

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Um estudo de caso da implementação de um centro de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS-AD), no Rio de Janeiro, 2009-2010”

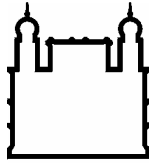
por

Lucília de Almeida Elias

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos

Rio de Janeiro, maio de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Um estudo de caso da implementação de um centro de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS-AD), no Rio de Janeiro, 2009-2010”

apresentada por

Lucília de Almeida Elias

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

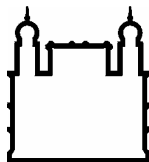
Prof.^a Dr.^a Vera Malaguti de Souza Weglinski Batista

Prof. Dr. Fernando Salgueiro Passos Telles

Prof.^a Dr.^a Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel

Prof. Dr. Fernando Salgueiro Passos Telles

Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos – Orientador



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

Z95 Elias, Lucília de Almeida
Um estudo de caso da implementação de um Centro de Atenção
Psicossocial em álcool e drogas (CAPS-ad), no Rio de Janeiro, 2009-
2010. / Lucília de Almeida Elias. -- 2011.
116 f.

Orientador: Bastos, Francisco Inácio
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Rio de Janeiro, 2011.

1. Drogas Ilícitas. 2. Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool. 3.
Serviços de Saúde. 4. Política de Saúde. 5. Redução do Dano. 6.
Saúde Mental. 7. Saúde Pública. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.29098153

Sumário

Resumo.....	2
Abstract.....	3
Introdução.....	5
Justificativa.....	11
Objetivos.....	12
Estrutura da Tese	13
Método.....	14
Capítulo I – Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil.....	23
Capítulo II – Um estudo qualitativo sobre o cuidado público às pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente na cidade do Rio de Janeiro, 2009-2010.....	56
Capítulo III – O ponto de vista de familiares de pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente atendidas em um serviço público no Rio de Janeiro, 2009-2010....	90
Conclusões.....	113

Resumo

A questão que orientou a pesquisa que compõe esta tese foi a identificação e o estudo de fatores intervenientes na qualidade das ações de cuidado prestadas por um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPS-ad), na cidade do Rio de Janeiro. O estudo da experiência de implementação de um CAPS-ad visou destacar, nesta experiência, os itens pertinentes à qualidade das ações mencionadas. A qualidade do cuidado foi investigada na interface das diretrizes técnicas e políticas propostas para sua realização e o cotidiano deste tipo de serviço, tal como experimentado por profissionais e usuários do mesmo. Os achados da pesquisa confirmam o que está sistematizado pela literatura nacional e internacional a respeito de ações públicas visando à redução de danos à saúde individual e coletiva, destinadas às pessoas que usam álcool e drogas de maneira prejudicial ou dependente. Tais ações são mais efetivas quando integradas a outras medidas de saúde pública, guiadas por princípios comuns. Iniciativas de redução de danos afinadas com princípios de saúde pública não se prendem a modelos, nem se esgotam em cuidados de saúde propriamente ditos. Abrangem diversas modalidades de ações práticas, com base em políticas públicas, devem estar em sintonia com a comunidade desde seu planejamento e devem ser executadas em parceria com esta.

Palavras-chave: Uso de drogas; Serviços de saúde; Política de drogas; Redução de danos; Atenção psicossocial.

Abstract

The research question discussed in this dissertation was the identification and analysis of factors putatively fostering the provision of comprehensive care by a Psychosocial Center for People who Misuse Drugs and Alcohol (known by its Portuguese acronym CAPS-ad), located in Rio de Janeiro. The case study describes the experience of implementation of a CAPS-ad, highlighting the items pertinent to the proposed model of comprehensive care and its translation into practice. The nature and quality of care were assessed in the context of technical guidelines and policies guiding its full implementation and its dialogue with the service's daily operations, as perceived by health professionals who work in this facility, as well as its clientele (patients and their families).

The findings of the study document the adoption (not exempt of difficulties or obstacles) of policies and actions issued at the national level and documented in the international literature. Such policies aim to reduce drug-related harms experienced by individual and communities, and explicitly target people who use alcohol and drugs in a harmful way and/or are alcohol and/or drug-dependent, as well as their families and peers. Such initiatives have been found to be effective when integrated to other public health measures, guided by common principles and aims. Such initiatives do not limit themselves to the context of health provision

nor remain in the realm of abstract models. They rather comprise concerted practical actions, in harmony with renewed public policies and the concrete needs of people who misuse drugs and alcohol, their families and peers, as well as their communities at large.

Key Words: Drug use; Health services; Drug policy; Harm Reduction; Psychosocial care.

Introdução

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana — VIH ou HIV e a síndrome clínica correspondente, da imunodeficiência adquirida, HIV/AIDS, nos anos '80, abalou de forma inesperada e contundente a lógica preventiva (ancorada na noção de risco tecnicamente controlável) no âmbito das doenças transmissíveis, que até então, pareciam estar sob controle nos países desenvolvidos (desafios similares vinham sendo encarados na área da oncologia, com o fracasso da iniciativa multimilionária da administração Nixon no sentido de curar de forma definitiva esta doença, ainda na década de 1970)¹.

Ficou evidente a incapacidade dos sistemas de vigilância epidemiológica no sentido da detecção precoce da infecção pelo HIV e contenção de sua disseminação - mesmo nos países ditos desenvolvidos - nesses anos iniciais da epidemia^{2,3}. Era um momento em que estas pareciam 'coisas do passado' para muitos historiadores e formuladores de políticas públicas com atuação nos países mencionados, formadores de opinião e eixo que norteia a pesquisa científica no mundo (ainda que continuassem a grassar longe dos seus olhos).

Poucos anos antes, McNeil⁴ havia atribuído às doenças infecciosas um valor singular na dinâmica do processo civilizatório: elas seriam um dos principais parâmetros da história humana, e ao mesmo tempo um de seus limites. O autor afirmou, à

época, que a prontidão necessária às ações de saúde pública é pouco frequente, e a continuidade dos êxitos obtidos com sua implantação é dificilmente mantida⁵.

Além do retorno das doenças transmissíveis à condição de prioridade mundial em termos de saúde nos anos '90, o que se revela então é a vulnerabilidade crescente de populações urbanas³, especialmente nos países em desenvolvimento, agravada por condições sócio-econômicas adversas em que vivem determinados estratos sociais.

Farmer⁶ aborda o papel patogênico das desigualdades sociais na emergência e re-emergência de doenças infecciosas, tanto na sua distribuição quanto no curso de seu desenvolvimento junto às populações afetadas. O próprio êxito das pesquisas biomédicas assim o comprova, pois a descoberta de cura e tratamento para estas doenças não tem conseguido erradicá-las e, em determinadas circunstâncias, nem ao menos controlá-las de forma efetiva⁷, como no caso da tuberculose⁸.

Questões do campo dos direitos humanos agregam-se às considerações de saúde pública, pois segmentos desprovidos de recursos sociais integram cadeias de transmissão mais propícias à disseminação de vírus (e demais micro-organismos):

O HIV, como qualquer outro agente infeccioso, não tem qualquer opção preferencial por pobres, assim como jamais teve qualquer simpatia por gays ou hemofílicos. O vírus, simplesmente, e num sentido metafórico, se beneficia das linhas de fragilidade das redes sociais onde é introduzido.

Em 2003, tendo aparentemente chegado ao fim a pandemia da Síndrome Respiratória Aguda Severa (Severe Acute Respiratory Sndrome / SARS) - não têm sido registrados novos casos desde então - e início dos surtos recorrentes de gripe aviária, foi criada na Europa uma agência pública visando à prevenção e controle de doenças transmissíveis (European Centre for Disease Prevention and Control / ECDC). Em operação desde 2005, o ECDC constatou 'notável resiliência' de determinadas doenças às ações de saúde pública. Tuberculose, infecção pelo HIV/AIDS e doenças sexualmente transmissíveis são algumas das doenças cuja distribuição incide de forma desigual em sub-populações de todos os países europeus¹⁰.

Tais sub-populações caracterizam-se por baixo status sócio-econômico, pouca escolaridade, perfil ocupacional pertencente às ocupações de menor status e pior remuneradas, e imigração recente. Do ponto de vista da saúde pública, devem ter prioridade na formulação e implementação de intervenções, de acordo com o ECDC, não só pela carga desproporcional de doenças que incide sobre elas, mas também pelo maior potencial de disseminação destas, entre si e na população como um todo.

As ações inerentes ao campo da saúde pública devem conduzir ao aprimoramento de modelos de representação da realidade, visando intervenções tanto mais efetivas quanto mais adequadas e apropriadas a cada população e contexto. A

complexidade e gravidade dos problemas contemporâneos demandam respostas oportunas, se possível em tempo real, de modo a reduzir os danos à saúde e sociais relacionados com determinadas práticas. A redução de danos é definida como conjunto estratégico de medidas de saúde pública, para reduzir ou minimizar os efeitos adversos do uso prejudicial de álcool e outras drogas ¹¹.

Mais do que as medidas em si, no entanto, a lógica da redução de danos é um *marco conceitual*, de auxílio inestimável na escolha de modos mais apropriados de intervenção face às circunstâncias concretas em que se dá o consumo de substâncias psicoativas ¹². É esta lógica ampliada ¹¹ que norteou a investigação dos serviços de assistência pública aos consumidores de álcool e drogas que compõe a presente dissertação de doutorado.

Definição do problema

O uso prejudicial ou dependente de álcool e drogas exerce forte impacto sobre a saúde individual e coletiva, campo circunscrito pela saúde pública, ainda que não restrito a esta. Pessoas que usam tais substâncias desta maneira apresentam proporcionalmente mais problemas de saúde do que a população em geral (tais como tuberculose e depressão, infecção e transmissão por via sexual e sanguínea de bactérias e dos vírus da Aids e das hepatites B e C, entre outros) ⁹.

Aos custos diretamente relacionados com agravos e doenças agregam-se custos sociais com as conseqüências do uso mencionado: perda de

produtividade e diminuição da renda familiar, maior envolvimento em acidentes de trabalho e de trânsito e em situações de violência e corrupção, para citar alguns ¹³ .

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que o impacto do consumo de bebidas alcoólicas sobre a saúde seja dez vezes maior do que o do conjunto de drogas ilícitas (o uso prejudicial ou dependente de álcool tem sido associado a mais de 60 tipos de agravos) ¹⁴ .

Resultados de pesquisa de âmbito nacional evidenciam que a prevalência do consumo de álcool pela população urbana brasileira é o dobro (18%) do consumo de drogas ilícitas (9%), principalmente maconha e cocaína aspirada, sendo o uso de drogas injetáveis pouco freqüente. Dos 17,9% dos entrevistados de uma amostra representativa da população urbana brasileira, que consumiram bebidas alcoólicas regularmente em algum período de suas vidas, 60% relatam ter pensado em interromper este consumo, mas só 2,2% efetivamente o fizeram ¹⁵ .

Os resultados mencionados sugerem a insuficiência de intervenções – em nível primário, secundário ou terciário – direcionadas seletivamente a segmentos específicos de maior vulnerabilidade social, como os usuários de drogas injetáveis. Ações de cuidado apropriadas a determinados segmentos sociais não são necessariamente adequadas à população em geral, cabendo investigar formatos institucionais condizentes com a prestação de serviços a estes segmentos vulneráveis, assim como à população

geral. O desejável é que tais intervenções ampliem o foco para a população geral, mas que também se dirijam a populações específicas, particularmente vulneráveis¹⁶.

A inter-relação de problemas associados ao uso prejudicial ou dependente das substâncias em pauta, sejam lícitas ou ilícitas, requer o envolvimento de setores que não estejam diretamente vinculados à prevenção e tratamento deste tipo de uso, aos cuidados gerais com a saúde e ao cumprimento da lei. O intercâmbio e a transferência de conhecimentos nesta área deve abranger princípios de promoção social, militância e organização comunitária¹⁷.

Ações visando à redução de danos à saúde individual e coletiva devem evitar decisões ‘de cima para baixo’ e perspectivas estranhas à comunidade; contar com a participação de seus membros em todas as etapas dos programas, desde o planejamento; formular, implantar e implementar intervenções teoricamente consistentes, bem dimensionadas e inseridas na cultura e tradições locais; e levar em conta a importância dos recursos, das mudanças estruturais e do protagonismo local na continuidade dos programas ou na manutenção de seus efeitos. Cabe ressaltar que mesmo iniciativas bem planejadas, intensivas e que contam com apoio local, enfrentam dificuldades adicionais em ambientes em que o consumo de álcool foi ‘naturalizado’, estando plenamente integrado às atividades regulares da vida social^{17,18}.

Justificativa

A oferta mundial de serviços de tratamento para pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente varia bastante em função dos sistemas de saúde e das políticas públicas de cada país (ou região). Podem ser ‘estruturados’ (prescritivos, com tratamento medicamentoso e psicossocial sob abordagens diversas) ou ‘abertos’ (informativos e educativos). Dada a magnitude dos problemas em pauta, é desejável que estes serviços abranjam o maior número possível de pessoas a um custo mínimo, e que possam acompanhá-las de modo efetivo por períodos razoáveis de tempo.

No Brasil tais serviços expressam uma reordenação mais ampla da saúde pública como um todo e da saúde mental, ambas na década de '80, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Psicossocial. A rede de serviços comunitários destinados às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes foi ampliada em 2003, pela inserção de serviços específicos de atenção ao uso prejudicial e dependente de álcool e drogas, os Centros de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPS-ad) ^{19, 20}.

Diretrizes teóricas de programas públicos (ainda que resultem de processos participativos e decisões pactuadas) são colocadas à prova nas práticas dos serviços, numa dinâmica de reajuste constante entre as primeiras e as últimas, que pode (e deve) resultar no aprimoramento de ambas.

Estudos e pesquisas avaliativas da Atenção Psicossocial demonstram a insuficiência de critérios recomendados ou usados na avaliação de serviços de saúde em geral, quando se pensa em transpô-los (na construção de indicadores) para a Atenção Psicossocial em álcool e drogas ^{21, 22}. Esta dissertação de doutorado visa contribuir para uma reflexão teórica a respeito de modos possíveis de avaliá-la, através do estudo da experiência de implementação de um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPS-ad) no Rio de Janeiro.

Objetivos

A presente tese de doutorado teve como objetivo geral :

- descrever e analisar formas (mais) adequadas de avaliação da qualidade de ações públicas de cuidado, destinadas às pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial, por meio de uma investigação qualitativa da experiência de implementação de um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPS-ad) na cidade do Rio de Janeiro;

e como objetivos específicos:

- analisar as concepções teóricas que norteiam o funcionamento e o desenho operacional de um CAPS-ad;

- identificar os atores sociais e os principais êxitos e obstáculos à implementação das ações de cuidado deste serviço;
- identificar os itens pertinentes à qualidade destas ações, na interface das diretrizes técnicas e políticas propostas e sua realização cotidiana, tal como experimentada por aqueles que trabalham no serviço mencionado e os usuários deste.

Estrutura da Tese

O *primeiro capítulo* desta tese aborda o contexto histórico e marco conceitual da implantação dos programas de redução de danos no campo da saúde pública, com ênfase nos programas brasileiros. A revisão teve como objetivo principal investigar a pertinência atual de tais programas no enfrentamento das infecções de transmissão sexual e sanguínea, em especial a AIDS e a hepatite C. Este texto foi aceito para publicação na revista *Ciência & Saúde Coletiva* da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, estando disponível sob formato digital em www.cienciaesaudecoletiva.com.br.

O *segundo capítulo*, igualmente redigido sob a forma de artigo, se refere ao contexto político e social do país quando foram implantados os serviços públicos de atenção às pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente. O artigo pretende contribuir para uma reflexão sobre a qualidade destes serviços, à luz do referencial em saúde pública que os rege. Algumas noções teóricas

e diretrizes técnicas subjacentes ao modelo de atenção psicossocial são apresentadas neste capítulo. A identificação de fatores intervenientes na qualidade das ações de saúde prestadas por um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPS-ad) na cidade do Rio de Janeiro, tal como experimentada por alguns de seus profissionais, foi considerada em sua elaboração. Este texto foi submetido à avaliação na revista *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*.

O *terceiro capítulo*, igualmente formatado sob a forma de artigo (não submetido por ora), diz respeito ao ponto de vista de familiares de pessoas atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPS-ad) no Rio de Janeiro sobre a qualidade destas ações de cuidado. São abordados alguns aspectos teóricos subjacentes a tais ações, e delineados conceitos pertinentes à terapia familiar e à psicanálise referentes à relação entre pessoas que abusam de álcool e drogas e seus familiares.

O Professor Doutor Francisco Inácio Bastos orientou todas as etapas de produção destes manuscritos /artigos redigidos por mim, sendo co-autor dos artigos mencionados, e fez a revisão final dos textos.

