

# SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial

Dênis Roberto da Silva Petuco<sup>1</sup>

Rafael Gil Medeiros<sup>2</sup>

Falta amanhã aos "esfarrapados do mundo" como  
falta amanhã aos subjugados pelas drogas.

Paulo Freire - Pedagogia da Indignação

Escrever uma contribuição aos debates preparatórios da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, sobre o cuidado e as políticas dirigidas às pessoas que usam álcool e outras drogas; como fazer isto, quando temos tantas dúvidas? Nos trabalhos de Educação Popular; nos Programas de Redução de Danos (PRD's); nos CAPS e CAPSad; nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's); nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF); na universidade (graduações e pós, residências e especializações), tanto entre professores como entre estudantes; em todos estes lugares, cada vez mais o que temos são dúvidas.

Esta é a primeira contribuição que gostaríamos de trazer: a necessidade imperiosa de se manter uma postura de *dúvida* diante da vida, do sofrimento e da potência dos outros. Nada mais violento do que a certeza rápida que emerge da simplificação grosseira, a rotulação que diminui a riqueza das pessoas, na vida ou na clínica. Nada pior do que os chavões do tipo “fulaninho é um manipulador”, ou “cicrano não quer nada com nada”. Quando perguntavam a Claude Olievenstein por que ele gostava de cuidar de “toxicômanos”, o psiquiatra/antropólogo francês referia que eles eram jovens, interessantes, instigantes.

[...]

Este é o nosso mundo:

O que é demais nunca é o bastante

A primeira vez é sempre a última chance

Ninguém vê onde chegamos?

Os assassinos estão livres, nós não estamos

[...]

Me assustei

Não sou perfeito

Eu não esqueço a riqueza que nós temos

E de pensar nisso tudo

Eu, homem feito, tive medo e não consegui dormir

[...]

Não existem pessoas pobres. Como Freire, apostamos na “vocação de ser mais” de cada pessoa (ou numa versão espinozista, na “potência”). O antropólogo Clifford Geertz (1989, p. 10) diz que “quanto mais eu tento seguir o que fazem os marroquinos, mais lógicos e singulares eles me parecem”. Outro antropólogo, o brasileiro Hermano Vianna (2007, p. 169) pergunta: “Você viu alguma sociedade

---

<sup>1</sup> Sempre que houver alguma referência pessoal de Dênis, o texto será precedido do sinal “\$”.

<sup>2</sup> Sempre que houver alguma referência pessoal de Rafael, o texto será precedido do sinal “+”.

simples por aí?”. Se o outro nos parece *simples*, se os seus comportamentos repetem o que lemos nos manuais, e se ele não parece nada mais que um manipulador, talvez fosse saudável desconfiar não dele, mas do nosso próprio olhar.

Por outro lado, para além das saudáveis desconfianças, convém também afirmar algumas respostas que temos construído no âmbito da Saúde Coletiva, especialmente nos territórios afetivos da Reforma Sanitária, da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos. Também a Educação Popular de Paulo Freire, e as diretrizes da Política Nacional de Humanização. Os princípios do SUS a nos lembrarem todos têm acesso à saúde, que devemos nos responsabilizar pelo ser humano como um todo, e que as diferenças das pessoas devem ser consideradas de modo positivo. Lembrando que saúde é um direito, e que todo usuário deve ser contemplado em sua singularidade, em seu direito de participação em todos os níveis da produção do cuidado: na elaboração de seu próprio projeto terapêutico, na reflexão sobre o cotidiano dos serviços, na elaboração e fiscalização das políticas de Estado. Consta ainda das nossas suspeitas a lembrança de que *saúde* rima com *autonomia*, e de que é preciso respeitar os desejos, os tempos e os limites de cada pessoa. A lembrança de que podemos operar a cidade como ferramenta de cuidado, e de que isto só se faz quando conhecemos a pessoa com quem estamos nos relacionando, quando ouvimos e respeitamos, quando acolhemos seus desejos, quando nos interessamos por aquilo que ela é. Quando nos tornamos curiosos a seu respeito.

A partir do momento em que nos abrimos para esta *escuta curiosa*, para esta escuta que respeita o outro, que percebe “a riqueza que nós temos”, começamos a entender os caminhos pelos quais uma política pública dirigida a pessoas que usam drogas deveria seguir. São as necessidades das pessoas que usam drogas que vão indicar os caminhos a serem seguidos.

§ *Lembro uma noite de inverno sob um viaduto de Porto Alegre, quando eu trabalhava no PRD; tentávamos convencer um grupo de pessoas a dormir em um abrigo noturno, ao que eles nos respondiam explicando como deveria ser uma política destinada a moradores de rua. Noutra vez, eu conversava com um jovem do Morro da Cruz, também em Porto Alegre. Falava sobre o uso de um protetor labial para reduzir danos associados ao uso de crack, e ele ia balançando a cabeça em sinal negativo. Irritado, perguntei por que ele negava o que eu dizia, e ele respondeu algo assim:*

Se vocês querem mesmo ajudar os drogados, vocês têm de colocar iluminação ali no campo da lixa<sup>3</sup>. Tem de construir um espaço em que se possa ensaiar teatro, dança e música. Nos fins de semana, a gente pode fazer um churrasco, e no verão, podemos locar um ônibus e irmos para a praia. Cada um bota cinco reais Também poderia ter um palco para o pessoal do hip hop.

