ordem e a moral instituída.

Laivoski (2015) contextualiza o fenômeno do proibicionismo no Brasil considerando que o marco inicial ocorre após a convenção de Haia, em 1912, a partir do comprometimento do país em fortalecer o controle sobre o uso de ópio e cocaína. A autora complementa dizendo que o uso, naquela época, se restringia à classe média. Quando as substâncias começam a se espalhar pelas ruas, o uso se dissemina para as camadas mais pobres, e, então, o governo se preocupa em retirá-las da sociedade. Na fala da autora, essa preocupação evidencia um caráter classista, que influencia o proibicionismo no Brasil.

Silva (2013) argumenta que o principal objetivo das intervenções realizadas nesse período, longe de ser o alívio de um sofrimento, de uma patologia, era a ação ortopédica

sobre uma parcela da sociedade que se negava ou não podia aderir aos padrões de normalidade burgueses da época. E acrescenta que o alvo principal dessas ações era a classe trabalhadora, negra e pobre, revelando, assim, o principal intento da psiquiatria brasileira de afirmar o código moral burguês.

Rodrigues (2006) se refere aos decretos da década de 30 tendo grande influência dos médicos em suas elaborações, sendo o usuário de drogas tratado como doente a partir dos saberes técnicos e higienistas utilizados para a montagem dessas estratégias de controle. A drogadição foi incluída nas doenças de notificação compulsória, pois, pela lei, os usuários de drogas estavam sujeitos à internação facultativa, ou obrigatória.

Silva (2013) aponta também as primeiras décadas do século XX, nas quais a intervenção médica e jurídica tinha como alvo aqueles que, de alguma forma, prejudicavam a manutenção da ordem e da moralidade, caracterizando o simples porte de droga como indicativo de periculosidade, suscitando resposta penal rigorosa. A intervenção acontecia sobre a conduta pessoal, e não mais sobre a desordem social causada pelo uso de droga, demonstrando a aliança entre justiça e psiquiatria, entre criminalização e medicalização.

Nessa direção, Rybka et al(2018) argumentam que os discursos e as práticas sociais que sustentam o paradigma proibicionista se organizam em dois eixos: o da medicalização e o da criminalização. Ambos associados a questões morais profundamente arraigadas na sociedade.

Rodrigues (2006) apresenta que o Brasil, a partir das suas estreitas ligações com os Estados Unidos, sofreu influência para seguir o modelo proibicionista norte-americano de combate às drogas. Seu ingresso no cenário internacional de intensificação da repressão ocorre em 1964 com a promulgação da Convenção Única de Entorpecentes de 1961, na qual são descritas as drogas proibidas, assim como seus derivados. As listagens de drogas proibidas frequentemente sofrem significativos acréscimos com a inclusão de novas substâncias.

Nesse mesmo período, é instalado o regime civil militar no Brasil, e as leis sobre drogas sofrem alterações. A nova legislação de drogas é editada, e o Decreto-lei 385, que criminalizava a conduta do usuário e o equiparava ao traficante, demonstra mais uma tentativa de aumentar o controle social sobre a população que contestava o regime, por meio do aumento da repressão ao consumo de drogas (Rodrigues, 2006).

Rodrigues (2006), a respeito da modificação do artigo 281 do Código Penal, diz que a mudança se situou na previsão de medida de segurança para a “recuperação do infrator viciado”, mediante a determinação judicial de internação para tratamento psiquiátrico. O

modo como as leis foram sendo promulgadas e a corrente associação do usuário de drogas como doente que necessita de cuidados médicos e, portanto, de internações psiquiátricas, explicita a forte influência do processo de medicalização.

A Psiquiatria legitimava seu discurso nesse período, pautando sua ação no cientificismo e no positivismo, ampliando seu campo de intervenção no espaço social. Assim, se associava o uso de droga com a periculosidade, e se aproximava o indivíduo alcoolista, ou toxicômano, do louco, e se justificava a internação destes pela necessidade de proteger a sociedade. Aos poucos, todo o espaço social passava a ser alvo de atenção e intervenção, em busca do ideal de uma sociedade livre do mal causado pelo uso de drogas (SILVA, 2013).

No final da década de 70, é promulgada a Lei dos Tóxicos, revogando o artigo 281 do Código Penal. Rodrigues (2006) relata a inserção do Brasil no controle internacional das drogas após o fim da ditadura, em 1985. Na Lei dos Tóxicos, a dependência de tóxicos foi tratada como um tipo de doença mental e o seu reconhecimento implicava na imposição de medida de segurança para tratamento da dependência. Nos anos seguintes, outras leis são promulgadas corroborando a mesma lógica que atrela criminalização e medicalização do uso de drogas.

Nesse momento, o consumo de drogas sofreu considerável aumento entre jovens de classes média e alta, assim como se inicia a diferenciação conceitual e de tratamento entre os traficantes e os toxicômanos com a aliança entre Psiquiatria e justiça. A diferenciação se pautava em caracterizar o pequeno distribuidor de drogas, originário dos guetos, como delinquente, enquanto o consumidor, supostamente corrompido pelos traficantes, era qualificado como doente e merecedor de tratamento médico e psicológico (RYBKA ET AL, 2018).

Silva (2013) também aponta o aumento do número de novos usuários a partir da década de 70 e, quando constatada a dependência, esse usuário deveria ser direcionado ao tratamento médico e sua pena ser convertida em internação. Os jovens de classe média, em sua maioria, eram compreendidos enquanto usuários, e os jovens de periferia eram taxados como traficantes, refletindo no preconceito racial e indicando quem essa mudança prioriza.

Assim, chegava ao Brasil o modelo médico-jurídico a partir da diferenciação entre o estereótipo de criminoso e o de dependente. O papel do psiquiatra era fundamental para decidir qual medida era cabível em cada caso, incumbindo a ele dizer se era doente que precisava ser tratado ou criminoso que deveria ser punido e afastado.

Portanto, é possível perceber que a questão da droga passou por um processo de

reconfiguração a partir da década de 70, tanto no âmbito criminal como no âmbito do saber psiquiátrico. A mobilização em torno do enfrentamento da questão passa a envolver toda a sociedade, e as estratégias de vigilância e prevenção ganham atenção e investimento, formando-se, assim, uma força tarefa no combate ao uso de droga no cenário nacional (SILVA, 2013).

No ano de 1991, é consolidada a adesão do Brasil ao modelo mais recente de controle internacional de drogas, a partir da promulgação da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas, de 1988, ao relacionar, pela primeira vez, o problema da droga à organização de traficantes (Rodrigues, 2006).

Karam (2010) concorda com a autora ao dizer que a versão brasileira da globalizada guerra às drogas se explicita a partir de 1998, com a criação da Secretaria Nacional Antidrogas, órgão executivo do Conselho Nacional Antidrogas. Ela centra sua crítica com base na denominação da “secretaria antidrogas sugerindo uma visão distorcida e fantasiosa sobre as substâncias psicoativas, visualizadas, militarmente, como se fossem o inimigo” (p. 6).

Karam (2010) expõe que diversos projetos foram apresentados para modificar a lei vigente, a Lei 6.368. Um desses deu origem à Lei 10.409 de 2002. Essa lei dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias, ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, além de outras providências.

Essa lei apresenta algumas mudanças, como a adoção da estratégia de redução de danos, pela primeira vez, a saúde aparece na legislação brasileira de drogas. Entretanto, a lei mantém o perfil de criminalização e repressão ao consumo e porte de drogas (NEVES, 2018).

Nesse mesmo ano de 2002, é instituída a Política Nacional Antidrogas pelo decreto nº 4.345, de 26 de agosto, que estabeleceu objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico, estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas. Nesse decreto, há a preocupação em haver separação entre usuário, pessoa em uso indevido, dependente e traficante de drogas, como também é explicitada a não discriminação dos indivíduos por serem usuários, ou dependentes de drogas. Acredita-se que a prevenção é mais eficaz e, também, de menor custo, além de reconhecer o direito de toda pessoa com problemas decorrentes do uso de drogas ao devido tratamento. Esse

decreto compreende e aposta na prevenção e na educação em relação ao uso de drogas.

A PNAD passou a se chamar Política Nacional sobre Drogas, em outubro de 2005, por meio de uma resolução do CONAD (NEVES, 2018). A mudança de nomenclatura de “antidrogas” para “sobre drogas” indica que a política antiproibicionista ganha espaço. Em 2006, a nova lei de drogas é publicada, sendo a Lei 11.343.

Torcatto (2016) sinaliza o ano de 2006 como o marco da crise do proibicionismo, em decorrência da lei 11.343, a qual procurou apresentar mudanças conceituais em relação ao histórico, uma vez que os órgãos e as políticas deixaram de ser “antidrogas” e se tornaram “sobre drogas”.

A Lei 11.343 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuário e de dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências (Brasil, 2006).

Os órgãos que regulamentam as políticas de drogas atualmente e realizam a gestão da Lei de drogas são a Sisnad e, também, o Conad (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas). O Conad é o órgão superior permanente da Sisnad e é definido pelo decreto nº 9.926 de julho de 2019. Eles possuem, como meta, planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de prevenção e repressão ao tráfico ilícito, uso indevido e produção não autorizada de substâncias entorpecentes e de drogas que causem dependência física ou psíquica, e a atividade de recuperação de dependentes. O CONAD foi criado em 1998 e reformulado em 2019. O conselho é responsável pela aprovação, reformulação e acompanhamento do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas e pela deliberação de iniciativas do governo federal que visem a cumprir seus objetivos.

Neves (2018) aponta que a Lei de Drogas de 2006 elenca uma série de atividades voltadas para a prevenção, reinserção social e atenção, e os CAPS ad fazem parte dessas atividades. Pela primeira vez, a atenção é utilizada numa lei de drogas no país, buscando um equilíbrio entre essas atividades e as de repressão. Também são apontadas instituições sem fins lucrativos, as Comunidades Terapêuticas (CTs), que atendam os usuários de drogas e podem receber recursos do Fundo Nacional Antidrogas.

Silva (2013) discute que a nova lei de drogas pode ser pensada como um passo, pequeno, mas significativo, na direção da retirada do uso de droga do rol de problemas a serem resolvidos pelo dispositivo penal. O porte de droga para consumo próprio não é descriminalizado, mas retira a possibilidade de aplicação de penas privativas de liberdade.

A alteração dessa lei, que merece destaque neste trabalho, diz respeito à punição. Ela passa a punir de maneira diferenciada aquele que utiliza a droga para consumo pessoal e aquele que fornece, produz, contribuiu como informante de organização criminosa, ou se estimula o consumo da droga, mesmo sem objetivo de lucro. Para o usuário, a lei prevê advertência sobre os efeitos da droga, prestação de serviços à comunidade e medidas socioeducativas - Art. 28. Já para aquele que exporta, vende ou instiga o consumo da mesma, prevê pena de detenção de acordo com a gravidade do crime - Art. 33 (NEVES, 2018).

Dessa maneira, entende-se o sujeito que faz uso de drogas, quando compreendido enquanto usuário, pode ter sua pena convertida em tratamento, já o traficante deve ser punido.

Entretanto, um risco decorrente desse processo aparece na tendência a tomar como “usuários” pessoas de classes mais altas, e como “traficantes” aqueles oriundos de camadas menos abastadas, uma vez que o imaginário social opera com grande facilidade na transposição entre pobreza e criminalidade (SILVA, 2013).

Busca-se retirar o usuário de droga da esfera jurídica e acomodá-lo no âmbito da saúde pública, mas é preciso analisar se o limite entre esses dois campos foi e continua bem estabelecido.

### **1.3 A política de drogas muda sua faceta?**

No cenário de tensões envolvendo a política de álcool e outras drogas, o consumo nocivo dessas substâncias sempre foi vinculado à política proibicionista. Entretanto, no período de 1990 a meados de 2010, ela sofreu forte influência da Coordenação de Saúde Mental e também dos representantes de centros acadêmicos, sob a égide da Redução de Danos, política cuja apresentação será feita no próximo capítulo, resultando na modificação dessas políticas a partir de um novo olhar antiproibicionista (GUIMARÃES E ROSA, 2019).

Esse cenário sofre alterações quando uma nova configuração ganha visibilidade: trata-se da proposta realizada durante a campanha eleitoral de 2010 em torno da questão da “epidemiado crack”. Essa proposta vira o decreto nº 7.179 de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, o programa “Crack: é possível vencer”, o que causa estranhamento, uma vez que a droga mais utilizada é o álcool, e não o crack, segundo a OMS.

O panorama histórico do fortalecimento das políticas proibicionistas segue em 2016, quando os segmentos opostos à RPB assumem a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e transformam esse decreto na Portaria 3.588/2017 (GUIMARÃES E ROSA, 2019).

Em 2015, as propostas conservadoras e neoliberais provocam mudanças na gestão da Política Nacional de Saúde Mental. Outro acontecimento que aponta a mudança de direção é a inclusão e institucionalização das Comunidades Terapêuticas na RAPS, em 2011, através da portaria n. 3.088. A partir da Resolução CONAD n° 1/2018, a política brasileira sobre drogas salta rumo à tendência predominantemente proibicionista, com o estabelecimento de diretrizes que realinham e fortalecem a Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Essas alterações priorizam a abstinência em detrimento das estratégias de Redução de Danos, enfatizando o olhar que desqualifica as práticas de RD e incentivando o confinamento como melhor forma de tratamento aos usuários de drogas (GUIMARÃES E ROSA, 2019).

O ponto crucial da mudança na Política de Drogas se constitui através da publicação da Nota Técnica n° 11/2019, que modifica a Política Nacional sobre Drogas, caracterizando-se como um retrocesso da RPB a partir das suas alterações. Na fala de Guimarães e Rosa (2019) sobre as alterações

Dentre as barbáries, podemos citar: a internação, inclusive de crianças e adolescentes, em hospitais psiquiátricos considerados espaços privilegiados de cuidados contrapondo-se com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além do redirecionamento do financiamento público; a legitimação das comunidades terapêuticas como local estratégico no “tratamento” de pessoas em consumo de SPA, desqualificando as estratégias de redução de danos; a previsão de financiamento público para aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia que passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde. Vale destacar que fica nítido nesta Nota Técnica o lugar privilegiado da Psiquiatria, em detrimento dos outros campos do conhecimento, da clínica ampliada e do trabalho em equipe (Guimarães e Rosa, p. 130, 2019).

O avanço das políticas proibicionistas de drogas ocorre, também, através da revogação do decreto n° 4.345 de 2002, na substituição pelo decreto n° 9.761 de 11 abril de 2019, se definindo a atual Política Nacional sobre Drogas. As principais mudanças com o novo decreto dizem respeito à prevenção, promoção e tratamento do uso de substâncias com ações que desestimulem o uso inicial, que conscientizem e incentivem a diminuição dos riscos associados ao uso indevido e à dependência de drogas lícitas e ilícitas. O decreto também se opõe à legalização das drogas, fortalece as articulações com as Comunidades

Terapêuticas e reconhece que estratégias de tratamento não sejam apenas baseadas na Redução de Danos, mas também em ações de Promoção de Abstinência.

Portanto, é possível compreender que o atual decreto é um retrocesso na Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois, ao colocar a abstinência como promoção de cuidado, desconsidera o usuário enquanto principal ator no tratamento, reafirmando que o combate às drogas está se reestabelecendo. Isto é, ao invés de dialogar com as políticas públicas de saúde vigentes, como os CAPS ad, o atual decreto combate o uso, independente do que esse uso caracteriza na vida de cada sujeito.

A partir da síntese do modelo proibicionista, sua consolidação, seus avanços e retrocessos, agora, se faz necessário contextualizar esses eventos do cuidado aos usuários de drogas. Sobre a Lei de Drogas vigente, a ausência de um critério objetivo que separe a figuras do traficante e do usuário leva à caracterização da maioria das prisões como tráfico. Essa lei serviu apenas reforçar o tratamento diferenciado que os jovens brancos e de classe alta já recebiam: estes passaram a ser caracterizados como usuários, recebendo penas leves, enquanto os negros, pobres e de periferia, continuaram sendo presos (BOITEUX et al, 2009).

Diante disso, chegamos próximo ao questionamento colocado neste trabalho de pensar que cuidado é realizado aos usuários de drogas e qual sua relação com o processo de medicalização. É preciso, agora, explicitar a que medicalização me refiro para que possa ser possível compreender a pergunta colocada aqui.

#### **1.4 Os efeitos do proibicionismo (na pele): a medicalização**

O abuso de substâncias psicoativas é amplamente debatido, visto que suas discussões não se fecham, e nem deveriam, na comunidade acadêmica e/ou médica, pois ele se encontra no cotidiano. Em sua maioria, os discursos a respeito do uso de substâncias são pautados pela estigmatização, se perdendo, assim, o debate a respeito do prazer ocasionado pelo uso.

Sissa (1999) afirma que todo drogado é, no início, um experimentador da química da felicidade. A autora coloca que a morfina, a heroína e o ópio não são apenas remédios específicos que tratam de um sofrimento singular, mas são anestésicos tão generosos que libertam do mal-estar e criam um estado geral de despreocupação feliz.

Partindo da percepção de Sissa, as substâncias psicoativas não necessariamente devem ser apontadas como negativas, pois podem trazer também benefícios. Não se nega o

efeito do uso prolongado de substâncias psicoativas no corpo, assim como na saúde, mas a ação não deveria ser apenas criminalizar e proibir o uso. É necessário compreendê-lo para, assim, compreender seus usuários.

Alarcon (2014) discute sobre o sentido maléfico ou benéfico da droga, dizendo que nenhuma droga é em si mesma má ou boa, o que pode determinar sua posição é em relação ao uso que se faz dela ou quanto a sua administração. Classificar as substâncias como drogas boas ou ruins não implica diminuir ou aumentar o uso pelos sujeitos. Sendo assim, o autor aponta que não é a bondade ou a maldade da substância que deve ser levada em consideração, mas o contexto de vida em que a droga é utilizada pelo sujeito.

Mas, então, quando o usuário se torna dependente? Em que momento acontece a transição de usuário de droga a dependente químico? Alarcon (2012) aponta que a identificação de um usuário ocorre segundo a maneira que ele faz uso de drogas no seu cotidiano. Se o uso produz nenhum ou pouco impacto sobre a saúde do sujeito, este é considerado experimentador. O usuário recreativo é aquele que usa drogas repetidas vezes, mas controla esse uso, não produzindo mudanças em suas funções orgânicas, psicológicas e sociais. Por último, quando o uso produz consequências físicas, psicológicas ou sociais, ultrapassando os valores aceitos em respeito à quantidade, frequência e vias de administração é considerado abusivo.

Portanto, a caracterização de dependência química e o seu consequente diagnóstico clínico dependem da presença de um conjunto de sintomas que indicam se o sujeito não interrompe o uso, independentemente dos prejuízos causados.

O critério utilizado no Brasil para diagnóstico de dependência química é o da Classificação Internacional de Doenças, (CID-10) compreendendo seis aspectos, que são (1) desejo forte e compulsivo de consumir a substância, (2) dificuldades para controlar o comportamento de consumo de substâncias com relação ao início, fim ou níveis de consumo, (3) estado de abstinência fisiológica quando o consumo é suspenso ou reduzido, (4) evidência de tolerância, (5) abandono progressivo de outros prazeres em virtude do consumo e (6) persistência do consumo de substâncias, apesar de provas evidentes de consequências prejudiciais. O diagnóstico é válido se um sujeito apresentar pelo menos três dos sintomas citados acima (ALARCON, 2014).

Dessa maneira, podemos compreender que o diagnóstico pautado no CID expressa uma modificação de usuário à dependente químico. A questão a ser debatida neste trabalho situa-se nessa transição, questionando o que está em jogo ao identificar o usuário enquanto doente passível de tratamento. O sujeito, ao ser diagnosticado como dependente químico e

ao iniciar uso de medicação prescrita, será socialmente aceito? Esse ato tem o poder instantâneo de retirar do sujeito, e de sua família, a caracterização de drogado, marginalizado e excluído da sociedade? E, para além, em que medida o diagnóstico pode produzir, ou estar articulado, a estratégias de cuidado?

Para desfiar essas questões, neste momento, se faz necessário a conceituação do termo “medicalização”, pois colocar o sujeito enquanto doente e passível de tratamento medicamentoso vem desse conceito.

A definição de medicalização mais aceita atualmente é a de Conrad (1975; 2007 apud Carvalho et al 2015), que a entende como um processo no qual determinado comportamento e/ou problema não médico é definido, em termos médicos, em geral, como doença, transtorno ou problema médico.

Zorzaneli et al (2014) afirma que Conrad é o principal nome quando se trata de ilustrar a medicalização, e a define como um processo irregular, dizendo que “a ênfase na irregularidade indica que esse processo é variável, anômalo, desigual, dependente de seu alvo, do grupo social a que esse alvo pertence, dos vetores que concorrem para sua configuração” (p. 1863). Sendo assim, na fala dos autores, essa irregularidade significa que alguns comportamentos são mais medicalizáveis do que outros.

Zorzaneli et al (2014) traz o aspecto ressaltado por Conrad e Schneider (1992 apud Zorzaneli, 2014) sobre a expansão dos limites das categorias nosológicas que passam a incluir cada vez mais indivíduos. O exemplo trazido no texto discute o Transtorno de

Déficit de Atenção (TDAH) que, inicialmente, se aplicava somente a crianças excessivamente ativas, impulsivas e distraídas, sobretudo meninos, e, atualmente se tornou uma categoria mais inclusiva, abrangendo meninas e, também, adultos. Os autores concluem que o rótulo de doença é uma das formas, mas não a única, pela qual a medicalização tem lugar, sendo o diagnóstico um facilitador, mas não a condição exclusiva.

Baseando-se em Conrad, Freitas e Amarante (2015) também discutem o tema da medicalização, apresentando-o como um processo amplo pelo qual condições humanas e problemas ordinários passam a ser definidos e tratados como condições médicas, tornando-se, portanto, objeto de estudo médico, diagnóstico, prevenção ou tratamento. Freitas e Amarante (2015) afirmam que a primeira vez que, explicitamente, aparece a expressão “medicalização da sociedade” é no começo dos anos 70, em um artigo do sociólogo Irving Kenneth Zola. Nesse texto, o autor discorre sobre o processo histórico que a medicina percorre para se transformar em uma instituição de controle social, ocupando o lugar assumido anteriormente pela religião e pela lei. A medicina adentra territórios considerados

tabus e adquire o direito de determinar como se deve trabalhar, dormir, se divertir, incorporando à sua jurisdição as experiências da vida, antes consideradas normais, como acontece com o uso de substâncias psicoativas.