Método

4.1 Caracterização da pesquisa

A pesquisa que compõe esta tese se caracteriza como um estudo de caso. A investigação de estudo de caso lida com ‘uma situação tecnicamente única,

... baseia-se em várias fontes de evidências, e ...beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados' ^{23 p 33} .

Seu objetivo foi identificar alguns fatores intervenientes no grau de implementação das ações de cuidado prestadas pelo referido serviço. O que se buscou foi detectar intervenções facilitadoras ou impeditivas das melhores práticas possíveis na obtenção dos resultados pretendidos, à luz das diretrizes técnicas e políticas propostas para sua implementação.

A concepção de avaliação aceita nesta pesquisa ^{24,25,26} valoriza demandas, preocupações e questões dos diversos atores sociais aos quais ela diz respeito. Desejou-se estimular sua participação, respeitando sua dignidade, integridade e privacidade.

4.2 Natureza dos dados coletados

Dados foram coletados a partir de fontes primárias (dados coletados pela primeira vez, enquanto etapa indispensável da presente pesquisa) e fontes secundárias (dados disponíveis em documentos relativos à atenção às demandas dos usuários e seus familiares atendidos no serviço em pauta, ao planejamento e execução de medidas relativas ao acolhimento e busca de adesão, objetivos do processo terapêutico, métodos específicos empregados, recursos requeridos ao longo do processo de implementação do serviço, percepção da necessidade de mudanças e flexibilização de determinados procedimentos, entre outros).

4.3 Técnicas de coleta de dados

4.3.1 Análise de documentos: com o consentimento da direção do serviço e dos profissionais que compõem a equipe de trabalho, foram analisados registros das reuniões de equipe, de reuniões com profissionais de outros órgãos aos quais o serviço está vinculado, e de outros documentos administrativos referentes à história do serviço.

4.3.2 Entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com atores locais previamente definidos, guiadas por um roteiro ²⁷, com duração aproximada de quarenta minutos cada uma. Os critérios de escolha dos entrevistados dizem respeito à sua participação no processo de implementação do serviço, bem como à gestão atual do mesmo. As entrevistas foram semi-estruturadas de modo a permitir maior fluidez na coleta de dados e flexibilidade na exploração de hipóteses.

As entrevistas foram feitas em hora, dia e lugar mais convenientes para o(a) entrevistado(a), e conduzidas em local privado, sob sigilo, após leitura e assinatura de termo de consentimento informado, sem a presença de terceiros. Foram todas gravadas em aparelho digital, com o consentimento do(a) entrevistado(a), sendo posteriormente transferidas para o computador e transcritas integralmente.

Um diário de campo, baseado nas observações do(a) entrevistado(a), foi confeccionado em paralelo às entrevistas, informando dia, hora, local e contexto de cada entrevista. As entrevistas foram codificadas por tópicos e palavras-chave.

Para cada entrevista, uma folha de rosto foi confeccionada, contendo informações sócio-demográficas e anotações pertinentes. Cada folha de rosto incluiu um campo para registro do código de identificação do participante e espaço para comentários. As folhas de rosto foram incluídas na transcrição e a cópia em papel anexada à folha física da entrevista.

O computador utilizado na pesquisa foi protegido por senha, restringindo o acesso aos dados qualitativos, de modo a preservar o sigilo e a confidencialidade devidos. Todas as cópias físicas das entrevistas transcritas serão mantidas em arquivos trancados, guardadas pelo período mínimo de cinco anos, conforme a legislação brasileira em vigor. Os fragmentos de entrevistas que compuseram a presente dissertação foram citados de maneira a preservar a identidade dos entrevistados.

4.3.3 Observação participante: foram realizadas observações das rotinas do serviço, descritas no diário de campo, contendo dia, hora e contexto de cada uma delas, e demais anotações pertinentes.

4.3.4 Grupos focais: foram realizados grupos com profissionais do serviço, enfocando temas pertinentes às ações de cuidado providas pelo mesmo; grupos com familiares dos usuários do serviço, com o consentimento destes, e grupos com os próprios usuários.

O emprego de cada uma das técnicas de coleta de dados supramencionadas se realizou somente depois da assinatura de um termo de consentimento livre e

esclarecido, por cada participante das coletas descritas.

4.4 Técnicas de análise de dados

A análise dos dados seguiu o método de Análise de Conteúdo ²⁸, segundo as etapas de pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial propostas por Triviños ²⁹, empregadas por Studart ³⁰.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, sob o número CAAE: 0042.0.031.000-10.

Referências bibliográficas

- 1 Informações detalhadas em http://dtp.nci.nih.gov/timeline/noflash/milestones/M4_Nixon.htm).
- 2 Ayres JRCM. Sobre o risco – para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 2002.
- 3 Sabroza PC, Towes DW. Doenças emergentes, sistemas locais e globalização. Cad Saúde Pública 2001; 17(4-5):5.
- 4 McNeill WH. Plagues and Peoples. Garden City: Anchor Press/Doubleday; 1976.
- 5 _____ Disease in history. Soc Sci Med 1978;12(2B):79-84.
- 6 Farmer P. Social inequalities and emerging infectious diseases. Emerg Infect Dis 1996; 2:259-69.
- 7 Cohen JM, Wilson ML, Aiello AE. Analysis of social epidemiology research on infectious diseases: historical patterns and future opportunities. J Epidemiol Community Health 2007; 61(12):1021-7.
- 8 Lönroth K, Raviglione M. Global epidemiology of tuberculosis: prospects for control. Semin Respir Crit Care Med 2008; 29(5): 481-91.
- 9 Bastos FI. AIDS na Terceira Década. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.

10 Semenza JC, Giesecke J. Intervening to reduce inequalities in infections in Europe. *Am J Public Health* 2008; 98(5):787-92.

11 Decreto nº 6177. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 23 mai.

12 Open Society Institute. *International Harm Reduction Development Program*. New York: Open Society Institute; 2008.

13 World Health Organization (WHO). *Management of substance abuse, facts and figures*. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/facts/en/. Acesso em 22 mar 2011.

14 World Health Assembly (WHA) 58.26. *World Health Assembly Resolution 2005*. Disponível em <http://www.forut.no/world-health-assembly-set-to-discuss-alcohol.452470-79090.html>. Acesso em 21 mar 2011.

15 Bastos FI, Bertoni N, Hacker MA, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(1 Suppl):109-17.

16 Bastos FI, Cunha C, Bertoni N, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS. Uso de substâncias psicoativas e métodos contraceptivos

pela população urbana brasileira, 2005. Rev Saúde Pública 2008; 42(1 Suppl):118-26.

17 Giesbrecht N, Haydon E. Community-based interventions and alcohol, tobacco and other drugs: foci, outcomes and implications. Drug Alcohol Rev 2006; 25(6):633-46.

18 Giesbrecht N. Alcohol, tobacco and local control: a comparison of several community-based prevention trials. Nord Stud Alcohol Drugs 2003; 20(English suppl.):3-4.

19 Portaria n.º 2.197. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 14 out.

20 Brasil. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; 2004.

21 Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública 2006; 22(5):1053-1062.

22 Schmidt MB. Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde Mental – um estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2007.

- 23 Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. D Grassi (trad). Porto Alegre: Bookman; 2005.
- 24 Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- 25 Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. San Francisco: Sage Publications; 1989.
- 26 _____ Effective evaluation. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1981.
- 27 Miranda, Figueiredo, Ferrer, Onocko-Campos. Grupos focais e grupos focais narrativos. In: Campos RO et al. organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 28 Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA (trad). Lisboa: Edições 70; 1995.
- 29 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
- 30 Studart Pereira VF. Um estudo da experiência de implementação do Programa de Redução de Danos ao Uso de Drogas do Distrito Federal [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

Capítulo I - Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil

Introdução

A Redução de Danos (RD) é definida como conjunto estratégico de medidas de saúde pública destinadas a minimizar as conseqüências adversas do uso prejudicial de álcool e drogas¹. Estas medidas se traduzem em alternativas de uso que envolvam menores riscos e danos para os consumidores de tais substâncias e para a coletividade. Riscos são chances probabilísticas de suscetibilidade a agravos e doenças, em função da exposição de indivíduos a agentes agressores (ou protetores)². A formalização do conceito de risco foi central ao processo de elaboração teórica da epidemiologia moderna, que teve lugar em 1946-65, seguindo-se a um período de ampliação das concepções de saúde pública e práticas sanitárias².

A proposta de eliminar riscos constitui uma meta consoante com a noção anterior, desde que tal proposta seja factível (e, em determinadas circunstâncias, desejável), impossibilidade evidente em relação a determinados comportamentos, ao menos em alguns contextos e momentos históricos³. É possível que alguém que venha fazendo uso problemático de álcool ou drogas possa se manter inteiramente abstinente (a depender do psiquismo do indivíduo e das circunstâncias em que o mesmo está

inserido). Na esfera da população e da comunidade, entretanto, tal meta enquanto meta coletiva não é factível (e não necessariamente desejável, para alguns segmentos sociais), e tem resultado antes na imposição de leis draconianas, que violam os direitos humanos, sem contribuir de fato para a redução dos danos e riscos em pauta.

Os usuários de drogas ilícitas constituem um segmento posto à parte dos direitos de cidadania conquistados pela sociedade. A violação destes direitos acontece em vários países e se dá em níveis diversos: tais violações impossibilitam a inserção e a permanência na cadeia produtiva daqueles que procedem ao registro, obrigatório por lei, para tratamento nos serviços públicos de saúde (por exemplo, na Rússia)⁴; precipita o rompimento de seus vínculos sociais, e familiares, uma vez que indivíduos são humilhados publicamente (por exemplo, na China)⁵, e presos de modo arbitrário, sofrendo tortura e maus tratos (como relatado no Camboja e Paquistão)⁵.

Assassinatos de jovens pobres e negros nas favelas brasileiras são quase sempre veiculados pela mídia em associação direta ou indireta com o consumo ou o tráfico de drogas. É como se o desrespeito aos direitos humanos mais fundamentais fosse socialmente justificado quando se trata destas pessoas. O secretário de segurança do Rio de Janeiro, entrevistado em horário nobre (Jornal Nacional, 23 de março de 2009), responsabilizou os usuários de drogas pela violência deflagrada por incursões policiais nas favelas da cidade, “porque a

disputa por pontos de venda é por dinheiro, e se ninguém comprasse, não haveria o que disputar”.

Ainda que, inegavelmente, demanda e oferta tendam a se equilibrar segundo os cânones da teoria econômica neoclássica, tal formulação nada acrescenta à compreensão e enfrentamento dos determinantes estruturais da violência. A consequência de tais ações, pautadas por uma “política criminal com derramamento de sangue”⁶, soma-se aos outros danos à saúde individual e coletiva causados pelo uso prejudicial de drogas, dificultando (ou mesmo inviabilizando) a adoção de medidas de saúde pública visando a reduzi-los⁷.

O governo brasileiro, em sintonia com os movimentos sociais, tem envidado esforços para se contrapor à violação dos direitos dos usuários de drogas, através de mudanças na legislação e ações de conscientização. Desde os anos ‘90 o Brasil apóia, do ponto de vista da sua legislação e formulação de políticas públicas, o movimento de redução de danos (RD) e preconiza a diversidade de abordagens nas intervenções de cuidado. No país há acesso universal à medicação requerida por pessoas infectadas pelo HIV (algumas delas afetadas pela síndrome clínica ou AIDS), independentemente de fazerem uso ou não de substâncias psicoativas ilícitas (correspondendo hoje à cerca de 60% dos usuários de drogas vivendo com o HIV em todo o mundo os que estão em tratamento com medicamentos anti-retrovirais)⁸.

Há importantes mudanças em curso na política de drogas em outros países da América do Sul (como

Argentina, Bolívia, Equador e Uruguai) ⁵, principal região produtora de coca e cocaína no mundo, especialmente na região Andina. Espera-se que tais iniciativas (em curso) redundem em políticas públicas menos centralizadoras e autoritárias nesta região, e contribuam para promover uma reforma substancial nas suas políticas de drogas⁹. A estratégia de RD necessita de suporte político e legislativo para funcionar adequadamente¹⁰, o que compreende intervenções fundamentais, básicas, de captação para os serviços de saúde de um contingente de usuários habitualmente “invisíveis” para os mesmos. Recente artigo de Bastos e colaboradores afirma que

...políticas consistentes em saúde pública devem, necessariamente, ser complementadas por uma reforma fundamental das políticas de drogas e a implementação de políticas públicas num sentido mais amplo, com o propósito de minimizar as conseqüências adversas da discriminação e criminalização ^{9 p.105}.

Método

O artigo procede a uma revisão bibliográfica da literatura internacional referente a programas e pesquisas em redução de danos na interface com a saúde pública, publicados no período 1998-2009, além de artigos clássicos indispensáveis à compreensão histórica ou conceitual do tema.

Foram consultadas diferentes bases bibliográficas e de informações correlatas (como citações e fatores de impacto) como: Medline, Science Direct, Scopus

e Web of Science, utilizando-se como descritores: redução de danos (harm reduction), saúde pública (public health), abuso de drogas (substance abuse) e Brasil. Além disso, foram utilizadas as bibliotecas pessoais dos autores, essenciais na busca de referências não indexadas nas bases supra-citadas.

A ampla maioria das referências sobre o tema, sobre as quais há inúmeras revisões, aborda a questão sob a óptica exclusiva da Redução de Danos em si, com escassa inter-relação com a temática mais ampla da saúde pública. Nosso propósito foi, no entanto, distinto. Ainda que reconhecendo que um campo que lida com uma população estigmatizada e criminalizada, com ações que têm lugar em um contexto pouco simpático, quando não francamente hostil, há uma inevitável tendência de que as publicações se voltem para dentro do próprio campo, nossa opção foi privilegiar o diálogo mais amplo com a saúde pública. Nesse sentido, em lugar das habituais tensões e conflitos que inegavelmente persistem, o artigo aposta na interação produtiva e mutuamente fecunda entre Redução de Danos e saúde pública lato sensu.

Histórico

O conceito de RD tem origem no Reino Unido, em 1926, com as recomendações de uma comissão interministerial presidida pelo Secretário da Saúde e presidente do Royal College of Physicians, Sir Humphrey Rolleston — o Relatório Rolleston¹¹. O direito à prescrição regular de opiáceos (produtos

derivados do ópio, matéria prima da heroína e substâncias correlatas, então em voga no Reino Unido) para usuários destas drogas, sob determinadas condições, foi estabelecido como prática médica legítima a partir deste Relatório. Esta prescrição incluía o manejo da síndrome de abstinência e casos em que a interrupção do uso da droga não pudesse se dar de modo seguro para o usuário ou impossibilitasse o curso normal e produtivo de sua vida¹².

Tais recomendações nortearam a política britânica de “prescrição e proibição” de drogas, particularmente a heroína, nos 40 anos seguintes: prescrição médica nas condições mencionadas, proibição – com conseqüências legais – do uso recreativo e do tráfico de drogas.

Nos anos ´60 esta prática de prescrever drogas sob orientação médica ficou restrita a médicos licenciados pelo Home Office britânico, medida justificada pelo aumento do consumo de drogas verificado à época, apesar das substâncias em pauta serem basicamente os derivados da cannabis (como a maconha e o haxixe), as anfetaminas e o LSD (ácido lisérgico), mais do que propriamente a heroína (ou outras drogas opiáceas).

Desde a década de ´70, a ênfase tem sido dada a tratamentos de substituição (da heroína por outras substâncias, ministradas por via oral e com efeito psicoativo desprezível), com a prescrição de metadona (ou, menos comumente, da buprenorfina)¹³.

Atualmente, a prescrição de heroína para pessoas que usam esta substância vem sendo objeto de acalorados debates, e se restringe a um pequeno grupo de experiências piloto, na Inglaterra e em outros países europeus, como Dinamarca, Suécia e Suíça¹⁴.

Ações em RD: os exemplos dos programas de troca de seringas e das terapias de substituição

O objetivo principal dos programas de metadona é a estabilização da vida do paciente e redução de riscos e danos – uma vez que a evolução para a abstinência se dá numa minoria dos casos. Estudo recente¹⁵ com profissionais de saúde e usuários destes programas no estado de Illinois, EUA, mostrou uma discrepância de expectativas em relação a estes. Enquanto os profissionais consideravam o tratamento um paliativo, descrevendo suas metas de longo prazo (como a abstinência) como irrealistas, os usuários não excluía a meta de abstinência, preferindo abordagens que não visassem apenas às conseqüências do uso de drogas, mas também à natureza da relação (problemática) estabelecida por eles com estas.

Resultados de outro estudo, realizado com usuários de drogas injetáveis em Kingston e Toronto, no Canadá¹⁶, indicam que o risco de infecção pelo HIV pode ser reduzido, por meio da participação dos usuários em programas de manutenção com metadona que não tenham a abstinência como pré-

requisito para ingresso e permanência da sua clientela.

Pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial necessitam de maiores e mais intensos cuidados de saúde do que a população como um todo. Isto porque apresentam, freqüentemente, comorbidades clínicas e psiquiátricas, tais como tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, doenças crônicas em geral e depressão¹⁷. No caso de drogas injetáveis, os riscos imediatos para a saúde se referem à infecção pelo vírus da AIDS (HIV) e outros vírus de transmissão sexual e sanguínea, especialmente as hepatites virais, além de fungos e bactérias³.

Com exceção da África subsaariana, quase 1/3 dos novos casos de pessoas infectadas pelo HIV em todo o mundo estão associados ao uso compartilhado de equipamento de injeção contaminado. Pessoas que usam drogas injetáveis são proporcionalmente o principal contingente afetado por esta epidemia em países da Europa oriental, da Ásia central e sudeste e do cone sul da América Latina⁵.

Pesquisas visando avaliar e mensurar o impacto dos Programas de Redução de Danos (PRD) na incidência de infecção pelo HIV e HCV (vírus da hepatite C) têm sido realizadas em diferentes países, como num estudo de coorte de usuários de drogas injetáveis participantes de tais programas em Amsterdã, Holanda¹⁸. Os resultados sugerem que a efetividade dos PRD depende da adequada integração de diferentes medidas, sendo insuficientes a provisão de metadona ou a troca de

seringas usadas (e potencialmente contaminadas) por seringas estéreis, quando feitas de modo independente uma da outra.

Os autores deste estudo concluem que programas integrados são fundamentais para que as medidas acima referidas sejam efetivas, sendo desejável ainda a oferta concomitante de cuidados clínicos, sociais e de aconselhamento. PRD são oferecidos pelo Serviço de Saúde de Amsterdã desde 1982, beneficiando cerca de 2700 dos estimados 3500-4000 usuários holandeses que fazem uso de drogas ditas pesadas (como a heroína e a cocaína)¹⁸.

Outras experiências bem sucedidas de integração de serviços, no âmbito da prevenção e assistência, têm beneficiado usuários de drogas injetáveis vivendo com hepatite C^{19,20,21}. A hepatite C é uma epidemia global, com prevalência estimada em 3% da população mundial, ou seja, cerca de 170 milhões de pessoas^{10, 22}. Estima-se que usuários de drogas injetáveis constituam cerca de 40% da população carcerária de alguns países e a falta de acesso ao equipamento estéril de injeção, entre outros fatores, transforma os presídios em verdadeiras “incubadoras” desta infecção/agravo²³, o que se soma a outras afecções, como a tuberculose²⁴, e às más condições de vida em geral.

Pessoas que utilizam drogas injetáveis constituem o principal segmento infectado pelo vírus da hepatite C em quase todo o mundo²⁵, cujo enfrentamento, quando existe, tem-se concentrado nas propostas de RD. Mesmo os países que têm políticas estabelecidas quanto à hepatite C, enfrentam maiores

dificuldades no controle desta infecção do que no controle da infecção pelo HIV, gerando questionamentos a respeito da efetividade da RD neste caso^{26,27}.

Os determinantes de ambas as epidemias incluem a prevalência viral, a infectividade dos vírus e a frequência de comportamentos que favoreçam sua transmissão. A transmissão sexual do HCV é rara, e não é epidemiologicamente relevante, ao contrário da transmissão do HIV. Mas comportamentos de risco que oportunizam o contato sanguíneo entre usuários de drogas injetáveis, aliados à maior infectividade do HCV, além de sua maior prevalência, explicam algumas das diferenças de efetividade dos PRD com relação a estes dois vírus²⁸. Epidemias com prevalências muito elevadas anteriores à implementação das medidas de saúde pública são mais difíceis de controlar, em virtude das elevadíssimas taxas de infecção, ou, na expressão de Crofts e colaboradores, devido “à força dos números” (título do seu artigo clássico sobre o tema), e da maior infectividade do vírus da hepatite C (HCV) frente ao da AIDS (HIV)²⁹.

O controle da epidemia de hepatite C requer maiores esforços para reduzir sua incidência do que os despendidos no controle da AIDS, sobretudo na redução do compartilhamento de equipamento de injeção. É necessário apoio continuado aos PRD existentes, a implantação da troca de seringas em presídios e pesquisas que contribuam para orientar iniciativas visando à prevenção e mudança de modos

de administração de drogas por via injetável para outras vias²⁸.

A investigação de estratégias visando prevenir a transição para a via injetável por parte de usuários de drogas que ainda não a utilizam é importante, entre outros fatores, porque a infecção pelo vírus da hepatite C ocorre muito precocemente em pessoas que usam drogas por esta via^{29,30}. Existem formas de prevenção combinando redes de apoio e atenção psicossocial, aconselhamento e a mobilização de pares mais experientes, para que enfatizem aos usuários iniciantes a necessidade de evitar práticas que envolvam maiores danos e riscos³⁰.

Práticas sexuais menos seguras estão frequentemente associadas ao abuso de substâncias, agregando-se aos riscos de infecção mencionados³. Grande número de parceiros sexuais, sexo desprotegido e sexo em troca de drogas ou de dinheiro para adquiri-las constituem comportamentos evidenciados em pesquisa com usuárias de crack residentes no estado de São Paulo, Brasil³¹. O perfil sócio-econômico de usuários de crack brasileiros³² é semelhante ao dos usuários de cocaína injetável: ambos pertencem às camadas mais pobres da população e tendem a trocar sexo por drogas, o que ajudaria a explicar taxas mais elevadas de diferentes infecções entre pessoas que usam crack, em comparação com usuários de cocaína inalada e, especialmente, comparadas às taxas observadas na população geral³³.

Relações sexuais desprotegidas e em troca de drogas, relatadas por adolescentes do sexo feminino em estudo realizado em Porto Alegre, sul do Brasil,

mostraram estreita associação com a infecção pelo HIV³⁴. De forma similar, estudo desenvolvido junto a usuárias de drogas afro-americanas residentes no Brooklyn, Nova York³⁵, indica que várias infecções sexualmente transmissíveis - dentre as quais a infecção pelo HIV - se mostram endêmicas (alguns diriam que hiper-endêmicas) entre estas mulheres. Os resultados sugerem, de acordo com estes pesquisadores, a existência de nichos (“core networks”) micro-sociais de incidência elevada de tais infecções, além dos já conhecidos conglomerados geográficos, onde tais infecções apresentam elevada prevalência de fundo (background prevalence)³⁶.

Cabe lembrar que os riscos associados ao comportamento sexual de pessoas que usam álcool e drogas não se restringem àquelas que o fazem de modo prejudicial ou abusivo. O conceito de “modulação do comportamento” foi empregado em análise recente³⁷ do comportamento sexual e o uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) por parte da população urbana brasileira. Estudou-se a relação entre os padrões de utilização de preservativos e outros métodos contraceptivos, e o consumo de álcool e drogas. Os resultados desta análise, realizada com amostra representativa da população urbana brasileira, indicam um “possível efeito modulador das substâncias psicoativas sobre as práticas sexuais de uma faixa expressiva da população geral”^{37 p. 122}.

Programas de Troca de Seringas (PST): breve histórico

Deve-se ao Relatório Rolleston a inserção no campo da saúde pública do enfrentamento dos problemas associados ao uso prejudicial de drogas e o endosso à prescrição de drogas ilícitas sob supervisão médica. Não obstante, as primeiras ações de RD na acepção moderna do termo, já no contexto da emergência de diferentes doenças infecciosas, foram implementadas inicialmente pelos próprios consumidores.

A iniciativa de trocar seringas usadas, e potencialmente contaminadas, por seringas novas/estéreis, partiu de associações de usuários holandeses (Junkiebonden), no enfrentamento de epidemias concomitantes de hepatite B e C nesta população, em Amsterdã, em 1984³. Registra-se iniciativa similar, em 1982-84, em Edimburgo, Escócia, por ocasião de uma epidemia de infecção pelo HIV e hepatites B e C³⁸, sem que se dispusesse ainda de um programa estruturado de RD. A distribuição de seringas estéreis foi viabilizada por uma parceria entre pessoas que utilizavam drogas e proprietários e empregados de uma farmácia local.

Ações pioneiras de RD foram implementadas em diversos contextos por organizações formais e informais de pessoas que utilizavam drogas injetáveis, a partir do reconhecimento do risco potencial de infecção pelo HIV neste contingente da população. O exame de documentos das décadas de '70 e '80, além de entrevistas realizadas com estas pessoas em algumas cidades da Europa e Austrália,

documentam sua influência decisiva nas primeiras intervenções de saúde implantadas com base na RD³⁹.

Tais intervenções ganharam força no enfrentamento da epidemia nos anos '80, com a disponibilização da testagem anti-HIV a partir de 1985, o que aumentou a visibilidade da epidemia. Programas oficiais de prevenção especificamente dirigidos a usuários de drogas foram formulados e efetivamente implantados em países da Europa, na Austrália e nos Estados Unidos⁴⁰.

O primeiro projeto abrangente contemporâneo em RD, associado ao uso prejudicial de drogas, foi implementado oficialmente na região de Mersey (cujas maiores cidades são Liverpool e Manchester), no início da epidemia de AIDS no Reino Unido, em 1986-7⁴¹.

O risco de infecção pelo HIV secundário ao uso compartilhado do equipamento usado na injeção de drogas concentrou as ações de RD no fornecimento de equipamento estéril, na prescrição substitutiva de metadona e na busca ativa de pessoas a serem cuidadas nas suas próprias comunidades (outreach work).

Em Mersey havia uma hierarquia de objetivos a serem cumpridos, claros e simples, que foram em boa medida alcançados. Estes objetivos poderiam ser listados nessa ordem: redução do compartilhamento de material usado na injeção de drogas, da frequência de injeções, do uso de drogas nas ruas, do uso de drogas em geral, e, se possível, o aumento do número e proporção de pessoas abstinentes.

No final dos anos '80, metade da população-alvo havia sido contactada e Liverpool e arredores concentravam um terço das prescrições de metadona de todo o país. O programa contribuiu decisivamente para prevenir a nascente epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis na região⁴¹.

O que aconteceu em Mersey expressa o vínculo estrito entre RD e o trabalho de saúde pública, definido como “esforço organizado da comunidade, por intermédio do governo ou de instituições, para promover, proteger e recuperar a saúde de pessoas e da população, por meio de ações individuais e coletivas”⁴². Uma série de idéias, estruturadas em torno da proposição de um novo modelo de saúde pública, estavam sendo desenvolvidas por ocupantes de cargos estratégicos em Mersey, por ocasião das intervenções supra-mencionadas⁴³. O movimento, intitulado nova saúde pública, advogava a necessidade de promover um equilíbrio entre ações individuais e ação coletiva, de modo a facilitar mudanças ambientais e sociais que se refletissem em melhorias no cuidado da saúde. A nova saúde pública e a RD foram movimentos sociais paralelos, coincidentes histórica e conceitualmente⁴⁴.

Intervenções práticas de maior êxito na prevenção e controle da epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis se pautam por princípios fundamentais de saúde pública. A obtenção de resultados concretos, requerida pela urgência e complexidade dos problemas contemporâneos, tornou urgente a formulação de respostas oportunas, sempre que possível com defasagem mínima de

tempo, de modo a reduzir os danos à saúde individual e coletiva associados a determinadas práticas.

Iniciativas de RD afinadas com princípios de saúde pública não se prendem a modelos, nem se esgotam em cuidados de saúde propriamente ditos. São extensivas a diversos tipos de ações práticas, com base em políticas públicas, e devem estar em sintonia com a comunidade desde seu planejamento, e ser executadas em parceria com esta.

Alguns exemplos destas iniciativas são: facilitação do acesso legal a equipamento estéril de injeção, busca ativa de pessoas que usam álcool e drogas de forma prejudicial, recepção e acolhimento destas em serviços de saúde adequados às suas necessidades, trabalho com usuários destas substâncias, com seus pares e parceiros sexuais, intervenção em grupos, e articulação de redes de apoio social a estas pessoas⁴⁴.

Perspectivas Contemporâneas em RD

As iniciativas em RD se expandiram nos últimos vinte anos, trilhando rumos diversos nos países onde foram inicialmente implementadas, e se espalharam para outras partes do mundo. Em 2006 havia mais de 65 países com algum tipo de programa de distribuição de seringas, e 58 países com alguma forma de tratamento substitutivo ao uso prejudicial de drogas (a prescrição de metadona quadruplicou a partir de meados dos anos '90)⁴⁰. Os PRD têm apoio governamental em muitos países europeus, na Austrália e, recentemente, na Indonésia, Malásia,

Tailândia e China. Já há PRD na Europa Oriental e Central, Ásia e América Latina, impulsionados em parte pela militância e trabalho coletivo, construído e organizado em rede⁴⁰.

A RD obteve apoio das Nações Unidas em vários níveis e por meio de suas diferentes agências: UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), UNICEF (The United Nations Children's Fund), UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) e Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os PRD no Brasil

A associação entre o uso de drogas injetáveis e infecção pelo HIV foi relatada em 114 países, dos 134 que documentaram esta infecção em 1999⁴⁵. Em 2001, casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis na América Latina correspondiam a 34,3% do total de casos registrados no Cone Sul (Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai); 20,2% no Brasil; 2,8% no Caribe Latino (Cuba, Haiti, Porto Rico e República Dominicana); 0,9% na América Central (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá); 0,6% no México e 0,2% na região dos Andes (Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela)⁴⁶.

Estudo multicêntrico em 13 cidades da América Latina, apoiado pela OMS⁴⁷, em 1989-90, contribuiu para implantar métodos renovados de pesquisa na região, subsidiar políticas públicas e estabelecer

redes internacionais de cooperação. O debate público, nacional e internacional, acerca de medidas (de saúde pública) visando conter a disseminação do HIV conferiu nova dimensão à questão das drogas injetáveis⁴⁸.

Um dos primeiros estudos epidemiológicos sobre a transmissão do HIV entre pessoas que utilizam drogas injetáveis na América Latina foi realizado em 1991, em Santos, São Paulo, como parte do estudo supra-mencionado⁴⁹. Santos era à ocasião a cidade brasileira com a maior taxa de incidência de infecção por HIV do país, e nesta cidade a proporção de usuários de drogas injetáveis entre os casos de AIDS era de 52%. Ou seja, os usuários de drogas injetáveis em atividade — estimados, à época, em menos de 1% da população total — correspondiam a mais da metade dos casos de AIDS registrados naquela cidade. O estudo fez com que fosse recomendada, aos serviços de saúde pública, atenção específica a estas pessoas, dada sua importância na disseminação da epidemia local.

Teve lugar justamente em Santos a primeira tentativa de implantar um Programa de Troca de Seringas (PTS) no Brasil, em 1989. A proposta de trocar seringas usadas por novas (estéreis) foi, entretanto, interpretada como “estímulo ao consumo de drogas”^{9 p104}, tendo sido embargada judicialmente pelo Ministério Público do Estado de São Paulo, que entrou com uma ação civil e criminal contra os organizadores do programa e o governo da cidade.

Apenas em 1995 foi de fato implantado o primeiro PTS no Brasil, em Salvador, Bahia. O programa foi possível graças à parceria entre o Centro de Estudos e Tratamento em Atenção ao Uso de Drogas (Cetad), a Escola de Medicina e a Universidade Federal da Bahia, apoiados pelos governos estadual e municipal⁵⁰. Este programa foi pioneiro na América do Sul, onde atualmente, além do Brasil, apenas a Argentina apóia oficialmente tais programas.

A América do Sul é uma região de desigualdades pronunciadas entre as classes sociais, com populações vulneráveis a diferentes agravos e doenças⁵¹. A análise de dados coletados ao longo de dez anos (1995-2004) na cidade de Porto Alegre, sul do Brasil, evidenciou que usuários de drogas injetáveis, homens que têm sexo com homens, e usuários de crack são mais vulneráveis à infecção pelo HIV do que o restante da população. Pobreza, baixa escolaridade, e o uso compartilhado de drogas injetáveis se mostraram fatores de risco centrais para infecção pelo HIV naquela cidade, com o recente acréscimo dos riscos adicionais associados ao uso de crack fumado³³.

Atualmente a taxa de infecção pelo HIV na população brasileira é de 0,6%, com relativa concentração, a partir dos anos '90, em subpopulações particularmente vulneráveis, tais como homens que fazem sexo com outros homens que são usuários de drogas injetáveis, mulheres que usam drogas injetáveis e usuários de drogas injetáveis em situação de extrema pobreza⁵².

A epidemia de AIDS no Brasil é um compósito de diversas sub-epidemias regionais. O país tem dimensões continentais, e apresenta diferenças regionais importantes em seu desenvolvimento sócio-econômico e composição demográfica, entre outros aspectos⁵³. Desde o início da epidemia, nos anos '80, tem havido variações de incidência e prevalência das epidemias regionais e locais, nas diferentes regiões geográficas e sub-populações do país.