---

<sup>3</sup> O campo da lixa era um terreno baldio que os jovens do Morro da Cruz costumavam utilizar para jogar futebol. Não se tratava de uma praça, pois não possuía nada em termos de infraestrutura.

Nem sempre as demandas emergem como no discurso deste rapaz do Morro da Cruz. Outras vezes, é no desespero da busca por algo que não existe ou que não conhecemos que nos damos conta daquilo que falta. Quem trabalha com pessoas que usam drogas já se deparou - talvez várias vezes - com a necessidade de proteger alguém diante de uma ameaça de morte. Com um pouco de sorte, haverá algum familiar em outra cidade que se dispõe a acolher nosso menino durante algum tempo. Muitas vezes, entretanto, acabamos apelando para clínicas privadas, para comunidades terapêuticas, ou mesmo para um hospital psiquiátrico. Diante de casos como este, costumo ver dois tipos de posicionamento: um, com o qual simpatizo, diz do desconforto do trabalhador em acolher uma demanda de proteção à vida oferecendo espaços que têm outras funções; o outro, que rejeito, diz da felicidade do técnico que vê o desespero do jovem e de seus familiares como a chance de fazê-lo iniciar um tratamento, ainda que contra a sua vontade. De fato, não podemos ousar acolher demandas por segurança através de serviços de saúde. Porém, ao mesmo tempo, não podemos nos limitar à escassez de acolhimento na rede para então tapar o sol com a peneira, quando julgamos como ideais quaisquer serviços que ofereçam, na prática, a possibilidade de afastamento e reclusão do usuário. Onde está nossa capacidade de construir, entre equipes e gestores, as condições de trabalho que são comprovadamente eficazes para o acolhimento desta demanda?

*§ Tenho colaborado com a construção de uma política de atenção integral a pessoas que usam álcool e outras drogas no estado de Pernambuco, na condição de consultor. Em uma de nossas reuniões de trabalho, conversamos com técnicos da secretaria de direitos humanos do estado, que nos explicavam o funcionamento de um programa de proteção a crianças e adolescentes ameaçados de morte. Explicaram que em alguns meses de funcionamento, 100% dos casos atendidos foram de crianças ameaçadas por traficantes. Havia também outro programa, voltado a pessoas com mais de dezoito anos, mas que só podia acolher quem aceitasse denunciar o agressor (no caso das crianças, bastava haver a ameaça para que ela fosse inclusa no programa, mesmo que se recusasse a colaborar). Disseram ainda que um dos grandes problemas que viviam era a carência de um suporte de serviços de saúde mental, especialmente no caso das crianças e adolescentes, pois estes muitas vezes voltavam ao uso nas cidades para as quais eram deslocados, e os problemas acabavam reiniciando. A partir desta conversa, estamos caminhando na direção de firmar uma parceria entre as secretarias de saúde e de direitos humanos, que facilite aos usuários destes programas a aproximação dos serviços públicos de saúde mental nas localidades em que estiverem sob proteção. Uma medida muito mais apropriada à situação do que a internação em uma comunidade terapêutica ou hospital psiquiátrico.*

Creio que este é um dos pontos que precisamos abordar não apenas na IV conferência, mas também nas conferências estaduais: a possibilidade de construirmos dispositivos de proteção à vida, nos moldes desta experiência de Pernambuco, ou de outros estados com projetos semelhantes. Ao invés de instituições totais, a invenção de dispositivos que permitam proteger sem encarcerar, junto a parceiras que possam ajudar estas pessoas a repensar sua vida, investindo em sua “vocação de ser mais”.

Mas, como um serviço de saúde pode investir na “vocação de ser mais”?

Uma equipe que possui uma sede: uma casa, uma sala, uma base de operações. Mas o grupo pensa e usa a cidade como ferramenta de produção do cuidado. Uma ferramenta que se articula a partir dos desejos, dos limites, da potência e da vontade do outro. Por isto a necessidade de abrir-se à fala do outro em uma escuta continente e acolhedora das diferenças, sem a qual não pode construir efetivamente um *Projeto Terapêutico Singular* (PTS). Abrir-se aos desejos do outro, aos seus sonhos, à sua cultura, construindo dialogicamente um projeto de cuidado, pensando não apenas nas atividades e na equipe do CAPSad, mas na cidade, nos seus serviços e políticas públicas, nos seus programas sociais e educacionais, nos seus projetos culturais, na vida de seus grupos, de suas tribos, de suas gentes. Uma escuta acolhedora, da qual emergem projetos terapêuticos singulares, que se efetivam no cotidiano das cidades.

