

Entrevista com a psicóloga **Cristiane Mazza** (CRP 05/18993), coordenadora técnica do CAPS-ad Raul Seixas.

1. Como se dá o trabalho de psicólogos com dependentes químicos atualmente no Brasil, na área de políticas públicas para a Saúde? Como é esse trabalho na clínica?

O desenvolvimento do modelo de reabilitação psicossocial, traduzido em instituições do tipo CAPS (centro de atenção psicossocial), tem se constituído como eixo central das ações inovadoras no campo da saúde mental brasileira. Entretanto, o fato do CAPS ter se mostrado um dispositivo conseqüente para atenção ao usuário de drogas, isso não significa que o psicólogo e os demais profissionais de saúde, que atuam em ambulatórios, hospitais gerais, enfermarias psiquiátricas e emergências psiquiátricas, não tenham que assumir responsabilidades em relação a essa clientela. A complexidade dos problemas relacionados ao uso prejudicial de álcool e drogas exige que os psicólogos e demais profissionais destes serviços estejam capacitados e disponíveis para assistência desses pacientes, articulando-se com outros serviços da saúde e com outros setores. Nem sempre os profissionais se apresentam disponíveis para este trabalho, alegando falta de capacitação, dificuldades de recursos humanos nos serviços e preconceito com relação a esta clientela.

2. Você acredita que esse trabalho seja suficiente? De que outras formas o psicólogo poderia contribuir?

A atual política de atenção ao uso prejudicial de álcool e drogas cujas diretrizes foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde nos últimos anos tem sido fundamental para a qualificação da assistência e o acesso desses usuários aos serviços de saúde. Mas ainda temos que avançar muito, ampliando o acesso dessa clientela aos serviços de atenção básica, como os ambulatórios; criar leitos de álcool e drogas com equipes de saúde mental nos hospitais gerais (em casos de intoxicação aguda); ampliar o número de CAPS ad no estado do Rio de Janeiro; capacitar os profissionais de saúde e de outros setores que lidam com estes usuários de forma a que se sintam mais confiantes e que diminuam o preconceito relacionado a estes pacientes; ampliar as ações no território como o trabalho com os redutores de danos, com o programa de saúde da família, com as escolas, com os conselhos tutelares, etc.

3. Em que consiste a redução de danos? Qual sua opinião sobre essa prática?

As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as conseqüências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito a liberdade de escolha, a medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem e/ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo esses, precisam ter o risco de infecção pelo HIV, hepatites, tuberculoses e outras doenças evitados ou minimizados.

Minha opinião sobre esta prática: existem muitas críticas às ações de redução de danos que geralmente as associam exclusivamente a práticas como a substituição de drogas, como no caso da substituição da heroína ou morfina, por metadona. A redução de danos não se restringe a esse tipo de prática, mas visa subverter os conceitos amplamente difundidos no senso comum pelos modelos hegemônicos de abordagem da questão das drogas, cuja principal bandeira é a demonização das mesmas. A estratégia de RD tem como objetivo problematizar e intervir em todos os tipos de consumo de drogas lícitas e ilícitas.

4. No Brasil, a redução de danos está sendo empregada de forma positiva?

No Brasil, a forma prevalente da estratégia de redução de danos é a de Programas e Projetos de Redução de Danos (PRD), que consistem em um elenco de ações desenvolvidas em campo por agentes comunitários de saúde especialmente treinados (denominados redutores de danos) que incluem troca e distribuição de seringas, atividades de informação, educação e comunicação (IEC), aconselhamento, encaminhamento, vacinação contra hepatite e outras ações.

A RD já é uma política oficial do Ministério da Saúde, o que representa um avanço. Entretanto, a implementação das ações de campo ainda não possuem cobertura ampla. O financiamento das ações ainda não foi municipalizado. Para que esta política se consolide é necessário que as prefeituras assumam seu papel no financiamento, planejamento e execução dessas ações. Cumpre ressaltar, que o CAPS ad, neste momento, não conta com o trabalho dos redutores de danos por este motivo.

5. Como é o trabalho do psicólogo na redução de danos?

Incluir na prática clínica a política de redução de danos significa para o psicólogo entender que não podemos tratar todos os usuários de drogas da mesma forma com as mesmas técnicas ou estratégias de trabalho. A compreensão de que a droga cumpre uma função particular para cada pessoa que a utiliza traz conseqüências para a nossa prática. Sabemos, por exemplo, que o uso de drogas é diferente na neurose e na psicose. Outra diferença importante é a relação com a droga estabelecida por crianças, adolescentes e adultos no que diz respeito ao modo de uso, à função da droga e suas conseqüências. Em geral não podemos falar em dependência química ou toxicomania quando tratamos de crianças e adolescentes usuárias de drogas. A relação familiar, nesses casos, está sempre no cerne do problema, sendo esse uso muito mais ligado a uma resposta aos conflitos familiares, do que propriamente a uma escolha por determinada droga.

6. O CAPS ad Raul Seixas foi o primeiro serviço municipal para tratamento de usuários de drogas na cidade do Rio de Janeiro, correto? Como se deu sua criação?