Outra definição que incorporamos neste trabalho é a de Onocko et al (2013), que também define a medicalização como o que antes era considerado características pessoais e que agora tornou-se doença e, a partir disso, problemas não médicos são diagnosticáveis e passíveis de prescrição de medicamentos como tratamento. A autora pontua que essa melhor especificação e compreensão do que se entende como patológico é financiado, em grande parte, pelas indústrias farmacêuticas através de pesquisas, e, conseqüentemente, usuários diagnosticados com alguma patologia necessitam de um psicofármaco para que seja possível tratá-la.

Freitas e Amarante (2015) corroboram com essa análise de Onocko (2013), uma vez que mencionam a aliança entre a indústria farmacêutica e a psiquiatria que, baseada em fundamentos científicos, causa efeitos profundos em nossa existência. Essa aliança, na fala dos autores, é um dos aspectos mais relevantes da medicalização do homem contemporâneo, e isso ocorre porque, para que a indústria farmacêutica tenha êxito na expansão de seus negócios, é necessária a criação de novos doentes e, portanto, é necessário o papel do médico. Na visão dos autores, a medicina passa a ocupar o lugar tradicionalmente ocupado pela religião e pela lei, se tornando a instituição com maior poder de controle social.

Há a espantosa propagação do que para a medicina é considerada como boas práticas de vida. Como jamais ocorreu na história da civilização, perdemos a autonomia. Tendo em vista que para sermos sujeitos nos sujeitamos ao poder médico-farmacológico, conseqüentemente menos sujeitos somos em relação a nosso pensamento, ao nosso modo de agir e ao que sentimos (Freitas e Amarante, p. 34, 2015).

De acordo com o estudo de Angell (2007 apud Freitas e Amarante 2015) sobre as indústrias farmacêuticas, estas sempre estão introduzindo drogas inovadoras no mercado que, na maioria das vezes, trata de versões maquiadas de drogas já comercializadas. Em sua pesquisa, a autora constatou que, no período de 1998 a 2002, 415 novas drogas foram aprovadas pelo Food and Drug Administration (FDA), sendo que apenas 14%, de fato, representavam novas drogas, 9% eram drogas antigas com alguma pequena mudança, e os outros 77% eram as mesmas drogas antigas já comercializadas, porém, com alteração do nome comercial. A autora explicita que a maneira pela qual novas drogas chegam ao mercado se dá através de pesquisas realizadas em universidades e laboratórios financiados

pelo Estado, e, com isso, a indústria farmacêutica se apropria dos resultados para suas finalidades lucrativas. Na sequência, clínicos e cientistas são pagos para fazer propaganda de produtos farmacêuticos em troca de participação em congressos, por exemplo. O que se observa a partir do estudo da médica Angellé que a aliança entre indústria farmacêutica e medicina dita qual droga é mais adequada para cada transtorno, em prol de uma vida com bem estar físico, psíquico e mental.

Outra conceituação que contribui para esta pesquisa é a de Illich (1975), expondo que a constituição da saúde de cada indivíduo ocorre através da sua autonomia pessoal, e é justamente essa autonomia que a invasão da medicina busca reduzir, seja sob forma de dependência pessoal, ou por medicalização da sociedade. Quando o sujeito perde sua autonomia, perde-se também o cuidado, afinal, não é possível pensar uma clínica sem o sujeito. Freitas e Amarante (2015) compreendem que a crítica de Illich se dirige à medicina industrializada, e que esta tem destruído as capacidades culturais de lidar com a morte, a dor e a doença como experiências pertencentes à existência humana, transformando-as em mercadorias. Os autores relatam, ainda, que se uma sociedade está se desenvolvendo para garantir um melhor bem-estar da população e uma melhor qualidade de vida, o que se espera disso é que existam menos doenças, e, conseqüentemente, menos doentes, e não o processo inverso, que é observável.

Camargo (2013) corrobora com a crítica à medicalização expondo o conceito da farmacologização, ao reforçar a ideia de que para cada mal existe um fármaco específico, resultando na expansão do mercado farmacêutico e na colonização da vida humana pelos produtos farmacêuticos. Isto é, os conceitos apontam o processo de prescrição de psicofármacos para tratar algum desvio.

A respeito dos tratamentos exclusivamente medicamentosos, estes se tornam questão, pois, uma vez que são compreendidos a partir do modelo biomédico, segundo Camargo (2007), se centram na doença e produzem uma redução da concepção de saúde, isto é, reduzem o sujeito ao seu sintoma, ao que é considerado problema.

Retomando um dos princípios do SUS, a noção de integralidade que, segundo Souza et al (2012), se baseia em ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde, esta permite a percepção integral do sujeito, considerando o seu contexto histórico, social, político, familiar e ambiental ao qual está inserido. Reafirmando, assim, o pensamento de que não é possível que a doença seja centralizada na clínica, com o olhar focado apenas nos sintomas, já que o sujeito é mais do que um corpo biológico e deve ser compreendido na sua integralidade.

Uma vez apresentado o conceito da medicalização, é preciso situar o lugar que ela ocupa no cuidado aos usuários de drogas. Zorzaneli et al (2014) argumentam sobre os comportamentos transgressivos das normas sociais vigentes, apontando que, quando estes atos são convertidos em doenças, a avaliação moral sobre o sujeito é reduzida, exemplificando com os casos de uso abusivo de álcool, ou seja, este uso deixa de ser compreendido como fraqueza moral e se torna doença, sendo, portanto, passível de tratamento. Nessa direção, pode-se argumentar que o processo de medicalização é condição de possibilidade para o surgimento de estratégias de tratamento e pode ter, como efeito, a redução dos preconceitos sociais.

Rybka et al (2018) apresenta a impressionante proliferação de entidades nosológicas psiquiátricas acompanhadas da invenção de medicamentos psicotrópicos, comercializados com a promessa de controlar sintomas e, desse modo, tratar essas novas patologias. Com relação ao uso de drogas, as autoras apontam a cristalização da noção da dependência química como doença e o estabelecimento da abstinência como meta do tratamento, definindo como papel das ciências da saúde a busca do controle sobre a adicção.

Freitas e Amarante (2015) relatam o estudo do sociólogo estadunidense Talcott Parsons(1951) a respeito do papel social do doente, que se encaixa na discussão a respeito da medicalização de usuários de substâncias psicoativas:

Produzir doentes e construir seu papel na sociedade são mecanismos fundamentais para a reprodução econômica e política do sistema, pois tal produção gera lucros e garante poderes não apenas aos profissionais de saúde, mas também para outros agentes político-econômicos. O papel do doente é igualmente funcional para as interações interpessoais, sob o ponto de vista da cultura e da sociedade. (Freitas e Amarante, 2015, p. 19).

Trazendo para a temática deste trabalho, diagnosticar e, conseqüentemente, medicar o usuário de drogas pode resultar na produção de um doente. Sendo essa uma produção que, além de agregar econômica e politicamente ao sistema, posiciona esses sujeitos como socialmente aceitáveis, uma vez que deixa de ser um viciado e se torna um doente. Esse processo retira o julgamento moral atribuído aos usuários anteriormente vistos como vagabundos ao colocá-los como sujeitos que demandam cuidado, sendo entendidos como o processo da medicalização.

Para Fiore (2005) a medicalização é, em conjunto com a criminalização, um dos eixos do surgimento do fenômeno das drogas na modernidade. O autor apresenta que a medicina moderna se centrou, principalmente, na ordenação e normatização positiva da vida

social a partir do crescimento das cidades, propiciando atenção a todo tipo de doença, desordem e loucura. Nesse momento, algumas substâncias nomeadas como drogas proporcionavam estados de loucura e de comportamentos anormais, resultando em vícios e impedindo o desenvolvimento de uma vida saudável. As substâncias que tinham função terapêutica e eficácia comprovadas cientificamente foram separadas das drogas que enlouqueciam, sendo as primeiras restritas a aprovação do médico.

Freitas e Amarante (2015) discutem a dependência de drogas ilícitas ou lícitas, antes entendidas como experiências de vida, e, agora, encaradas como reveladoras de fraqueza e de falta de vontade, condutas socialmente condenadas que acabam se constituindo em objeto da especialidade médica.

Silva (2013) argumenta que, a partir da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado em 1980, o uso de droga apareceu denominado “transtorno de uso de substância”, deixando de fazer parte do conjunto de transtornos de personalidade. As dependências passam a ser classificadas e é introduzida a categoria “abuso”, caracterizando como patológicos padrões cada vez menores de consumo. Também se aumenta o número de substâncias inseridas nos subitens do transtorno, abrangendo um número maior de indivíduos nesse conjunto em expansão, permitindo o alargamento da interferência da Psiquiatria sobre o uso de droga.

A partir da introdução da medicina na regulação das drogas, é possível pensar sobre as drogas prescritas e proscritas. Tanto o clonazepam quanto a cocaína são substâncias psicoativas, mas o que as diferencia entre si é o estatuto de o clonazepam ser uma droga prescrita e possuir seu consumo e venda controlados pelo Estado, enquanto a cocaína se traduz numa droga proscrita, que não possui nenhum tipo de controle pelo Estado quanto a sua produção, seu consumo e sua venda.

Silva (2013) aponta que a partir da Lei de Drogas de 2006, com a diferenciação entre usuários e traficantes, retira-se do dispositivo penal a problemática das drogas, inserindo-o no âmbito da saúde pública. Porém, a autora alerta que essa transição caminha no sentido da medicalização, uma vez que a lei prevê que os usuários sejam encaminhados para tratamento em estabelecimentos especializados. Como afirma Silva (2006), “assim, a justiça parece recuar, mas garantindo que a Psiquiatria continue avançando” (p. 15).

O processo de medicalização nos usuários de drogas, ao transformar esses sujeitos em doentes, com a oportunidade de tratamento e uma possível aceitação social através dos diagnósticos, vem acompanhado, na maioria das vezes, da prescrição de medicamentos. Uma vez que a medicalização retira o julgamento moral deste usuário, o mesmo se torna

um sujeito que requer tratamento, cuidado e atenção. Este trabalho busca compreender qual o limite entre a prescrição e o cuidado, questionando, portanto, qual lugar a medicação ocupa no tratamento de usuários de drogas e de que modo ela se relaciona com a RD nesse contexto.

## 2 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA AOS CAPSAD

*Como jamais ocorreu na história da civilização, perdemos a autonomia. Tendo em vista que parasermos sujeitos nos sujeitamos ao poder médico-farmacológico, conseqüentemente menos sujeitos somos em relação a nosso pensamento, ao nosso modo de agir e ao que sentimos (Freitas e Amarante, 2015, p. 34).*

A assistência psiquiátrica brasileira, prévia à reforma psiquiátrica brasileira (RPB), caracterizava-se pela oferta exclusiva e compulsória de internação em hospitais psiquiátricos públicos. Esse modelo hegemônico, essencialmente hospitalocêntrico e excludente, estende-se desde a inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, até os anos sessenta do século XX. O processo da RPB buscou transformar a assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico, almejando alterar o modo como a sociedade compreende a loucura.

A RPB tem como marco inicial os anos 70, a partir do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Segundo Tenório (2002). Esse movimento denunciava os abandonos, aviolência e os maus tratos realizados contra os pacientes que estavam internados em hospitais psiquiátricos. A crítica do movimento não se pautava nos pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas sobre seus excessos ou desvios.

Esse movimento teve algumas influências que o inspiraram e o tornou possível, e podemos citar a de Franco Basaglia, psiquiatra e importante ator para Reforma Psiquiátrica Italiana. Ele esteve no Brasil em 1978 e retornou em 1979, trazendo aportes essenciais para o desenvolvimento das políticas de saúde mental e para a própria RPB. Basaglia (1964) argumenta que se a doença mental é a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio, o doente não encontra outra coisa senão o espaço onde se verá, definitivamente, perdido, transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento. O modelo de cuidado realizado não propõe, de fato, o cuidado, mas a exclusão dos degenerados, dos loucos, dos que não se encaixam no padrão vigente da sociedade, para que não atrapalhem a ordem comum desta.

A proposta do MTSM foi trazer à tona a denúncia da saúde mental e dos cuidados envolvidos aos pacientes, como a violência dos manicômios e o tratamento mercantilista da loucura. A indústria da loucura era muito rentável financeiramente, pois, como afirma Tenório (2002), existem três variáveis que postulam o lucro de uma instituição de

internação: uma quantidade maior de pacientes internados, o maior tempo de internação e o menor gasto com a manutenção do paciente internado. Isto é, em uma internação com consulta psiquiátrica, com intervalo grande e sem acompanhamento de outros profissionais como psicólogo, maior o rendimento. A loucura constituía um grande comércio, com internações longas, extremamentelucrativas e frequentemente violentas.

Em 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Em São Paulo, acontece o II Congresso Nacional do MTSM, importante evento no qual é construída a carta de Bauru. O lema trazido pela carta era: “Por uma sociedade sem manicômios”. O objetivo dessa conferência era de resgatar a discussão sobre segregação e violência institucional, repensando as práticas e inventando possibilidades para ampliar o campo de atuação, rompendo radicalmente com o modelo hegemônico de tratamento enclausurado. Nesse momento, são incorporados mais aliados para a luta antimanicomial, além dos trabalhadores de saúde, sendo esses os usuários e familiares (YASUI, 2006).

Após o período ditatorial, a redemocratização trouxe a expectativa da construção de uma sociedade mais justa e menos desigual, por meio da implementação de políticas públicas sociais universais. Foi o que ocorreu no setor da saúde com a criação de um sistema de saúde universal, pautado na equidade e na integralidade para todos os cidadãos brasileiros. O sistema único de saúde (SUS) foi formulado na Constituição de 1988. (MACHADO, 2006).

Em 1987, é criado o CAPS Luiz Cerqueira, o primeiro CAPS do Brasil. Em 1989, é realizada uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, já que o local era caracterizado por realizar maus-tratos e ocasionar mortes de pacientes. Essa intervenção significou um importante marco na construção de uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico. Dias (2008) caracteriza a intervenção como um ato político que possibilita a criação dos equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico, com a implantação dos serviços chamados de Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS).

Dias (2008) destaca que os NAPS foram importantes para o movimento que visava transformar as práticas de cuidado na saúde mental ao demonstrarem ser possível substituir os hospitais psiquiátricos por serviços abertos e que funcionavam na lógica de território. Esses serviços tinham funcionamento de 24h, além de cooperativas, residências para os internados e associações para acompanhar os egressos dos hospitais psiquiátricos, assim como os que ainda permaneciam naquele espaço, se tornando um grande marco da grande repercussão da Reforma Psiquiátrica.

Outro marco histórico importante para a construção da RPB acontece nos anos 90, com a realização da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, em Caracas. Segundo Hirdes (2009), nessa conferência, foi construída a Declaração de Caracas, em que pactua os países da América Latina com o comprometimento de promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, revendo criticamente o modelo hospitalocêntrico, assim como de assegurar os direitos civis e humanos e a dignidade pessoal dos usuários.

Em 1989, foi proposto ao Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil. Sua proposta original não foi aceita, mas um substitutivo do projeto original foi aprovado 12 anos depois, em 2001, que se concretizou na lei nº 10.216, conhecida como a Lei da Reforma. No entanto, já em 1992, alguns movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado e pela II Conferência Nacional de Saúde Mental, conseguiram aprovar, em vários estados do país, as primeiras leis que substituem os leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (YASUI, 2006).

O substitutivo do Projeto de Lei Paulo Delgado, a chamada Lei Federal nº 10.216 de abril de 2001, redireciona a assistência em saúde mental, mas não institui mecanismos para a extinção progressiva dos manicômios como o projeto original propunha. Contudo, somando forças com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, dá-se a criação de linhas específicas de financiamento pelo Ministério da Saúde para a nova concepção de cuidados da saúde mental e novos mecanismos de fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos no país. A rede de atenção diária à saúde mental ganha expansão e o processo de desinstitucionalização de pessoas internadas por um longo período ganha força, com a criação do Programa “De volta para casa” (YASUI, 2006).

Os CAPS foram instituídos pelas Portarias nº 189 de 1991 e nº 224 de 1992 que, respectivamente, regulamentaram os serviços extra-hospitalares, incluindo os CAPS e os NAPS. Posteriormente, a partir Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, e a partir da lei 10.216 de 2001, os CAPS são reafirmados sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redirecionam o modelo assistencial em saúde mental. Nessa Portaria, são estabelecidas as modalidades de serviços, que são CAPS I, CAPS II e CAPS III, sendo que a definição de modalidade fica a cargo da quantidade de moradores do município ou de outro parâmetro populacional definido pelo gestor local.

Os CAPS devem se constituir em serviços ambulatoriais de atendimento diário a

pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, com regime de tratamento intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. A assistência prestada pelos serviços, ainda segundo a Portaria, deve incluir atendimentos individuais, em grupo, em oficinas terapêuticas, atendimentos familiares e comunitários, assim como visitas domiciliares em todas as modalidades. O que difere o CAPS I e II do CAPS III é que este último se caracteriza como um serviço 24 horas. Além disso, existe a especificação de CAPSi e CAPS ad, sendo o primeiro um serviço de atenção psicossocial para crianças e adolescentes, e, o segundo, um serviço de atenção psicossocial para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm sido considerados um dos avanços mais significativos na Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois a proposta central do CAPS é o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana, visando à reintegração social por meio do acesso ao trabalho, ao lazer, pelo exercício dos direitos civis, bem como pela construção ou reconstrução dos laços comunitários e familiares. Assim, há uma mudança no parâmetro assistencial, ocasionando a diminuição do número de internações e a melhoria na qualidade de vida do usuário, que agora é visto como sujeito de direitos.

Além disso, modifica-se, também, o modo do cuidado, como conceitua Leal e Delgado (2007), o CAPS deve ser entendido como um modo de operar o cuidado, e não como um simples estabelecimento de saúde, pois esse serviço só é capaz de produzir uma relação social da loucuradiferente do que já se propôs anteriormente com os manicômios, a partir da invenção de um novo modo de funcionamento, de organização e de articulação com a cidade. Os autores colocam que é necessário modificar a prática realizada nos CAPS e, também, o cuidado prestado aos usuários, agora pautado na ideia de que adoecimento não se atém exclusivamente ao seu organismo, pois este não pode e não deve ser o mesmo realizado no antigo modelo assistencial senão muda-se apenas o local e os atores, mas não o fazer.

Sobre o modo de cuidar, Amarante (2007) expressa atenção à crise no espaço do CAPS. O autor compreende a crise, no contexto da saúde mental e atenção psicossocial, como resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou até mesmo desconhecidos. E, ainda, afirma a existência de serviços de atenção psicossocial que possibilitem o acolhimento das pessoas em crise, principalmente feito por profissionais com vínculos estabelecidos.

Outra modificação no modo de tratar, que caracteriza a atenção psicossocial, se

refere à noção de clínica, sendo esta constituída a partir da realidade e do contexto do usuário, assim como do dia a dia do serviço. A clínica é atravessada por duas noções, a de território e a de rede. A noção de território diz respeito ao lugar que o serviço ocupa, tanto físico quanto de vida, sendo o lugar no qual o sujeito constrói suas relações sociais e de troca. Nesse sentido, as ações de cuidado vão ser construídas a partir da relação do usuário com o social, compreendendo que o lugar que ele vive diz sobre ele e para ele. A noção de rede diz sobre as linhas que constroem esse território vivo e singular de cada sujeito. Sendo assim, a ação do CAPS não se restringe a ações de cuidados clínicos, mas de cuidado implicado, de cuidado político, que reconhece o usuário enquanto sujeito de direitos e desejos (AMARANTE, 2007).

Amarante (2007) articula também sobre a rede, e afirma que ela deve ser composta por relações entre sujeitos e sujeitos que escutam e cuidam, ou seja, partilhada pelos usuários do serviço e pelos trabalhadores, como médicos, psicólogos, enfermeiros, como também por outros atores importantes nesse processo social complexo, como os familiares e vizinhos. Essa rede de cuidado vai para além dos cuidados e pactuações dos serviços, ela também deve compor com os outros serviços de atenção psicossocial na saúde mental, assim como no campo da saúde em geral, como as Unidades Básicas de Saúde da Família. Desse modo, é importante a construção e afirmação dessa rede no âmbito das políticas públicas em geral. As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em rede, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e de atores sociais envolvidos.

Segundo Leal e Delgado (2007), ações produtoras de cuidado não podem e não devem se restringir ao espaço do CAPS, uma vez que trabalhar com tamanha complexidade não deve ser atividade de um único dispositivo. Os autores dizem que é preciso que o cardápio de atividades e de recursos terapêuticos do serviço seja variado e aberto. E a vida cotidiana dos pacientes, isto é, o modo como existem no serviço e fora dele, deve ser a baliza que indica o recurso mais adequado. Essas atividades devem funcionar como ferramentas capazes de abrir possibilidades e de promover a conexão do paciente com o serviço e, a partir daí, com o território, com a cidade.

Para que seja possível um trabalho dessa maneira, é necessário que o trabalho em rede funcione e seja movimentado, pois se o tratamento dos usuários se focar apenas dentro do serviço corre-se o risco de reproduzir a lógica manicomial, que é fragmentada, além da não produção de cuidado. Para que o trabalho em rede aconteça, os diferentes dispositivos presentes no território, adscrito e existencial, precisam estar em constante pactuação e

articulação, a fim de promover outros lugares para que esses sujeitos possam reexistir e resistir na cidade. Os CAPS buscam a autonomia e a circulação dos usuários em diferentes dispositivos que os habitem, e só consegue realizar essa tarefa complexa acompanhado, criando e sustentando um rede de cuidado.

Atualmente, o funcionamento do CAPS é regulamentado pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ela foi criada primeiramente em 2011 pela portaria 3.088 para atender aqueles com transtorno ou sofrimento mental e, também, os comprometidos por questões ligadas à dependência do álcool e de outras drogas, atendimento esse realizado pelo SUS.

A RAPS é constituída pelos seguintes pontos: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégias de Desinstitucionalização, Reabilitação Psicossocial e Atenção Hospitalar.

Com a atualização da Portaria, ocorreram alterações importantes e, talvez, a mais problemática delas seja a introdução de leitos em hospitais psiquiátricos. Essa nova formatação do componente hospitalar contradiz o ideário de diminuição dos leitos hospitalares e, portanto, é um embate para a RPB. Com essa alteração e com outras, como a Nota Técnica n 11/2019, é primordial ter em mente o atendimento diferencial, integral e universal e que busca respeitar a singularidade de cada sujeito, que propõe o novo modelo de cuidado. E, para finalizar esse tópico, recorro a Amarante (2007) com a seguinte fala

É necessário que os serviços de atenção psicossocial tenham uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com as pessoas e sim com as doenças (Amarante, 2007, p. 85).