*§ No CAPSad de Cabedelo, onde trabalho como redutor de danos, ocorreu uma história que ajuda a entender um pouco melhor o que quero dizer. Dia destes, chegou uma pessoa que foi dispensada do serviço por dois meses, para realizar “tratamento para o alcoolismo”. Na conversa com o serviço, viu-se que dois meses seria muito tempo, e que nossa compreensão era de que ele poderia voltar ao trabalho o mais rapidamente possível. Tampouco seria necessário que ele ficasse indo ao serviço de manhã e de tarde. Ele estava dispensado do serviço para fazer seu tratamento, mas seu tratamento não precisava ser um sinônimo de ficar no CAPSad o dia todo!*

Ao falar de prevenção, o psicanalista Eduardo Leite nos diz que as melhores possibilidades estão na “[...] expansão do universo semântico dos sujeitos [...]”, por meio de “[...] práticas que viabilizem o movimento de simbolização e questionamento das dificuldades da existência, práticas de relançamento do desejo” (LEITE, 2005, p. 109); para tanto, defende a expansão de políticas que possibilitem o acesso à produção artística, bem como a inclusão de disciplinas como Filosofia e Sociologia no ensino médio. Do mesmo modo, é na expansão do repertório simbólico, aliada a uma abertura para a problematização da vida, que se aposta quando operamos uma *escuta curiosa*. É desta escuta que emerge o mosaico de possibilidades, a cidade como um tabuleiro de sonhos. Neste sentido, no âmbito da intersetorialidade, é preciso que os CAPSad reconheçam como sua a tarefa de levantar os dispositivos que podem ser acionados diante das necessidades e potências dos usuários dos serviços.

Nossos desafios diante das demandas associadas aos usos de drogas nos empurram a duas direções diferentes, mas que se complementam: uma direção, aquela de nossas relações afetivas, pessoais; na maneira na qual nos expressamos entre colegas, familiares, amigos e amigas. E a outra direção, aquela mais “invisível”, entre aspas mesmo, que são nossas contribuições ao interpretarmos nosso papel profissional, nossa ética e as diretrizes das políticas de saúde nas quais acreditamos. Estas direções se complementam, pois mesmo que existam leis, normas e diretrizes “obrigando” a que possamos aprender a escutar as pessoas que usam drogas (pois de outra forma não teremos eficácia), elas não significarão muito quando encontramos, no cotidiano dos serviços, um sentimento

de que boa é aquela abordagem que pune, ou aquela que cria condições “X” ou “Y” de tratamento, para só então poder acolher ou não uma pessoa cuja demanda já é urgente e difícil de acessar. Ao mesmo tempo em que falamos de diretrizes e leis, devemos pensar nas motivações deste não-acolhimento como questões culturais e morais que estão no nosso dia a dia, desde o modo como as páginas de jornal tratam do assunto (ou mesmo as campanhas do Ministério da Saúde), até como encaramos nossos próprios usos de drogas (lícitas, ilícitas, fármacos...), os usos de drogas das pessoas que nos são próximas.

É preciso enfrentar todas estas dimensões ao mesmo tempo. Enfrentar os preconceitos que não apenas contaminam as microrelações cotidianas, mas que impedem a construção de políticas públicas alicerçadas em outros referenciais que não o medo e a desconfiança. Para produzir melhores políticas públicas, há que se melhorar o olhar, a escuta... São dimensões inseparáveis: se vejo a pessoa que usa drogas como um manipulador incorrigível, como um menino mimado que jamais teve limite, como um malandro que não quer nada com nada, será desta perspectiva que vou pensar as políticas públicas.

*§ A respeito da manipulação, eu gostaria de contar uma história. Em 1989, eu passei uma madrugada e uma manhã em uma clínica de desintoxicação para pessoas que usam drogas que foi famosa na Porto Alegre daquela época. Havia tomado um chá alucinógeno, e me acordara já na clínica, sem lembrar direito o que tinha ocorrido. Ao longo daquela manhã, conversei com alguns dos internos, que me diziam estar ali já há vários meses, sem nenhum contato com seus familiares. Pouco depois do almoço, meu pai me retirou daquele lugar, levando-me para outro. A conversa com o jovem na clínica anterior me alertara, e eu já sabia o que fazer: mesmo que naquele momento da minha vida eu não considerasse meu consumo de drogas como “problemático”, eu diria que concordava com a internação, pois percebi que se eu me mostrasse resistente ao tratamento, ele poderia ter sua duração alongada. Resolvi fazer tudo direitinho, e dizer apenas aquilo que os técnicos gostariam de ouvir. Funcionou; em apenas um mês, eu já havia recebido alta.*

O que muitos chamam “manipulação”, poderia ser chamado de *mecanismo de defesa diante da manipulação*. Que manipulação maior que responder à demanda de uma pessoa ameaçada de morte com uma oferta de tratamento em ambiente religioso? Não seria também uma manipulação quando se condena criminalmente uma pessoa por porte de drogas para consumo pessoal, indicando a frequência ao CAPSad como pena? Será que a saúde segue sendo um direito, quando sou condenado a frequentar um serviço de saúde? E quando a fala do usuário constitui-se daquilo que ele imagina que o trabalhador de saúde gostaria de ouvir? Poderíamos, neste caso, chamar nosso amigo de “manipulador”? Diante da ausência de diálogo horizontal, imersos em jogos de gato e rato no qual o terapeuta fica à espreita de qualquer ato falho, de qualquer incongruência, de qualquer sinal de contradição, que tipo de caminho terapêutico pode ser construído?