A infecção pelo HIV entre pessoas que usam drogas injetáveis seguiu inicialmente a rota principal do tráfico de cocaína, da fronteira oeste para os portos principais do sudeste^{54,55}. Foi nesta região – sudeste industrializado, principalmente no estado de São Paulo e, mais recentemente, em cidades ao longo da região costeira deste estado até o sul do Brasil – que usuários de drogas injetáveis desempenharam um papel central na disseminação da epidemia⁵⁶. Cabe lembrar que estas pessoas pertencem, em geral, às classes sociais mais pobres e menos escolarizadas da população, mas estão concentradas nas regiões mais afluentes do país^{57,58}.

No final dos anos '90 a proporção de usuários de drogas injetáveis entre as pessoas infectadas pelo HIV na costa sul do Brasil aumentou de forma expressiva, assim como o tráfico e o consumo de cocaína na região, correspondendo a cerca de 50% do total de casos registrados em algumas cidades costeiras do estado de Santa Catarina e Rio Grande do Sul⁵⁸.

Estes achados, segundo análise recente⁵⁹, podem contribuir para explicar a disseminação rápida e contínua da epidemia entre mulheres (muitas delas parceiras sexuais de pessoas que usam drogas injetáveis) e da transmissão vertical (da mãe para o bebê) nesta região, bem como o declínio menos expressivo das mortes relacionadas à infecção pelo HIV, em relação a outras regiões do país, em função do contexto de pobreza e discriminação em que estão inseridos os usuários de drogas injetáveis e suas redes sociais, mesmo num país que conta com acesso universal à terapia anti-retroviral.

Assim, no enfrentamento da “sinergia” constituída pelo tráfico e consumo de cocaína e expansão da epidemia de AIDS na população de usuários de drogas, “desde meados dos anos ’90 o Brasil incluiu a estratégia de redução de danos em sua agenda de saúde pública”^{53 p. 635}.

Dados disponíveis em novembro de 2006⁶⁰ estimam em torno de 150 o número de programas de troca de seringas em funcionamento no Brasil em diferentes regiões, estados e municípios. Estes programas foram implantados por universidades, instituições governamentais como secretarias de saúde, e organizações não governamentais. O apoio ao movimento de RD tem crescido no país, apesar de restrições ao financiamento dos programas, falta de experiência gerencial em muitos deles e um processo acidentado de descentralização de ações e recursos⁶¹. É preciso que tais programas sejam monitorados e avaliados regularmente, que bancos de dados regionais e locais sejam implantados e

permanentemente atualizados e revisados, e que se estabeleçam incentivos e sanções reforçando a responsabilização por estas iniciativas⁵⁰.

Estudo recente⁶² mapeou e descreveu 11 programas de RD da região metropolitana de Porto Alegre, sul do Brasil, no período 2004-2006, comparando os dados encontrados com mapeamento datado de 2003, na mesma região. Ambos os estudos indicam características comuns aos programas, que dificultam as ações de cuidado prestadas por estes. Destacam-se a precariedade do vínculo profissional das equipes de trabalho, a prestação voluntária de serviços como base de apoio a muitas das ações mencionadas, e a influência das mudanças de gestão — municipal e estadual — sobre os recursos humanos e financeiros dos programas enquanto fatores que afetam a continuidade e a efetividade dos mesmos.

Considerações finais

As iniciativas de ordem prática, implementadas na interseção dos campos definidos pela saúde pública e RD, ultrapassam fronteiras teóricas em busca de condições mais propícias à vida: ‘a vida, por trás das quantidades, o grande desafio da epidemiologia ‘normal’ de nossos dias’^{63 p 134}.

A plena integração das ações de RD às iniciativas de saúde pública ainda está, em grande medida, por se fazer, e, quando existe, como nos recém-abertos CAPS-ad (Centros de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas), ainda está por ser

devidamente avaliada. Não resta dúvida, entretanto, que as ações de redução de danos devem ser plenamente integradas às ações *latu senso* em saúde pública, deixando para trás uma crônica vitoriosa, mas amarga, de conflitos e confrontos, em prol do diálogo e do crescimento mútuos, sempre em respeito aos direitos humanos e em favor da população de usuários de drogas, seus familiares e próximos.

Referências bibliográficas

1 Decreto nº 6177. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2007; 23 mai.

2 Ayres JRCM. Sobre o risco - para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 2002.

3 Bastos FI. AIDS na terceira década. Rio: Ed. Fiocruz; 2006.

4 Bobrova N, Rhodes T, Power R, Alcorn R, Neifeld E, Krasiukov N, et al. Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities. Drug Alcohol Depend 2006; 82(1 Suppl):57-63.

5 Open Society Institute. At what cost? HIV and Human Rights Consequences of the global 'war on drugs'. New York: Open Society Institute; 2009.

6 Batista N. Política Criminal com Derramamento de Sangue. Discursos Sediciosos 1998; 3(5-6):77-94.

7 Kessler F, Pechansky F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. Rev Psiquiatr RS 2008; 30(2):96-98.

8 Aceijas C, Oppenheimer E, Stimson GV, Ashcroft RE, Matic S, Hickman M. Antiretroviral treatment for injection drug users in developing and transitional countries 1 year before the end of the

“Treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO strategy” (“3 by 5”). *Addiction* 2006;101(9):1246-53.

9 Bastos FI, Caiaffa W, Rossi D, Vila M e Malta M. The children of mama coca: coca, cocaine and the fate of harm reduction in South America. *Int J Drug Policy* 2007; 18(2):99-106.

10 Madden A e Cavallieri W. Hepatitis C prevention and true harm reduction. *Int J Drug Policy* 2007;18(5):335-337.

11 Sheldon T. More than a quick fix. *BMJ* 2008;336:68-69.

12 Brasil. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual de Redução de Danos. Brasília: MS; 2001.

13 Amato L, Davoli M, Perucci CA, Ferri M, Faggiano F, Mattick RP. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat* 2005; 28(4):321-9.

14 Rehm J, Fischer B, McKeganey N, Ashworth AJ, Weeks R, O’Loughlin P et al. Should heroin be prescribed to heroin misusers? *BMJ* 2008; 336(76350):70-73.

15 Järvinen M. Approaches to methadone treatment: harm reduction in theory and practice. *Sociol Health Illn* 2008;30(7):975-91.

16 Millson P, Challacombe L, Villeneuve PJ, Strike CJ, Fischer B, Myers T, et al. Reduction in injection-related HIV risk after 6 months in a low-threshold methadone treatment program. *AIDS Educ Prev* 2007;19(2):124-36.

17 New York State Department of Health Aids Institute in collaboration with the Johns Hopkins University Division of Infectious Diseases. HIV Clinical Resource. Clinical Guidelines. Updated oct 2006. Disponível em <http://www.hivguidelines.org/Content.aspx>. Acessado 2008 fev 14.

18 Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction* 2007;102(9):1454-62.

19 Sylvestre e Zweben JE. Integrating HCV services for drug users: A model to improve engagement and outcomes. *Int J Drug Policy* 2007;18(5):406-470.

20 Birkhead GS, Klein SJ, Candelas AR, O'Connell DA, Rothman JR, et al. Integrating multiple programme and policy approaches to hepatitis C prevention and care for injection drug users: a comprehensive approach. *Int J Drug Policy* 2007; 18(5):417-425.

21 Grebely J, Genoway K, Khara M, Duncan F, Viljoen M, Elliott D, et al. Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection. *Int J Drug Policy* 2007; 18(5): 437-443.

22 World Health Organization. Hepatitis C Factsheet No 164 2000. Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets>.

23 Vumbaca G. International prisons - the need for change. *The National Magazine on Alcohol, Tobacco and other Drugs* 2005; 2(3):10-11.

24 Larouzé B, Sánchez A, Diuana V. Tuberculosis behind bars in developing countries: a hidden shame to public health. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2008; 102(9):841-2.

25 C. Aceijas C e Rhodes T. Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users. *Int J Drug Policy* 2007; 18(5):352-358.

26 Hagan H. HCV Synthesis Project: Preliminary analyses of HCV prevalence in relation to age and duration of injection. *Int J Drug Policy* 2007; 18(5):341-351.

27 Mateu-Gelabert P, Treloar C, Calatayud VA, Sandoval M, Zurián JC, Mahler L, et al. How can hepatitis C be prevented in the long-term? *Int J Drug Policy* 2007; 18(5):338-40.

28 Crofts N, Aitken CK, Kaldor JM. The force of numbers: why hepatitis C is spreading among Australian injecting drug users while HIV is not. *Med J Aust* 1999;170(5):220-1.

29 Garfein RS, Vlahov D, Galai N, Doherty MC, Nelson KE. Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. *Am J Public Health* 1996;86(5):655-61.

30 Bastos FI. O som do silêncio da Hepatite C. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 2006.

31 Nappo AS, Sanchez ZM, Oliveira LG, Santos AS, Coradete Júnior J, Pcca JCB, et al. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/ AIDS. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 2004.

32 Duailibi LB, Ribeiro M e Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(4):545-557.

33 Pechansky F, Woody G, Inciardi J, Surratt H, Kessler F, Von Diemen L, et al. HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. *Drug Alcohol Depend* 2006; 82(1):109-113.

34 Bassols MAS. Adolescência e infecção pelo HIV: situação de risco e proteção, auto-estima e sintomatologia psiquiátrica [dissertação de

mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.

35 Miller M, Liao Y, Wagner M, Korves C. HIV, the clustering of sexually transmitted infections, and sex risk among African American women who use drugs. *Sex Transm Dis* 2008; 35(7):696-702.

36 Singer M, Stopka T, Siano C, Springer K, Barton G, Khoshnood K, et al. The social geography of AIDS and hepatitis risk: qualitative approaches for assessing local differences in sterile-syringe access among injection drug users. *Am J Public Health* 2000; 90(7):1049-56.

37 Bastos FI, Cunha CB, Bertoni N. Use of psychoactive substances and contraceptive methods by the Brazilian urban population, 2005. *Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Rev Saúde Pública* 2008;42(1):118-26.

38 Copeland L, Budd J, Robertson JR, Elton RA. Changing patterns in causes of death in a cohort of injecting drug users, 1980-2001. *Arch Intern Med* 2004;164(11):1214-20.

39 Friedman et al. Harm reduction theory: Users' culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self-organization and outside-organizing of users' groups. *Int J of Drug Policy* 2007;18(2):107-117.

40 Stimson GV. Harm Reduction – Coming of Age: a local movement with global impact. *Int J of Drug Policy* 2007;18(3):67-69.

41 O'Hare. Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *Int J of Drug Policy* 2007; 18(2):141-144.

42 Scliar M. Do mágico ao social: trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC; 2005 p 45.

43 Ashton J, Seymour H. The new public health. London: Open University Press, Milton Keynes; 1988.

44 Rhodes T. The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy* 2002;13(2): 85-94.

45 Needle R, Ball A, Des Jarlais D, Whitmore C, Lambert E. The global research network on HIV prevention in drug-using populations (GRN) 1998-2000: trends in the epidemiology, ethnography, and prevention of HIV/Aids in injection drug users. In: 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug Using Populations. Third Annual Meeting Report, NIDA, Washington, 2001.

46 Rodriguez CM, Marques LF, Touzé G. HIV injection drug use in Latin America. *AIDS* 2002;16(3):34-41.

47 World Health Organization (WHO). WHO collaborative study group on drug abuse: an international comparative study of HIV prevalence and risk behavior among drug injectors in 13 cities. *Bull Narc* 1993;45:19-46.

48 Hacker MA, Malta M, Enriquez M, Bastos FI. Human immunodeficiency virus, AIDS, and drug consumption in South America and the Caribbean: Epidemiological evidence and initiatives to curb the epidemic. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18(4-5):303-313.

49 de Carvalho HB, Mesquita F, Massad E, Bueno RC, Lopes GT, Ruiz MA, et al. HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1996;12(1):84-92.

50 Fonseca EM, Ribeiro JM, Bertoni N, Bastos FI. Syringe exchange programs in Brazil: Preliminary assessment of 45 programs. *Cad Saúde Pública* 2006;22(4):761-770.

51 Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 2008.

52 Ferreira AD, Caiaffa WT, Bastos FI, Mingoti AS, Projeto AjUDE-Brasil II. Profile of male Brazilian injecting drug users who have sex with men. *Cad Saúde Pública* 2006;22(4): 849-60.

53 Bastos FI, Nunn A, Hacker MA, Malta M, Szwarcwald CL. AIDS in Brazil: The Challenge and the Response. In: D.D. Celentano, C. Beyrer, ed. *Public Health Aspects of HIV/AIDS in Low and Middle Income Countries*. New York: Springer; 2008, p. 629-654.

54 Barcellos C e Bastos FI. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1996; 121:11–24.

55 Bastos FI, de Pina FM & Szwarcwald CL (2002). The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. *Int J Drug Policy* 2002; 13(2):137–144.

56 Hacker MA, Des Jarlais DC, Marmor M, Friedmann P, Titus S, Aviles E, Deren S, et al. Reconstructing the AIDS epidemic among injection drug users in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(4): 751–60.

57 Kalichman A. AIDS and intravenous drug use (IVDU) in Brazil. In: Monteiro MG, Inciardi JA, eds. *United States Binational Research*. São Paulo: Cebrid; 1993, p. 49-61.

58 Fonseca MG & Castilho EA. Os casos de Aids entre usuários de drogas injetáveis. Brasil, 1980-1997. *Boletim Epidemiológico* X(3):6-14.

59 Hacker MA, Leite I, Friedman SR, Carrijo RG, Bastos FI. Poverty, bridging between injecting drug users and the general population, and "interiorization" may explain the spread of HIV in southern Brazil. *Health Place* 2009;15(2):514-9.

60 Brazilian Ministry of Health 2006. *The Brazilian Response to HIV/AIDS*. Brasília: BMoH.

61 Fonseca EM, Nunn A, Souza-Junior PB, Bastos FI, Ribeiro JM. Decentralization, AIDS, and harm reduction: the implementation of public policies in

Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saúde Pública 2007; 23(9):2134-44.

62 Nardi HC, Rigoni RQ. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Publica 2009; 25(2):382-392.

63 Ayres JCMR. Epidemiologia e emancipação. S. Paulo: Hucitec; 1995.

Capítulo II - Um estudo qualitativo sobre o cuidado público às pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente na cidade do Rio de Janeiro 2009-2010

Introdução

Ao longo do tempo, o valor simbólico atribuído ao uso de álcool e drogas tem sido expresso por padrões distintos, nos diferentes contextos culturais e momentos históricos que os determinam, como vem sendo estudado pela história, sociologia e antropologia. A relação problemática estabelecida por pessoas e grupos com tais substâncias — o uso prejudicial ou dependente destas — concerne também ao campo da saúde pública, a partir de evidências científicas quanto à associação entre este consumo abusivo e riscos e danos individuais e coletivos.

Comparadas com a população como um todo, pessoas que abusam de álcool e diversas drogas ilícitas apresentam, com maior frequência, agravos e doenças, como tuberculose, doenças crônicas em geral, depressão, acidentes de trânsito e episódios de violência¹.

Usuários de drogas injetáveis têm como risco indireto a infecção pelo vírus da AIDS (HIV), e outros vírus de transmissão sexual e sanguínea (especialmente as hepatites virais), além de fungos e bactérias transmissíveis pelo sangue. Acrescenta-se, ainda, a associação frequente do abuso de diversas

substâncias psicoativas (especialmente estimulantes, como cocaína, crack e metanfetamina) com práticas sexuais menos seguras, como parcerias sexuais concorrentes com relações desprotegidas e sexo em troca de drogas, bens ou dinheiro ².

Doze por cento da população urbana mundial apresenta transtornos de saúde associados ao álcool e drogas, mas apenas um quinto dos dependentes de drogas teve acesso a tratamento em 2008. Segundo o diretor executivo do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (Unodc, em inglês):

“[...] as forças do mercado moldaram as dimensões assimétricas da economia da droga: os maiores consumidores (os países ricos) impuseram aos países pobres [...] os maiores danos” ³.

Documento conjunto deste Escritório e da Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o investimento em serviços especializados no cuidado às pessoas que fazem uso problemático de álcool e drogas determinaria uma economia sete vezes maior frente ao atual modelo, que privilegia a repressão à oferta em detrimento da redução da demanda (o valor relativo à perda de recursos humanos é evidentemente inestimável) ¹.

Os serviços públicos de saúde mental

No Brasil, as ações públicas de saúde destinadas às pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente estão inseridas, desde 2003, em um modelo mais amplo de cuidados em

saúde mental, cujas bases técnicas e políticas devem ser analisadas sob uma perspectiva histórica.