## **2.1 Políticas de saúde aos usuários de drogas**

Segundo Labate et al (2008), o consumo de substâncias que alteram o comportamento, a consciência e o humor dos seres humanos é muito antiga, mas a sua problematização e conceituação enquanto problema social é recente, datada de um século. Nesse sentido, Lacerda e Fuente-Rojas (2016) apontam o momento em que o consumo abusivo de drogas foi reconhecido como problema social. Medidas foram tomadas, tais como a criminalização do uso e a proibição de algumas substâncias. No contexto da saúde pública e da inclusão do uso problemático de drogas nas políticas públicas, foram pensadas

e postas em prática novas formas de cuidado a esses indivíduos, como os CAPS ad.

Anteriormente à efetiva criação dos CAPS ad, como importante elemento das políticas públicas de drogas, é preciso compreender o caminho percorrido para que tal política fosse criada. Machado (2006) apresenta que cerca de 36% dos leitos psiquiátricos, antes da RPB acontecer, eram ocupados por pessoas que apresentavam problemas diretamente relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas. Dias (2008) destaca a negligência realizada aos usuários durante muito tempo. Somente a partir da Reforma Psiquiátrica, com a criação de serviços substitutivos aos manicômios, o espaço para atender essa população é criado, sendo o CAPS ad.

A respeito de um possível atraso do SUS com as políticas de drogas no âmbito da saúde, Machado (2006) também diz sobre a assunção de responsabilidade pelo enfrentamento das questões do consumo de álcool e outras drogas, uma vez que, somente após quinze anos de existência do sistema único, em 2003, o Ministério da Saúde reconhece a questão das drogas como problema de saúde pública.

Apesar dos técnicos em saúde mental constatarem a presença significativa de usuários de álcool nos hospitais psiquiátricos e a inadequação destes dispositivos para o tratamento desses pacientes, eles não participaram da construção de respostas para essa situação. Assim como os movimentos sociais da saúde mental também não incluíram em suas pautas aspectos vinculados à atenção aos usuários de drogas. E, mesmo diante do processo de reestruturação da atenção de saúde mental, com a criação de uma rede substitutiva de serviços, a pauta da atenção na área de álcool e outras drogas permaneceu desarticulada do campo da saúde mental ao longo da década de 90 (MACHADO, 2006).

Esse cenário desarticulado começa a sofrer alterações nos anos 2000, com a criação de condições técnicas e de políticas para a aproximação da área do álcool e outras drogas com a saúde mental e com o SUS, através do estabelecimento da política pública de saúde para os usuários. Segundo Machado (2006), existiram três fatores contribuintes na consolidação do Ministério da Saúde (MS), que tinha, como pressuposto, que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas deveria ser feita no âmbito do SUS.

O primeiro deles se situa em 2001, com o seminário sobre atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Ao longo desse ano, o Ministério da Saúde viu a necessidade de definir a política a ser adotada pelo setor da saúde em relação à temática do álcool e das outras (MACHADO, 2006).

Existia uma indefinição de qual área do MS deveria se responsabilizar pela questão de álcool e outras drogas, o que desfavorecia a afirmação dessa política. A saúde mental

defendia que a atenção a essa população fosse realizada no âmbito do SUS, e organizou, em 2001, o Seminário Nacional sobre Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na rede do SUS, para debater essas questões e colocá-las na discussão. O Seminário obteve como resultado a recomendação da inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde.

A partir desse debate, se iniciou o processo de formulação da política pública para esses sujeitos, e a justificativa do MS se pautava na necessidade de enfrentamento aos problemas de saúde associados ao uso indevido e à dependência de substâncias, assim como os elevados custos sociais e econômicos associados ao uso (MACHADO, 2006).

O segundo fator que a autora nos apresenta é a proposição da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) de incluir a atenção a usuários de álcool e outras drogas no SUS. Esse fator é importante para afirmar o lugar da política de drogas como pertencente ao âmbito do SUS. Através dessa conferência, a saúde mental passou a reivindicar o estabelecimento de políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito das políticas de saúde mental. Apesar da dificuldade de inclusão da temática no processo de RPB, a questão das drogas passou a permear esse espaço de debate (MACHADO, 2006).

O terceiro fator, já no ano seguinte, em 2002, se traduziu na publicação de portarias ministeriais sobre a área do álcool e outras drogas, fornecendo as condições para a inclusão da pauta do cuidado a essa população. Foram criados mecanismos de financiamento à atenção para, posteriormente, em 2003, ser elaborada a Política do MS para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

A autora afirma que, apesar da reivindicação, o MS manteve até o início de 2002 uma posição ambígua em relação à política a ser adotada e à área a ser responsabilizada pela questão das drogas. Entretanto, a partir da publicação das portarias ministeriais, se deu o ponto pé inicial dessa política pública, criando, assim, as condições para a inserção da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Entre elas estão: a Portaria GM nº 336 de 19/02/2002, que cria a possibilidade da existência dos CAPS ad no SUS; a Portaria SAS nº 189 de 20/03/2002, que incluiu os procedimentos referentes à atenção a pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas nos CAPS ad.; A Portaria GM nº 816 de 30/04/2003, que, entre várias ações, objetiva articular ações desenvolvidas, nas três esferas de governo, na atenção aos usuários de álcool e outras drogas; a Portaria GM nº 817 de 30/04/2002, que diz sobre procedimentos na atenção hospitalar, em hospitais gerais, por uso prejudicial de álcool e outras drogas e a Portaria SAS nº 305 de

03/05/2002, que define as normas de funcionamento e de cadastramento dos CAPS ad. (MACHADO, 2006).

Embora o cenário estivesse indicando a existência de uma política pública de saúde aos usuários de drogas, ainda existia pressão para que ela não se efetivasse no âmbito da saúde mental no SUS. Contudo, com a mudança do governo presidencial e, conseqüentemente, com o cenário político favorável à consolidação da política, foi realizado, em 2003, o Seminário “Novos Cenários da Política Nacional sobre Drogas”, pela antiga SENAD.

Nesse seminário, o MS apresentou a primeira versão da sua Política de Atenção Integral de Álcool e outras Drogas. Posteriormente, houve a criação de um Grupo de Trabalho Interministerial, através do Decreto Presidencial de 28 de maio, que tinha como objetivo “avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, bem como a harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcóolicas, em território nacional”. As proposições desses grupos de trabalho se encontram no documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, publicado em 2004 (MACHADO, 2006).

Machado e Miranda (2007) contribuem dizendo que, no ano de 2003, o MS afirmou seu compromisso de enfrentamento com as questões de álcool e outras drogas ao publicar esse documento. E, como consequência dessa publicação, foi introduzida a possibilidade de uma política menos centrada no controle e na repressão, pois se iniciou o comprometimento de enfrentamento dos diferentes problemas associados ao consumo de drogas, buscando promover a melhoria das condições sanitárias dos usuários.

Esse documento é de suma importância para a discussão sobre o modo como as políticas de saúde para usuários de drogas chegam a um momento posterior aos debates promovidos pela RPB. Ainda segundo Machado e Miranda (2007), o documento da política nacional estava em consonância com os princípios e orientações do SUS, da RPB, e segundo a lógica ampliada de redução de danos. O documento apresenta como diretrizes

A alocação do uso de álcool e outras drogas entre os problemas de saúde pública; a indicação do paradigma da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento; a desconstrução da concepção do senso comum de que todo usuário é doente e requer internação ou prisão; e a mobilização da sociedade civil para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras (Machado e Miranda, 2007, p. 818).

Esse projeto propôs diversas mudanças no âmbito das políticas de drogas, além de

ser um marco teórico-político ao romper com abordagens reducionistas e ao considerar a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo. Contudo, talvez a mais importante proposta tenha sido a construção de malhas assistenciais formadas por dispositivos especializados, os CAPS ad, conforme assinalam as autoras.

Os CAPS ad são instituídos e definidos a partir da Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, porém, é apenas no ano seguinte que eles são vistos enquanto política de saúde, e ocorre a inclusão da RD como método norteador da atenção integral aos usuários, conforme dito acima. A RAPS define esse serviço de atenção psicossocial destinados para o atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas sendo seu paradigma a Redução de Danos (RD), além dos princípios da atenção psicossocial, comuns às demais modalidades de CAPS.

Os dados do Ministério da Saúde de 2017 demonstram que existem 2.462 CAPS no Brasil, sendo 324 CAPS ad e 106 sendo CAPS ad III.

Os CAPS ad, além de ofertar atendimento individual, grupal e oficinas, ofertam também leitos para desintoxicação ambulatorial de usuários, e repouso, quando é necessário. Além do acompanhamento aos usuários que fazem uso de uma determinada substância psicoativa, esse serviço pode realizar estratégias de prevenção, que devem contemplar fornecimento de informações sobre os danos do álcool e outras drogas, alternativas para lazer, e, também, facilitar a identificação de problemas pessoais e dar suporte para tais problemas, bem como fortalecimento de vínculos afetivos, estreitamento de laços sociais e melhora da autoestima das pessoas. O CAPS ad, assim como as outras modalidades de CAPS, devem trabalhar em rede com os serviços de saúde existentes do município, como Unidade Básica de Saúde, com Estratégia Saúde da Família, ou não, Hospitais Gerais, entre outros dispositivos, sendo esse trabalho em rede promotor de cuidado e de saúde na construção de projetos terapêuticos singulares aos seus usuários (BRASIL, 2004).

## **2.2 A Redução de Danos**

O paradigma do CAPS ad se constitui na Redução de Danos (RD), e para encarar as políticas de drogas pela ótica da RD é preciso, primeiro, afastar os clichês, os preconceitos e os valores muito instituídos para não cairmos no lugar comum ao abordar o uso de drogas. O compromisso ético das estratégias de RD é marcado pela afirmação de vida, uma

vez que todas as suas ações são baseadas no aumento da potência de viver, em qualquer lugar que essa vida se apresente (DIAS, 2008).

Segundo Fonseca (2012), o conceito da RD é uma política que se traduz em propostas, atitudes e programas. Objetiva contribuir para a transformação da visão de mundo e das posturas da sociedade diante das drogas, possibilitando o diálogo e a expressão dos usuários sobre o próprio uso, de suas necessidades, de seus desejos, de seus direitos e deveres.

Para além das estigmatizações, a RD propõe olhar o usuário enquanto sujeito e compreender o lugar ocupado pela droga em sua vida, sem necessariamente propor a interrupção do uso. Ela propõe pensar, então, em conjunto com o sujeito, qual estratégia é possível para que a sua vida, e também a sua saúde, sejam beneficiadas.

Fonseca (2012) comenta que a RD é uma ferramenta pautada no respeito ao sujeito e à sociedade, como também ao seu direito de consumir drogas. Dessa forma, ela se caracteriza como uma proposta ética, ao considerar o usuário nesse processo que é íntimo, e somente a ele pertence, além de não fazer imposições.

Beiral (2019) sobre o conceito da RD expressa

A redução de danos engloba um conjunto de estratégias dirigidas a pessoas que não conseguem ou não querem parar de consumir drogas, dentro de uma proposta fundamentada na compreensão de que usuários de drogas são sujeitos de direitos, pautada na promoção de saúde pública e respeito aos direitos humanos e à cidadania (Beiral, 2019, p. 15).

A RD se constitui num método construído pelos próprios usuários de drogas e que restitui, na contemporaneidade, um cuidado de si subversivo às regras de conduta coercitivas. Nesse sentido, os usuários são corresponsáveis pela produção de saúde, à medida que tomam para si essa tarefa de cuidado. Reduzir danos é ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo (PASSOS E SOUZA, 2011).

A RD estabelece uma postura ética pautada pela garantia de direitos aos usuários dos serviços de saúde. Especificamente, no CAPS ad, essa estratégia permite ao usuário pensar e definir, junto com o seu profissional de referência, qual estratégia funcionará melhor, com o intuito de que seja possível realizar um cuidado a respeito do uso de uma determinada substância psicoativa. Isto é, o usuário determina qual o melhor caminho a ser percorrido baseado no seu conhecimento, no seu próprio corpo, no uso que faz e na vida que ele vive. Nesse sentido, a RD parte do pressuposto de que é necessária uma imersão na realidade como ela se apresenta e lidar com o existente. Assim, a saúde é compreendida

pela construção e pela capacidade de escolhas dos atores sociais envolvidos, conforme explicita Fonseca (2012).

A RD é, também, uma reafirmação da RPB, pois coloca, no sujeito, o saber sobre si e reconhece tal saber, buscando não produzir um tratamento impositivo baseado em supostos saberes alheios a si. Dias (2008) articula que diante do processo da RPB, a abordagem na saúde mental se encontra em constante crítica dos enquadres clínicos tradicionais, assim como na abordagem da temática do álcool e outras drogas. O autor conclui expressando a RD como uma proposta guiada na defesa da vida, aberta, transversal e inclusiva. E essa transversalidade propicia a articulação de diversos territórios subjetivos, políticos e sociais, criando, assim, maior comunicação entre diferentes instituições e saberes.

É importante pontuar que a RD não se opõe à abstinência, como frisa Fonseca (2012), pois, quando há algum comportamento perigoso, a RD pode propor a redução gradual do nível de exposição ao risco. A abordagem dessa proposta estimula os indivíduos a dar um passo de cada vez para reduzir as consequências do uso. E, além disso, vale lembrar que a RD se aplica também a drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, e pode construir estratégias cabíveis para a realidade específica de cada droga e de cada sujeito.

As propostas da RD sempre enfatizam a ideia de combater a exclusão social, reconhecendo, em primeiro lugar, a condição de cidadão portador de direitos, antes da condição de usuário de drogas na sociedade. Trata-se de resgatar a cidadania, e não a culpabilização. Objetivando, dessa forma, a inclusão social e o rompimento da marginalização dos usuários de drogas (FONSECA, 2012).

A construção do paradigma da RD ocorreu através de duas vertentes. A primeira, criada na Grã-Bretanha, no início do século XX, motivada pelos problemas decorrentes do uso de heroína. A partir de um estudo conhecido como Relatório Rolleston, concluiu-se que os abusadores de opiáceos poderiam reduzir os danos, mesmo continuando o uso da droga, através de ajuda especializada. A segunda vertente surge na Holanda, na década de 70, com intenção de superar o fracasso das políticas proibicionistas, sugerindo-se como política pública a legalização da Cannabis. Entretanto, essa ideia não foi aceita e, em 1976, o governo holandês estabelece, através de legislação específica, a distinção entre drogas leves e pesadas, sendo a maconha considerada leve e, portanto, seu uso permitido em determinadas condições. A abordagem holandesa se difere da britânica por não se preocupar primeiramente em reduzir os danos causados pelo uso de drogas injetáveis e infecções por hepatites virais, mas por reduzir os danos causados pela política

proibicionista, uma vez que regulariza o comércio e estabelece as condições de produção e consumo, afastando os usuários da criminalidade e do mercado negro (ALARCON, 2014).

A introdução da RD no Brasil ocorreu, segundo Machado e Boarini (2013), como uma medida de prevenção à epidemia de AIDS, às doenças sexualmente transmissíveis e à hepatite. Ainda segundo as autoras, em 1989, no município de Santos, o uso da RD teve início através da implantação de programas de distribuição de seringas. Nota-se que, desde o início de sua implantação, a RD provocou polêmicas e resistências, sendo alvo de duras críticas, como a de que seu uso facilitaria o consumo de drogas, além de levar a gastos indevidos do dinheiro público. As resistências aumentaram quando a redução de danos foi reconhecida em 1994 como estratégia de saúde pública pelo Ministério da Saúde.

Andrade (2011) também articula as resistências à RD, pois a estratégia de troca de seringas era vista como ilegal e como uma forma de incentivar o consumo de drogas, ademais, havia preconceito contra os usuários de drogas. Já Dias (2008) expressa que, em grande parte, as tentativas de impedir as ações de saúde pública pautadas pela RD tiveram como fonte o sistema judiciário e ações baseadas na Lei de Entorpecentes, a lei de drogas vigente na época, que expressava a visão autoritária da ditadura militar sobre as drogas.

Um órgão que contribuiu para a afirmação da RD foi o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), criado durante a ditadura militar, e precisa ser localizado no percurso dessa política. Na época da redemocratização, em 1980, ele ultrapassou os limites da repressão e favoreceu o surgimento de práticas de prevenção, de tratamento e de pesquisa para além da perspectiva repressiva. As contribuições desse órgão se deram através de dois documentos, datados de 1988 e 1996 (MACHADO E MIRANDA, 2007).

O primeiro documento, denominado “Política Nacional na Questão das Drogas”, propunha que uma de suas linhas de ação favorecesse a criação e a consolidação de centros de referência em prevenção e tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, sendo locais especializados para tratamento e realização de pesquisas. Os pressupostos dessa rede eram compostos por atendimentos eficazes, não estigmatizantes e apoiados prioritariamente por ambulatórios e hospitais gerais, quando era necessária internação. O segundo documento tinha como nome “Programa de Ação Nacional Antidrogas” e propunha o desenvolvimento de ações harmônicas de prevenção, repressão e tratamento. Nesse documento, estava expressa a preocupação com o aumento do consumo e com a disseminação do vírus HIV em usuários de drogas injetáveis (MACHADO E MIRANDA, 2007).

Deste modo, o Confen contribuiu para a política de RD, ao apoiar as experiências

dos centros de referência de tratamento, prevenção e pesquisa e, também, os projetos de redução de danos, e, principalmente, em 1994, quando assumiu publicamente a sua posição favorável ao desenvolvimento de projetos de redução de danos, com o surgimento da necessidade de implementação da prevenção da Aids.

A realidade epidemiológica encontrada no Brasil, em 1994, partia de uma grande parcela de casos de Aids relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis, exigindo, assim, que a RD se tornasse uma ação na política nacional expandindo sua atividade (PASSOS E SOUZA, 2011). A RD foi inserida em diferentes programas e secretarias que criaram diferentes linhas de intervenção estadual e municipal, principalmente os Programas de RD (PRDs).

A ampliação provocou tensões no cenário nacional, uma vez que, com os investimentos dos programas de IST/Aids, a RD se tornou uma política de governo com pretensão de se tornar política de Estado. Diante desse contexto, em 1997, é fundada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), com função de capacitar e articular os programas de redução de danos. E em 1998 surge a Rede Brasileira de Redução de Danos, a REDUC, também influenciando a propagação da estratégia (PASSOS E SOUZA, 2011).

Passos e Souza (2011) localizam que, na ABORDA, havia necessidade dos redutores de danos possuírem maior autonomia para gerir as políticas de RD. Isso ocorria devido ao ambiente desfavorável, pautado num contexto institucional que impunha obstáculos a militância desses trabalhadores e usuários de drogas. A ABORDA criou, junto com ONGs, um método de inclusão das minorias, sendo este ativado, principalmente, pelos redutores de danos. Os autores ressaltam a importância desses eventos, pois, com isso, foi possível tecer uma rede nacional de redutores de danos em constante encontro, permitindo a construção de uma corrente cooperativa e democrática de suma importância para a história da RD no Brasil. Sendo assim, a conclusão dos autores é de que o método da RD foi se descolando do foco específico de prevenir, assumindo objetivos mais amplos.

Os projetos de redução de danos influenciaram a política sanitária e, em 2003, o Ministério da Saúde propôs que o consumo de álcool e outras drogas fosse considerado um problema de saúde pública, e não médico-psiquiátrico ou jurídico. Além disso, sugeriu, ainda, a adoção de uma política baseada em uma concepção ampliada de redução de danos (Machado e Miranda, 2007). Com isso, a estratégia de RD ganha visibilidade por meio da política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Essa política indica a necessidade de superação de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades dos que sofrem de transtornos mentais, considera o abuso de álcool e drogas como grave problema de saúde pública e aponta o crescimento da relação entre consumo de substâncias e os agravos sociais dele decorrentes (NEVES, 2018).

Trata-se de uma estratégia “de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social” (BRASIL, 2003: 27).

Em outubro de 2004, a Portaria nº 2.197 redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Ela considera a lei nº 10.216, da RPB, assim como a política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que prioriza ações de caráter terapêutico, preventivo, educativo e reabilitador às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, assim como seus familiares.

Nesse sentido, cabe ressaltar que a RD trabalha pragmaticamente contrária às propostas proibicionistas que visam acabar com o flagelo das drogas. A RD é uma prática de saúde que entende que o uso de substâncias psicoativas sempre fez parte da história da humanidade, tendo uma função lúdica para fins estritamente prazerosos, em rituais místicos ou religiosos, ou, ainda, com finalidades curativas. Ela é uma abordagem que afirma sua proposta pela perspectiva da saúde pública diante da complexidade do fenômeno das drogas na sociedade (DIAS, 2008).

A portaria institui, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo MS e pelas Secretarias de Saúde do Estado, do Distrito Federal e dos Municípios. Tem como os principais componentes: a atenção básica, a atenção nos CAPS ad, ambulatórios e unidades extra-hospitalares especializadas, atenção hospitalar de referência e rede de suporte social como complementar à rede de serviços do SUS (BRASIL, 2004).

A política de redução de danos foi oficialmente reconhecida e regulamentada pelo Governo Federal em julho de 2005, por meio da Portaria nº 1.028 do Ministério da Saúde. É considerada um marco histórico ao regulamentar “as ações que visem à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência”, que passaram oficialmente para o campo da Saúde Pública (RODRIGUES, 2006).

Se, em um primeiro momento, a redução de danos foi implantada com a meta de conter a epidemia da AIDS, felizmente, essa não é mais a configuração atual desse tipo de

estratégia. A redução de danos foi, gradativamente, incorporada à legislação brasileira sobre drogas, além das políticas de saúde reconhecerem, na história do país, a lacuna assistencial prestada aos usuários de álcool e outras drogas. Assim, com a legitimação da reforma psiquiátrica, os usuários de álcool e outras drogas passaram a ser considerados como de responsabilidade da saúde pública (MACHADO e BOARINI, 2013).

Com isso, podemos compreender que a política pública de saúde voltada para a população que faz uso de drogas é instituída três anos após a lei da RPB, com a Portaria nº 2.197 de 2004. Os usuários de drogas foram inseridos tardiamente na política, produzindo a disseminação de alternativas de atenção com caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, de cunho religioso, muitas vezes, e tendo como objetivo principal a abstinência.