A Redução de Danos aporta no Brasil pelas mãos de David Capistrano e sua equipe, em Santos, 1989. Um laboratório de experimentações que iriam

influenciar profundamente o que viria a se constituir no SUS. Ali houve a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, marco na Luta Antimanicomial no Brasil, e ali houve a primeira tentativa de realizar trocas de seringas, como estratégia de prevenção a Aids. Muito mais do que prevenir o HIV, entretanto, a Redução de Danos interrogou profundamente ditos e práticas consideradas como verdades inquestionáveis no campo político-reflexivo das drogas. O desejo de abstinência não era mais uma exigência para que se iniciasse uma abordagem de cuidado em saúde. Além disso, seria possível construir intervenções no território, em suas três dimensões (espacial, temporal e afetiva); seria possível estar junto às pessoas que usam drogas, nos locais e nos horários em que estivessem usando, e construir brechas de problematização do cuidado de si. Seria possível, também, construir estratégias de cuidado, de Redução de Danos, a partir dos saberes construídos coletivamente, no próprio grupo de usuários.

Desde o início, a experiência brasileira da Redução de Danos dialogou profundamente com os avanços construídos no âmbito da Luta Antimanicomial. Muitos dos primeiros redutores de danos foram pessoas que usavam drogas injetáveis, ou que deixaram de usar em algum momento de suas vidas, mas sem estabelecer com isto discursos de repulsa ou do tipo “diga não às drogas!”. As relações que se estabeleciam entre redutores de danos e seu público alvo emergiam com características muito distintas. Não seria preciso dizer que se desejava abandonar as drogas; a partir de agora, já era possível construir estratégias de cuidado adequadas à realidade, aos desejos e às possibilidades de cada pessoa. Não seria preciso mentir que havia o desejo de parar de usar. Além disto, os redutores de danos conheciam aquela realidade, os usos, os efeitos, os modos e os locais; conheciam aquele universo, com seus medos e seus jogos; conheciam os gestos, os sinais, as gírias; sabiam reconhecer quando estava tudo bem, e quando havia perigo no ar; tinham sido alfabetizados naquela língua.

Podemos entender a Redução de Danos como um marco histórico na compreensão dos fenômenos relacionados ao uso de drogas, pelo menos no que tange ao campo da saúde. Porém, é preciso duas ressalvas neste sentido: a primeira é que já havia experiências diferenciadas do modelo normativo e punitivo no campo dos cuidados dedicados a pessoas que usam drogas. Já havia profissionais denunciando as visões simplistas e preconceituosas com que o tema era tratado por amplos setores da saúde pública, e mesmo da academia. Ana Simões, psiquiatra pernambucana que se dedica ao cuidado de pessoas que usam drogas há décadas, importante militante do SUS e da Luta Antimanicomial, relata que já havia muitas experiências e pessoas que se dedicavam à denúncia dos desdobramentos do modelo manicomial no tratamento de pessoas envolvidas com o uso de drogas, antes mesmo do advento da Redução de Danos. A segunda ressalva é que não operamos aqui com uma visão clássica de ciência, em que uma concepção nova põe por terra tudo o que foi elaborado antes. Nas ciências humanas e sociais, um paradigma impõe a necessidade de que se passe a ponderar outras possibilidades de olhar para um mesmo fenômeno, mas isto não significa que as visões anteriores desmoronam. Sendo assim, dizer que a Redução de Danos é paradigmática implica em perceber que ela permite a articulação de todo um conjunto de práticas e concepções contra-hegemônicas no

campo do cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas, obrigando todas as concepções anteriores a repensarem suas idéias e práticas, ainda que não implique na necessária derrocada de tudo o que surgiu antes. Seja no cotidiano pessoal e afetivo, seja no campo das políticas públicas, temos ainda muito o que fazer.

No Brasil, a Redução de Danos nasceu, cresceu e se desenvolveu no ambiente político e reflexivo da luta contra a epidemia de HIV/Aids. Não foram poucos os profissionais que, tendo dedicado anos de suas vidas às lutas em defesa de mudanças nas formas de cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas, aproveitaram o ambiente acolhedor das políticas de Aids para ajudar a construir a experiência brasileira da Redução de Danos. Inseridos no campo da Aids, mas sempre de olho no campo da Saúde Mental. Ali, simultâneo a tudo isto, as transformações também avançavam. Aqui e ali, começam a surgir os primeiros CAPSad. Em 2005, pouco antes da saída de Humberto Costa do Ministério da Saúde, editam-se portarias que aprovam incentivos aos CAPSad que aceitem operar a partir de princípios da Redução de Danos. Em Santo André, nesta mesma época, já é possível ver redutores de danos trabalhando junto às equipes de CAPSad. Em 2003, o Ministério da Saúde lança sua política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, amparada em princípios da Redução de Danos.