A proposta de atenção psicossocial tem princípios comuns com o Sanitarismo e a Reforma Psiquiátrica. A Reforma foi um movimento de crítica e mudança do sistema público brasileiro de saúde mental, com ênfase inicial na “humanização” de asilos e hospitais, nos anos ’70. Questionava-se a assistência psiquiátrica tradicional em vigor no contexto brasileiro, estratégia esta (com poucos resultados terapêuticos) percebida como similar, sob certos aspectos, à política centralizadora e autoritária vigente no país.

O objetivo inicial da Reforma foi reinserir no convívio comunitário pessoas até então excluídas do mesmo por problemas psíquicos graves. Buscava-se uma contraposição à experiência relatada por internos em “instituições totais” (como manicômios e prisões), vivenciada como empobrecimento psíquico, a partir do (ou agravada pelo) rompimento de laços familiares e sociais ⁴.

O movimento em favor dos direitos de pacientes psiquiátricos (pessoas com transtornos mentais graves, de longa evolução) encontra expressão no Brasil através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) constituído em ’78, do qual participavam egressos de hospitais psiquiátricos e seus familiares, além de diferentes categorias profissionais com atuação na área.

O contexto internacional era o de denúncias dos manicômios, cujas normas de funcionamento e

métodos clínicos alijavam as pessoas internadas nessas instituições (e seus familiares) das decisões quanto ao seu próprio tratamento, violando princípios básicos de cidadania ⁵, ⁶. O panorama nacional era de mobilização em prol da saúde coletiva, advogando mudanças nos modelos de gestão e atenção à saúde pública, equidade na oferta de serviços e o protagonismo de trabalhadores e usuários destes na gestão e produção de tecnologias de cuidados ⁷.

Na década de '80 tiveram lugar as primeiras propostas e experiências de reorientação do modelo “hospitalocêntrico” de assistência às pessoas que apresentam os transtornos mencionados. Em '87, foi implantado (na cidade de São Paulo) o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, marco inicial da substituição do modelo tradicional por uma rede pública de cuidados de base comunitária.

Em '88, a mobilização em prol da saúde coletiva mencionada culmina na sistematização de um novo marco legal (em nível constitucional e infraconstitucional), articulando as ações públicas de saúde das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) em um Sistema Único de Saúde (SUS). A legislação e normatização referentes ao SUS prevêm uma descentralização paulatina de tais ações e seu controle social através de Conselhos Comunitários de Saúde.

Em '89, dois fatos mobilizam a opinião pública quanto à Reforma: a intervenção governamental (no município de Santos) em um hospital psiquiátrico e

a apresentação ao Congresso Nacional do Projeto de Lei “Paulo Delgado”, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios.

Neste período foram implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), funcionando 24 h por dia, em São Paulo. Trabalhadores em saúde mental e egressos de hospitais psiquiátricos e seus familiares começam a se organizar em associações e cooperativas de trabalho, na construção coletiva de mecanismos de apoio à desinstitucionalização (i.e. a reabilitação clínica e reinserção social de pacientes psiquiátricos).

Nos anos '90 (sob inspiração da Declaração de Caracas¹) são pactuadas na II Conferência Nacional em Saúde Mental as diretrizes que nortearão as primeiras normas federais regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária (CAPS, NAPS e hospitais-dia) e de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos⁷.

Alguns estados aprovam no período leis referentes aos novos serviços, mas a rede substitutiva não dispunha ainda de uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde (MS), portanto sua expansão ficou aquém do necessário. Em 2001, transcorridos 12 anos, a Lei Federal 10216 completa a normatização referida, sinalizando para a substituição progressiva dos manicômios por uma rede de serviços de base comunitária, ainda que sem definir claramente os mecanismos para viabilizá-la⁷.

¹ Documento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a respeito das mudanças na atenção à saúde mental nas Américas, adotado pela OMS.

As recomendações da III Conferência Nacional em Saúde Mental (convocada logo após a promulgação da Lei) também apontam na direção de uma política pública afinada com os princípios, diretrizes e estratégias da Reforma Psiquiátrica. Os CAPS se consolidam como dispositivos estratégicos na implementação de um novo modelo de atenção em saúde mental, advoga-se a elaboração de uma política pública de saúde para usuários de álcool e drogas inserida neste modelo, e reafirma-se a importância do controle social como garantia de permanência e avanço das mudanças daí decorrentes.

Entre 2001 e 2005, o MS instituiu formas específicas de financiamento para os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e novos mecanismos de fiscalização, gestão e redução programada de leitos nestas instituições de internação. Assim, no contexto de implementação de uma rede de atenção diária às pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes, foi sendo traçada a política pública atual para a atenção integral a usuários de álcool e drogas.

Este estudo teve o objetivo de identificar elementos relevantes para uma avaliação da qualidade das ações públicas de cuidado pautadas por estas políticas, destinadas às pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente.

Diretrizes teóricas de programas públicos (ainda que resultem de processos participativos e decisões pactuadas) são postas à prova na vivência cotidiana dos serviços, numa dinâmica de redefinição

permanente entre as primeiras e as últimas, que pode (e deve) resultar no aprimoramento de ambas.

Pretendeu-se identificar formas (mais) adequadas de avaliação do cuidado referido, que no Brasil cabe aos serviços CAPS-ad — Centros de Atenção Psicossocial em álcool e drogas. No presente artigo aborda-se o ponto de vista de alguns profissionais do CAPS-ad Centra-Rio, na identificação e reflexão crítica acerca de fatores intervenientes na qualidade das ações consideradas.

A Atenção Psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são

serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, de atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando acompanhamento clínico e reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício de direitos civis e fortalecimento de laços familiares e comunitários ^{7 p 25}.

No contexto de uma nova estrutura de financiamento do MS, o número de CAPS passou de 424 (em 2002) para 1541 (em 2010), ampliando a cobertura do serviço (para uma meta acordada de 1 CAPS/100 mil habitantes). O orçamento federal para a saúde mental aumentou em 75,2% o valor destinado ao tratamento comunitário no período 2002-2009 ^{8 p 13}.

Com a Reforma Psiquiátrica, o SUS mais que dobrou o investimento em saúde mental, mas ainda não é o suficiente. [...] a demanda de saúde mental afeta pelo menos 25% da população geral, em algum momento da vida, e 12% ao longo de um ano ^{9 p 18}.

Os serviços do tipo CAPS subdividem-se em cinco modalidades (CAPS I, II, III, CAPSI e CAPS-ad), não apenas quanto ao porte, capacidade de atendimento, perfil populacional do município em que estão localizados, mas também quanto ao tipo de cuidado oferecido. Cada gestor deve definir junto à comunidade o serviço adequado às demandas locais⁷.

Os CAPS I servem aos municípios entre 20 e 50 mil habitantes (correspondendo a 19% dos municípios e 17% da população do país), funcionam nos cinco dias úteis, têm uma equipe mínima de 9 profissionais (de nível médio e superior) e capacidade de acompanhamento mensal de 240 pessoas. Sua clientela inclui pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas, além daquelas com transtornos mentais graves e persistentes.

Os CAPS II servem aos municípios de população superior a 50 mil habitantes (correspondendo a 10% dos municípios e 65% da população), funcionam nos cinco dias úteis, contam com uma equipe mínima de 12 profissionais (de nível médio e superior) e capacidade para acompanhar mensalmente até 360 pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

Os CAPS III servem aos municípios com mais de 200 mil habitantes (0,63% dos municípios, mas concentrando 29% da população), funcionam 24h por dia, todos os dias da semana, inclusive feriados. Podem fazer acolhimento noturno se necessário (tendo até 5 leitos para internações breves, por um período máximo de 7 dias) e capacidade de

acompanhamento mensal de até 450 pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. São serviços de maior complexidade, com equipe mínima de 16 profissionais (de nível médio e superior), além de equipe noturna e de final de semana.

Os CAPSI são especializados no acompanhamento de crianças e adolescentes (que apresentem os transtornos mentais referidos) e os CAPS-ad no acompanhamento de pessoas que fazem uso prejudicial ou dependente de álcool e drogas. Ambos servem aos municípios com mais de 200 mil habitantes (ou que são rota do tráfico, fronteiriças a outros países ou cujo perfil epidemiológico justifique sua implantação). Os CAPSI têm capacidade para acompanhar mensalmente até 180 crianças e adolescentes, os CAPS-ad até 240 pessoas; sua equipe mínima é, respectivamente, de 11 e 13 profissionais (de nível médio e superior) e os dois serviços funcionam durante os cinco dias úteis.

Nestes Centros devem ser propostos projetos terapêuticos individualizados, planejados por equipe multidisciplinar com cada usuário. Nos CAPS-ad são atendidos os casos mais graves e complexos identificados na comunidade — pessoas com padrão de dependência de substâncias psicoativas ou comprometimento social e familiar importante. Os atendimentos podem ser individuais ou em grupo, abrangendo medicação, psicoterapia, oficinas de terapia ocupacional e visitas domiciliares. Para um cuidado mais intensivo (situações de crise ou medidas de desintoxicação que não requeiram

hospitalização) os CAPS-ad contam com 2-3 leitos de repouso.

A Atenção Psicossocial em álcool e drogas

A complexidade do consumo abusivo de álcool e drogas (pelos múltiplos fatores envolvidos na determinação do seu uso e da eventual dependência) pode ter contribuído para que a saúde pública no Brasil demorasse tanto para responder de modo efetivo e democrático a esta importante questão. O abuso de substâncias tem sido comparado a uma doença crônica (no prognóstico de sua evolução), quanto à recorrência ou remissão dos sintomas. De acordo com documento da OMS /UNODC supra-mencionado:

Nothing less must be provided for the treatment of drug dependence than a qualified, systematic, science-based approach such as that developed to treat other chronic diseases considered untreatable some decades ago. [...] diseases now preventable or treatable thanks to good practice, clinical interventions and rigorous therapeutic strategies and cumulative scientific research^{1 p2}.

A inclusão de serviços de tratamento para pessoas que abusam de álcool e drogas em programas de prevenção à infecção pelo vírus da AIDS foi recomendada pela OMS, por contribuírem para a redução do uso e da frequência de injeção de drogas, assim como dos comportamentos de risco associados a estes usos. Mas a escassa integração dos serviços (entre si e com a rede de cuidados gerais de saúde) dificulta sua utilização por pessoas relutantes em

buscar tratamento, por temor à criminalização de seu comportamento, não conseguirem ou não desejarem abster-se destas substâncias, não se sentirem doentes, não acreditarem na efetividade do tratamento ou não terem acesso aos mesmos (em função do custo, distância ou impedimentos de outra ordem) ¹⁰ .

Há evidências de que pessoas vivendo com HIV/AIDS que abusam de drogas recebem cuidados inadequados aos agravos que apresentam (pelo estigma e discriminação de que são alvo, além das razões acima apresentadas), apesar de necessitarem mais destes cuidados do que a população como um todo ¹⁰ . Como mencionado por Malta: “usuários de drogas tendem a buscar testagem e posterior acompanhamento para a infecção pelo HIV tardiamente, o que pode prejudicar a eficácia de um tratamento gratuito e muito eficiente” ¹¹ .

Uma questão de saúde pública

A ênfase (exagerada e exclusiva) em certos fatores envolvidos no consumo abusivo de substâncias psicoativas gera (ou endossa) abordagens de cunho moralista e repressivo, ineficazes no tratamento ou prevenção deste. No vácuo gerado pela ausência, por longos anos, de uma política de saúde pública específica voltada para esta questão, os poucos serviços do cuidado referido do país estão basicamente vinculados a instituições religiosas ou filantrópicas, à exceção de alguns programas de

tratamento (ambulatorial e hospitalar) vinculados a universidades públicas.

A criminalização do consumo de drogas ampliou a percepção da opinião pública quanto à periculosidade social deste consumo, reforçando no cuidado aos usuários destas substâncias o uso de práticas proscritas pela saúde pública em geral e pela saúde mental – como a adoção de posturas repressivas por parte dos profissionais de saúde.

Até 2003 não havia no país uma política pública de saúde, de alcance nacional, com diretrizes claras para o enfrentamento do problema do uso prejudicial ou dependente de álcool e drogas. A opção feita (a partir de recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental) foi por uma abordagem que privilegiasse o sujeito usuário de álcool e drogas. A construção desta política pública específica visa reduzir os riscos e danos de saúde e sociais inerentes a este tipo de uso ^{12, 13}.

A redução de danos (RD) é definida como conjunto estratégico de medidas de saúde pública objetivando reduzir ou minimizar os efeitos adversos do uso prejudicial de álcool e outras drogas ¹⁴. Mais do que as medidas em si, no entanto, a lógica da redução de danos constitui um *marco conceitual* de auxílio inestimável na escolha de modos mais apropriados de intervenção, face às circunstâncias concretas em que se dá o consumo de substâncias psicoativas ^{15 p 57}.

A RD obteve reconhecimento oficial como estratégia de saúde pública a partir da epidemia

mundial de HIV/AIDS nos anos '80, mas já havia sido empregada com sucesso por usuários holandeses de drogas injetáveis na contenção de surtos de infecções transmissíveis pelo sangue (através do uso compartilhado de equipamentos de injeção) e por relações sexuais². Esta estratégia era apoiada pelo Brasil desde os anos '90, quando foi lançado o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas em 2003.

No documento mencionado, o Ministério da Saúde (MS) lamenta sua omissão no estabelecimento de uma política específica para esta questão e reconhece que o consumo prejudicial e dependente de álcool e drogas constitui uma importante questão de saúde pública. Afirma ainda que este cuidado deve estar inserido no domínio da atenção pública em saúde mental, sendo doravante regido por seus princípios.

Assim, a atenção psicossocial em álcool e drogas se define, em 2003, na interseção de dois campos do saber: a saúde pública e a saúde mental, aproximados pelo marco conceitual da redução de danos¹³.

O campo da saúde pública é constituído por diversos saberes e práticas multidisciplinares, visa à obtenção de resultados práticos, e busca fundamentação científica e legitimação social¹⁶. Ações de saúde pública devem ser intersetoriais, integradas, contextualizadas, ter base em evidências, motivar a comunidade desde a sua elaboração; devem ter,

ainda, metas claras e mensuráveis, de modo que possam ser monitoradas e avaliadas ¹⁷ .

As ações de saúde voltadas para pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial encontraram na sua inserção com a rede psicossocial em formação as diretrizes para uma atenção “diversificada, complexa, com abordagens diversas e na perspectiva da integração social do usuário, como nas outras áreas de saúde mental” ^{7 p41} .

Este tipo de cuidado foi efetivamente integrado à atenção pública de base comunitária com a implantação dos CAPS-ad e de mecanismos para articulá-los à atenção primária (cuidados básicos de saúde) e à rede de hospitais gerais (em situações de urgência e emergência).

A prática efetiva da intersetorialidade como forma de consolidação e avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi o destaque da IV Conferência Nacional em Saúde Mental - Intersetorial, em 2010, em Brasília. O cuidado de pessoas que apresentam transtornos mentais severos e persistentes em situação de crise, sem privá-las de direitos básicos de cidadania – como o convívio social – depende desta articulação entre os setores envolvidos, especialmente no que se refere ao atendimento a usuários de álcool e drogas.

Principais conceitos

“A extraordinária riqueza de saberes [...] e de linguagem” da Reforma Psiquiátrica superou fronteiras geográficas e epistemológicas. As

experiências iniciais de desinstitucionalização ampliaram e remodelaram o campo médico-psiquiátrico onde se inscreviam os fenômenos da loucura^{18 p 14} .

O modelo de atenção psicossocial de base comunitária visa à construção de redes territoriais de assistência, ordenadas em torno de serviços substitutivos (ao hospital psiquiátrico). Os primeiros CAPS não tinham a pretensão de cobertura universal nem base territorial definida – atendiam à assim denominada “demanda espontânea”.

No decorrer do processo, a noção de “responsabilidade sobre o território” (da Psiquiatria democrática italiana) se tornou um dos pilares da Atenção Psicossocial. Nesta concepção, as noções de rede e território agregam aspectos políticos, sociais e afetivos, à dimensão geográfica propriamente dita:

As redes são sociais, culturais, simbólicas, mercantis, raciais, espaciais, temporais; são também projeções da subjetividade. São, talvez, algo objetivável em uma nova *démarche* clínica, que tome o território como uma singularidade^{19 p 119} .

Os CAPS têm função de assistência, articulação e ordenação da rede de saúde do território em que se encontram. São “dispositivos estratégicos” da Atenção Psicossocial, considerados uma maneira de exercer o cuidado, mais do que um local de tratamento²⁰ .

O desafio do MS é ampliar o acesso ao tratamento eficaz e de qualidade. [...] ampliamos o número de pontos de tratamento na rede pública, e adotamos a lógica da redução de danos como

princípio norteador no entendimento da questão do consumo de álcool e outras drogas ^{21 p 43} .