### **2.3 Os embates da Redução de Danos**

A produção histórica do estigma do usuário de drogas como doente, através da articulação entre poder psiquiátrico e direito penal, nos permite compreender parte dos problemas que a RD enfrenta quando se torna um método de cuidado em saúde. Sendo este o método que acolhe as pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos (PASSOS E SOUZA, 2011).

Com a alteração das leis que regem a política de drogas, em 2006, e com o fortalecimento de instituições como as comunidades terapêuticas (CTs), em 2011, se apresenta um embate à RD, e, aqui, procurarei trazer o debate sobre essas instituições. As CTs, segundo Brandão e Caracho(2019), são instituições não governamentais, que podem ter algum vínculo religioso, e recebem usuários de drogas, com base no paradigma da abstinência e no isolamento. Para os autores, uma das principais preocupações em relação às CTs diz respeito à forma de tratamento dos sujeitos, na maioria das vezes, carente de fundamentação científica e ancorada numa lógica religiosa, que possui grande alcance e poder político.

Ainda segundo os autores, houve um crescimento desse serviço, assim como o aumento da sua disseminação por todo o território nacional, e estes passaram a se organizar em federações, sendo a primeira e a mais importante delas a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). Esses serviços passaram a integrar, oficialmente, a PNAD em 2006, sendo, portanto, passíveis de receber subsídios

públicos e benefícios fiscais. A questão que os autores defendem sobre essa temática corrobora com o presente trabalho, pois, a partir do aumento da influência de federações que representam o interesse das CTs, acontece a significativa recessão de investimentos em redução de danos. Outra questão que se mostra atual é no que tange ao paradigma que fundamenta a política de drogas no país: se antes vigorava a Redução de Danos, a partir do Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019, a abstinência se torna o modelo a ser seguido, tendo as CTs como um de seus principais representantes.

Santos (2018) destaca a inexistência de base científica para afirmar que as estratégias de promoção da abstinência sejam superiores, em termos de eficácia, a quaisquer outras. Pelo contrário, estudos como de Silverman et al 2002 (apud Santos 2018 p. 31) indicam que as taxas médias de recaída (interrupção da abstinência) após um ano de finalização de qualquer tipo de tratamento para o uso problemático de drogas estão na faixa de 60% a 70%, podendo variar de acordo com a droga, mas permanecendo nesse intervalo. Isto é, não necessariamente tratamentos pautados no paradigma da abstinência possuem mais sucesso que outro paradigma. Por outro lado, a RD oferece mais possibilidades no cuidado aos usuários de drogas baseando-se pelo histórico de consumo, território, singularidades, entre outros fatores.

A diferenciação entre os paradigmas da abstinência e da RD, segundo Passos e Souza (2011), é que, enquanto a abstinência é articulada na proposta de remissão do sintoma e cura do doente, a RD propõe produção de saúde enquanto produção de regras autônomas de cuidado de si. Além disso, a RD não exclui a abstinência como meta, mas a trata como uma meta pactuada entre usuário e técnico de referência, e não imposta por uma determinada instituição. Os autores complementam

Por paradigma da abstinência entendemos como algo diferente da abstinência enquanto uma direção clínica possível e muitas vezes necessária. Por paradigma da abstinência, entendemos, como 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 e Souza, 2011, p. 157).

Segundo Loeck (2018), o grande objetivo das CTs, segundo seus operadores, é promover a transformação subjetiva-moral dos sujeitos que fazem uso de drogas e, para isso, é necessário o cultivo da espiritualidade tanto quanto da abstinência. O autor também coloca que, a partir de 2011, essas instituições passaram a ser reconhecidas como complementares 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 SUS, através da portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011.

Logo, o financiamento público a essas entidades pelo governo federal data de 2010/2011, o que constitui uma das dificuldades atuais no trabalho e no cuidado com usuários de drogas em CAPS ad. Esses serviços vêm sendo impactados pelo questionamento do paradigma da RD, com seus recém completados 30 anos, para a priorização do paradigma da abstinência, assim como por uma crise de financiamento, uma vez que as CTs passaram a integrar a RAPS, reduzindo o repasse de verbas aos serviços substitutivos.

### 3 PRÁTICAS E OBSTÁCULOS DO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS

*Os consumidores de drogas se tornaram, assim, os novos párias, os novos leproso-morais, a carne viva para o povoamento dos universos concentracionários, ocupando o lugar dos loucos e dos criminosos num só assujeitamento de segregação, estigmatização e exclusão. (Carneiro, 2018, p. 124)*

Conforme já exposto, pode se presumir que os enfrentamentos ao cuidado do usuário de drogas são muitos, desde o paradigma proibicionista aos retrocessos nas políticas de drogas. Entretanto, neste momento, o trabalho focará nas dificuldades apresentadas no cotidiano do cuidado.

Existe uma considerável variedade de pesquisas realizadas em CAPS ad, e algumas dessas se situam em torno da RD, com debates como a sua colocação em prática ou não, quais são os enfrentamentos mais frequentes nos serviços, assim como quais são seus ganhos no acompanhamento dos usuários.

A RD é uma prática recente no país e também pouco conhecida que diz respeito à sua verdadeira proposta, que não se pauta em incentivar o uso de substâncias, mas em pensar alternativas para reduzir o dano que uma determinada substância causa na vida dos sujeitos, pensando em como produzir saúde nesse cenário.

Numa pesquisa de 2017, Carvalho e Dimenstein mostraram que o preconceito moral e a resistência dos profissionais em trabalhar com a proposta é uma dificuldade para sua implementação. Araújo e Pires (2018) também constataram que alguns desafios com relação à RD se pautam no conhecimento insuficiente por parte dos profissionais, familiares e dos próprios usuários acerca da política sobre drogas. Em 2019, Batista et al observaram, através de um curso de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas, oferecido a trabalhadores como psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e técnicos de comunidades terapêuticas do município de São João Del Rei e proximidades, que os participantes apresentaram uma concepção moral e religiosa a respeito das drogas, sendo colocada como fonte do mal e também uma concepção errônea a respeito da RD. A visão dos trabalhadores a respeito da política se situava em incentivo ao uso de determinadas drogas consideradas mais fracas. Porém, o estudo constatou que, ao longo do curso, que compreendia exposição de vídeos, realização de dinâmicas com casos fictícios e apresentação de referências bibliográficas com discussões críticas, a visão dos trabalhadores sofreu alterações. Ao final desse curso, eles relataram que

passaram a compreender melhor a função da RD, reconhecendo as potencialidades da política para ações de prevenção e cuidado, assim como puderam abordar e tratar o uso de drogas de uma forma não homogeneizante.

Segundo Araújo e Pires (2018), uma considerável dificuldade da RD se situa com a família, que muitas vezes apresenta resistência com as propostas, e isso ocorre pelo desconhecimento atrelado ao senso comum de que o tratamento para a dependência química deve objetivar a abstinência total do uso. Porém, apesar das dificuldades, sendo em sua maioria centradas na falta de conhecimento acerca da proposta, ambos os estudos mostram que os profissionais têm buscado, em parceria com o usuário, diferentes possibilidades para que seja possível trabalhar com esse paradigma, tornando viável, para todos esses atores, a visualização de melhores resultados relacionados ao cuidado com o outro.

Numa pesquisa realizada por Tibiriçá (2019), com 32 usuários de CAPS ad, do município de Divinópolis, Minas Gerais, foi constatada a falta de compreensão da RD não restrita aos trabalhadores. O estudo foi realizado em grupos focais no referido serviço, e um dos resultados foi a falta de compreensão da estratégia, uma vez que os trabalhadores não conseguiam efetivamente trabalhar com a RD e, dessa forma, ela não chegava aos usuários. As autoras afirmam isso no estudo ao relatarem falas dos usuários que compreendiam o serviço como um local para se alcançar a abstinência. As autoras complementam dizendo que essa noção de cura vem da ideia de que um tratamento efetivo se caracteriza no cessar o uso de alguma droga por completo. Sendo essa uma visão enraizada na sociedade brasileira, e apesar dos avanços realizados com a RPB, essa noção ainda configura o pensamento de muitos usuários, familiares e até trabalhadores.

A RD se caracteriza como o paradigma de cuidado nos CAPS ad e ainda precisa ser discutida, dialogada e estudada pelos serviços substitutivos e seus trabalhadores e, também, com a familiaridade dos usuários e seus familiares. Segundo Batista et al (2019), para que ocorram mudanças em relação à compreensão e implantação da RD, são necessários investimentos de várias ordens, como acesso do usuário à rede de serviços, formação dos trabalhadores, apoio de uma mídia comprometida com a transformação social e a mudança cultural da população brasileira. Para além disso, a efetiva consolidação da RD requer o questionamento das visões reducionistas, individualistas e moralistas sobre o tema.

Além dos enfrentamentos nos CAPS ad a respeito da RD, também é possível perceber dificuldade dos trabalhadores em trabalhar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como uma proposta técnica que contribui com o rompimento do antigo tratamento asilar.

Essa técnica propõe que o tratamento do usuário seja pactuado entre serviço, trabalhador e usuário, sendo este último indispensável nesse processo, uma vez que, desconsiderado, se produz a tutela deste.

Uma pesquisa de 2012, realizada por Beck e Cadore, demonstrou que os profissionais e o serviço possuem dificuldades em colocar em prática esse projeto compartilhado, muitas vezes cabendo à instituição definir o que é melhor para o paciente, e pode se compreender que isso ocorre devido à concepção dos trabalhadores em relação a prática do PTS.

Ribeiro e Carvalho (2015) mostram, através de uma pesquisa com 268 indivíduos de um CAPS ad de Curitiba, as diferenças do padrão de uso de drogas por grupos em diferentes fases do tratamento no serviço. As autoras verificaram que o grupo de início de tratamento era composto 54,3% por homens brancos, sendo que 32,6% estavam na faixa etária de 31 a 40 anos, 60,9% não eram casados e apresentavam baixa escolaridade. O grupo no terceiro mês de tratamento apresentou características semelhantes ao primeiro grupo, porém, com a divergência de que 39,3% se encaixavam na faixa etária entre 41 e 50 anos, e 57,1% eram casados. Com relação ao uso de drogas, 17,9% dos usuários do primeiro grupo revelaram nunca ter feito uso de drogas ilícitas na vida, usando apenas drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, enquanto o percentual do segundo grupo sobre para 36,9%. A conclusão das autoras em relação aos padrões de uso de drogas demonstra que a maioria dos pacientes do CAPS ad utiliza, ao longo da vida, vários tipos de substâncias psicoativas, algumas de uso esporádico e outras de uso prolongado, como o álcool, tabaco e crack.

O estudo de Lopes et al (2018) corrobora a pesquisa de Ribeiro e Carvalho em relação à comprovação da predominância do sexo masculino nos CAPS ad. O estudo realizado no município de Florianópolis, com o total de 1.191 usuários de dois CAPS ad, compreendeu que 82,6% da população de usuários, em ambos, é composta pelo sexo masculino, e que 40,7% e 50,7% da demanda, em cada serviço, é caracterizada pela dependência à cocaína e ao crack, sendo o diagnóstico mais prevalente nos serviços. Em seguida, tem-se o diagnóstico de dependência ao álcool, com 28% e 32,97%. No caso do sexo feminino, predomina a faixa etária abaixo dos 40 anos de idade, enquanto que a maioria dos homens se estende de 20 a 49 anos. O estudo também comprovou que os usuários dependentes de cocaína/crack são mais jovens que os usuários dependentes de álcool.

Lopes et al (2018) demonstram, com esse estudo, a predominância do sexo

masculino no uso de cocaína, crack e álcool nos CAPS ad, e que a presença do sexo feminino, nesse espaço, ainda é inferior, mesmo que seja observado o aumento de mulheres utilizando substâncias psicoativas. Os autores dizem que, de maneira geral, as mulheres são mais estigmatizadas socialmente pela dependência às drogas e, por isso, têm menor probabilidade de diagnósticos pelo uso de álcool, como também apresentam obstáculos à adesão ao acompanhamento num serviço especializado, por apresentarem medo do abandono do parceiro, assim como medo de perder os filhos.

Um terceiro estudo acerca do perfil dos usuários de CAPS ad, realizado por Trevisan e Castro (2019), num serviço da região do Triângulo Mineiro, em Minas Gerais, contou com a participação de 369 usuários. As autoras chegaram à conclusão de que 80,5% destes são homens, e, em sua maioria, na faixa etária de 41 a 60 anos, sem companheiros, com ensino fundamental incompleto e desempregados. As mulheres, no referente estudo, chegaram à porcentagem de 18,2%. Entre as várias informações colhidas nesse estudo, uma de extrema relevância para este trabalho, é sobre a utilização de medicação. O estudo constatou que 64,8% dos usuários fazem uso de medicações relacionadas aos problemas decorrentes do uso de substância.

Trevisan e Castro (2019) contribuem, contudo, com a questão das drogas lícitas e ilícitas, uma vez que foi constatado, na pesquisa, que 89,7% dos usuários consumiram álcool e 58,3% consumiram o tabaco, ficando apenas 2,2% a cargo das substâncias alucinógenas. Esse dado demonstra o alto consumo de drogas lícitas e nos leva a questionar as reais consequências do abuso delas. “O uso abusivo de álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para a mortalidade, morbidade e incapacidade de todo o mundo, e segundo dados da OMS está relacionado a 3,3 milhões de mortes por ano. Dessa forma, quase 6% de todas as mortes em todo o mundo são atribuídas total ou parcialmente ao álcool” (TREVISANDO E CASTRO, 2019, p. 459).

Se a maioria dos usuários em acompanhamento em CAPS ad faz uso de substâncias lícitas como o álcool, e este representa grandes riscos, conforme os dados apresentados, é necessário repensar a trivialidade da formulação proibicionista e pensar numa proposta que realmente efetive o cuidado a esses sujeitos, como também a toda sociedade. O enfrentamento dessa problemática não precisa ser pelo viés proibicionista, ou seja, tornando ilícita uma droga atualmente lícita, porém, é primordial pensar em novas estratégias no embate ao uso abusivo de álcool e na forma como este uso é visto.

Existe, ainda, outro grupo que fica à margem no acompanhamento do CAPS ad, sendo este os adolescentes, conforme apontam Galhardi e Matsukura (2018). O estudo foi

realizado com oito adolescentes, sendo quatro do sexo masculino e quatro do sexo feminino, na faixa etária de 12 a 18 anos, inseridos num CAPS ad de um município de médio porte do estado de São Paulo. Todos relataram já terem feito uso de álcool, maconha e cigarro, e, dos oito adolescentes, cinco já passaram por processo de internação em clínicas designadas para tratamento de dependência química, cujo período médio de permanência foi de seis meses. A pesquisa apontou que, em relação ao CAPS ad, os adolescentes expressam não gostar e não compreender o que fazem no serviço. A partir dos resultados, as autoras compreendem que o momento de chegada do usuário ao serviço é de extrema importância para que o vínculo comece a ser estabelecido, reforçando a importância do acolhimento. Os resultados desse estudo evidenciaram que esses adolescentes vivenciam um processo de exclusão social e, nesse sentido, as autoras consideram fundamental enfatizar ações de promoção e prevenção relacionadas ao uso de drogas, voltadas aos adolescentes e familiares, com informações de acordo com a realidade desses sujeitos e, principalmente, com seu envolvimento. Portanto, conclui-se, a partir dessa pesquisa, a necessidade de se pensar em acolhimento e em atividades direcionadas a essa população presente no CAPS ad, que demanda cuidado.

Para além de estudos pautados nas dificuldades e enfrentamentos existentes, também há estudos destinados a compreender o lugar que o usuário ocupa e produz, bem como suas significações sobre o seu próprio tratamento. A pesquisa de Lacerda e Fuentes-Roas (2017), realizada com 11 usuários de um CAPS ad, buscou compreender os significados e sentidos atribuídos por esses usuários ao serviço, e constatou que os discursos indicaram a existência de uma relação positiva com o serviço, sendo o mesmo visto como um local de apoio e de cuidado. O CAPS ad se mostrou como um local acolhedor, que proporciona o acesso a direitos para além da saúde, como a construção de autonomia, promovendo a reinserção social. Outra pesquisa acerca da visão dos usuários sobre o cuidado em saúde no CAPS ad, realizada em 2015 por Lima et al., constatou que o acolhimento ao usuário, desde a recepção ao atendimento com especialista, é um instrumento poderoso na construção do vínculo entre usuário e serviço, o que contribui positivamente para o tratamento.

O acolhimento no CAPS ad como instrumento de trabalho envolve todos os membros da equipe, propiciando, assim, a resolubilidade da assistência (LIMA et al, 2015, p. 246). Essa pesquisa também apontou que o enfrentamento ao uso de drogas não se restringe ao espaço do CAPS ad, mas perpassa toda a saúde pública e, por isso, a responsabilidade não está somente concentrada nos profissionais e usuários do serviço, mas

também no governo e na sociedade. Diante disso, uma das dificuldades apontadas pela pesquisa se concentra na falta de apoio dos governantes e das demais entidades. Foi pontuado que a falta de prioridade a uma política de saúde integral, dirigida aos usuários de álcool e outras drogas, causa impacto econômico e social que recai sobre o SUS, e esses impactos refletem em diversos pontos, como no reforço do senso comum de que todo usuário de substância é marginal e perigoso para a sociedade (LIMA et al, p. 245, 2015).

A pesquisa realizada com 22 usuários, em 2018, por Lima et al, também buscou compreender os significados atribuídos à droga pelas pessoas que fazem algum uso abusivo. Esses usuários eram do sexo masculino, com faixa etária de 41 a 50 anos, a maioria divorciados, tendo relatado que em algum momento ficaram em situação de rua. A partir da escuta da história de vida de cada usuário, foi possível identificar quatro categorias: o primeiro contato com a droga, o contexto do uso abusivo da droga, consequências do uso abusivo das drogas e motivos para mudança no padrão de uso das drogas. Nos relatos, surgiram histórias de vida marcadas pelo estigma de usuários de droga relacionados com a criminalidade.

Em relação à primeira categoria, os autores constataram que o uso de drogas teve início na adolescência, e que o primeiro uso da droga sofre influência direta do processo de interação sociocultural, isto é, a necessidade de identificação e partilha de experiências no pertencimento de um determinado grupo. A segunda categoria expôs que a solidão é uma situação promotora da mudança de padrão de uso, remetendo o consumo de drogas na tentativa de preenchimento do vazio, resultado do distanciamento familiar. A terceira categoria remete ao uso das drogas pelo prazer, sendo, assim, uma via de acesso que possibilita vivenciar um cotidiano mais agradável e suportável, afastando as dificuldades vividas. A última categoria diz sobre os motivos para mudança no padrão de uso de drogas e, para além da religião, acolhimento familiar, acesso aos serviços de saúde e estabelecimento de vínculo com estes. O estudo afirmou que o uso de medicações foi considerado um motivo para diminuir o uso de drogas psicoativas. Segundo os autores, ocorre uma substituição da droga eleita não prescrita pelo comprimido prescrito, e, por isso, o sujeito sente a necessidade de utilizar o comprimido como estratégia de manejo dos sintomas de abstinência da droga. Portanto, a pesquisa corrobora com o problema abordado neste trabalho ao evidenciar a necessidade de um olhar para além do uso, um olhar para o sujeito que faz o uso.

Para além dos sentidos e significados que os sujeitos atribuem ao acompanhamento nos CAPS ad, Machado et al (2020) expõem as necessidades, as demandas e as expectativas

dos usuários aos serviços. Os resultados são oriundos da pesquisa realizada nos três CAPS ad da cidade de Belo Horizonte, que contou com 64 participantes, entre eles 30 usuários, três gerentes e 31 trabalhadores. Através de grupos focais, entrevistas semiestruturadas e observações participantes, o estudo verificou a presença de diferentes necessidades, demandas e expectativas em relação à atenção em serviços de saúde, que podem ser associadas às suas experiências individuais de consumo de drogas, assim como a desenvolvimentos sociais e estruturais, que contribuem para a conformação de seus processos de sofrimento e de adoecimento.

Machado et al (2020) apresenta, através da pesquisa, algumas demandas extraídas das experiências realizadas nos serviços, e vou elencar, aqui, três delas.

Em primeiro lugar, destaca-se, das demandas apresentadas, a busca pelo CAPS ad para tratamento dos sofrimentos e adoecimentos associados à dificuldade de regular o consumo de drogas. Diante da impossibilidade de realizar escolhas em relação ao uso de drogas, os usuários buscam o serviço para interromper o uso. Mas, para além dessa busca pautada na interrupção, os usuários também declararam que procuram o serviço para a realização de cuidados aos seus comprometimentos orgânicos, buscando cuidado para o corpo adoecido e, também, para o sofrimento psíquico, já que, segundo a pesquisa, muitos usuários chegam ao serviço após tentativas de suicídios, quadros de confusão e/ou agitação.

Em segundo lugar, outro elemento que merece destaque, é a busca dos usuários aos serviços pelo desejo de reconstrução dos laços sociais que se encontram fragilizados ou rompidos. As marcas dessas relações sociais se dão pelo abandono, desamparo, humilhação, maus-tratos, estigmatização, entre outros, e que marcam a subjetividade dos usuários atendidos. A vontade de restaurar esses laços, segundo as autoras, se torna um motivador importante para a permanência desses sujeitos nos serviços.

O terceiro elemento destacado diz respeito à autonomia, já que ela se constitui como expectativa dos usuários atendidos. Segundo as autoras, devido à falta de gestão com o consumo de drogas e o rompimento dos laços sociais, os usuários acreditam que, no CAPS ad, irão conseguir voltar a ser sujeitos de suas vidas, retomando a capacidade de escolher e definir seus destinos (MACHADO, 2020).

Esse estudo aponta as demandas e as expectativas dos usuários em acompanhamento nos CAPS ad, aos quais devem constantemente ser lembrados e relembrados para que o cuidado realizado não se restrinja a uma proposta de gestão de uso das drogas, pois, para que essa gestão faça sentido e, possivelmente, possa ser utilizada pelo sujeito, ela precisa estar em consonância com a vivência desses usuários e, principalmente,

com os seus desejos de vida.

O acompanhamento realizado nos CAPS ad, em algum momento, se finda, e pensando sobre a alta dos usuários, Silva et al (2019) corroboram o assunto através da pesquisa realizada na cidade de São Paulo, com 16 profissionais atuantes nos serviços de CAPS ad do município. O resultado encontrado através de entrevistas conclui a inexistência de uma padronização e clareza dos critérios de alta nas instituições que os profissionais trabalham. As divergências encontradas influenciam no processo de alta, uma vez que, não havendo critérios compartilhados pela equipe, fica a cargo de cada profissional, individualmente, elaborar esses critérios com ou sem a participação dos usuários, assim como da discussão em equipe.