A Redução de Danos traz, dentre tantas outras, três grandes contribuições para o campo dos cuidados dirigidos a pessoas que usam álcool e outras drogas. A primeira, já descrita, nos diz da *não exigibilidade de abstinência* como condição para o trabalho com esta população; a segunda diz da importância de que estendamos o *direito de participação política* às pessoas que usam drogas, não apenas para a discussão sobre os serviços e práticas de saúde, mas sobre as políticas de drogas como um todo; a terceira, por fim, nos fala do *trabalho de campo* executado no território, nos locais e horários em que é possível encontrar as pessoas que usam drogas, em pleno uso. Estas três contribuições precisam ser defendidas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

Sobre a exigência de abstinência eu tenho alegremente percebido (ao menos nos locais por onde tenho passado), que se trata de uma prática em desaparecimento. Não podemos mais conviver com CAPSad que não acolhem às pessoas que não conseguem se manter em abstinência. Lembro da fala do professor Dartiu Xavier no filme “Fora de si”, produzido pelo Conselho Federal de Psicologia, quando ele diz que “se estas pessoas conseguissem ficar em abstinência, o problema delas já estaria resolvido”. Essa prática, portanto, precisa ser denunciada e proscrita, como uma grave ofensa ao princípio da universalidade. Se a pessoa que não deseja ou não consegue parar de usar, por algum motivo não possa ser acolhida de alguma forma no serviço que a ela é destinada, só podemos concluir que a falha é do serviço, que precisará se renovar para acolhê-la. E aqui, vamos lembrar novamente: a renovação não diz respeito a meros procedimentos, mas também à compreensão particular sobre os usos de drogas na sociedade, por parte de cada trabalhador e trabalhadora.

Sobre a participação das pessoas que usam drogas na elaboração e fiscalização das políticas de drogas, é preciso dizer algumas coisas. Quando pensamos nos serviços substitutivos, em especial nos CAPSad, não temos grandes problemas em implementar dispositivos de participação, dos quais o mais utilizado é a assembléia do serviço. Entretanto, o movimento de luta contra a Aids nos mostra o quanto a saúde é totalmente inseparável de questões políticas e culturais. Todos os grupos organizados em torno do movimento de luta contra a Aids terminaram por levantar suas bandeiras de luta contra o preconceito e a discriminação, bem como pela modificação, criação e anulação de leis. Entretanto, é com assombro que temos acompanhado a sistemática repressão ao movimento conhecido como “Marcha da Maconha”. Interessados em discutir as leis brasileiras sobre a maconha, diversos grupos têm organizado manifestações públicas em defesa da legalização do consumo e do plantio da cannabis. Mesmo que alguns de nós discordemos da proposta, não faz o menor sentido que calemos a voz de pessoas que desejam se manifestar sobre as leis de drogas de seu país.

Acredito que organização e participação política são competências a serem incentivadas. Acho saudável que centenas de jovens queiram se organizar para discutir as leis de drogas do seu país, principalmente por considerar este um assunto de extrema seriedade. Creio que quanto maior a participação das pessoas diretamente interessadas na construção de um conjunto de normas, maior será a legitimidade destas leis. O trabalho no CAPSad aponta neste sentido: as pessoas sentem-se responsáveis pelas regras que ajudaram a construir, e os debates em torno deste tema, ainda que tensos, são sempre muito ricos.

Lutamos muito para resgatar nosso direito de livre manifestação. Centenas de pessoas tiveram de deixar o Brasil, foram mortas, torturadas ou simplesmente desapareceram para que se possa, hoje, participar da vida política do país. Quando impedimos que uma parcela de nossos jovens utilize uma das mais tradicionais formas de protesto político – a marcha -, é como se lhes disséssemos que esta forma de manifestação pela qual tanto lutamos, *não deve ser utilizada por eles*. Por quê? Qual a justificativa? O fato de que o uso de maconha é um crime não é o bastante para justificar a proibição, já que o movimento feminista já utilizou passeatas para manifestar-se pela descriminalização do aborto, sem que jamais se tenha tentado proibir suas manifestações. Qual é o problema então? Em Recife e Porto Alegre, as manifestações foram autorizadas, e não se constatou nenhum aumento no consumo de drogas, na violência urbana, tampouco houve abalos consideráveis no processo civilizatório. Qual é o problema então?