A implantação de serviços facilita o acesso ao tratamento, mas não garante sua eficácia e qualidade (especialmente para um grupo de pessoas que necessita de maiores e mais intensos cuidados de saúde do que a população como um todo, por conta do consumo referido).

Crêterios de Avalia o da Aten o Psicossocial em álcool e drogas

O modelo biopsicossocial de aten o às pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente envolve a es de saúde realizadas de forma intersetorial e multidisciplinar. Isto se traduz numa articula o das políticas públicas com as demandas reais da popula o e do planejamento e implanta o de serviços de tratamento com o monitoramento e avalia o destes ¹ .

No Brasil o eixo técnico e político que norteia tais a es preconiza que estas estejam centradas no sujeito que faz uso de drogas e álcool, sejam regidas por uma lógica clínica ampliada (multiprofissional e intersetorial) e visem   redu o de danos   saúde individual e coletiva associados a determinados padrões de uso ¹³ .

Avalia es científicas do custo/benefício de serviços comunitários de saúde pública visando   redu o de danos associados ao consumo prejudicial de drogas requerem períodos razoáveis de tempo e recursos

substanciais. O ideal seria alocar de antemão recursos para o monitoramento e avaliação, quando da implantação destes serviços (exigência básica de diversas agências financiadoras). Seu valor imediato mais evidente reside na captação de um conjunto de pessoas até então excluídas, oferecendo-lhes alternativas de prevenção que são custo-efetivas em relação ao tratamento dos infectados pelo HIV e outras afecções, além do que poupam em sofrimento e vidas humanas ^{22, 23, 24}.

Avaliação do National Institute on Drug Abuse (NIDA), EUA, mostrou que usuários de drogas podem se engajar em processos educacionais relevantes, aconselhamento, teste e referência para tratamento da infecção pelo HIV, em suas comunidades. Mostrou também que esta participação social se faz acompanhar por mudanças de comportamento relevantes, na prevenção do HIV/AIDS ^{25, 26}.

No contexto em que foi instituída a Atenção Psicossocial em álcool e drogas como política de Estado, sua formulação recebeu forte influência da abordagem pragmática da redução de danos, expressa nas ações preventivas e terapêuticas recomendadas pelo então PN-DST/AIDS (Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do MS), hoje departamento do MS que incorporou a questão das hepatites virais.

A técnica expressa pelas ações programáticas de cuidado aos que vivem com HIV/AIDS no Brasil veio a reboque dos fundamentos éticos que nortearam estes cuidados, principalmente no início

da epidemia, quando pouco se sabia sobre ela. Tais ações foram instituídas, primordialmente, enquanto direito à cidadania e acesso universal à assistência. O respeito às vivências diversas da sexualidade e ao uso de drogas constituem princípios éticos explicitados no Programa mencionado, embasando suas ações programáticas ²⁷ .

O direito ao uso de drogas, e o direito ao tratamento dos agravos associados a este uso, quando prejudicial, são questões pertinentes ao debate que envolve o consumo de drogas. Noções importantes no contexto político em que a Atenção Psicossocial se firmou (como autonomia e cidadania, entre outras) são comuns à clínica “ampliada” (por aspectos sociais, políticos e afetivos da situação de vida de usuários) que rege estes serviços. Mas são insuficientes quando se trata de buscar critérios para elaborar formas de avaliação de sua qualidade.

Estudos e pesquisas avaliativas da Atenção Psicossocial demonstram a insuficiência de critérios utilizados na avaliação de serviços de saúde em geral, quando se pensa em transpô-los (na construção de indicadores) para a Atenção Psicossocial em álcool e drogas ^{28, 29} .

A política brasileira de Estado que situou o uso prejudicial ou dependente de álcool e drogas na perspectiva da saúde pública (numa interface com a saúde mental, via redução de danos) se concretiza nos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPS-ad). Tais serviços, considerados dispositivos estratégicos na implantação de um *novo*

modo de operar o cuidado, requerem a investigação de formas (mais) adequadas de avaliação.

Método

Campo de pesquisa

A qualidade do cuidado foi investigada na interface das diretrizes técnicas e políticas propostas para sua realização e o cotidiano de um serviço, tal como experimentado por usuários e profissionais diretamente envolvidos no cuidado em questão. O campo de pesquisa foi o CAPS-ad Centra-Rio, vinculado à Secretaria de Saúde e Defesa Civil (Sesdec) do Estado do Rio de Janeiro, embora a maioria dos serviços do tipo CAPS seja municipal.

Em 1998, foi criado o Centro Estadual de Tratamento e Recuperação de Adictos (Centra-Rio), no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado do Rio, sem consulta nem participação dos profissionais e usuários do ambulatório de psiquiatria, que funcionava como um Posto de Atendimento Médico (PAM) no local (Botafogo, zona sul da cidade).

O novo serviço de assistência especializada, no formato de hospital-dia, foi pensado como espaço para a desintoxicação (de alcoolistas e usuários de drogas) e atendimento ambulatorial em saúde mental. O modelo de assistência adotado tinha por base o método Minnesota³⁰, tendo como meta a abstinência das substâncias mencionadas.

Em 2000, a nova direção do Centra-Rio deu maior autonomia à equipe de trabalho, incentivou o estudo e pesquisa, e implantou ações de RD na instituição, ainda que de forma descontínua (preservando, ao longo do tempo, apenas as oficinas de aconselhamento e a distribuição de preservativos, fora do contexto mais amplo em que estavam inseridas)³¹.

Em 2006 teve início o processo de mudanças estruturais no Centra-Rio, de modo a adequá-lo ao funcionamento de um CAPS-ad. Novamente não houve, a princípio, consulta ou participação dos profissionais e usuários:

É o que a gestão queria — que a gente fosse CAPS — e a gente ia ter que se adequar, quem não quisesse... pt saudações. [...] não passava nem pelo fato de ser bom, ser melhor, ser pior... a gente tinha que se transformar num CAPS e tinha que se adequar a isso.

O Centra-Rio existe há 11 anos, virou CAPS por questões políticas.

O credenciamento como CAPS-ad foi em fevereiro de 2007, quando também mudou a direção da unidade. O novo diretor havia trabalhado por cinco anos no primeiro CAPS-ad do Rio de Janeiro, “Raul Seixas”. Sob sua direção, passa a haver maior discussão teórica e iniciativas práticas (como assembléia regular de usuários do serviço), no sentido da adequação mencionada.

No CAPS-ad Centra-Rio houve 10172 atendimentos em 2010 (1463 na recepção diária aos novos usuários do serviço, 8880 aos cadastrados), num

total de 1267 pessoas em acompanhamento (912 homens e 355 mulheres). Destes, 26% relataram usar álcool e 26% múltiplas drogas; 16% cocaína, 11% crack, 8% crack e cocaína, 5% maconha e 8% outras drogas (não especificadas). Os atendimentos (individuais e grupais) cumpriram planos terapêuticos específicos. Os usuários receberam ajuda-alimentação, além de medicação e orientação relacionada a benefícios sociais.

População de estudo

Em 2010 a equipe do CAPS-ad Centra-Rio contava com 41 profissionais, 19 atuando na assistência (psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, médicos clínicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros) e 12 na gestão/operação da unidade (servidores técnico-administrativos, nutricionista, farmacêutica, técnica de laboratório), além de 1 ouvidora vinculada ao MS.

O vínculo empregatício desses profissionais é variável. Há funcionários estatutários, profissionais contratados (através de cooperativas ou sob o regime da CLT) e profissionais que prestaram exames admissionais do governo do estado do Rio, com contratos temporários.

Dos 19 profissionais da assistência, 11 participaram deste estudo. Todos atuam em equipes de recepção aos novos usuários e no acompanhamento da clientela cadastrada (9 trabalham no atendimento individual e 2 em grupo). São profissionais de nível superior — em psicologia (7), psiquiatria (1),

medicina clínica (1), acupuntura (1) e terapia ocupacional (1).

A média de idade das 7 mulheres entrevistadas era de 26,9 anos (25-41 anos). O tempo de serviço na instituição, à época do estudo, variava entre 9 meses a oito anos e dez meses. A média de idade dos 4 homens entrevistados era de 33,7 anos (25-43 anos). O tempo de serviço na instituição, à época do estudo, variava entre um mês e cinco anos e meio.

Caracterização do estudo

Este é um estudo de caso, ou seja, lida com

uma situação tecnicamente única, [...] baseia-se em várias fontes de evidências, e [...] beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados”^{32 p33}.

Objetivou-se identificar fatores intervenientes no grau de implementação das ações de cuidado prestadas pelo CAPS-ad Centra-Rio e intervenções facilitadoras ou impeditivas das melhores práticas possíveis na obtenção dos resultados pretendidos, à luz das diretrizes técnicas e políticas formuladas.

A avaliação proposta valorizou as demandas, preocupações e questões dos diversos atores sociais envolvidos^{33, 34, 35}.

Coleta de dados

Foram realizados dois grupos focais com nove profissionais do serviço e duas entrevistas em profundidade com profissionais da direção técnica, com duração aproximada de quarenta minutos, em

local previamente definido, baseados em um roteiro adaptado ³⁶ .

As entrevistas foram semi-estruturadas, visando à flexibilidade na coleta de dados e na exploração de hipóteses. O conteúdo abordado foi o cuidado cotidiano aos usuários do CAPS-ad Centra-Rio e formas de avaliação desse tipo de Atenção Psicossocial.

O primeiro contato com a direção da unidade foi em novembro de 2009, e a participação na reunião semanal de equipe durou de março a agosto de 2010. As observações participantes foram descritas em diário de campo, contendo dia, hora e contexto de cada uma delas, e demais anotações pertinentes.

Os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, antes dos grupos focais e entrevistas. Nenhuma informação pessoal ou passível de identificá-los foi mantida nas transcrições. Sua participação foi voluntária, sem qualquer incentivo financeiro.

Análise dos dados

A análise seguiu o método de Análise de Conteúdo ³⁷ , com etapas de pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial ³⁸ , apoiada pela técnica de escuta psicanalítica ³⁹ .

Resultados

Os fragmentos de fala citados referem-se a aspectos considerados relevantes pelos participantes do estudo. Sua escolha — e a forma de citá-los — buscou preservar o ponto de vista e o estilo de cada entrevistado.

Ao abordar seu trabalho, os profissionais interrogaram a constituição deste tipo de serviço no contexto da Atenção Psicossocial:

A saúde pública não vai ter como responder a essa demanda fragmentada. A saúde mental e a saúde pública (D).

Acho perigoso [...] importar todos os pressupostos teórico-clínicos do CAPS (E).

Todos podem e devem organizar o seu fluxo álcool e drogas, não é apenas um CAPS que pode fazer isso (G).

Fazer parcerias, com a clientela que a gente atende, é muito difícil (A). [...]

um CAPS-ad contribui para que a parceria seja segregada, restringe muito as possibilidades clínicas [...] por ter se especializado assim, se introduziu um tema (H).

[...] ainda mais que a nossa clientela é muito apegada ao tema ... não é um tema qualquer prá eles (C).

Sou um drogado é um tema prá gente tirar da vida deles (F).

[...] trabalhar outras questões da vida do sujeito, e aquilo vai se encaixando de uma forma diferente ... não sei se faz sentido o CAPS-ad, você reforça uma identidade... prá depois querer dissociar? (I).

Especificidades da Atenção Psicossocial em álcool e drogas foram apontadas pelos participantes, questionando a territorialização de atendimentos sigilosos, envolvendo situações de risco, e horários de funcionamento restritivos ao acesso; ressaltou-se que a reinserção social é complementar, e não substitutiva do trabalho clínico, e que a precariedade dos vínculos trabalhistas é ainda mais grave no cuidado em pauta.

Os aspectos considerados pertinentes à avaliação deste serviço, sugeridos pelos profissionais participantes do estudo foram: pronto atendimento, resolutividade, particularização (em detrimento de programas prontos), serviços abertos, com “acesso amplo, geral e irrestrito”, a relação do usuário com o serviço, o ambiente, “o quanto de integralidade o serviço oferta, a recepção funcionar como um dispositivo clínico, a clínica sem ideal de cura, a integração da equipe”, a intersetorialidade do serviço.

Houve um acirrado debate quanto à oportunidade e propriedade da avaliação da atenção psicossocial (geral e em álcool e drogas), corroborando a adequação da técnica utilizada:

[...] a fala que é trabalhada nos grupos focais não é meramente descritiva ou expositiva; ela é uma ‘fala em debate’, pois todos os pontos de vista expressos devem ser discutidos pelos participantes ^{40 p 164}.

Alguns fragmentos do debate:

Tem uma resistência da equipe a ser avaliada (A).

Nossa clientela é assim: tem tudo prá melhorar, prá dar certo, e o cara some e não aparece nunca mais. E aí, foi o serviço que foi ruim? (J).

[...] tem uma responsabilidade sim, no processo (K).

Colocar tudo num balaio de gato é muito delicado, [...] o tratamento se dá de várias formas (B).

A gente avalia a partir de um certo paradigma teórico-clínico, pessoal e relativo. [...] o que tá lá na frente é uma profunda objetivação da nossa experiência, com conseqüências retroativas prá o trabalho [...] (H).

‘Se escutar’ deveria entrar na avaliação, [...] fazer isso que a gente fez (K).

Discussão

Inúmeras barreiras se interpõem entre as pessoas que usam álcool e drogas – de modo recreativo, prejudicial ou dependente – e os serviços de saúde, dificultando o acesso e permanência nos mesmos. A criminalização do consumo, com efeitos sobre comportamentos individuais e coletivos, talvez constitua o impedimento mais óbvio, mas certamente não o único^{41, 42, 43}.

Seja qual for o nível administrativo ou dimensão teórica das ações de cuidado propostas ou previstas pela assistência pública, elas só se realizam de modo efetivo ao incluir — e manter — em seus serviços as pessoas que necessitam destes. Quanto mais acolhedores e desburocratizados, maior a chance de serem acessados, principalmente por aqueles cuja admissão pública de um comportamento privado (o

uso de drogas ilícitas), ao mesmo tempo em que os qualifica para esta assistência, caracteriza-os como infratores.

A qualidade de ações de saúde se define, entre outros fatores, pela integralidade de seu exercício, além da garantia básica de acesso universal a estas. O exercício integral do cuidado em saúde abrange a organização dos processos de trabalho, a articulação dos agentes do cuidado entre si (intra-equipe e interdisciplinar) e a invenção e uso de novas tecnologias geradas no cotidiano dos serviços, com a integração de saberes e conhecimento prático²⁷.

Dificuldades no exercício da intersetorialidade, relatadas pelos participantes do estudo (e as tentativas de driblá-las “caso a caso” nas reuniões de equipe) sugerem a necessidade de redes de atenção à saúde que integrem melhor os serviços, mas a integração efetiva depende de fatores que ultrapassam o âmbito da Atenção Psicossocial em álcool e drogas.

Faz-se necessária uma integração das ações (com estudos de caso semanais, registrados em um mesmo sistema de informação) e que a atenção seja singularizada, no manejo individualizado dos casos clínicos (*case management*). Enfatiza-se a necessidade de ações integradas de cuidado, através de manejo interdisciplinar e multiprofissional, flexíveis o suficiente para que se adaptem às necessidades dos usuários dos serviços, num eventual cuidado clínico dispensado caso a caso⁴⁴.

45, 46.

Os achados também evidenciam dificuldades referentes ao manejo clínico (que podem estar associadas com a própria constituição de serviços específicos para estas pessoas). Outra questão foi a precariedade dos vínculos trabalhistas, dificultando o estabelecimento da confiança entre profissionais e usuários do serviço – fundamento do trabalho terapêutico cujo rompimento brusco pode trazer conseqüências clínicas importantes.

A tendência à repetição, característica do psiquismo humano, é reforçada pela dependência de álcool e drogas. Monotonia no agir, agir em detrimento do falar e fidelidade ao objeto são aspectos desta dependência que configuram um quadro de pobreza subjetiva (ou de novas subjetividades, que não estamos sendo capazes de perceber como tais). De todo modo, um novo saber sobre novos sintomas só se constitui na medida em que consiga se distinguir do senso comum que tantas vezes predomina neste tipo de cuidado.

Referências bibliográficas

- 1 Unodc / Who. Principles of Drug Dependence Treatment, Discussion paper, march 2008. Disponível em <http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf> Acesso em 21 mar 2011.
- 2 Bastos FI. AIDS na terceira década. Rio: Ed. Fiocruz; 2006.
- 3 Unodc. Relatório Mundial sobre Drogas 2010. Disponível em <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2010.html>. Acesso em 24 mar 2011.
- 4 Goffman E. Estigma. Rio: Zahar; 1975.
- 5 Basaglia F et al. Los crímenes de la paz. México: ed siglo XXI; 1977.
- 6 Laing RD, Cooper DG. Razón y violència. Buenos Aires : Paidós; 1969.
- 7 Brasil. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. MS. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília; 2005.
- 8 Radis. Comunicação em saúde. N.o 97 – set 2010. Disponível em www.ensp.fiocruz.br/radis. Acesso em 21 jan 2011.
- 9 Delgado PG. Entrevista. Radis. Comunicação em saúde. N.o 97 – set 2010. Disponível em www.ensp.fiocruz.br/radis. Acesso em mar 2011.