Outro ponto de discordância nesse processo é o critério de alta. Enquanto alguns profissionais apontam a mudança no padrão de uso da substância como critério, outros profissionais consideram, como critérios de alta, a reinserção social e o desenvolvimento de habilidades e atitudes que possibilitem melhor ajustamento social e emocional do indivíduo.

E, para além das dificuldades dentro da equipe no estabelecimento do processo de alta, há ainda a resistência de outros serviços da rede de saúde em não acolher usuários com histórico de uso de substâncias, mesmo quando o uso deixa de ser a questão principal, se tornam centrais outras questões psíquicas (SILVA ET AL, 2019).

Contudo, mesmo com as divergências, a pesquisa precisou que, individualmente, os profissionais utilizam de diversos critérios para pensar o processo de alta. E afirmou que a falta de consenso nesses critérios pode ser ocasionada por múltiplos fatores, tais como formação profissional, aspectos pessoais e da subjetividade e, também, pela influência dos paradigmas teóricos e ideológicos. Segundo Silva et al (2019), pode ser mais benéfico para o paciente se os critérios forem discutidos em equipe e definidos nesse coletivo com os devidos registros. Também é necessária a compreensão de alta como uma possibilidade de circulação e de ocupação de outros espaços sociais, e não como uma desvinculação absoluta e vitalícia do paciente. Essa pesquisa demonstra que o momento de saída também é complexo, e precisa ser pensado e discutido em equipe e em rede, convocando todos os profissionais da rede de saúde nesse momento para que possa ser feita uma articulação.

Sendo assim, conclui-se que as pesquisas já realizadas em CAPS ad trabalham diversas questões do cotidiano desse serviço, apontando desafios e dando visibilidade às possibilidades ampliadas de cuidado. No contexto de pesquisas e debates brevemente apresentados, esta pesquisa objetiva compreender que espaço as medicações ocupam no tratamento dos usuários e qual o papel da RD nesse cenário.

## 4 A PESQUISA DE CAMPO

*Ninguém entra em um mesmo rio uma segunda vez, pois quando isso acontece já não se é o mesmo, assim como as águas que já serão outras (Heráclito de Éfeso).*

### 4.1 O ato de pesquisar

O método qualitativo aplicado à saúde, segundo Turato (2005), traz a concepção das ciências humanas que não buscam estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Sendo assim, não se trata apenas de um modo de pesquisa que atende a certas demandas, tendo também a finalidade comum de criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum. O autor compreende o método qualitativo como o processo que quer entender de que maneira o objeto de estudo se manifesta, sendo diferente do método quantitativo, que almeja o produto trabalhando com os resultados finais matematicamente.

Para Minayo (2012), a matéria prima da pesquisa qualitativa é composta por um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação, considerando que o movimento de análise se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar. Para a autora, as pesquisas qualitativas tratam da realidade através da história, da biografia, das relações, do universo dos significados, das crenças, dos valores, dos motivos, das atitudes, e maneja técnicas variadas para o trabalho empírico se baseando nesse todo.

A pesquisa qualitativa, partindo do pressuposto não positivista e apostando na imparcialidade, ao pesquisar, faz corpo a esta pesquisa, uma vez que não é possível pesquisar sem se implicar, não é possível realizar uma pesquisa sendo imparcial, pois, ao estar nesse processo, pesquisador e campo se entrelaçam. É necessário pontuar a impossibilidade da imparcialidade, já que esta pesquisa tem sua criação no momento em que a pesquisadora trabalhava num serviço como esse.

A questão começara a se formar enquanto eu ainda permeava esse espaço enquanto trabalhadora, ao qual deixei de ser brevemente depois, iniciando meu percurso de pesquisadora, que não se separa da experiência prévia, produzindo implicações.

A técnica para realizar esta pesquisa se pauta na entrevista semiestruturada, composta por 13 perguntas fixas, com a possibilidade de desenvolvimento de questões no

momento da entrevista com o participante.

Minayo (2010) define entrevista semiestruturada como um combinado de perguntas fechadas e abertas, na qual o entrevistado tem liberdade de se posicionar, favorável ou não, sobre o tema, sem se prender à pergunta formulada. A autora descreve a entrevista como uma modalidade de interação entre duas ou mais pessoas, caracterizada como uma conversa a dois, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para o objeto da pesquisa e da abordagem, pelo entrevistador, de temas pertinentes com este objetivo.

Nesse mesmo sentido, a entrevista, segundo Neto (1994), enquanto procedimento busca obter informações contidas na fala dos atores, e não significa uma conversa despreziosa e neutra. Insere-se como meio de coleta de dados relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade focalizada. Esta pesquisa optou pela realização de entrevistas individuais.

Para a análise de dados coletados, este trabalho se debruçou sobre a fala de Minayo (2012), em que o verbo principal da análise qualitativa é “compreender”. Ela aponta que, para compreender, se faz necessário considerar a singularidade do indivíduo, uma vez que sua subjetividade é uma manifestação do viver total, sabendo que a vivência e a experiência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva, sendo contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo ao qual ela se insere. E, sobre isso, a autora discorre,

Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos. [...] Interpretar é um ato contínuo que sucede à compreensão e também está presente nela: toda compreensão guarda em si uma possibilidade de interpretação, isto é, de apropriação do que se compreende. A interpretação se funda existencialmente na compreensão e não vice-versa, pois interpretar é elaborar as possibilidades projetadas pelo que é compreendido. (Minayo, 2012, p. 3).

A análise dos dados colhidos será feita a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (1977). Sendo a análise de conteúdo um conjunto de técnicas de análise das comunicações que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Apoiado no texto como meio de expressão do sujeito, busca-se identificar o que há de comum nos elementos coletados para serem agrupados, sendo assim, categorizados para que possam ser inferidos e analisados.

A análise de conteúdo, grosso modo, é composta de três etapas gerais: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados e interpretação. Na primeira etapa

é feita a organização da escolha do material a ser analisado com a leitura flutuante, a formulação de hipóteses e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. A segunda etapa trata da codificação dos dados pelas unidades de registro, como a leitura das entrevistas transcritas. Já a terceira etapa é constituída pela categorização dos elementos classificados por suas semelhanças e diferenças para serem agrupados pelas características comuns. Todas as etapas constituem a análise categorial, e não necessariamente são feitas cronologicamente, mas devem se ater a todas para uma análise válida.

Sendo assim, o método utilizado nesta pesquisa se debruça na pesquisa qualitativa em saúde, realizado através de entrevistas semiestruturadas, aplicadas a trabalhadoras de dois serviços públicos de saúde mental destinados a atenção a usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad). Este trabalho também se pauta na compreensão de que ocorre uma mútua transformação entre sujeito e objeto, no plano da pesquisa, não existindo imparcialidade neste ato, pois, uma vez que o sujeito está implicado no campo, ele produz e é produzido pelo meio em que está inserido e, portanto, ele deve se colocar nesse momento não como ator principal, nem como coadjuvante, mas como um dos vários atores que fazem uma determinada pesquisa. Portanto, todos os atores são considerados participantes ativos.

## **4.2 Localidades**

Esta pesquisa foi realizada em dois CAPS ad, localizados na região do Médio Paraíba do estado do Rio de Janeiro. Escolhe-se pesquisar em dois serviços para ter complementação de dados, e não a caráter de comparação. Um dos dispositivos fica localizado numa cidade de grande portedessa região, sendo limítrofe ao outro dispositivo, localizado numa cidade de porte menor. Ambos os serviços estão inclusos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fazendo parte da rede de saúde mental de cada município. Os serviços são somados a outros serviços de saúde propostos na rede, tais como: Centro de Atenção Psicossocial I e II, Infante Juvenil, Urgência e Emergência, Atenção Básica, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua e Residências Terapêuticas. Esses serviços foram abertos após a Reforma Psiquiátrica, e ambos os municípios possuíram hospitais psiquiátricos com histórico asilar, sendo assim, possuem um histórico que não caberia elucidar aqui, devido ao tamanho e a dimensão.

A escolha por esses municípios foi feita a partir da possibilidade de pesquisa, assim

como de encontro prévio com esses serviços. Num dos serviços o encontro prévio da pesquisadora se estabeleceu enquanto trabalhadora, pelo período de 12 meses, e o outro encontro ocorreu enquanto estudante participante de Extensão universitária, com duração de dois anos.

### **4.3 Participantes**

Participaram deste estudo as trabalhadoras das equipes multiprofissionais dos dois CAPS ad ditos anteriormente. Foi definido, previamente, que seriam entrevistados todos os profissionais técnicos de cada serviço, efetivos ou contratados. Não foi possível entrevistar a todos, pois alguns estavam de licença e outros não se propuseram a participar. Foi feito um convite às trabalhadoras, que foram incluídas na pesquisa a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostragem total foi de nove profissionais, entre elas psicóloga, assistente social, oficinaira e técnica de reabilitação em dependência química. É importante pontuar que não foi possível entrevistar as psiquiatras dos serviços, mesmo após várias tentativas de contato, o que consideramos lastimável pelos dados que não puderam ser coletados.

As trabalhadoras não serão nomeadas, nem será feita forma alguma que possa reconhecê-las, tratarei os dados referenciado-as como Trabalhadora 1, Trabalhadora 2 e assim por diante.

### **4.4 Técnica e instrumentos**

A técnica selecionada para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e os materiais utilizados foram gravadores de voz, para registrar os relatos dos profissionais entrevistados, para que não se perdesse nenhuma informação, assim como manter fidelidade às falas, a ficha de pesquisa para a entrevista (Anexo 1) e o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2).

### **4.5 Procedimento**

O procedimento da coleta de dados deu início ao submeter um projeto desta pesquisa ao Comitê de Ética da Rural, que foi aprovado dando prosseguimento aos demais contatos. Após aprovação, as secretarias de saúde foram contactadas para solicitação de autorização

para coletar dados nos determinados serviços. Após aceite, foi realizado contato com as coordenações dos serviços para apresentar a pesquisa e, também, conhecer os trabalhadores para realizar as entrevistas.

As entrevistas foram agendadas, de forma individual, e também realizadas individualmente, através de plataformas remotas, via chamada de vídeo, devido à pandemia de Covid-19. Os dados coletados foram transcritos, da forma de áudio para a escrita, para serem analisados. Elas tiveram uma duração média de 25 minutos.

#### **4.6 Resultados**

Antes de dar início à discussão que este trabalho se propôs a fazer nos objetivos, serão apresentados, descritivamente, e de forma sintetizada, os dados coletados. A descrição dos resultados foi feita a partir da fala das trabalhadoras nas entrevistas semiestruturadas.

As entrevistas tiveram 13 perguntas norteadoras, feitas a todos os entrevistados, e também contou com outras perguntas formuladas no momento da entrevista, visto que a metodologia semiestruturada permite tal procedimento. Essas perguntas não entraram nas categorias listadas nos resultados, pois decidimos apenas apresentar o conteúdo advindo das perguntas feitas a todos. A transcrição seguiu à risca a fala das entrevistadas.

Foram entrevistados profissionais do sexo masculino e do sexo feminino, mas, sendo a maioria mulher, opta-se por fazer uso do feminino para referenciar as trabalhadoras. Conforme dito anteriormente, as trabalhadoras serão referenciadas como T1, T2, T3 em diante, e para diferenciar os serviços, chamarei o de maior porte como A e o de médio porte como B. Não farei apontamentos especificando de qual serviço cada trabalhadora é para buscar manter o anonimato.

Um ponto necessário a ser incluído diz sobre a pandemia de covid-19. Conforme dito anteriormente, as pesquisas foram feitas de forma remota por plataformas on-line. Sendo assim, não foi possível ir até os serviços, conhecer pessoalmente as trabalhadoras, as atividades e um pouco do cotidiano vivido por elas. É um dado que perdemos, mas entendemos que não era seguro a realização das entrevistas presenciais, assim como tantas mudanças que vieram com a nova realidade de mundo, este trabalho também foi afetado.

Apesar de ter perdido o dado de conhecer a realidade de perto, as entrevistas aconteceram de forma positiva, foram ricas e as profissionais colaboraram efetivamente para a pesquisa. O fato de ter sido on-line não afetou no conteúdo das entrevistas, considerando satisfatória as respostas e os dados obtidos. Todas tiveram um tom de

conversa, tendo o roteiro como suporte para as perguntas e obtendo dados para além dele.

Apresentarei, a seguir, os resultados.

#### 4.6.1 O cotidiano

Sobre o cotidiano no serviço, obtivemos falas variadas das trabalhadoras quanto ao desempenho das atividades ao longo do dia, e podemos perceber que é específico de cada uma, porém, todas as respostas mantem proximidade quanto às atividades desempenhadas, tais como atendimentos grupais, individuais, acolhimentos, acompanhamento dos usuários, reuniões de equipe entre outros.

A pandemia apareceu nas falas de algumas entrevistadas, uma vez que alterou todo o modo de funcionamento do serviço. Por ser um serviço de saúde, não fechou em nenhum momento e medidas foram tomadas, tais como suspensão dos grupos terapêuticos, e os atendimentos individuais foram prioridade. Essas e outras mudanças alteraram o modo de trabalhar, tornando-o mais desafiador, mas as trabalhadoras apontaram que o acompanhamento continuou, sendo a maior parte via telefone. Como podemos ilustrar:

*“Aqui, na verdade, eu faço de tudo um pouco, nesse período da pandemia em que precisamos fazer uma redução de profissionais, muitas vezes eu estive na recepção e o serviço funcionou de forma de escala por um tempo. Atendemos de forma bem reduzida os usuários, fornecimento de receita, alguns atendimentos de emergência e aqueles que cabiam também. Hoje, nós estamos funcionando de uma forma bem reduzida (T5)”.*

*“A gente acolhe os usuários que chegam lá e faz o acompanhamento dos pacientes que já estão lá por algum tempo e que demandam a necessidade ou a vontade de querer parar ou diminuir o uso das substâncias (T8)”.*

#### 4.6.2 As ofertas de cuidado ao usuário

Aqui, coletamos a oferta dos serviços para o acompanhamento dos usuários, atualmente, se restringindo a atividades individuais, tais como atendimento psicológico, psiquiátrico, social eclínico, devido à pandemia de covid-19, uma vez que a recomendação é que se evite aglomerações, funcionando assim para os dois serviços. Outras atividades desempenhadas pelos trabalhadores são reuniões de equipe, matriciamento com outros

serviços, via telefone, também em decorrência da pandemia, e visitas domiciliares. Ambos os serviços não estão realizando oficinas, por causa da pandemia, e o serviço A, além disso, conta com a falta de profissionais destinados a essa atividade.

Os grupos suspensos no início da pandemia estão sendo retomados, e foi possível perceber que o serviço B voltou a trabalhar de forma reduzida, com mini grupos, com capacidade para quatro ou seis usuários juntamente com o técnico, em ambiente amplo e arejado. O serviço A também começou a pensar sobre o retorno dos grupos, propondo até três usuários, mas ainda não tinha acontecido nenhum encontro no momento que as entrevistas foram feitas.

*“Por causa do momento da pandemia, a quantidade de atividades foi reduzida, e agora, muito recentemente, coisa de um mês pra cá, a gente começou a reabrir os grupos, mas atividade de convivência ainda está tendo durante o dia (T9)”.*

*“Hoje o serviço tem pra ofertar são grupos, mas na maioria das vezes grupos de usuários que, pra mim, também não teriam característica de AD, pacientes que não têm autonomia. Também tem o grupo de família, e isso é muito importante porque a família é muito importante (T4)”.*

#### **4.6.3 O acolhimento do usuário que chega**

Em relação ao acolhimento do usuário que chega ao serviço, inferimos que nos dois serviços, A e B, o usuário sempre é acolhido no mesmo dia pelo profissional técnico que estiver de plantão, caracterizando o serviço como portas abertas. Nesse primeiro atendimento, procura se escutar a história daquele paciente, apresentar o CAPS ad a ele e realizar uma avaliação deste usuário.

Após o acolhimento do usuário, e sendo ele perfil para atendimento nesse serviço, ele é reagendado para retorno. Compreendemos que a discussão dos casos acolhidos é levada para reunião de equipe no serviço B, enquanto no serviço A essa discussão nem sempre é realizada dessa maneira, como a definição de técnico de referência para esses usuários recém-chegados, ficando, na maioria das vezes, para o profissional que realizou o primeiro acolhimento.

*“Temos uma metodologia específica daqui, o paciente é encaminhado ou vai até o serviço e ele passa por uma notificação pela*

*receptionista e depois é acolhido por um técnico da equipe. Depois desse acolhimento, uma vez ou mais, o técnico avalia se ele vai ser inserido no sistema ou não. Sendo inserido, ele será agendado para um técnico que será referência do acompanhamento dele, ajudando no tratamento e fazendo avaliações pra saber se precisa de psicólogo, clínico, psiquiatra, e, às vezes, precisamos até de interferência de ser enviado pelo samu. E vamos avaliando até que esse paciente possa ter alta do seu tratamento que foi designado. Alguns que têm alta até pedem pra ficar como um suporte para aqueles que passaram pela mesma experiência (T3)”.*

*“É demanda espontânea, é porta aberta, pode ser tanto como demanda espontânea ou encaminhamento do hospital geral ou de alguma unidade, da rede, o usuário pode vir de onde for que ele vai ser acolhido naquele dia (T6).”*

*“Geralmente, quem a gente acolhe, e se for prosseguir o projeto terapêutico, a gente mesmo vira referência daquele paciente. Mas, por exemplo, se chega uma demanda mais voltada pra cocaína, a fulana é mais por dentro desse assunto, então a gente tenta encaminhar, se a agenda dela tá vazia, tenta encaminhar pra ela. A gente sempre vai tentando dar o direcionamento pro profissional que a gente vê que o paciente se encaixa mais. Se não, se a gente dá conta da demanda e a gente tem tempo na agenda, a gente prossegue com esse projeto com o paciente que a gente acolheu (T8)”.*

O acolhimento trata do momento de chegada do usuário, que é entendido como o mais importante, uma vez que é o momento em que o paciente decide ir até o serviço procurar atendimento. Porém, percebemos que após o acolhimento, na elaboração do tratamento, falta diálogo entre a profissional e o usuário, ficando, na maioria das vezes, para a trabalhadora que acolhe definir qual projeto terapêutico seguir e qual profissional melhor se encaixa para aquele caso. Essa escassez de comunicação, que causa efeitos diretos na elaboração dos projetos terapêuticos e também na definição das técnicas de referência, intensificou-se no momento pandêmico, devido à diminuição de RH e de atividades a serem elaboradas e trabalhadas, conforme apareceu na fala de uma profissional. Entendemos esses cortes de profissionais como falta de investimento na saúde, afetando diretamente o acompanhamento dos usuários.

O processo de acolhimento demonstra ser um processo solitário nesse sentido, pois o usuário é acolhido, referenciado e trabalhado, na maioria das vezes, pela mesma profissional. Momento esse que deveria ser compartilhado entre a equipe, conforme é a política dos CAPS, uma vez pautado pelo trabalho em equipe como primordial para o acompanhamento integral dos usuários.

#### 4.6.4 Apresentando esses usuários

Em relação ao perfil dos usuários que o AD atende, a maioria das trabalhadoras descreveram esses usuários como homens, em idade ativa, com algum sofrimento em relação ao uso da droga escolhida, a maioria tendo alguma questão familiar relacionada a esse uso, que sofreram perdas significativas e são pertencentes a uma classe social baixa.

*“A maior parte são homens em idade produtiva e nós temos dois ou três no máximo mulheres (...). Em geral, são homens em idade ativa, alguns ainda estão afastados do emprego, mas a maioria trabalha, continuam trabalhando mesmo sendo usuários (T1)”*.

*“Um usuário que a gente percebe que há um sofrimento, um sofrimento desse uso abusivo, que há de certa forma, que ele reconhece os prejuízos e os malefícios desse uso onde não é simplesmente o uso, onde você também vê o desejo de certa forma daquele usuário de não estar mais naquela vivência abusiva (T6)”*.

Percebe-se que o perfil dos usuários AD são homens, e eles que buscam acompanhamento, enquanto as mulheres, geralmente, não aparecem. Talvez seja preciso questionar o porquê dessas usuárias não buscarem atendimento. Será que buscam e não se sentem acolhidas, já que o ambiente é dominado por homens? As atividades propostas não abarcam as questões do feminino? Essa questão não cabe para ser discutida neste trabalho, mas é importante de ser trabalhada.

Uma trabalhadora apontou que possui uma visão diferente do serviço que trabalha, sobre qual é o seu público alvo, e acrescenta que percebe a atribuição de uma espécie de marca a esses usuários, a da incurabilidade da dependência química e que acabam sendo institucionalizados:

*“Eu entendo que o AD é pra aquele paciente dependente químico, eu não entendo que o AD é pra usuário porque se for pra usuário a gente vai que fazer um caps pra atender a cidade inteira (...) Eu vejo que existe uma questão moral muito grande e se ele (o usuário) fala que toma uma cerveja todo final de semana é ok, mas se ele fala que fuma maconha 1x na semana aí ele é AD, ele é usuário de droga. Aqui tem uma divisão muito grande entre álcool e outras drogas e entendo que isso não é lugar do AD, nosso lugar é de saúde. (...) Atendi um paciente que não fazia uso da substância há cinco anos e ainda está*

*aqui porque faz uso de medicamento e tem um transtorno de base, mas onde vai ser cuidado esse paciente? Uma vez entendido que ele era AD, ele tá aqui e porque quem vai atender ele em outro lugar? (...) Ele entra aqui e ele não recebe alta (...) é quase uma sentença de morte, uma vez que ele entra no serviço, ele é AD, ele não recebe alta. Porque como tem uma lógica que é uma doença incurável então é como se ele nunca mais pudesse se desvencilhar da identidade de ser AD (T4)”.*

A questão que a trabalhadora 4 considera sobre a moral enraizada no acompanhamento de usuários de drogas, assim como sobre qual droga ele utiliza, aparece na forma como são trabalhadas as drogas legais e ilegais, além da compreensão de doente incurável, já que está inserido num serviço AD. A máxima “uma vez dependente químico sempre dependente químico” precisa ser questionada. O CAPS ad trabalha pela lógica da Redução de Danos e da promoção de saúde. A lógica da incurabilidade se distancia da RD e se aproxima da técnica de 12 passos tão conhecida e tão refutada. Faz-se necessário retomar essa discussão e abrangê-la para outros modos de cuidado mais integrativos.