A última das contribuições que gostaríamos de trazer para os debates preparatórios à IV conferência, a partir da experiência brasileira da Redução de Danos, diz respeito ao trabalho de campo. O território da Redução de Danos possui três dimensões: *espacial, simbólica e temporal*. A *dimensão espacial* deste território é a área que vai até tal rua, que engloba tais bairros, que é adscrita a este ou aquele serviço de saúde, etc; a dimensão *simbólica* diz respeito às coisas que podemos perceber neste espaço, a partir do olhar e da *escuta curiosa*. Ou seja: uma vez dentro do território espacial, nos perguntamos: como podemos acessar as pessoas que usam drogas? Esta dimensão diz respeito aos lugares



específicos frequentados por pessoas que usam drogas, e este exercício pode ser revelador, na medida em que abandonamos nossas ideias prontas sobre lugares escuros e fechados, e passamos a enxergar os diversos usos de drogas, sejam problemáticos ou não. A dimensão *temporal* dirá respeito ao momento no qual estamos trabalhando, afinal, uma mesma rua pode ser lugar de uso de drogas lícitas durante o dia, e de drogas tornadas ilícitas à noite (ou o contrário!). Considerando estas metodologias de trabalho que a Redução de Danos nos ensina em sua longa trajetória, podemos não somente acessar as pessoas que usam drogas em condições de clandestinidade, como também (e aí talvez se encontre nossa maior conquista) podemos acessar usos de drogas em momentos muito distintos daqueles com os quais costumamos nos deparar nos serviços de saúde.

Mas não basta dominar estas três dimensões para conseguir produzir cuidado no território. Para que se possa avançar até este ponto, é preciso saber que não se *penetra* no território. Podemos chegar no lugar certo, no horário certo, percebendo tudo o que ocorre ao nosso redor. Mas se não formos *convidados* a entrar o território, jamais conseguiremos acessar os níveis que tornam possível o encontro de subjetividades. É neste encontro, no acontecimento deste encontro, que a Redução de Danos mostra toda sua força. Mas este encontro não está dado pela simples existência de um PRD, ou de um redutor de danos dentro de um CAPSad. *Porque sim, é possível construir uma Redução de Danos manicomial!* E aqui, adentramos mais uma vez as dimensões sutis das contribuições que trazemos neste documento: se por um lado, a IV conferência é um momento privilegiado para defender novas diretrizes em termos de políticas públicas, por outro lado, é preciso ter claro que apenas novas diretrizes não resolvem nossos problemas. Podemos, por exemplo, desdobrar as contribuições que aqui trazemos na proposta de tornar obrigatória a presença de ao menos um redutor de danos na equipe dos CAPSad. Criar uma frase como esta, levá-la à votação e vê-la aprovada em uma conferência de saúde mental não parece nada de absurdo, mas é preciso que saibamos: isto não garante que estes redutores de danos vão frequentar o território, assim como não garante que suas práticas terão sintonia com princípios e diretrizes do SUS, da Luta Antimanicomial ou da Redução de Danos. Eis aí um nível da luta que não se resolve em uma conferência, mas que se administra no cotidiano da vida vivida. O mesmo raciocínio, por certo, serve para qualquer profissão ou ocupação no âmbito do cuidado de pessoas que usam drogas; não há diploma que garanta compromisso ético, estético e político.

Aqui, também, residiria o ponto crucial quando falamos nas mudanças que estamos acompanhando nas políticas de saúde no Brasil. A perspectiva que aponta para o redirecionamento do eixo da Atenção (da ênfase nos serviços de “alta complexidade” para o território da vida vivida), tem na ESF uma de suas mais exitosas experiências. Falar do trabalho na Atenção Básica, das demandas que nela encontramos, e das interfaces possíveis de trabalho nestes territórios através da Saúde Mental, é também falar de uma das grandes falhas que hoje encontramos, e que certamente ajuda a construir o que hoje consideramos como o “problema das drogas”. De fato, a importância do trabalho centrado na Atenção Básica não diz respeito somente à idéia de que agindo onde as pessoas vivem,

possamos prevenir doenças. Esta potencialidade da atenção primária é concreta, mas talvez ainda nos falte olhar para outra potencialidade: a de acessar demandas que somente lá são acessíveis aos nossos olhares e à nossa escuta.

*+ Penso em uma experiência que passei quando realizávamos, pelo PRD de Porto Alegre, uma série de oficinas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Num primeiro momento, a inclusão de atividades de redutores de danos no cronograma do serviço fez com que demandas relacionadas a usos de drogas, acessadas durante a semana, fossem direcionadas para aquele único dia. Pudemos trabalhar isto quando de nosso retorno à equipe da UBS, tentando perceber as potencialidades dos trabalhadores dentro daquilo que já faziam, para comunicá-los, enfim, que não haveria a necessidade de encaminhar a nós estas pessoas - afinal, elas estavam muito mais próximas da equipe da UBS do que da equipe do PRD. Até que pudéssemos dar este retorno, afinal, acabamos acolhendo algumas pessoas durante este período (fora do horário das oficinas, em um atendimento particular).*

*+ Foi em um destes atendimentos que conversamos com um jovem casal cuja queixa inicial eram os usos de maconha feitos pelo rapaz. Ele tinha dúvidas sobre exames que apontavam algum problema hormonal, e queria saber se seus usos de maconha poderiam ter influenciado. Ela, por sua vez, nos disse que estes usos estavam causando mal, que toda a família estava preocupada com o "envolvimento do rapaz com as drogas", e que ele passara a comer demais e dormir em horários diferentes aos dela. Ambos concordaram numa crítica à médica da UBS, quando esta disse que as preocupações do casal eram desmedidas se comparadas às demandas de pessoas usando crack.*