10 World Health Organization (WHO). Dependent People Living with HIV/Aids 2001. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/basic_principles_drug_hiv.pdf Acesso em 21 mar 2011.

11 Informe Ensp : Projeto avalia o impacto da terapia antirretroviral em pacientes com HIV/AIDS. Disponível em www.ensp.fiocruz.br/informe/materia. Acesso em 20 mar 2011.

12 Brasil. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2008. (A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil, v.1).

13 Brasil . A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: MS; 2003.

14 Decreto n 6117 de 22 de maio de 2007. Dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e a criminalidade. D.O. da União 23/05/2007.

15 Open Society Institute. At what cost? HIV and Human Rights Consequences of the global 'war on drugs'. New York: Open Society Institute; 2009.

16 Birman J. A Physis da saúde coletiva. Rev Saúde Coletiva 2005; 15(S0):11-16.

17 Semenza JC, Giesecke J. Intervening to reduce inequalities in infections in Europe. *Am J Public Health* 2008; 98(5):787-92.

18 Pitta A. Prefácio. *Libertando Identidades – da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. B Saraceno, Instituto Franco Basaglia. Rio: Te Corá 1999.

19 Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. In: *Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano*. Cad IPUB n.14, Rio de Janeiro: IPUB, UFRJ; 1999.

20 Brasil. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Brasília; 2004.

21 Delgado PG e Cordeiro F. Brasil. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2008. (A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil, v.1).

22 Vickerman P et al. The cost-effectiveness of expanding harm reduction activities for injecting drug users in Odessa, Ukraine. *Sex Transm Dis* 2006 Oct;33(10 Suppl):S89-102.

23 Kumaranayake et al. The cost-effectiveness of HIV preventive measures among injecting drug users in Svetlogorsk, Belarus. *Addiction* 2004 Dec;99(12):1565-76.

24 Lurie P, Drucker E. An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA. *Lancet* 1997 Mar 1;349(9052):604-8.

25 Giesbrecht N, Haydon E. Community-based interventions and alcohol, tobacco and other drugs: foci, outcomes and implications. *Drug Alcohol Rev* 2006;25(6):633-46.

26 Giesbrecht N. Alcohol, tobacco and local control: a comparison of several community-based prevention trials. *Nord Stud Alcohol Drugs* 2003;20(English suppl.):3-4).

27 Nemes, Castanheira, Melchior et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad Saúde Publica* 2004; 20(2):5310-21.

28 Schmidt MB. Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde Mental – um estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2007.

29 Onocko-Campos RT & Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de CAPS do SUS. *Cad Saude Publica* 2006; 22(5):1053-1062.

30 Minnesota model disponível em: <http://www.hazelden.org/web/public/minnesotamodel.page>, acesso em 24 mar 2011.

- 31 Dias RM. Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense; 2008.
- 32 Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. D Grassi (trad). Porto Alegre: Bookman. 2005.
- 33 Hartz ZMA, Silva LMV organizadores. Avaliação em saúde. Dos modelos teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.
- 34 Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation San Francisco: Sage Publications; 1989.
- 35 _____ . Effective evaluation San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1981.
- 36 Miranda, Figueiredo, Ferrer, Onocko-Campos. Grupos focais e grupos focais narrativos. In: Campos RO et al. (org). Pesquisa avaliativa em saúde mental. São Paulo: Hucitec ; 2008.
- 37 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
- 38 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
- 39 Laplanche J e Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. Lisboa: Moraes Ed; 1970.
- 40 Neto OC, Moreira MR e Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate

orientado como técnica de investigação. In: Ser Social (9) – julho a dezembro de 2001. Programa de Pós-graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da UNB. Brasília: UNB; 2001.

41 Bastos FI et al. The children of Mama Coca: Coca, cocaine and the fate of harm reduction in South America. *Int J Drug Policy* 2007;18(2):99-106.

42 Malaguti V. Difíceis ganhos fáceis – drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Freitas Bastos; 1998.

43 Batista N. Política criminal com derramamento de sangue. *Discursos Sediciosos* 1998; 3(5-6):77-94.

44 Malta M et al. Adherence to antiretroviral therapy: a qualitative study with physicians from Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Publica* 2005; 21(5):1424-32.

45 Malta M et al. Case management of human immunodeficiency vírus / infected injection drug users: a case study in Rio de Janeiro, Brazil. *Clin Inf Dis* 2003; 37(Supl 3):386-91.

46 Bastos FI et al. Treatment for HIV/AIDS in Brazil: strengths, challenges, and opportunities for operations research. *Aids Science* 2001; 1(15):1-17.

Capítulo III - o ponto de vista de familiares de pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente, atendidas em um serviço público no Rio de Janeiro, 2009-2010

Introdução

No Brasil, a assistência às pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente tem sido majoritariamente exercida por entidades religiosas e filantrópicas — em relação às quais as iniciativas de capacitação e avaliação são extremamente recentes e ainda assistemáticas ¹ —, além de serviços de natureza privada não filantrópica e alguns serviços públicos vinculados a universidades.

No contexto nacional de implementação da Atenção Psicossocial – rede pública de atenção diária aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes – foi sendo traçada a política atual de atenção integral a pessoas que têm uma relação problemática com substâncias psicoativas. Em 2003, os Centros de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPS-ad) foram inseridos nesta rede de cuidados comunitários em saúde mental, sendo desde então regidos por diretrizes técnicas e políticas pautadas no âmbito da Saúde Pública ².

Diretrizes públicas de cuidado, neste âmbito, visam à obtenção de resultados práticos (premidas pela urgência e gravidade dos problemas que se apresentam) e têm por base princípios que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) devem

adotar em seu modo de funcionamento. Os CAPS-ad são considerados dispositivos estratégicos na prestação de ações de saúde destinadas às pessoas que usam as substâncias referidas de um modo prejudicial ou dependente, bem como aos seus familiares³.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios básicos o acesso universal e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações (de promoção, prevenção e tratamento de saúde voltadas para a comunidade no seu conjunto, além de cada um dos indivíduos); a equidade na oferta de serviços (o reconhecimento da igualdade entre as pessoas respeitando diferenças em suas necessidades); a descentralização político-administrativa; e o controle social das ações mencionadas (através dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação de usuários dos serviços, trabalhadores, organizações não governamentais e instituições de ensino⁴.

Solidariedade e inclusão social foram os traços marcantes das primeiras experiências dos serviços públicos de atenção psicossocial, caracterizadas principalmente por “sua absoluta indissociabilidade com a clínica”, nas palavras de Pitta^{5 p 8}. Tais serviços foram implantados nos anos '80 em substituição à assistência em saúde mental que predominava — hospitalocêntrica e basicamente privada (exceção feita a antigos manicômios públicos, localizados nas cidades de maior porte ou próximas a elas, como em Franco da Rocha,

município localizado na região metropolitana de São Paulo), com poucos resultados terapêuticos, e semelhante, na sua filosofia e *modus operandi*, à ditadura vigente no país naquele período.

Houve, à época, certa resistência dos familiares à reorientação (conhecida posteriormente como Reforma Psiquiátrica) que visava substituir a assistência nos moldes tradicionais por uma rede de serviços públicos e comunitários, sob o novo marco legal (Lei Federal 10216) e diretrizes a ela associadas. Ainda que advogassem melhorias nas instituições psiquiátricas, a expectativa das dificuldades envolvidas no retorno ao convívio social de pessoas há muito excluídas do mesmo (o que incluía os encargos financeiros decorrentes desta desinstitucionalização) pode ter contribuído para fomentar essa resistência.

Mas nos anos '90, 'as experiências de usuários e seus familiares passam a potencializar o processo da Reforma Psiquiátrica' ^{6 p 37}. O protagonismo dos familiares, associados na discussão das experiências em curso, na crítica aos novos dispositivos clínicos e no debate político, se expressou formalmente em sua participação na II Conferência Nacional de Saúde Mental (em 1992), junto aos trabalhadores e outros usuários destes serviços.

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, foi aprovada a proposta de que o cuidado público de pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente fosse implantado através de uma rede de dispositivos comunitários integrados e articulados à rede assistencial em saúde

mental, regidos pelos princípios da Reforma Psiquiátrica ⁷.

Entre 2001 e 2005, o MS instituiu formas específicas de financiamento para os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e novos mecanismos de fiscalização, gestão e redução programada de leitos nestas instituições de internação, tais como o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar / Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) e o Programa “De Volta para Casa”. A estes mecanismos de apoio à desinstitucionalização, agregam-se (integrando-se à rede em saúde mental) Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais ⁶.

Existem atualmente associações de familiares usuários dos serviços de atenção em saúde mental em quase todos os estados do país. Para que seja efetivo, o controle social das ações de saúde (um dos princípios do SUS) depende da participação das pessoas envolvidas nas mesmas em todos os níveis de sua gestão. Esta participação não pode se restringir às instâncias formais:

É **no cotidiano dos serviços** da rede de atenção à saúde mental, e na militância, nos movimentos sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, [...] que usuários e familiares vêm conseguindo garantir seus direitos, apoiar-se mutuamente e provocar mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do louco da sociedade ^{6 p.38} (grifo nosso).

O objetivo deste artigo é identificar o ponto de vista de familiares de pessoas que têm uma relação

problemática (prejudicial ou dependente) com álcool e drogas, que utilizam serviços públicos voltados para esta questão, sobre a qualidade dos mesmos.

Políticas Públicas e Família

De forma esquemática, pode-se reduzir a duas as visões a respeito do foco privilegiado de diversas políticas públicas recentes sobre a família. Uma visão destaca negativamente o incremento das políticas focalizadas e a menor presença do Estado na provisão da proteção social, enquanto outra questiona a relação entre o Estado e a família, em função do controle que aquele possa vir a exercer sobre esta ⁸.

Os aspectos referentes às políticas públicas, envolvidos na complexa relação público-privada, devem ser analisados sob a óptica mais ampla em que se insere determinado programa ou política específica. A atenção psicossocial em álcool e drogas se definiu na interseção de dois campos do saber: a saúde pública e a saúde mental, aproximados pelo marco conceitual da redução de danos (RD).

O eixo técnico e político que norteia estas ações de saúde e sociais preconiza que estejam centradas no sujeito que faz uso de álcool e drogas, sejam regidas por uma lógica clínica ampliada (multiprofissional e inter-setorial) e visem à redução de danos à saúde individual e coletiva associados a determinados padrões de uso ².

A redução de danos é o conjunto estratégico de medidas de saúde pública objetivando reduzir ou minimizar os efeitos adversos do uso prejudicial de álcool e outras drogas ⁹. Mais do que as medidas em si, no entanto, a lógica da redução de danos constitui um *marco conceitual* de auxílio inestimável na escolha de modos mais apropriados de intervenção, face às circunstâncias concretas em que se dá o consumo de substâncias psicoativas ^{10 p 57}.

Referencial teórico

Os fenômenos clínicos associados ao uso de substâncias psicoativas permitem múltiplos enfoques, em níveis distintos de complexidade, numa série de registros teóricos em que podem ser inscritos. No cenário contemporâneo “[...] não existem disciplinas dominantes. A cartografia teórica do universo das drogas foi subvertida” pela inclusão das ciências humanas no campo antes restrito à farmacologia e à psiquiatria ^{11 p 219}.

O peso atribuído à família na determinação ou facilitação de fenômenos que afetam a saúde mental dos seus membros tem sido abordado por diferentes teorias psicológicas. A sistematização conceitual acerca das relações entre a dinâmica familiar e o adoecimento de membros da família, bem como os processos envolvidos em seu restabelecimento, pertencem à abordagem conhecida como terapia familiar.

Seu início remonta aos anos '50, com observações de Jay Haley, psiquiatra norte-americano, quanto à piora de doentes esquizofrênicos ao serem visitados por determinados familiares (nas instituições em que se encontravam internados) ou no retorno a suas casas.

Haley fazia parte de um grupo de pesquisa sobre “paradoxos na comunicação”, liderado por Gregory Bateson, antropólogo inglês naturalizado norte-americano, cujo trabalho resultou em diversas contribuições importantes à biologia evolutiva, antropologia e psicologia. Uma das mais conhecidas é a teoria do duplo vínculo, a respeito das conseqüências que podem advir da cisão entre comunicação e afeto (observada na investigação das relações entre esquizofrenia e comunicação) ¹².

Pesquisas com o objetivo de elucidar padrões de comunicação familiar ganharam força nos anos '60, agregando noções e conceitos de diversos campos do saber. Bateson propôs que a comunicação entre famílias poderia ser melhor entendida utilizando-se noções da cibernética (cunhada pelo matemático norte-americano Norbert Wiener ao estudar formas de comunicação e controle relativos às máquinas e organismos); a idéia de princípios aplicáveis aos sistemas em geral deve-se ao biólogo Von Bertalanffy, e a concepção da comunicação como uma questão matemática tem origem na teoria da informação de Shannon ¹².

Resultados das pesquisas mencionadas levaram, na década seguinte, à identificação de circuitos causais na comunicação e comportamento de membros do

mesmo grupamento familiar, sendo o comportamento daquele identificado como paciente apenas parte do padrão (familiar) geral recorrente. Uma das implicações desta inferência teórica foi

[...] a descoberta que a enfermidade mental não era individual, nem doença no sentido médico, nem sequer desordem, mas um conjunto de manifestações ordenadas que tinham sentido nas famílias em que ocorriam ^{13 p 220}.

Nos grupos terapêuticos com familiares visa-se à reconstrução de narrativas que fujam aos padrões referidos, viabilizando novas formas de comunicação e, portanto, de inter-relação e comportamento.

O paradigma sistêmico-cibernético, derivado da cibernética de segunda ordem (ou construtivismo, formulado nos anos '80) foi a referência utilizada por Schenker no estudo das relações entre drogadicção e família.

Este paradigma “ênfatiza a importância fundamental do contexto na formação da doença ou da saúde mental” ^{14 p 40}, mas ressalta a possibilidade de mudanças espontâneas na dinâmica familiar em função de situações imprevistas. Nesta perspectiva, o sistema familiar aberto não é mais percebido como restrito à obtenção, a qualquer custo, do equilíbrio homeostático que visa restaurar, quando seu modo habitual de funcionamento é abalado.

Schenker destaca a importância da educação para valores nos programas de prevenção e tratamento do uso indevido ou abusivo de drogas e ratifica a importância da família:

[...] quando a drogadicção ocorre, a família precisa ser engajada na prevenção e no tratamento, uma vez que esse sintoma que ‘aparece’ em um de seus membros denuncia problemas no sistema familiar ^{14 p 149} .

Uma pesquisa-ação realizada por Sudbrack — que também percebe “a drogadicção não como doença, mas como sintoma” ^{15 p 92} - descreve o valor conferido à instituição familiar por adolescentes de baixa renda moradores do Distrito Federal. Ela identifica no contexto familiar destes adolescentes, correlacionando-os, tanto fatores de risco quanto de proteção à dependência de drogas e à marginalização. A “família contexto de risco” envolve os seguintes aspectos:

violência doméstica, padrões rígidos de disciplina e falta de negociação com os adolescentes, alcoolismo do pai, desconhecimento sobre a adolescência, ausência do lar pela jornada de trabalho, falta de monitoramento-controle, falta de consciência sobre a importância da escolarização e pressão pelo trabalho infantil ^{15 p 97} .

Os aspectos que compõem a “família contexto de proteção” são:

rede afetiva primária e espaço privilegiado de proteção e influência educativa, capacidade afetiva de acolhida por parte da mãe apesar das carências, disponibilidade para aprender a melhor lidar com os filhos, motivação para reuniões e grupos de auto-ajuda, uma cultura de solidariedade e ajuda recíproca na vizinhança / comunidade, sensibilidade às dificuldades enfrentadas pelos filhos e expectativa de ascensão social depositada nos filhos ^{15 p 97} .

Foi no contexto mais amplo do processo civilizatório que Freud abordou o uso intensivo de drogas, afirmando que o psiquismo humano obedece (de

modo inconsciente) a uma lógica peculiar, ao mesmo tempo refratária e submissa às injunções que lhe são impostas pela Cultura ¹⁶ .

Birman (ao pensar esse contexto mais amplo na atualidade) afirma que, ao legitimar o evitamento de todo e qualquer tipo e limiar de dor, a medicina e a indústria de drogas contribuíram para o incremento notável de seu consumo e das toxicomanias. Afirma, ainda, que na relação de ambigüidade estabelecida pelo mundo ocidental com as drogas, criou-se um abismo onde as toxicomanias puderam se inscrever, na medida em que as drogas foram esvaziadas de seu valor de uso e de troca ao serem transplantadas do campo simbólico em que surgiram, deixando aquele que as utiliza à mercê da pobreza de seu próprio imaginário.