#### **4.6.5 A decisão pela estratégia de acompanhamento**

Quanto à estratégia utilizada, identificamos falas diversas, algumas trabalhadoras disseram que trabalham de acordo com a demanda do paciente, variando de paciente para paciente. Também apareceram, nessas falas, que a decisão pela estratégia a ser seguida é feita na reunião de equipe, durante a discussão dos casos, após o acolhimento, fazendo um delineamento do projeto terapêutico singular em conjunto. Aqui se seguiu como aparecendo mais na resposta das trabalhadoras do serviço B, realizando a discussão em conjunto e/ou na reunião de equipe, enquanto nas falas do serviço A a decisão se restringe à profissional sozinha, na maioria das vezes.

*“A estratégia que usamos com cada um é muito específica de paciente para paciente, com os acolhimentos que sabemos o que cada uma precisa. Não tem como dizer sobre regras na funcionalidade (T3)”.*

*“Normalmente, eu faço depois do acolhimento, encaminho pra grupo e faço atendimentos individuais (T5)”.*

Sendo assim, aponta-se que a forma de trabalhar para alguns é definida a partir do

que o usuário deseja:

*“A gente conversa com ele e entende o que ele realmente quer, o que trouxe ele pra buscar tratamento, ou se ele tá vindo por conta de alguém da família, algum fato que aconteceu, e fala com ele o que a gente vai oferecer e vê com ele se ele quer parar de uma vez, se ele quer fazer uso de algum medicamento. (...) a gente elabora junto com eles a estratégia que a gente vai usar. A gente não pode impor pra ele uma coisa que ele não poder cumprir se ele não quer, então pra poder ajudá-lo a gente faz um acordo, fecha algumas coisas pra poder tentar ajudá-lo (T7)”*.

Diferentemente do que é feito por outra trabalhadora, que pensa em uma estratégia baseada em encaminhar o usuário para algum grupo, ou realizar atendimentos individuais. Também aparece a fala que a estratégia se pauta na inserção de atividades laborais e físicas como forma de ocupar o tempo ocioso, ação esta dita como atividade de Redução de Danos.

*“A gente verifica muito a rotina da pessoa, a questão de o que ele faz durante o dia. Se ele não faz nada, a gente precisa tentar mudar isso. A gente chama a família pra poder ajudar essa mudança de rotina, inserir coisas saudáveis na rotina. Se ele não faz nenhum exercício físico, isso é fundamental pra ocupar a mente e liberar endorfina, o hormônio do prazer. A gente tenta fazer (T8)”*.

Também foi dito por uma trabalhadora que se trabalha na lógica da RD através dos atendimentos como um processo de gerar reflexão acerca dos esquemas e da rotina de uso da droga, sendo proposto uma inserção de cuidado nesse uso, buscando um consumo mais consciente e menos nocivo. Outra trabalhadora, em relação à RD, diz que percebe o serviço não trabalhar com essa lógica, e nota a existência de uma prática individual quanto a estratégia:

*“Eu não vejo aqui uma identidade de CAPS ad, não, eu vejo que profissional trabalha com uma metodologia que acha que é legal (...) eu não acredito num trabalho com álcool e outras drogas que não contemple a RD, porque RD não é ficar trocando uma droga pela outra, não é isso, é algo muito maior do que isso, até a medicação, quando algum médico decide medicar um paciente, isso é RD (...) aqui tem profissional que trabalha com abstinência, e você fala sobre RD eles quase cai pra trás (T4)”*.

Apareceram falas diversas, e apesar disso ter ligação com a pluralidade do trabalho que se constrói nas diferenças, também é preciso se atentar a pouca troca do trabalho

exercido. A definição da estratégia de acompanhamento aparece como decisão da técnica, e é pouco compartilhada com o usuário. Percebe-se falta de compreensão sobre a estratégia da RD, entendendo-a como, puramente, uma prática de trocas de drogas.

#### 4.6.6 Abordagem da abstinência

Podemos perceber que a abordagem sobre a abstinência aparece diante da avaliação de algumas técnicas no atendimento individual com cada paciente, pois se busca compreender de qual seu objetivo para o acompanhamento. Mas, também de acordo com a fala de algumas trabalhadoras, o foco dos usuários, ao chegarem para atendimento no CAPS ad, é a abstinência, sendo a RD não muito conhecida:

*“Eu acho que o pensamento da maioria das pessoas que procuram um tratamento pra dependência química já vai procurar pensando numa abstinência. É muito difícil você chegar pra um usuário, que ele está naquela ideia de só reduzir, ou então qualquer prática de RD mesmo, porque também não é só reduzir. Mas as pessoas que chegam buscando tratamento elas já chegam com uma lógica de abstinência (T9)”.*

*“A RD não é muito bem conhecida, ela é pouco conhecida e acho que a gente pode atribuir esse desconhecimento ao fato de ser uma política recente. Se a gente for parar pra pensar, é muito focado na abstinência o contato, então, assim, hoje a gente tem o AA, que foca na abstinência total, que é, de certa forma, um grande suporte pra muitos usuários que chegam aqui (...) Hoje, a fala da abstinência é muito presente e a gente traz a RD como uma ferramenta muito importante. E a gente vai trabalhando isso. Tem alguns usuários que não acreditam na Rd, que preferem a abstinência e querem parar tudo (T6)”.*

Outra trabalhadora diz que alguns usuários chegam com a demanda pela RD, mas não sabem o nome: *“Não conhecem o nome, mas trazem subentendido, de outras formas, e eu esclareço pra eles o que é a RD. Chegam pedindo redução. Eu pergunto qual é o objetivo dele(T2)”.*

Há, também, quem acredite que a abstinência é a indicação para os usuários de álcool, e a RD para usuários de drogas ilícitas, entendendo que a abstinência é o final da RD, como disse:

*“No caso do álcool, embora algumas pessoas discordem, eu acho muito difícil trabalhar a RD porque a gente fala que pode beber cerveja sem álcool, e quando vê... eles acabam recaíndo. No caso de drogas ilícitas, pode se fazer a RD, eu sou totalmente favorável à RD porque eu vejo que a medida que ele vai buscando abstinência sem aquela questão de querer parar (T5).”*

E também há a fala de uma trabalhadora que nega abordar a abstinência dizendo:

*“Na verdade, a gente não faz a abordagem da abstinência, isso vai no decorrer do projetoterapêutico da pessoa, a gente vai falando sobre os danos que causa, as reações do corpo, né, a gente realmente faz uma psicoeducação, no geral (T8).”*

Mas, outra fala aparece, e indica o desconhecimento e a falta de trabalho com a política ao apontar que, para manter um usuário em abstinência, é necessário retirá-lo de seu ambiente de uso que, às vezes, é seu lugar de permanência, como pessoas em situação de rua:

*“Um morador de rua, que chega manifestando a vontade de parar, de diminuir os danos da droga, da substância, aí a gente articular com outras unidades da rede, a gente tenta arrumar um lugar que ele fique, um abrigo, uma RT, que não é fácil, mas a gente tenta. Porque não adianta a gente dar todo o acolhimento, todo o acompanhamento pro paciente ali e ele tá na rua, não vai, né. É um ambiente que, mesmo que ele quiser, ele não vai sair do uso da droga, porque ele não quer um meio, é o que ele vive, a vida dele é essa. Então a gente precisa tirar esse paciente desse meio pra que ele possa conseguir levar essa vontade de parar adiante. (T8).”*

Podemos perceber, pela fala das trabalhadoras de ambos os serviços, que existe uma lógica de abstinência muito fixada na maioria dos usuários e em algumas trabalhadoras, assim como pelos grupos de Alcoólicos Anônimos e os seus 12 passos. O uso dessa abordagem parece ficar a critério de cada profissional de forma isolada, às vezes de acordo com o que o usuário apresenta e, por vezes, de acordo com o que a trabalhadora acredita, dependendo também de cada caso, assim como da droga de uso. Constatamos, também, que não é apenas o usuário que não conhece a política, as trabalhadoras ainda confundem RD como o avesso da abstinência, e não sendo a abstinência também uma possibilidade dentro das práticas de RD.

#### **4.6.7 O atendimento psiquiátrico**

Em relação ao momento que o usuário chega para o atendimento psiquiátrico, todas as trabalhadoras disseram que esse encaminhamento ocorre diante da avaliação delas. Algumas avaliam, já no primeiro atendimento, uma demanda para a psiquiatria, outras avaliam no decorrer dos atendimentos, e, também, há a avaliação em conjunto na reunião de equipe e com o usuário individualmente.

*“No primeiro atendimento, no acolhimento, ele já é agendado pro psiquiatra, e na reunião de equipe, da reunião seguinte, é discutido se ele vai continuar no atendimento individual ou se vaipassar pro grupo. Se a pessoa estiver mais estável e não estiver numa situação, isso também é conversado com ele, se ele se sente confortável no grupo ou se ele não se sentiria confortável (T1)”*.

*“Especificamente, vai de acordo com a avaliação do técnico. Ele que vê a necessidade ou não de uma avaliação psiquiátrica do paciente. Normalmente, são os que estão em crise ou os que já estão com sequelas clínicas (T3)”*.

*“Eu encaminho de acordo com a maneira que ele chega lá, se estão muito ansiosos, quando tem muita dificuldade em ficar sem a droga, aí eu encaminho. Porque tem outros que você vê que eles têm, que eles podem estar indo lá, conversando (T5)”*.

*“Através de encaminhamento depois do atendimento com os técnicos, geralmente, no acolhimento, já percebemos a demanda, se é interessante passar pelo psiquiatra, da medicação como um aliado nesse acompanhamento e até mesmo uma avaliação do psiquiatra (T6)”*.

*“A gente avalia na reunião de equipe se há demanda pra encaminhar pro psiquiatra, não necessariamente eu encaminho todos os meus usuários para a psiquiatria não (T2)”*.

Constata-se uma diferença entre os serviços, pois, enquanto na fala das trabalhadoras do serviço A essa decisão do encaminhamento pauta se numa avaliação tendendo a ser mais isolada, na fala das trabalhadoras do serviço B essa decisão costuma passar, também, pela reunião de equipe para ser decidida em conjunto. Reforçando, este trabalho não teve o intuito de comparar os serviços, apenas de mostrar a diferença nos dados, mas é unânime que a avaliação é feita pelas profissionais técnicas.

A técnica avalia, no acolhimento, a necessidade para o atendimento psiquiátrico e, se houver, encaminha para o médico. De modo sintético, os elementos que fazem com que as técnicas agendem para a psiquiatria são: agitação, uso descontrolado da droga,

ansiedade, insônia, agressividade entre outros.

Às vezes, essa decisão é levada para a equipe, no serviço B, mas a maioria fica a critério da profissional em decidir se agenda ou não. Esse dado aponta para uma fragmentação do trabalho, no serviço A, já que a decisão muitas vezes não é compartilhada e a profissional da medicina não aparece também.

#### 4.6.8 A decisão pela prescrição medicamentosa

Conforme apresentado anteriormente, a decisão pelo encaminhamento dos usuários para a avaliação psiquiátrica fica sob-responsabilidade das técnicas, sozinhas ou em equipe, enquanto a decisão pela prescrição medicamentosa fica apenas a cargo da psiquiatria, conforme a fala de todas as trabalhadoras entrevistadas de ambos os serviços.

*“A psiquiatra que decide, acaba tendo essa autonomia (T6)”.*

*“Normalmente, na primeira consulta, é prescrito, né, e quando tá tomando uma determinada medicação, tem que fazer alguns exames pra ver se deu alguma alteração no sangue. A psiquiatra que decide. Algumas vezes a psiquiatra participava das reuniões, conversava, mas não comigo, porque dessa área não entendo nada, sei de algumas medicações, mas não me atrevo (T5)”.*

*“A psiquiatra que resolve essa demanda por medicação, a gente não se envolve nisso, só encaminha (T8)”.*

*“Ele que faz a prescrição, ele vê o acolhimento inicial e conversa com o paciente, vê a demanda e ela prescreve (T1)”.*

*“É uma decisão exclusivamente da psiquiatria, a gente não tem nenhuma arbitragem nisso aí e, geralmente, ele sai com uma prescrição, sim, depois do primeiro atendimento (T9)”.*

Também foi possível compreender que, além de a prescrição ser decisão da psiquiatria, o usuário não é considerado nesse processo. Por exemplo, se o usuário optar por não fazer uso de alguma medicação prescrita, ele não o faz, mas, sobre pensar essa prescrição, não há nenhum poder de ação para além da figura médica.

*“Pesquisadora: É uma escolha fazer uso da medicação, mas, se o médico achar que precisa passar, vai passar, então fica uma escolha da pessoa tomar ou não, e não da prescrição?”*

*T2: “Isso”.*

Como vimos anteriormente, o encaminhamento ao psiquiatra fica a cargo das demais profissionais técnicas, e a medicação fica sob a decisão médica. São poucas vezes que o diálogo e a troca entre profissionais aparecem na fala das entrevistas, dando a compreender que a fragmentação do trabalho na elaboração de vias possíveis para o acompanhamento existe. Não há estranhamento quanto a essas práticas, os serviços funcionam dessa maneira. As técnicas quase não questionam a decisão pela medicação, visto que não parece ter abertura para negociação, ou elas não se sentem seguras de questionar, ou até mesmo de conversar sobre a decisão. O que corrobora esses dados é a não participação das profissionais da psiquiatria dos serviços, indicando inexistência de diálogo.

#### **4.6.9 O usuário recebendo a prescrição segundo as trabalhadoras**

Foi coletada uma diversidade de respostas quanto a essa questão, e se misturam os serviços A e B. Duas trabalhadoras percebem que é um número pequeno de usuários que não querem ou não gostam da ideia de fazer uso de medicação:

*“Esses anos todos que eu vejo é um pequeno número, principalmente os usuários de maconha, não gostam de medicação, e alguns, quando muito compulsivos, fazem abuso de medicação, outros seguem a prescrição como recomendados (T5)”.*

*“Olha, eu vejo muito mais eles quererem algum remédio do que não querer. Alguns demonstram insegurança, mas a gente vai trabalhando isso com ele, e a gente também não força que eles têm que tomar o remédio, a gente trabalha que eles podem ter a consulta com o médico, mas a verdade é que, no final, a escolha é deles (T2)”.*

*“Olha, vai muito do caso a caso, né, porque tem aquele paciente que tem medo da medicação até pelos efeitos colaterais, principalmente os homens, né, por conta da libido. Como, também, tem aqueles pacientes que são louco por medicamento e a gente tem até que cuidar disso, porquesenão ele vai em vários serviços demandando medicações e cria uma dependência medicamentosa(T4)”.*

Já as outras trabalhadoras compreendem que a maioria dos usuários apresenta desejo pela medicação já no primeiro contato com o serviço, pois acreditam que a medicação irá atuar na interrupção do uso ou da vontade de fazer o uso:

*“Na primeira vez que eles aparecem aqui, eles são meio desesperados, não conseguem dormir. Então, eles recebem muito bem,*

*no início, e, depois, quando começa a melhorar uma coisinha, eles somem e só retornam quando alguma coisa acontece (T7)”.*

Além disso, a maioria das trabalhadoras do serviço A identifica que a medicação é válida e vista de forma positiva e assertiva para a maioria dos usuários, sendo, inclusive, entendida como parte natural do processo de acompanhamento no CAPS ad:

*“Ajuda muito, eles ficam muito mais tranquilos, chegam muito mais conscientes do que quer, percebe que isso está, de fato, diminuindo a ansiedade deles, diminuindo a vontade do uso constantemente. Não que isso cesse à vontade, não cessa, mas ela diminui bastante a vontade do uso de droga (T8)”.*

*“Então, a gente já encaminha na necessidade que ele tem de uma medicação, então, ele sair do primeiro atendimento com medicação não é visto de maus olhos, de maneira nenhuma. Eu encaro como parte natural do processo (T9)”.*

Porém, algumas trabalhadoras do serviço B encaram isso como uma problemática e como algo que deve ser tratado com cuidado, pois pode gerar uma troca da droga pela medicação:

*“Ah, eles acham que vai ser uma pílula mágica, né, que vai fazê-los pararem de ter vontade de fazer o uso, mas não é bem assim, a gente deixa muito claro que aquilo é um suporte, não poder ser nem a pílula mágica e nem a muleta, que algum momento aquilo vai sair da vida dele e eles vão ter que dar conta sozinhos (T1)”.*

*“A gente tem que tomar cuidado com essa prescrição por conta da forma como o usuário vai lidar com a medicação, porque também tem essa dependência que gera pela medicação, então, o usuário para de usar a droga, mas passa a usar a medicação (T6)”.*

*“Ele recebe muito bem a prescrição, e eu acho muito ruim, porque, na minha visão, os remédios se tornaram naturais, e eu não concordo. Eles acham que o psiquiatra vai passar um medicamento milagroso pra ele parar com a vontade, então eu acho que tem que ter muito cuidado (T3)”.*

Quanto à medicação, foi possível perceber que o serviço A trabalha mais apoiado na medicação, sem questionar muito o uso feito, sendo o acompanhamento dependente das prescrições, enquanto o serviço B trabalha com mais questionamento à medicação, mas não a deixa de usar. A medicação é vista como uma importante parte do processo e

assertiva para muitos usuários, e, aqui, não se nega os benefícios que ela pode trazer.

As profissionais avaliam, com os usuários, o uso da medicação e buscam entender se ela faz sentido, sendo esta prática importante para trabalhar autonomia dos usuários. Porém, as psiquiatras, por não dialogarem com as demais profissionais e sempre prescreverem, mesmo que o usuário não utilize a medicação depois, dificultam o acompanhamento ao não escutarem quem, de fato, busca um cuidado.

#### **4.6.10 O uso da medicação feito pelos usuários segundo avaliação das trabalhadoras**

Com relação ao uso da medicação que os usuários utilizam, as trabalhadoras apontaram algumas questões. A maioria delas acredita que a medicação é válida e auxilia os usuários e percebem, também, que eles recebem bem as prescrições, demandam por medicação, apresentando melhora nos sintomas e nas crises de abstinência.

*“Eu acho muito válido. Muitos deles melhoram, não tem como falar um percentual, tipo 50/50, mas a gente vê que funciona com muita gente. Muitos chegam aqui falando: “nossa, melhorei muito”, porque tem uns que trocam o dia pela noite, e com o medicamento, ele consegue dormir no horário que deveria dormir, já consegue buscar algum bico... Eu acho válido, desde que a pessoa realmente queira fazer o tratamento e tenha ciência de que não pode ser uso do medicamento com a droga (T7)”.*

*“É um auxílio pra nós esse paciente ta com o uso da medicação. Ela dá um suporte maior pra que a gente possa trabalhar com esse paciente, e eles gostam bastante (T8)”.*

Porém, existe uma questão a respeito desse uso, apontado por uma trabalhadora, ao expor uma dificuldade que ela percebe nos pacientes em fazer o uso correto dessas medicações, por um provável comprometimento neurológico:

*“Tenho alguns pacientes que usam o remédio adequadamente, mas a maioria dos meus pacientes é idosa com grande comprometimento neurológico, e eles não têm atendimento neurológico, então a gente fica sem saber até que ponto é uma demência alcoólica, né, mas é bem provável (T2)”.*

Percebendo uma desorganização nesses pacientes em lidar com a medicação, essa trabalhadora diz que utiliza de alguns recursos, tais como:

*“Tem paciente que não escuta, o médico fala baixinho e o paciente não escuta, tem paciente que não enxerga o que tá escrito na receita, então eu faço letras enormes e, através do desenho, eu consigo orientar, pelo menos, em questão do uso correto, faço alguns treinos pra eles aprenderem, pra termos um pouco mais de segurança com a medicação, mas é bem complicado (T2)”*.

Aparece, também, uma resposta que percebe uma medicação excessiva dos pacientes, apontada pela trabalhadora do serviço A, conforme nos diz T4:

*“Eu acho que aqui se medica demais, acho que há um excesso de medicação muito grande. Eu acho que é um pouco para mais. O paciente com muita facilidade consegue medicação, não é fácil conseguir médico, mas é fácil conseguir medicação (T4)”*.

Com relação a isso, a T9 também traz algumas informações, pontuando que percebe uma questão nos usuários em fazer um uso abusivo de uma classe medicamentosa, os benzodiazepínicos:

*“Às vezes, você nota até que o paciente toma uma série de medicações já há um tempo, mas a única medicação que ele está muito preocupado e quer a prescrição é a do benzo. Ele já vira um dependente e começa a fazer um uso abusivo, muitas vezes, associado com a substância, geralmente, o álcool, porque um aumenta o efeito do outro. E você nota que isso acontece muitas vezes, e é até comum o paciente abandonar o uso das outras medicações, mas o benzo ele não quer de maneira nenhuma (T9)”*.

É possível concluir, segundo a avaliação das trabalhadoras, que as medicações auxiliam e que os usuários fazem uso delas, mas também há o apontamento para a necessidade de ser feita uma medicação implicada e consciente, prestando atenção no uso que os usuários fazem da medicação. Essa visão crítica aparece mais nas trabalhadoras do serviço B, enquanto no serviço A isso se restringe a algumas técnicas.

É necessário questionar, e sempre reavaliar, se o uso da medicação está sendo benéfico. Como foi apontado acima, alguns usuários passam a fazer uso contínuo, sem reavaliação de benzodiazepínicos e não apresentam desejo em interromper esse uso. Logo, podemos questionar que cuidado essa medicação está proporcionando. Seria o movimento de trocar uma droga ilegal por uma droga legal, o remédio? Somente pelo olhar crítico

pode se responder a essas questões e compreender o uso desses medicamentos na tentativa de produzir saúde no acompanhamento aos usuários.

#### 4.6.11 A interação medicamento vs droga

Questionados sobre o trabalho com os usuários a respeito de uma possibilidade de interação do medicamento com a droga, as trabalhadoras apontaram que buscam trabalhar com eles uma orientação sobre essa possibilidade, na tentativa de que eles façam o uso conforme prescrito.

*“Sim, sempre conversa sobre isso, que não tem como os dois juntos, eles ficam muito cientes desse efeito, desse prejuízo que pode causar de misturar os dois juntos (T7)”*.

Uma trabalhadora utiliza de uma psicoeducação para realizar essa orientação e diz:

*“A gente tem que fazer, novamente, aquela psicoeducação porque usando a medicação, se ele usar a droga, o efeito dessa medicação será outro, principalmente se for álcool (...) então a gente tem que conscientizar o paciente que ele tá fazendo uma escolha e tem que ser uma escolha firme, se ele decidiu usar a medicação, ele tem que seguir com a medicação, ele não pode tomar juntocom a droga (T8)”*.