A partir deste pequeno relato, podemos traçar várias maneiras diferentes de responder a isso, dependendo de nossa escuta. Um bom exercício seria pensarmos: quais são as demandas que chegaram até nós através do casal? Vale lembrar, antes de responder, que o PRD/PoA tem sede em um dos grandes postos de saúde de referência em Porto Alegre, notadamente em Saúde Mental, o chamado PAM III. Não seria de se admirar, portanto, que em meio às discussões de casos em reuniões de equipe, se apresentassem mais relatos de demandas consideradas de "alta complexidade", com um menor número de demandas de "baixa complexidade"<sup>4</sup>. De repente, ali estávamos nós, redutores de danos, acessando uma demanda que não pertencia à "alta complexidade" - mas que, diferentemente do que pensava a médica, não era por isso menos importante. Naquele momento, pudemos intermediar ao rapaz informações sobre o resultado de seus exames, como também perguntarmos mais detalhes sobre sua vida - o que fazia? Como estava sua rotina? Quais seus planos de vida? Foi possível conversar com o rapaz sobre diversos detalhes relacionados aos seus usos de maconha (como e onde comprava, se era arriscado, se ele desejava ter sono com o uso, ou se era um efeito indesejado...). Pudemos conversar com sua esposa sobre os diferentes usos de drogas, lembrando-lhe que somente poderíamos

---

<sup>4</sup> As aspas são uma homenagem à Antonio Lancetti, para quem as ações de base territorial são sempre de "alta complexidade", ainda que esta expressão costume identificar as intervenções de base hospitalar.

cuidar da saúde das pessoas que estão conosco (e da nossa também), à medida que tentamos entender suas motivações. O uso de drogas talvez não seja o sintoma de um destino ameaçador para a família - a não ser, talvez, que esta passasse a condenar o rapaz por suas escolhas, ao invés de construir com ele uma estratégia de acolhimento. De quebra, reafirmamos a centralidade do sujeito em seu contexto (para além das ações fármaco-químicas da droga em si), como elementos no trabalho em saúde.

Em “Clínica Peripatética”, Antonio Lancetti nos fala de uma “clínica da Redução de Danos” (LANCETTI, 2008, p. 82). Mas, esta clínica teria algo a dizer diante da urgência com que somos cobrados todos os dias com respeito às pessoas que têm problemas relacionados ao uso de crack? Que postura adotar em nossos serviços, em nossa prática dentro dos serviços? Márcia Colombo, psicóloga, amiga, assessora técnica do programa Nacional de Aids e Hepatites Virais, costuma dizer que não podemos reproduzir a fissura, a urgência das pessoas que usam crack. A pressa em “aproveitar o momento” em que o usuário se mostra frágil muitas vezes resulta em medidas de curto alcance, que terminam desfeitas em muito pouco tempo. Uma internação em Comunidade Terapêutica que brota num momento de desespero tem grandes chances de não se sustentar. A pressa, a fissura, são comportamentos comuns às pessoas que tem problemas com o consumo abusivo de drogas (especialmente o crack). O que pode emergir de práticas que, ao invés de buscarem a reflexão compartilhada com o outro, investem justamente nesta urgência?

Quando ouvimos as pessoas e exercitamos uma escuta curiosa, acolhedora, nos abrimo-nos não apenas à potência, mas à experiência de sofrimento do outro. Nesta escuta que é também diálogo, se tece o cuidado a muitas mãos, e cada pessoa é uma pessoa. Dentre os muitos dispositivos que podem compor estes itinerários, o hospital tem lugar de destaque. Em muitos casos, por diferentes razões, há a necessidade de hospitalização de pessoas que usam drogas: nos casos de abstinência alcoólica, diante da necessidade de apoio para desintoxicação, especialmente em quadros nos quais se apresenta nítida necessidade clínica. Neste ponto, há que ser claro: **hospital psiquiátrico não é lugar para tratamento de pessoas que usam álcool e/ou outras drogas**. Diz o bom senso, diz a política do Ministério da Saúde. Como não bastasse todas as razões quanto à produção de estigma, ainda pesa o fato de que o hospital psiquiátrico não está adequado nem mesmo às demandas clínicas desta população.

Mas não é só isto; é preciso que o Hospital Geral também esteja preparado para acolher esta população em suas necessidades, em suas demandas, lembrando os dizeres da campanha do Programa Nacional de Aids: “drogas alteram seus sentidos, mas nada altera seus direitos nos serviços de saúde”. Neste sentido, vale ressaltar as bem sucedidas experiências em termos de humanização hospitalar, promovidas pela Política Nacional de Humanização (PNH). Porém, para além daquilo que já abordamos quanto à necessidade de se romper preconceitos, há ainda as questões técnicas, estas também nem sempre respeitadas, até mesmo pelo descaso histórico com que o tema do uso de drogas

foi tratado. Falamos, por exemplo, do desconhecimento quanto aos riscos de se empregar glicose sem uma administração prévia de tiamina, nos casos de intoxicação alcoólica, prática comum que pode levar à demência. Não há, pois, nenhuma dicotomia entre conhecimento técnico, político e ético; o que há é a produção do cuidado, em todos os dispositivos de atenção, operando a partir de princípios e diretrizes comuns, mas com respeito às suas especificidades.