Sendo produzidas pela medicina clínica, pela psiquiatria e pelo narcotráfico, as toxicomanias são os contrapontos das depressões e da síndrome do pânico, no sentido de que é pelo consumo massivo de drogas que o sujeito tenta regular os seus humores e os efeitos maiores do mal-estar da atualidade. O sujeito busca, pela magia das drogas, se inscrever na sociedade do espetáculo e seus imperativos éticos ^{11 p 249} .

A possibilidade de escolha (inconsciente) de um objeto de satisfação tóxico, danoso, não é novidade. Desde 1905, observações de Freud sobre a sexualidade infantil (confirmadas mais tarde por achados clínicos), levaram-no a concluir que não há objetos “naturalmente” adequados à satisfação humana (diferente do que ocorre com outros animais) ¹⁷ .

Ações de cuidado, segundo a psicanálise, devem visar à implicação do sujeito naquilo que lhe acontece, levando-o a responsabilizar-se por seus atos. Isto requer intervenções clínicas que não se restrinjam ao diagnóstico psicopatológico, ainda que elaborado com seriedade e competência.

É preciso suportar que o usuário percorra o caminho que leva à interrogação óbvia, até então evitada (ou encoberta por saberes pré-fabricados): por que bebo ou me drogo desse jeito? Não encontrando respostas prontas há a chance de endereçá-las a alguém capacitado a engajar-se, com ele, no processo de buscá-las.

O cuidado clínico em questão deve servir para fazer com que o usuário questione o valor que atribui à substância (i.e. o lugar que ela ocupa no modo singular de satisfação psíquica que consegue obter).

Ao pensar na ênfase psicanalítica quanto ao lugar que a substância ocupa na vida de cada sujeito, cabe pensar igualmente no lugar que lhes parece destinado a ocupar na vida de algumas famílias. A questão não se resume no fato da expectativa familiar ser ‘boa’ (o filho tão inteligente quanto o pai) ou ‘ruim’ (o filho do alcoolista ‘predisposto’ à dependência).

Seres humanos têm lugares reservados que devem ocupar, nos primórdios de sua constituição psíquica – este é o modo de inclusão na sociedade e Cultura que os precede. À medida que se desenvolvem física e mentalmente é salutar que se tornem capazes e livres para fazer suas próprias escolhas (liberdade

relativa, exemplificada por Lacan pela opção entre ‘a bolsa ou a vida’ imposta pelo ladrão à sua vítima, situação em que ao se escolher a bolsa pode-se perder a vida).

Mas ocupar no núcleo familiar uma posição inadequada pelo fato de usar álcool e drogas (ainda que de modo prejudicial ou dependente) é uma situação que coloca todos os que dela participam num impasse propício à eclosão (ou incremento) de distúrbios mentais (como nos exemplos de um marido e pai desvalorizado pela esposa diante dos filhos por “ser compulsivo, fraco”, ou de uma criança encarregada de “vigiar” a mãe para que não beba).

Método

O serviço foi investigado na interface das diretrizes técnicas e políticas propostas para sua realização e seu cotidiano, tal como experimentado por familiares de pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente.

Campo de Pesquisa

O campo de pesquisa foi o CAPS-ad Centra-Rio, vinculado à Secretaria de Saúde e Defesa Civil (Sesdec) do Estado do Rio de Janeiro, embora a maioria dos serviços do tipo CAPS seja municipal.

No CAPS-ad Centra-Rio houve 10172 atendimentos em 2010 (1463 na recepção diária aos novos usuários do serviço, 8880 aos cadastrados), num

total de 1267 pessoas em acompanhamento (912 homens e 355 mulheres).

Em 2010 a equipe do CAPS-ad Centra-Rio contava com 41 profissionais, 19 atuando na assistência (psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, médicos clínicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros) e 12 na gestão/operação da unidade (servidores técnico-administrativos, nutricionista, farmacêutica, técnica de laboratório), além de 1 ouvidora vinculada ao Ministério da Saúde (MS).

População de Estudo

Familiares de pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente, que participam regularmente (uma vez por semana) dos atendimentos em grupo ofertados pela instituição em pauta. Havia, à época do estudo, dois grupos semanais, um no horário da manhã e outro à tarde, ambos em dias úteis da semana; um grupo era coordenado por uma psicóloga e uma assistente social, e o segundo grupo, por uma médica clínica e um psicólogo.

Dez pessoas participaram deste estudo (1 homem e 9 mulheres). A média do período de tempo em que vinham sendo atendidos na instituição foi de 2 anos e 1 mês (4 meses–6 anos). Os familiares eram esposa (1), mães (3 de filhas e 4 de filhos) e pai (1 filho). Uma das mulheres do grupo não quis especificar o seu vínculo familiar com o paciente que estaria ou esteve em acompanhamento, nem o tempo de atendimento na instituição. A média de idade dos usuários de álcool e drogas cujos

familiares participaram do grupo foi de 26,6 anos, com ampla variação (17–60 anos). O uso em questão se referia a bebidas alcoólicas (3), substâncias psicoativas não especificadas (3), cocaína aspirada (2) e maconha (1). Nenhum dos usuários estava sendo atendido na instituição em pauta atualmente, salvo a mais jovem, há oito meses, e o mais velho, irregularmente.

Caracterização do Estudo

Este é um estudo de caso, ou seja, lida com

uma situação tecnicamente única, [...] baseia-se em várias fontes de evidências, e [...] beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados”^{18 p33} .

Coleta de dados

Em julho de 2010 foram realizadas duas rodadas de grupos focais, cada um deles com dez familiares de pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente. Os grupos tiveram duração aproximada de quarenta minutos, em local previamente definido, e foi utilizado um roteiro como norteador das discussões¹⁹ .

As questões que nortearam a primeira rodada foram as seguintes: se eu perguntasse quem são vocês, como se apresentariam? ; há quanto tempo seu parente tem problemas com álcool ou drogas? ; ele (ela) está em tratamento no CAPS-ad? ; para quê serve um CAPS-ad, do quê se tratam lá?; o que é bom e o que é ruim prá vocês no CAPS-ad? A

segunda rodada teve como única questão : como deve ser o funcionamento ideal de um serviço público especializado nesse tipo de atendimento ?

Os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, antes da realização dos grupos focais. Nenhuma informação pessoal ou passível de identificá-los foi mantida nas gravações e transcrições previamente consentidas pelos participantes. Sua participação foi voluntária, sem qualquer incentivo financeiro.

Análise dos dados

A análise seguiu o método de análise de conteúdo²⁰, com etapas de pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial²¹, apoiada na técnica de escuta psicanalítica²².

Resultados

Dois pontos foram ressaltados, de modo unânime, pelos participantes do estudo. Primeiro: o modo como foram recebidos nas primeiras vezes em que buscaram o CAPS-ad foi determinante para que retornassem:

J: eles são muito atenciosos, porque eu cheguei aqui muito depois do horário, eu senti que eles não têm horário;

F : [...] cheguei de manhã às cinco e meia, peguei uma informação com o guarda, na recepção, à tarde a recepcionista arrumou uma psicóloga que já tava saindo, ficou lá uma hora conversando comigo, eu fiquei até envergonhada, tava muito desesperada, pedi desculpa, ela disse com o maior prazer, elas são muito atenciosas.

Segundo: sua permanência nesta unidade de saúde parece tão fundamentada no vínculo estabelecido com pessoas que relatam problemas semelhantes (outros “familiares”, como se apresentam), quanto na relação terapêutica propriamente dita com os profissionais que ali trabalham. Alguns relatam já terem satisfeito sua demanda inicial, mas se sentem vinculados ao serviço:

B: há pessoas que já foram beneficiadas com esse serviço, agora eu estou aqui não porque eu preciso, mas porque eu sinto que estando aqui eu posso ajudar alguém;

G: [...] não quero ter alta porque aqui foi tudo prá mim, meu porto seguro.

Foi surpreendente verificar que todos os participantes freqüentavam regularmente o CAPS-ad, a despeito da ausência das pessoas mais necessitadas (em tese) de atendimento. Os dados sugerem uma modulação na atitude inicial dos familiares em relação aos novos serviços (substitutivos ao hospital psiquiátrico).

Exemplifico com um episódio que me pareceu significativo, ainda que meio embaraçoso: no dia em que me apresentei ao grupo, antes da primeira rodada, uma senhora falou que não queria participar, porque “em época de eleição o governo sempre faz pesquisa, e nada muda”. Quando especifiquei que o estudo era parte dos requisitos do doutorado e era sobre os CAPS-ad, ela disse que “gostava do Centro-Rio, mas não dos CAPS”. Imediatamente, os dois profissionais que coordenam o grupo afirmaram que ali também era um CAPS, para espanto dela e de outros presentes.

Os dados sugerem uma apropriação, por parte destes familiares, de noções pertinentes aos serviços em pauta, como o valor da “funcionalidade” enquanto critério de uso prejudicial ou dependente de álcool ou drogas (a menção ao estudo ou trabalho regular e capacidade de estabelecer relações interpessoais foi feita por alguns). O respeito ao livre arbítrio (e ao disposto pela Lei Federal 10216 aprovada em 2001) quanto à possibilidade de internação em hospital psiquiátrico também parece ter sido assimilado pela maioria.

Todos, à exceção de uma pessoa, relataram ter percebido (sem que consigam explicar) “a mágica” (sic) que os manteve em atendimento, provocando mudanças de comportamento que se refletiram positivamente nos que “[...] precisam muito desse lugar, mas acham que são adultos e têm o controle” (sic).

Discussão

Despendeu-se algum tempo com questões cujas respostas poderiam ter sido obtidas de modo mais simples e direto (como idade, tempo de utilização do serviço, etc.), apesar das perguntas iniciais terem servido para “quebrar o gelo” e estimular a interação e o debate.

Os grupos focais foram realizados nos dias e horários habituais do atendimento aos familiares, por sugestão destes e dos coordenadores dos grupos. A principal vantagem foi aumentar a possibilidade de

comparecimento das pessoas (algumas mencionaram a dificuldade de deslocamento em dias úteis nestes horários). Os integrantes do grupo prontamente se dispuseram a falar, mas seus relatos privilegiaram histórias pessoais em detrimento das considerações sobre o serviço (talvez pelo modo habitual em que se portam em atendimentos desta natureza).

O vínculo estabelecido entre familiares usuários do serviço e profissionais parece bastante sólido. A qualidade deste vínculo merece ser considerada a cada vez que se pensar em modificações vindas “de cima para baixo” em serviços destinados a pessoas com alto grau de sofrimento psíquico e problemas sociais relevantes. Portanto, antes de alterar o *modus operandi* dos serviços deve-se verificar a sintonia das medidas propostas com as demandas expressas pela sua clientela.

Uma das dificuldades do trabalho clínico destinado a pessoas que têm uma relação problemática com o álcool ou drogas é que o pedido de atendimento geralmente se dá através de um intermediário (geralmente um familiar), o que aumenta em muito a carga dramática da demanda. À semelhança de crianças e psicóticos, estas pessoas são trazidas por um outro, cuja exaustão, cólera ou descrença quanto à obtenção de “resultados”, embora compreensível, não convém minimizar.

Este tipo de trabalho também é marcado por uma urgência que dificulta o manejo clínico, pois freqüentemente envolve situações-limite - como episódios recorrentes de *overdose* (ou superdosagem) ou dívidas com o tráfico, demandando

intervenções para preservar a vida do usuário de drogas ou de terceiros. Os relatos dos participantes do estudo ratificam essas observações, mas sugerem que tais dificuldades podem ser amenizadas por serviços amigáveis e receptivos.

O acolhimento de possíveis usuários do serviço sempre envolve um cálculo clínico: receptividade nos primeiros contatos, normalmente estabelecidos com os profissionais responsáveis pela segurança e secretaria; presteza na informação sem intimidar, exercer mestria ou tutelar os que buscam o serviço; aproveitamento do espaço físico da unidade de saúde (como a sala de espera, onde são verbalizadas as expectativas quanto ao tratamento, junto às frustrações por tentativas de adaptação a programas “terapêuticos” pré-fabricados). O cálculo clínico diz respeito ao processo (lento e difícil) de estabelecer vínculos de confiança com os que procuram a instituição, para que seja possível algum trabalho terapêutico.

Considerações Finais

Os impasses encontrados no trabalho clínico inquietam, frustram e instigam os que procuram exercê-lo. Paciência e resistência à frustração são fundamentais ao exercício da clínica com pessoas que usam álcool e drogas de modo prejudicial ou dependente, seja qual for a referência teórica utilizada. Impasses convidam à invenção em lugar da rotina, resistem à aplicação mecânica de uma

técnica colocada à prova em cada atendimento, na escuta um a um, caso a caso.

Referências bibliográficas

1 Fé na Prevenção: Prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins. Brasília: Senad pp. 264.

2 Brasil. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: MS; 2003.

3 _____. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Brasília; 2004.

4 _____. Sistema Único de Saúde. Lei 8080/90 e Lei 8142/90. 1990.

5 Pitta A. Prefácio. Libertando Identidades – da reabilitação psicossocial à cidadania possível. B Saraceno, Instituto Franco Basaglia. Rio: Te Corá; 1999.

6 Brasil. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. MS. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília. 2005.

7 _____. Sistema Único de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde; 2002.

8 Vaitsman J. Prefácio. Família Contemporânea e Saúde. Significados, práticas e políticas públicas. Leny Trad organizadora. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

9 Brasil. Decreto n 6117 de 22 de maio de 2007. Dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e a criminalidade. Diário Oficial da União 23 de maio de 2007.

10 Open Society Institute. At what cost? HIV and Human Rights Consequences of the global 'war on drugs'. New York: Open Society Institute; 2009.

11 Birman J. Mal-estar na atualidade – a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.

12 Bateson G. Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology. Chicago: University of Chicago Press; 2003.

13 Cruz HM. A Terapia Familiar: A Segunda Visão. In: Drogas: uma visão contemporânea. Inem CL, Acselrad G organizadoras. Rio de Janeiro: Imago; 1993.

14. Schenker M. Valores Familiares e Uso Abusivo de Drogas. Rio de Janeiro: Fiocruz ; 2008.

15. Sudbrack MF. Construindo redes sociais. Metodologia de prevenção à drogadição e à marginalização de adolescentes de baixa renda. Disponível em <http://www.infocien.org/Interface/Colets/v01n02a06.pdf>. Acesso em 04 mar 2011.

16. Freud S. Obras Completas. El Malestar em la Cultura (1930 [1929]). Buenos Aires: Amorrortu ; 1985.
17. Obras Completas. Tres ensayos de teoria sexual (1905). Buenos Aires: Amorrortu ; 1985.
18. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. D Grassi (trad). Porto Alegre: Bookman ; 2005.
19. Miranda, Figueiredo, Ferrer, Onocko-Campos. Grupos focais e grupos focais narrativos. In: Campos RO et al. organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental. São Paulo: Hucitec ; 2008.
20. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
21. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
22. Laplanche e Pontalis. Vocabulário da psicanálise. Santos: Martins Fontes; 1970.

Conclusões

Não há modelos prontos sustentando as experiências do país em busca de um novo modo, menos excludente, de lidar com os fenômenos da loucura e da drogadicção. A complexidade social do processo que fomentou estas experiências agregou saberes diversos, na confluência dos quais foram forjadas as diretrizes técnicas e políticas atuais da atenção psicossocial.

Foi na interseção dos campos da saúde pública com a saúde mental, propiciada pelo marco conceitual trazido pela Redução de Danos, que se constituiu a Atenção Psicossocial em álcool e drogas. Os Centros de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPS-ad) são a expressão privilegiada desta reordenação das ações públicas de cuidado às pessoas que usam tais substâncias de modo prejudicial ou dependente.

Os achados da pesquisa que compôs esta tese, ao mesmo tempo que ratificam as diretrizes mencionadas, sugerem a necessidade de aprofundamento dos fundamentos clínicos que possam consolidar o referido processo. A multiplicidade de fatores determinantes das modalidades de uso e padrões de consumo de substâncias psicoativas, além da relevância devida às questões sociais envolvendo a clientela atendida nos CAPS-ad, pode taldar a importância da dimensão clínica deste tipo de atenção.

As iniciativas práticas em defesa da vida que caracterizam o campo da saúde pública têm contribuído para alargar fronteiras teóricas. Mas

cabe resgatar as experiências pioneiras, caracterizadas no Brasil por um elo então indissociável entre a clínica, a ação política e a participação da sociedade civil (inclusive dos próprios pacientes e seus familiares). É desta perspectiva que a investigação de formas (mais) adequadas de avaliação da atenção psicossocial em álcool e drogas deve ser analisada e prosseguida.