Algumas trabalhadoras apostam na orientação do usuário em conjunto com a família, acreditando que, dessa forma, a possibilidade de interação diminui. Inclusive, de acordo com a fala de outra trabalhadora, são as famílias que irão dizer aos técnicos que o usuário está fazendo esse uso combinado, conforme apontou T9:

*“Ele (o usuário) não deixa essa informação chegar pra gente, que ele está fazendo esse tipo de coisa. Então isso muitas vezes vem como uma denúncia da família, a esposa liga avisando, ou a mãe liga avisando, e aí, quando isso acontece, a gente realmente tem de fazer que a família tome conta e faça a administração da medicação desse paciente (T9)”*.

*“Eu sempre oriento a família e o paciente. Às vezes a família liga e fala que o paciente tá tremendo, e, dependendo da medicação, eu oriento se pode tomar ou não. Então essas dúvidas, elas surgem muito, e eu percebo mais com as famílias. (T4)”*.

Outra trabalhadora também apontou que, em razão de uma possível interação, a

prescrição medicamentosa pode ser prejudicada devido a certos tipos de drogas apresentarem maior interação quando combinadas ao uso da medicação.

*“Essa é uma grande questão porque muitas vezes não conseguimos medicar o usuário por conta da droga de escolha, por exemplo, o álcool faz interação com muita medicação, e o médico não vai prescrever porque vai colocar esse usuário em risco e, também, porque não dá pra confiar naquele usuário porque você está vendo ele naquele momento (T6)”*.

Evidencia-se, a partir dessas respostas, que existe um trabalho acerca da interação pautada na orientação dos usuários e familiares na tentativa de ensiná-los a fazer um uso consciente e correto da medicação, evitando sempre o uso combinado da droga com a medicação.

As trabalhadoras falaram de questões amplas nessa pergunta. Ao mencionar sobre escolha firme, podemos questionar o que seria uma escolha não firme. Podemos questionar essa escolha como a não escolha da droga. Ficar abster-se e não ter recaídas? Sendo assim, talvez estejamos falando sobre o que as profissionais consideram como firme, e não os usuários.

Ao mesmo modo, se faz necessário estranhar quando dizem que é preciso confiar no usuário para receitar a medicação. Aponta-se que os usuários de drogas não são confiáveis, como se escuta bastante que são mentirosos e manipuladores e, portanto, não podem receber prescrição se não são confiáveis o suficiente para fazerem o uso correto da medicação. É necessário questionar se a confiança a que se refere aqui diz sobre o usuário de droga tomar a medicação corretamente ou sobre ele ser digno de confiança.

#### **4.6.12 O trabalho em rede**

Sendo o CAPS ad um serviço pertencente à RAPS, e que tem o trabalho em rede com esses outros serviços como indispensável, pode-se perceber que ambos os serviços apontam um trabalho com a rede, mas também encontram dificuldades nela.

*“Assim, a rede existe, a gente faz contato com UBS, CRAS e CREAS, mas é uma luta. Hospital também fazemos contato, mas muitas das vezes é difícil manter essa comunicação e, atualmente, não estamos fazendo reunião de rede por conta da pandemia. É pouco o trabalho em rede (T2)”*.

*“O trabalho em rede nem sempre funciona porque tem muita falta de*

*equipamentos. Mas, se você criar uma boa parceria, você aciona o serviço pro paciente, se fizer contato conseguimos, sim (T3)”*.

Busca-se sempre realizar contato com os outros serviços e realizar encaminhamentos, mas também vale pontuar que esse trabalho em conjunto foi prejudicado devido à pandemia, ficando restrito a contatos telefônicos:

*“Isso foi bem prejudicado durante a pandemia, o trabalho em rede que a gente tava fazendo era o encaminhamento de caso quando a gente viaque esse perfil do especialista do CAPS ad fazia mais sentido acolher aquele paciente (T9)”*.

Percebe-se que os encaminhamentos e o contato maior desses serviços são com os serviços de assistência social, como CRAS, CREAS e Abrigos municipais, o que demarca uma população em situação de vulnerabilidade e, também, aponta uma rede mais concisa para essas situações.

*“A gente faz encaminhamento se tiver necessidade, tem caso que encaminha pro CREAS (T7)” “Tem, como te falei, o usuário é da rede toda, então, tem a assistência, CRAS, CREAS... (T6)” “Se a gente vê se tem alguma situação de vulnerabilidade, a gente aciona o CRAS (T1)”*.

*“Com a unidade básica a gente tem, com o CREAS, com o CRAS, isso tudo a gente trabalha em conjunto, sim, qualquer informação, a gente faz estudo de caso de paciente com eles, essa interação ela existe com as outras unidades da rede, sim (T8)”*.

O que aparece, enquanto dificuldade, é a comunicação e o trabalho em rede entre os serviços de saúde mental. E a falha é atribuída pela falta de compreensão dos outros serviços no entendimento da demanda AD, no que caracteriza esse usuário perfil para acompanhamento neste serviço e pela falta de abertura ao diálogo com esses serviços, dificultando um trabalho em rede.

*“A gente não consegue fazer essa desconstrução com os outros caps. Exemplo: faz uso de cinco, seis latinhas de cerveja por dia, ah é alcoolista, então manda pro CAPS ad, mas ele é totalmente psicótico, escuta vozes, vê vulto, conversa com outro que não existe, mas se toma 6 latinhas de cerveja por dia manda proCAPS ad (T8)”*.

#### **4.6.13 As internações**

De acordo com a fala de todas as trabalhadoras, não há internações de usuários encaminhados pelo serviço às comunidades terapêuticas, apontando que essa não é uma prática do CAPS ad nem de nenhum trabalhador entrevistado. O que acontece são internações para desintoxicação, nas instituições parceiras, que possuem leito para os pacientes de saúde mental, como hospitais gerais e unidades de pronto socorro. Essas internações são curtas e os trabalhadores de um município apontam a existência de um trabalho em conjunto com essa equipe, enquanto o outro município apresenta maiores dificuldades nessas trocas.

*“Não trabalhamos com viés de internação. Acreditamos muito no acompanhamento no caps e aqui não tem lugar pra internar. Mas recebemos toda semana essa demanda de internação da família, usuário, hospital, e é compreensível, de muitas partes. Alguns usuários entendem que a internação é a última chance de melhorar, a família porque não aguenta mais e o hospital porque acredita que é dessa forma que eles precisam ser cuidados (T6)”*

*“Só no hospital geral, quando tem algum problema muito grave, eles ficam um, dois dias no hospital, mas pra clínica a gente não faz e não indica (T1)”*

*“Muitos usuários, quando estão em crise, usuário nosso que já é acompanhado, vai pro hospital geral, e eles fazem contato com a gente sobre quem tá internado, e se não for pacienotenosso, a gente vai lá e faz uma abordagem, após uns dias abstêmio, pra poder verificar e, talvez, trazer pro caps (T8)”*

Relacionado às internações em comunidades terapêuticas, as trabalhadoras apontaram que percebem essa demanda vinda da família, e que buscam desconstruir essa ideia, mostrando o acompanhamento possível no CAPS, mas entendem que essa é uma decisão da família e do usuário, ao qual eles não possuem nenhuma arbitragem.

*“O CAPS não trabalha com internação, né, normalmente, aqueles que estão no caps e, se internam, a família que tem buscado, e, na grande maioria das vezes, são em comunidades terapêuticas (T5)”*

Apesar de essa demanda aparecer constantemente no serviço, nos atendimentos e nos pedidos das famílias, podemos concluir que encaminhamentos para essas instituições não fazem parte do cotidiano de ambos os serviços.

Esses foram os resultados colhidos e apresentados aqui, de forma sintética, a fim de demonstrar apenas o que foi mais relevante para a pesquisa e o que se repete. Verificamos

que cotidiano do serviço e das trabalhadoras foi afetado pela pandemia e a maioria trouxe esse dado nas entrevistas, e que deve aparecer.

Compreendendo que a perspectiva do pesquisador sempre está ativa, assim como todos os outros atores participantes, tentou-se, aqui, realizar apenas uma exposição dos dados para, diante deles, se debruçar no próximo tópico a fim de explorar melhor os objetivos e tentar responder a questão que se coloca essa pesquisa.

## 4.7 Discussão

*“Eu não morri de beber, mas eu vou morrer de remédio” (Usuário de CAPS ad atendido pela pesquisadora em 2019).*

Neste momento, iremos realizar a discussão dos dados coletados nas entrevistas por meio da apresentação de três categorias: 1) O usuário como doente: a visão das profissionais sobre o usuário; 2) O uso do medicamento e sua relevância no acompanhamento e 3) Medicamento e Redução de danos: é possível?

### 4.7.1 O usuário como doente: a visão das profissionais

Esta pesquisa parte da narrativa apoiada em Machado e Boarini (2013) que afirma que o uso de drogas é antigo e data do ano 6.000 a.C., sendo compreendido como remédio capaz de afastar as dores. Outros atores, como Carneiro (2018), também apontam a aparição ancestral dessas substâncias, antes utilizadas para o cuidado de si.

Durante muitos anos, as drogas não sofreram intervenções do Estado, porém, passaram a sofrer quando foram introduzidas nas esferas biomédica e jurídica, começando, assim, a política proibicionista. Essa efêmera introdução do proibicionismo nos serve para pensar a transição pela qual as drogas e seus usuários foram submetidas, antes entendidas como remédios, depois criminalizadas, passando a permear o espaço jurídico e adentrando na esfera biomédica.

Machado e Boarini (2013) afirmam que essa política se baseia no medo, na repressão, na persuasão moral e na intolerância ao uso, e sua intenção é criar uma sociedade livre das drogas. Isso é o que a política deseja, mas aqui a intenção é pensar

sobre os sujeitos que fazem uso dessas substâncias. Os usuários de drogas são compreendidos por essa política como drogados, muitas vezes, marginalizados, que precisam interromper o uso e estar aptos a produzirem e servirem a sociedade, por sua vez, pautados pela lógica da abstinência.

A partir do processo de medicalização, os sujeitos que fazem uso de drogas passam a ser vistos como sujeitos doentes que necessitam de cuidado e atenção. Rybka et al (2018) debatem a cristalização da noção de dependência química como doença, estabelecendo-se a abstinência como meta, com intervenções terapêuticas frequentemente definidas com pouca ou nenhuma participação dos sujeitos que fazem uso de drogas. As autoras alertam para a destituição dos direitos e responsabilidades do sujeito, reduzido à condição de dependente químico, comumente vista nesse tipo de abordagem.

Como vimos, a RD propõe pensar numa via possível de saúde para o sujeito usuário de drogas, não impondo a interrupção do uso, deixando isso a cargo do sujeito. Diante dos dados coletados, inferimos que os usuários de CAPS ad são percebidos enquanto sujeitos doentes, com histórico de sofrimento e que demandam cuidado. Uma vez inseridos no serviço, a visão de sujeitos doentes advém através do diagnóstico de dependência química, acompanhado de uma incurabilidade pertinente a esse diagnóstico, pautado, muitas vezes, sob o imaginário de “um dia após o outro”.

Zorzanelli (2014) pontua sobre essa ação, considerando que os comportamentos transgressivos das normas sociais vigentes, uma vez convertidos em doenças, têm sua avaliação moral diminuída. Ao remeter aos sujeitos que fazem algum uso abusivo, a autora afirma que o ato de ser entendido como doença e não mais como fraqueza moral, tornando-o elegível para tratamento.

Entretanto, uma vez posto que o usuário AD é um usuário incurável, não se pensa numa futura alta para ele, correndo o risco de ser institucionalizado, ação a qual a Reforma Psiquiátrica Brasileira atacou e busca a sua não reprodução. A noção de incurabilidade está atrelada à possibilidade de os usuários em acompanhamento recaírem no uso e isso ser encarado, de acordo com a pesquisa feita, como um fracasso, e não como parte do processo de tratamento.

Conforme vimos nas entrevistas, essa incurabilidade aparece como uma questão não muito trabalhada no serviço, e percebemos essa noção como herança da estratégia da abstinência. Ela advém dos grupos mundialmente conhecidos, os alcohólicos anônimos, sendo que a estratégia trabalhada nos 12 passos pauta-se pela abstinência e entende a

recaída como perda de todo trabalho já feito, e também olha o usuário de drogas como um doente para sempre, daí o dependente químico seria incurável.

Mesmo que essa técnica funcione para uma parte dos usuários, a questão que aponto é sobre o estabelecimento desse modelo de 12 passos como única via possível para o tratamento. Essa técnica desconsidera outras formas de fazer uso e de pensar o cuidado aos usuários de drogas, e, uma vez que existem diferentes drogas e infinitas subjetividades que fazem usos diversos e variados de substâncias, se torna inviável aplicar 12 passos iguais para todos os sujeitos esperando o mesmo resultado para todos.

Desse modo, compreende-se a recaída de outra forma, como parte do processo de cuidado, e não como reinício. A RD busca olhar o usuário com um olhar integral, compreendendo toda sua vida e trabalhando esses aspectos em conjunto, pois todos eles importam e influenciam no tratamento.

Similar ao que encontramos, a pesquisa de Silva et al (2019) aponta uma inexistência de padronização e clareza quanto aos critérios de alta no CAPS ad pesquisado. O estudo aponta que as divergências nesses parâmetros influenciam no processo de alta dos usuários, uma vez que não são compartilhados em equipe, ficando a cargo de cada profissional, isoladamente, de acordo com seu entendimento. Portanto, podemos verificar que, tanto a falta de concordância quanto os critérios de alta e a percepção do usuário enquanto incurável incidem no cuidado realizado a esses sujeitos.

Atribui-se a dificuldade de alta à visão das trabalhadoras que, apesar de estarem num serviço pautado pela RD, valorizam a lógica da abstinência e idealizam o tratamento a ser realizado a partir da interrupção do uso, e no não retorno a ele, isto é, como se a única possibilidade de cuidado fosse ao usuário abstinência. Também se perde o conceito de RD que não nega a abstinência e a compreende como parte possível, mas que depende do desejo do usuário. E isso pode ser visto quanto aos dados do uso de medicações, por exemplo, que geralmente são indicados para os pacientes muito ansiosos, que não conseguem deixar o uso da droga. Entende-se a falta de prática da RD como resultado da falta de conhecimento profundo da política, impedindo a implementação de ações mais amplas de cuidado, conforme dito por algumas técnicas, e averiguado pelas falas confusas sobre a política.

Consoante aos estudos de Carvalho e Dimenstein (2017) e Araújo e Pires (2018) apontados no terceiro capítulo, constatamos os desafios relacionados à RD pautados pelo conhecimento insuficiente por parte dos profissionais, familiares e dos próprios usuários, assim como o preconceito moral e a resistência dos profissionais em trabalharem com a

proposta. Neste sentido, conforme aponta Tibiriçá (2019), os profissionais apresentam falta de compreensão da estratégia, não conseguem trabalhar efetivamente com a RD e, conseqüentemente, a proposta não chega aos usuários.

Para além da proposta da medicação como cuidado, também podemos perceber que uma indicação é ocupar o tempo ocioso dos usuários, dando-lhes tarefas que desenvolvam suas aptidões. As entrevistadas relacionam o uso da droga ao tempo ocioso, sem considerar o prazer que aquela droga produz, ou o estado de evitação da realidade que esse sujeito busca para conseguir suportar a mesma, por exemplo.

Como abordei acima, ao introduzir a temática das drogas na esfera biomédica, o que se buscou produzir foi a retirada do julgamento moral desse usuário, entendido como vagabundo, e passando a compreendê-lo como sujeito doente, que demanda atenção e cuidado, sendo esse feito possível através do fenômeno da medicalização. Ao introduzir o diagnóstico de dependência química no tratamento dos usuários de droga, entendemos que o usuário é captado como sujeito doente, e não mais entendido como o sujeito que não quer nada com a vida, sendo ofertada a possibilidade de cuidado, porém, se faz necessário analisar se esse ato é válido.

Silva (2013) alertou sobre o principal risco da modificação, através da Lei de Drogas, da classificação entre usuário e traficante, uma vez que se passou a prever aos usuários encaminhamento para tratamento especializado, sendo essa prática um pequeno passo para a descriminalização, mas dois passos no sentido da medicalização. Desse modo, a aliança entre justiça e psiquiatria se constrói e atua numa margem fina, garantindo que o direito penal e a psiquiatria avancem.

O feito pretendido com esse diagnóstico seria a promoção de cuidado e defesa da democracia, uma vez que busca trazer para discussão os direitos desses sujeitos, reintroduzindo-os na sociedade pela condição de doente. Porém, o que podemos observar após analisar os dados é que, apesar de o usuário estar mais próximo dessa sociedade, ele ainda é visto com o estigma social, preconceito que não se perde com a conquista do diagnóstico de dependente químico, e, por vezes, permanece e aparece no próprio acompanhamento terapêutico.

#### **4.7.2 O uso do medicamento e sua relevância no acompanhamento dos usuários**

O uso de medicação aparece como uma prática muito ampla no serviço, e se faz

necessário pontuar a falta do relato das profissionais da psiquiatria, visto que são as responsáveis pelas prescrições. Apesar de inúmeras tentativas de contato, estas não se propuseram a participar dessa pesquisa. Lamentamos a falta desses dados, que seriam de grande contribuição, e compreendemos que a não aparição delas nos remete à falta de reflexão sobre suas práticas e à ausência de disponibilidade para o diálogo com outros profissionais.

Conforme apontado nos resultados, o encaminhamento realizado pelas técnicas ao atendimento psiquiátrico é feito a partir da avaliação delas, sozinhas ou em equipe, enquanto a decisão pela prescrição e o tratamento medicamentoso se concentra apenas na psiquiatria. Inferimos que há uma concepção da figura médica como a única possibilitada para pensar a prescrição e, apesar de essa ação realmente ser restrita à profissional médica, esta se torna, também, a única a poder decidir sobre ela. Observamos essa prática resultando na concentração e na entrega de poder à figura médica, assim, evidenciando uma fragmentação das práticas de cuidado.

Considerando Camargo (2007), no tocante aos tratamentos exclusivamente medicamentosos, o autor expõe que, sendo compreendidos a partir do modelo biomédico e se centrando na doença, a concepção de saúde é reduzida, resultando na redução do sujeito ao seu sintoma. Ou seja, se produz um sujeito doente, com sintomas que devem ser tratados e medicados, com a finalidade de que esses sintomas, ditos comportamentos abusivos, sejam retirados, evitando ao máximo que eles retornem como, por exemplo, através das recaídas.

De acordo com os dados coletados, percebemos que a prescrição de medicamentos aos usuários de drogas inseridos nos CAPS ad possui esse viés de moderar os comportamentos e os sintomas como ansiedade de fazer o uso, por exemplo. Enxergamos que a medicação se faz necessária em muitos momentos, e não negamos seus efeitos, mas questionamos o modo como elas são prescritas aos usuários, como a condição para um tratamento com êxito, conforme percebemos nas entrevistas.

Identificamos que, dessa maneira, a medicação passa a ocupar o lugar de retornar os usuários à normalização, excluindo seus comportamentos abusivos e/ou transgressivos, tornando-os sujeitos mais maleáveis e dispostos a retornarem às atividades cotidianas e laborais. Com isso, observamos a impossibilidade desse retorno sem o uso de medicação.

Tibiriçá (2019) debate criticamente a criação, a partir da noção de cura, da ideia de que um tratamento efetivo é pautado na interrupção do uso de alguma droga por completo, e aponta essa visão enraizada na sociedade brasileira, que mesmo com os avanços da RPB,

ainda está instalada no imaginário de muitos usuários, familiares e até de trabalhadores.

Conforme recolhemos nos dados da pesquisa, pela avaliação das trabalhadoras, os usuários recebem bem a prescrição dos medicamentos e, em sua maioria, chegam para o serviço com essa demanda, pois acreditam que esse uso irá ajudá-los a interromper o uso da droga. As técnicas avaliam positivamente as medicações, entendendo-as como parte natural do processo, já que auxiliam nos episódios de crises de abstinência e de ansiedade do uso, porém, essa prescrição necessita avaliação constante.

Um dado importante, colhido a partir disso, se refere ao medo que os usuários apresentam de se tornarem dependentes da medicação ou de ela não dar conta de sua vontade de fazer uso. Esse dado evidencia que a demanda por medicação se pauta na visão de que são pílulas milagrosas, que os ajudarão a lidar com sua questão de uso. Também questionamos o quanto a medicação passa a ser compreendida, tanto pelas trabalhadoras quanto pelos usuários, como ordenadora da vida, uma vez que controla a ansiedade de uso, permite retorno das atividades pelo usuário e produz o medo em torno da recaída, isto é, o retorno do usuário ao desejo que deve ser apagado.

Para além disso, de acordo com a pesquisa apresentada anteriormente de Beck e Cadore (2012), há uma dificuldade dos profissionais e do serviço colocarem em prática um projeto terapêutico singular de forma compartilhada, apontando que, muitas vezes, cabe à instituição definir o que é melhor para o paciente.

Apontamos anteriormente que, devido à pandemia, não foi possível ir até aos serviços e conhecer a realidade que essas trabalhadoras vivenciam e, tampouco, explorar outras formas de produzir cuidado feitas nesses espaços. Pelas entrevistas, percebemos que o serviço está retomando as atividades e pensando outras formas de cuidado para além dos atendimentos individuais e prescritivos, mas ainda se faz necessário repensar outras atividades para além das prescrições medicamentosas.

Visto que a decisão pela prescrição se concentra apenas na figura médica e na falta de compartilhamento entre a equipe das possibilidades de cuidado, se faz necessário recordar a modificação no modo de cuidado através da criação dos CAPS. Esse serviço deve ser entendido como um modo de operar o cuidado, e não como um simples estabelecimento de saúde, pois só é possível produzir uma relação social da loucura diferente do que já se propôs anteriormente com os manicômios a partir da invenção de um novo modo de funcionamento, de organização e de articulação com a cidade. Deve-se compreender o adocimento decorrente do uso de drogas para além do organismo biológico, dado que uma compreensão restrita se aproxima do antigo modelo manicomial, resultando apenas na

troca de lugar e de atores, e não do modo de cuidar (LEAL E DELGADO, 2007).