Hoje, há muitos hospitais que se recusam a atender pessoas que usam crack. Sabemos bem que se trata de uma população difícil... Podemos entender a dificuldade de cuidar destas pessoas, que em muitos momentos se transfere diretamente para os trabalhadores da ponta, sem supervisão ou “capacitação”. Não obstante, não se pode aceitar que o princípio da Universalidade seja ferido de modo tão contundente. Se uma pessoa que usa crack precisa de acolhimento em ambiente hospitalar, isto deve ser feito, sem tergiversações. Este dito peremptório aplica-se de modo especial aos Hospitais Universitários (HU’s); ali, não apenas o compromisso com a Universalidade, mas também a necessidade premente de oferecer aos estudantes o contato com a realidade do atendimento hospitalar a pessoas que usam álcool e/ou outras drogas. Principalmente quando estas experiências sejam também experimentações na busca por “leitos de atenção integral”, como preconiza o Ministério da Saúde.

Neste momento, há algo que deve ser problematizado: não devemos embarcar no imaginário popular de que “há drogas que ajudam a desintoxicar”. O que existe são medicações que ajudam a diminuir eventuais desconfortos decorrentes da abstinência. Aliás, é a própria noção de “desintoxicação” que precisa ser revista; naturalizada como sinônimo de atenção hospitalar para pessoas que usam drogas, a “desintoxicação” é uma espécie de “conceito guarda-chuva” que abarca um sem número de práticas hospitalares, muito mais complexas do que a “limpeza do organismo” a que se proporia algo que pudesse ser efetivamente chamado de “desintoxicação”. Por isto mesmo, é preciso estudar mais o assunto, na busca por conhecer mais o que precisa e o que não precisa ser feito em ambiente hospitalar. Em alguns casos, por exemplo, é possível realizar procedimentos de desintoxicação em ambiente doméstico, desde que se possa contar com uma boa rede social de apoio, e com o suporte de uma equipe de ESF.

-----

Ao longo destas páginas, descortinamos algumas idéias a respeito de temas que julgamos fundamentais nos debates em torno da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, em torno de questões relacionadas às políticas e práticas de cuidado dirigidas a pessoas que usam álcool e/ou outras drogas. Buscamos mostrar que as dimensões micro, macro e *mezzo* políticas são indissociáveis, e que a política, por mais complexa que seja, inicia na escuta, na clínica, na relação dialógica que se estabelece no cotidiano dos serviços de saúde; para promover saúde é preciso transformar a cidade numa máquina de produzir cuidado.

Falamos da necessidade de se constituir programas de proteção à vida, dirigidos a pessoas ameaçadas de morte em função de seu envolvimento com drogas. Falamos também das contribuições da Redução de Danos: garantia de acolhimento não condicionado ao desejo de abstinência; trabalho de campo a partir do CAPSad (reduzidor de danos na equipe do CAPSad); direito de livre organização e manifestação das pessoas que usam drogas. Falamos de *escuta curiosa*, de *clínica freireana* e de “clínica da Redução de Danos”. Abordamos a necessidade de não aprisionarmos as pessoas em categorias rígidas e reducionistas, e afirmamos que é saudável desconfiarmos de nossos conceitos e verdades.

Temos uma dívida para com a população de pessoas que usam álcool e outras drogas. Demoramos tanto a dirigir nosso olhar, nossas preocupações, nossa reflexão e nossa militância para o que ocorria – ainda ocorre – nas versões drogaditas do inferno manicomial. Nos últimos meses, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem sofrido um verdadeiro bombardeio por parte de setores conservadores, viúvas do antigo modelo manicomial. No discurso destes inimigos da Reforma, o fenômeno do crack. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial apresenta-se como momento privilegiado para avançarmos ainda mais no que tange ao cuidado desta população. Não será na capitulação diante das ofensivas conservadoras que encontraremos as respostas de que precisamos. Já sabemos o caminho: ele está na complexidade, na reflexão, no diálogo, nos princípios do SUS, da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos. Nas diretrizes da Política Nacional de Humanização, e nas experiências de proteção à vida inspiradas em princípios e práticas consolidadas de defesa da vida.

## REFERÊNCIAS

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Indignação*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

LANCETTI, Antonio. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2008.

LEITE, Eduardo Furtado. *Drogas, concepções, imagens: um comentário sobre dependência a partir do modelo usual de prevenção*. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2005.

RUSSO, Renato. *O teatro dos vampiros*. In.: Legião Urbana V. Rio de Janeiro: EMI, 1991.

VIANNA, Hermano. *O mistério do samba*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.