Sim, foi o primeiro CAPS do município do Rio de Janeiro. Até bem pouco tempo, os problemas relacionados ao uso prejudicial de álcool e drogas, eram tratados pela justiça, segurança pública, pedagogia, associações religiosas, devido à relativa ausência do Estado, possibilitando intervenções de caráter

total, fechado, baseado numa prática predominantemente medicamentosa, disciplinar e de cunho religioso. Todas essas intervenções visam como único objetivo a ser alcançado a abstinência. A consequência disso, era um maior isolamento social e o reforço do estigma associado ao usuário de álcool e outras drogas ligado à marginalidade, à falta de caráter ou de vontade de melhorar. Foi a partir de 2003 que o Ministério da Saúde lançou oficialmente suas diretrizes políticas para a assistência ao uso indevido de álcool e outras drogas no Brasil. O SUS tomou definitivamente para si a responsabilidade pela questão do consumo de álcool e drogas tendo o Ministério da Saúde construído e sustentado seu papel de condutor da política de tratamento. O CAPS ad, que já era previsto na portaria 336 de 2002, tornou-se a principal estratégia de tratamento utilizando a redução de danos como ferramenta nas ações de prevenção e promoção da saúde.

7. Como é o seu trabalho de assistência a usuários de álcool e outras drogas no CAPS? Vocês trabalham com redução de danos?

O próprio nome do serviço CAPS (centro de atenção psicossocial) já nos indica que o trabalho do psicólogo não se restringe ao atendimento psicológico individual. Há 3 anos ocupo a função de coordenação técnica do CAPS onde desenvolvo as seguintes atividades: sustentar no dia-a-dia do serviço a direção clínica do trabalho junto à equipe, baseada na ética da psicanálise e na política de redução de danos; recepção e avaliação de pacientes encaminhados para o serviço; discussão em reunião de equipe dos casos novos e dos casos em acompanhamento; acompanhamento psicoterápico individual; atendimento aos familiares; execução das ações definidas em reunião de equipe; promover, através de diversas ações (envolvendo trabalho, cultura, lazer, informação, educação) a reinserção social dos usuários, utilizando recursos intersetoriais; trabalhar a diminuição do estigma e do preconceito relacionados aos usuários de drogas; estabelecer parcerias com outros atores, que possam ajudar na condução do caso (ex: Grupo *Afro-reggae*, redutores de danos, justiça etc.).

Nós trabalhamos com o paradigma de redução de danos no sentido de acolhermos os usuários de drogas oferecendo uma escuta atenta para o reconhecimento de suas particularidades. Não fornecemos diretamente aos pacientes seringas descartáveis ou qualquer outro material para o uso seguro de drogas. Oferecemos, no nosso serviço, preservativos para a redutora de danos que trabalha em parceria com o CAPS e aos nossos pacientes na medida em que esta conduta for pertinente. Além disso, utilizamos a terapia de substituição com a prescrição de remédios psiquiátricos, em alguns casos, que visam tratar certos sintomas que levam aquele sujeito a usar drogas (ex: ansiedade, depressão) ou sintomas decorrentes da interrupção do uso de drogas (ex: abstinência alcoólica).

8. Há diferenças no trabalho de assistência a usuários de álcool e usuários de outras drogas?

O que podemos destacar como diferença entre os alcoolistas e os usuários de outras drogas é que os primeiros chegam aos serviços de saúde após um longo percurso de consumo compulsivo de álcool, sem nunca ter procurado

ajuda. A consequência disso é que as perdas geradas por esse problema atingem de forma devastadora vários aspectos de suas vidas. Muitas vezes já se tornaram moradores de rua, sem nenhum vínculo com seus familiares, e sem conseguir manter a atividade laborativa, há muitos anos. Além disso, é comum apresentarem problemas clínicos graves tais como cirrose hepática, diabetes, hipertensão arterial, crises convulsivas, etc. No CAPS ad Raul Seixas criamos um grupo semanal de acompanhamento dos alcoolistas que é coordenado por uma psicóloga e por um médico visando oferecer uma escuta das demandas subjetivas de cada sujeito e também responder de forma mais ágil as demandas médicas que esses pacientes apresentam.

9. Como poderia ser feito um trabalho de conscientização para acabar com o preconceito relativo aos usuários de álcool e outras drogas na sociedade?

Através da realização de ações preventivas e educativas na escola; realização de debates com profissionais que atuam com esta clientela nos principais veículos de comunicação, evitando-se as matérias de cunho superficial, moralista e sensacionalista; incluir no currículo universitário o ensino sobre as políticas públicas de atenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas; capacitação dos profissionais envolvidos com esta clientela; problematizar a questão do uso de drogas, apontando as suas dimensões sociais culturais e econômicas, como por exemplo, refletir sobre as mudanças nas relações familiares, sobre a sociedade de consumo, que tende a promover a busca permanente de satisfação. Dito de outro modo, entender o uso prejudicial de álcool e outras drogas em toda a sua complexidade não reduzindo a responsabilidade a determinados setores como o da saúde, da polícia ou da justiça.