Basaglia (1964) defende que o modelo de cuidado realizado nos manicômios não propunha, de fato, o cuidado, já que preconizava a exclusão dos degenerados, que não se encaixavam no padrão vigente da sociedade. Portanto, o cuidado que se busca fazer ao medicar o usuário, sem considerá-lo nesse processo, pautando essa ação no retorno deste à sociedade, de forma que não atrapalhe a ordem comum, pode remeter às antigas práticas manicomiais.

#### **4.7.3 Medicamento e Redução de danos: é possível?**

Conforme visto anteriormente, as prescrições são feitas pelas profissionais da psiquiatria, e, quanto a essa prática, tanto as técnicas quanto os usuários não têm participação, não havendo discussão ou até mesmo negociação quanto a isso e quanto ao uso. Posto isso, também vimos que a recepção aos medicamentos dos usuários é positiva e, segundo as trabalhadoras, a medicação é importante no acompanhamento desses sujeitos. Porém, é necessário compreender se a medicação configura uma prática de Redução de Danos.

Entendendo a RD como proposta de um novo olhar sobre o mesmo, esta propõe ir além das estigmatizações, apreendendo o usuário enquanto sujeito de direitos, assim como reconhecendo o lugar ocupado pela droga, trazendo-a para essa discussão. Fonseca (2012) afirma a RD como uma ferramenta pautada no respeito ao sujeito, que tem o direito de consumir drogas, e se caracteriza como uma proposta ética ao considerar o usuário nesse processo que é íntimo e somente a ele pertence, além de não fazer imposições.

Constatamos a falta de entendimento das trabalhadoras quanto à prática de RD e percebemos a desconsideração do usuário no processo de cuidado. A abstinência nos serve para tratar dessa questão, uma vez que as prescrições de medicamentos são, em sua maioria, pautadas pela interrupção dos sintomas vinculados ao uso de drogas. Busca-se medicar o usuário muito ansioso, o usuário agitado, que não consegue trabalhar, que não consegue desenvolver suas aptidões, na tentativa de normatizar esse sujeito e torná-lo ativo novamente. Em função da falta de conhecimento da RD, as trabalhadoras atuam propagando a prática da abstinência, muito fixada nas falas e nos modos de agir, sendo sua presença marcada em ambos os serviços investigados.

A prática de prescrições medicamentosas aos usuários acompanha o entendimento das trabalhadoras em manter o usuário em abstinência, visando interromper o uso das

drogas utilizadas por eles. Por isso, pontuamos que as práticas da RD não se opõem à abstinência, visto que essa direção do tratamento pode estar presente como objetivo. A ação de redução gradual do uso de uma determinada substância pode estimular os indivíduos a darem um passo de cada vez para reduzirem as consequências do uso, mas só é possível diante do desejo do usuário em seguir esse caminho. E, para que ele possa decidir qual via de tratamento deseja seguir, sabendo que ela pode sofrer modificações, deve lhe ser apresentado, discutido e trabalhado todas as possibilidades de cuidado que reflitam sobre as opções disponíveis.

Ao contrapor os apontamentos teóricos ao que encontramos no campo, percebemos uma distância entre teoria e prática. Constatamos, nesta pesquisa, esse distanciamento relacionado através da falta de conhecimento conceitual e de contato com a política. Se, no plano teórico conseguimos apontar ações incoerentes com a proposta da RD, na prática isso nem sempre se aplica. A medicação pode estar sendo usada para promover abstinência de outra droga e causar um silenciamento do sujeito, por não considerar sua singularidade, mas também pode ser assertiva para determinados sujeitos e ser uma prática de RD. O limite que define se essa prática produz cuidado ou controle é fino e deve constantemente ser observado, buscando dar protagonismo ao verdadeiro protagonista, o usuário.

Sendo os usuários nem sempre considerados nesse processo de cuidado e, entendendo a prescrição pensada a partir do viés moderador de comportamentos com foco nos sintomas biológicos, averiguamos que os próprios usuários criam uma resistência e uma maneira de lidar com essa atribuição. Os usuários realizam uma autogestão da medicação e, muitas vezes, essa informação não aparece para o médico e, às vezes, chega para as técnicas.

Essa autogestão pauta-se em se organizarem quanto ao uso da droga e da medicação. Se o usuário planeja fazer uso da droga, não faz uso da medicação naquele dia, ou até no dia seguinte. E, apesar da orientação das técnicas quanto ao perigo de uma possível interação medicamentosa, esse ato pode ser compreendido como uma tentativa de rejeitar um tratamento prescrito, no desejo de ter mais autoria no processo de cuidado de si mesmo. Os usuários estão dizendo algo com essa e outras práticas, e precisam ser escutados, vistos e entendidos como participantes ativos no seu cuidado.

Passos e Souza (2011) afirmam a RD como método construído pelos próprios usuários de drogas, sendo estes corresponsáveis pela produção de saúde à medida que tomam para si essa tarefa de cuidado. A RD também é uma reafirmação da RPB, pois coloca no sujeito o saber sobre si e, reconhecendo tal saber, busca não produzir um tratamento

impositivo baseado em supostos saberes alheios a si.

Diante disso, entendemos que a autogestão dos usuários com suas medicações, por exemplo, aponta para a falta de escuta destes e o modo como são percebidos pelos serviços. Sena prática de cuidado realizada os usuários não se sentem como agentes participantes, eles buscam sua voz nesse espaço através de práticas como essa.

Parece existir uma medicalização excessiva dos usuários somada ao esvaziamento de outros recursos no manejo dos casos, e entendemos essa prática através do viés de normalização dos sujeitos. Ainda que as trabalhadoras visualizem a necessidade de um olhar crítico e de um acompanhamento responsável dos pacientes que fazem uso de medicação, a prática das prescrições segue inquestionável e sem a participação dos demais atores. Concentrada apenas na figura médica, a decisão pelo uso de medicamentos resulta na fragmentação do cuidado e configura um fino limite entre reduzir danos ou ser uma simples prática de troca de drogas, pautada pelo estigma e pela moral que o processo de medicalização buscou retirar do modelo proibicionista. Sendo assim, a questão não diz respeito apenas às prescrições de psicofármacos, mas fundamentalmente à redução do cuidado a esse ato.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como ponta pé inicial o desejo de pesquisar como a medicação prescrita é pensada no acompanhamento de usuários de drogas inseridos em CAPS ad. Questiona-se se a medicação prescrita é apoiada na proposta da RD, como auxílio na redução gradual de uma determinada droga, por exemplo, ou se é amparada na interrupção do uso de droga, fundamentada pela abordagem da abstinência. A indagação articula-se à hipótese de que a prescrição de medicação é feita em um contexto social de aceitação de determinadas substâncias e de condenação de outras, uma vez que é socialmente aceitável um usuário de clonazepam e inaceitável um usuário de cocaína.

O percurso do texto inicia-se pela construção do paradigma proibicionista, apontando o panorama histórico de que, nem sempre, as drogas foram pauta das esferas jurídica e biomédica. A partir de sua entrada nesses territórios, iniciam-se questões acerca do uso de drogas. Partindo do pressuposto de que as drogas não deixarão de existir, e da ineficácia do modelo proibicionista, propõe-se pensar em uma maneira alternativa de atenção aos usuários de droga.

Alicerçado na RPB, a criação dos CAPS ad, como um dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, permite a invenção de uma nova forma de cuidado aos usuários de drogas, pautando sua ação no território em que esses usuários vivem, circulam e se relacionam. Não se restringindo ao espaço delimitado do serviço, mas atingindo toda a vida fora dali. As práticas nos CAPS ad pressupõem a atuação, em rede, com outros dispositivos, realizando um cuidado implicado e, principalmente, reconhecendo o usuário enquanto sujeito de direitos e de desejos atuantes no seu tratamento.

De acordo com a pesquisa realizada, verificamos que ainda há um caminho a ser percorrido para que a Atenção Psicossocial traga a política dos CAPS ad e, também, da RD a ser seguida. É necessário compreender a forma como a RD trabalha, justamente contrária às propostas proibicionistas que visam acabar com o flagelo das drogas. A RD se caracteriza como uma abordagem que afirma a perspectiva da saúde pública, de um cuidado ampliado diante da complexidade do fenômeno das drogas na sociedade. Apoiado nos objetivos deste trabalho, consideramos que eles foram atingidos e compreendemos, pela perspectiva das trabalhadoras, que os medicamentos são prescritos pelas profissionais da psiquiatria, sendo a decisão dessa prática competente apenas a essa profissional. Analisando, a partir da noção de medicalização e da política de RD,

entendemos essa prática como o indício da fragmentação do trabalho e das práticas de cuidado, compreendendo o usuário como sujeito passível de determinação numa lógica de controle.

Apreendemos, também, a percepção das trabalhadoras sobre os usuários de drogas que, ao iniciar o acompanhamento nesses CAPS ad, recebem a marca da incurabilidade da dependência química, apoiada na lógica de 12 passos. Essa visão, somada às prescrições medicamentosas raramente repensadas, produz efeitos tanto nos usuários - de que nunca poderão sair daquele espaço e se tornarão usuários eternos da medicação prescrita -, quanto no serviço, que fica lotado de pacientes sem previsão e sem elaboração do processo de alta. Não aparecem outras ofertas nos serviços e, para além deles, que pensem a alta, e, quando são colocadas, não são feitas na mesma intensidade quanto às prescrições.

Refletindo sobre os resultados encontrados, destacamos que não é possível reduzir a questão das drogas ao âmbito individual, visto que as drogas estão presentes no coletivo, assim como os sujeitos. Também não é viável compreendê-las apenas pelo âmbito biológico, reduzindo o sujeito ao uso de uma substância e pautando seu tratamento apenas na eliminação do sintoma “fazer o uso de droga”.

Apontando a prescrição como uma prática unilateral que desconsidera o sujeito, assim como sua vivência e sua experiência, pode-se cair na armadilha proibicionista de regulação e de controle social das drogas. Rybka et al (2018) alerta que a construção e defesa de um modelo alternativo ao proibicionismo não significa negar os problemas associados ao consumo de drogas na sociedade, mas sim rediscutir o papel do Estado e suas ações para que elas, de fato, possam contribuir para a redução de danos e para a promoção de autonomia, pressupondo a corresponsabilização e garantia de direitos humanos.

Se as prescrições medicamentosas não considerarem os sujeitos, elas podem ser entendidas não como ação antiproibicionista, que visa cuidado, mas como prática de controle social. É preciso pensar em formas de cuidado que proponham a negação ao controle dos sujeitos, assim como são as propostas dos serviços substitutivos, os CAPS, e, também, a proposta da Redução de Danos. E ir além de pensar nessas formas, colocá-las em prática, disseminá-las, torná-las conhecidas a todos, técnicas e usuários, para que o cuidado aos usuários de drogas atendidos nos CAPS ad seja pautado no direito, na escolha, e não na dominação e no apagamento.

## 6 REFERENCIAS

ALARCON, Sergio. **O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas.** In Políticas e cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. Orgs: Marco Aurélio Soares Jorge; Maria Cecília de Araujo Carvalho; Paulo Roberto Fagundes da Silva – Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014. p-296.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANGELL, Marcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos.** São Paulo: Record, 2007.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. **Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.16, n.12, pp.4665-4674, 2011

ARAÚJO, Ana Carolina da Costa e, PIRES, Ronaldo Rodrigues. **Redução de Danos na Atenção Psicossocial:** concepções e vivências de profissionais em um CAPS ad. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 11(3), 9-21, 2018.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro; MOREIRA, Fernanda. **Histórias das drogas.** In: Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 9-14.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edição 70, 1977.

BASAGLIA, Franco, 2005. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Organização Paulo Amarante; tradução Joana Angelica d'Ávila Melo – Rio de Janeiro: Garamond, 2005 – 336p.

BATISTA, Cássia Beatriz; VASCONCELOS, Maria Paula Naves; DALLA VECCHIA, Marcelo; QUEIROZ, Isabela Saraiva. **A educação permanente em redução de danos:** experiência do Curso de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas. Interface (Botucatu). 2019; 23: e180071. <https://doi.org/10.1590/Interface.180071>

BEIRAL, Thaís Cassiano. **Cidadania e Redução de Danos na Atenção aos usuários de álcool e outras drogas:** uma discussão teórica. Dissertação (Mestrado), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2019.

BRANDÃO, Beatriz e CARACHO, Matheus. **A nova política nacional sobre drogas e as comunidades terapêuticas.** Le Monde diplomatique Brasil, edição 145. Agosto de 2019. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/a-nova-politica-nacional-sobre-drogas-e-as-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em 18 de novembro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.** Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES. Brasília, 2017.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **A Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Ministério da Saúde. Brasília, 2003.

CADORE, Carlise. BECK, Carmem Lúcia Colomé. **O processo terapêutico em um CAPSad:** a visão dos trabalhadores. IV Jornada de pesquisa em Psicologia: desafios atuais nas práticas da psicologia, 122-129, 2012.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **Como armadilhas da "Positive health care"**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 63-76, abril de 2007.

CARNEIRO, Henrique. **O Uso das Drogas como Impulso Humano e a Crise do Proibicionismo em Drogas & sociedade contemporânea:** perspectivas para além do proibicionismo. Organizadores Regina Figueiredo; Marisa Feffermann, Rubens Adorno. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017.

CARNEIRO, Henrique. **Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência Em Drogas e cultura: novas perspectivas**. Organizadores: Beatriz Caiuby Labate; Sandra Lucia Goulart; Mauricio Fiore; Edward MacRae e Henrique Carneiro Salvador: EDUFBA, 2008.

CARNEIRO, Henrique. **As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX**. *Rev. Out. IES*, v. 6, p. 115-28, 2002.

CARNEIRO, Henrique. **Drogas: a história do proibicionismo**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

CARVALHO, Sérgio R. et al. **Medicalização: uma crítica (im)pertinente?** Introdução. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, 2015.

CARVALHO, Bruno e DIMENSTEIN, Magda. **Análise do Discurso sobre Redução de Danos num CAPSad III e em uma Comunidade Terapêutica**. *Temas em Psicologia*, Vol. 25, nº 2, 647-660, 2017.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society**. On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.

CONRAD, Peter, SCHNEIDER, Joseph. **Deviance and medicalization: from badness to sickness**. Philadelphia: TempleUniversity Press; 1992.

Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9926.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%209.926%2C%20DE%2019,que%20lhe%20confere%20o%20art.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9926.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%209.926%2C%20DE%2019,que%20lhe%20confere%20o%20art.)

Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)

DIAS, Rafael Mendonça. **Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos**.

2008. Tese (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense. Niterói.

ESCOHOTADO, Antonio. **História Elementar das drogas**. Editora: Antígona, 1 ed., 2004.

FERRAZZA, Daniele de Andrade et al . **A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental**. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto , v. 20, n. 47, p. 381-390, Dec. 2010

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

FIORE, Maurício. **O lugar do estado na questão das drogas**: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos CEBRAP*, 92, 9- 21. 2012.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. 22. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

FONSECA, Cícero José Barbosa. **Conhecendo a Redução de Danos enquanto uma proposta ética**. *Psicologia & Saberes*,1(1), pp. 11-36. Pernambuco, 2012.

GALHARDI, Carina Curti; MATSUKURA, Thelma Simões. **O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios**. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(3):e00150816.

GALASSI, Andrea. **A Política do Ministério da Saúde na Atenção às pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas**: avanços e retrocessos. *Boletim de Análise Político Institucional*, n. 18, 2018.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019**: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 - 2019*.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil:** uma (re) visão. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, Feb. 2009.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde:** nêmesis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KARAM, Maria Lucia. "**Drogas:** legislação brasileira e violações a direitos fundamentais." Texto para curso de extensão promovido pelo Núcleo de Estudos Drogas/Aids e Direitos Humanos do Laboratório de Políticas Públicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/drogas\\_legisla%C3%A7%C3%A3o\\_brasileira\\_e\\_viola%C3%A7%C3%B5es\\_a\\_direitos\\_fundamentais.html](https://app.uff.br/slab/uploads/drogas_legisla%C3%A7%C3%A3o_brasileira_e_viola%C3%A7%C3%B5es_a_direitos_fundamentais.html) Acesso em: 08 de maio de 2020.

LABATE, Beatriz Caiuby, Fiore, Maurício, Goulart, Sandra Lucia. Introdução. In: Carneiro, Henrique, organizador. **Drogas e cultura:** novas perspectivas. Salvador: Edufba; 2008. p. 23-38

LACERDA, Clarissa de Barros; FUENTES-ROJAS, Marta. **Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários:** um estudo de caso. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 21, n. 61, p. 363-372, 2017.

LAIKOVSKI, Giana Carla. **O uso de drogas e o proibicionismo.** Trabalho apresentado na VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, Maranhão, agosto de 2015.

Lei nº 10.216 - 6 de abril de 2001. Política Nacional da Saúde Mental. <http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>

Lei nº 11.343 – 23 de agosto de 2006. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm)

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Clínica e cotidiano:** o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In **Desinstitucionalização na saúde mental:** contribuições para estudos avaliativos. Roseni Pinheiro; Ana Paula Guljor; Aluisio Gomes;

Ruben Araújo de Mattos. (Org.). 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, v. , p. 137- 154.

LIMA, Maria Zilma, NETO, Edilson Martins Rodrigues, COELHO, Marcia Oliveira, MARQUES, Lidia Audrey Rocha Valadas, LOTIF, Mara Assef Leitão. **Percepção do cuidado em saúde no CAPSad:** uma visão do paciente . Saúde (Santa Maria), Santa Maria, Vol. 41, n. 1, Jan./Jul, p.239-248, 2015.

LIMA, Deivisson Wendel da Costa; FERREIRA, Lucas Alves; VIEIRA, Alcivan Nunes; AZEVEDO, Lívia Daiane Souza; SILVA, Adriana Pereira; CUNHA, Bruna Moreira Camarotti, SOUZA, Lígia Cristina. **Ditos sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas:** significados e histórias de vida. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2018 Jul.-Set.;14(3):151-158.

LOECK, Jardel Fischer. **Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos:** entre o religioso-espiritual e o técnico-científico. Em Comunidades terapêuticas: temas para reflexão / Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

LOPES, Marcos Antonio; SPRÍCIGO, Jonas Salomão; MITJAVILA, Myrian Raquel; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; ABREU, Deivid. **As diferenças de idade e gênero entre usuários de CAPS ad e as implicações na rede de atenção.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2018Jul.-Set.;14(3):159-167.

LUPTON D. **Foucault and the medicalization critique.** In: Foucault M., organizador. *Health and Medicine.* London: Routledge; 1997. p. 94-110.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. **Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos.** Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.  
Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Apr. 2019.

MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública:** um estudo sobre o processo de constituição da política pública de

saúde do Brasil para usuários de álcool. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **Fragments da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil:** da Justiça à Saúde Pública. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, 2007.

MACHADO, Ana Regina; MODENA, Celina Marina; LUZ, Zélia Maria Profeta da. **O que as pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde?** Compreensões para além da abstinência. Interface (Botucatu) 2020, 24.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. **Técnicas de pesquisa:** entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 edição. São Paulo: Hucitec, 2010.

NETO, Otávio Cruz. **O trabalho de campo como descoberta e criação.** In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis – Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

NEVES, Aline Gabriela Simon. **As políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil:** uma análise da construção política de 1990 a 2015. Tese (Doutorado), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

NUTT, David; KING, Leslie A; SAULSBURY, William e BLAKEMORE, Colin. **Development of a rational scale to assess the harm of drugsof potential misuse.** Lancet, 2007; p. 1047-53.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. **Redução de danos e saúde pública:** construções alternativas à política global de “guerra às drogas” Psicologia & Sociedade, vol. 23, núm. 1, pp. 154-162, Associação Brasileira de Psicologia Social, Minas, 2011.

Potaria/GM nº 336 – 19 de fevereiro de 2012.

[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf)

Portaria nº 3.088 – 23 de dezembro de 2011.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

Portaria nº 2.197 – 14 de outubro de 2004. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197\\_14\\_10\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html)

PONTE, Carlos Fidélis, org. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história/** Carlos Fidélis e Ialê Falleiros organizadores. – Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

RIBEIRO, Daniele do Rocio; CARVALHO, Denise Siqueira de. **O padrão de uso de drogas por grupos em diferentes fases de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD).** J Bras Psiquiatr. 2015;64(3):221-9.

RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade.** Tese Doutorado, orientador Prof. Dr. Sergio Salomão Shecaira. São Paulo, 2006.

RODRIGUES, Thiago. **Tráfico, Guerra, Proibição.** In Drogas e cultura: novas perspectivas / Beatriz Caiuby Labate et al., (orgs.). Salvador: EDUFBA, 2008.

RYBKA, Larissa Nadine, NASCIMENTO, Juliana Luporini do e GUZZO, Raquel Souza Lobo. **Os mortos e feridos na “guerra às drogas”:** uma crítica ao paradigma proibicionista. Estudos de Psicologia (Campinas) [online]. 2018, v. 35, n. 1.

SANTOS, Maria Paula Gomes. **Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil.** Em Comunidades terapêuticas: temas para reflexão / Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

SILVA, Claudia Ciribelli Rodrigues. **A aliança entre justiça e psiquiatra no controle do uso de droga:** medicalização e criminalização na berlinda. Ver. Epos. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun.

2013.

SILVA, Lennon Leonardo Pereira da; ALMEIDA, Anderson Batista de; AMATO, Tatiana de Castro. **A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 819-835, 2019.

SOUZA, Mario Costa de; ARAÚJO, Thamyres Menezes de; JÚNIOR, Wanderley Matos Reis; SOUZA, Jairose Nascimento; VILELA, Alba Benemerita Alves e FRANCO, Túlio Batista. **Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia.** O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):452-460.

SISSA, Giulia. **O prazer e o mal: filosofia da droga / tradução de Marcos de Castro.** – Rio de Janeiro: civilização brasileira, 1999.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciência, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-29, jan.-abr. 2002.

TIBIRIÇÁ, Vanessa Ayres; LUCHINI, Eduarda Pampolin Miessi; ALMEIDA, Camila Souza de. **Perspectiva do usuário de drogas sobre seu tratamento e a rede de atenção psicossocial.** SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. 2019; v. 15(3):1-9.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República.** Tese de Doutorado / Orientador: Henrique Soares Carneiro. São Paulo, 2016.

TREVISAN, Erika Renata; CASTRO, Sybelle de Souza. **Centros de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas: perfil dos usuários.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 450-463, 2019.

TURATO, Egberto Ribeiro: **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Revista de Saúde Pública [online]. 2005, v. 39, n. 3

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros:** desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 208 p.

ZORZANELLI, Rafaela. ORTEGA, Francisco, BEZERRA, Benilton. **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6):1859-1868, 2014.