

Entrevista com a psicóloga **Marise de Leão Ramôa** (CRP 05/14615), mestre e doutora em Psicologia Clínica pela PUC-Rio, psicóloga da Rede de Proteção ao Educando (SME/RJ) e supervisora do CAPS-ad Mané Garrincha.

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

Bom, se entendemos a política pública para Saúde, como vocês colocam, como a política nacional, vamos falar da atuação do psicólogo, numa concepção de clínica que pode ser chamada de psicossocial, clínica política, clínica peripatética etc., no sentido de descrever uma posição ética frente à dor de cada sujeito e frente a uma posição que se refere ao campo do público não dissociado do privado. Ou seja, trata-se de trabalhar no campo de produção de subjetividades, no desmonte das identidades rígidas, como a de dependente químico, onde a ênfase e o valor, quando definimos a dependência, como química, encontram-se na substância. Penso que para atuarmos em políticas públicas precisamos, como fez Basaglia, olhar para o sujeito e colocar a doença entre parênteses. A clínica com dependentes de drogas precisa, justamente, tirar o foco da droga, para que, então, algum sujeito possa surgir e o psicólogo precisaria, também como nos disse Basaglia, (1982:08) viver um processo de desinstitucionalização do próprio profissional de saúde mental, para que ele se torne "operador social" e "militante", dentro e, principalmente, fora da instituição, devendo reformular a relação entre "Cidadão e sociedade, na qual se insere a relação entre saúde e doença. Isto é, reconhecer como primeiro ato que a estratégia (...) de cada ação é o homem, as suas necessidades, a sua vida, dentro de uma coletividade que se transforma para atingir a satisfação destas necessidades e a realização desta vida para todos." (BASAGLIA, 1982: 17)

Mas, se formos falar de política pública para saúde no que se refere a diversos dispositivos que são vistos como fazendo parte do SUS, pois qualquer serviço de saúde, de caráter privado, também faz parte do SUS, então a história é outra... Temos clínicas especializadas, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, internações de caráter leigo (religiosas) etc., que se baseiam no modelo Minnessotta (os 12 passos de AA) que enfatizam a noção de doença em detrimento da noção de sujeito, o que leva a uma prática completamente diversa, pois se baseiam em paradigmas contrários, pois no caso da noção de doença, o que temos é o paradigma asilar e na prática que se sustenta a partir da noção de sujeito de cuidado, temos o paradigma psicossocial.

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

No caso da atuação de psicólogos em CAPS ad, ambulatórios de saúde mental, CAPS, CAPS i, Casa Viva etc., penso que estão atuando com o conceito de sujeito em sua complexidade, ou seja, no sentido de tentarem promover uma mudança no campo psicossocial, mas há muito a fazer, quando os serviços se fecham, se isolam da comunidade local, pois não atuam, então, com o saber da comunidade. É o perigo do especialismo, onde passa a existir o modelo "capscêntrico", como apontou Amarante. Os

psicólogos devem pensar e repensar sempre sua prática, no sentido de avaliar a serviço do que ou de quem ela está. Por isso acho que devemos desenvolver uma clínica mais territorial, no sentido de levar em consideração a cultura local e trabalhar também com ações na própria comunidade. Um ex. recente do CAPS ad Mané Garrincha, do qual sou "intervisora", foi a ida a uma cracolândia para abordar uma usuária do serviço, junto a outro usuário que é morador da área próxima à cracolândia e que é respeitado pelos moradores da região. Outra foi o desenvolvimento da oficina de carnaval com um carnavalesco que é da comunidade onde a cracolândia se encontra. Acho que o psicólogo deve estar onde a vida acontece. Mas pensando nas "10 Recomendações para a Ação" da OMS para a Saúde Mental (Relatório Sobre a Saúde no Mundo, OMS, 2001), a saber: proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades / famílias / usuários, estabelecer políticas, programas e legislação nacionais, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, *monitorizar a saúde mental* (olha o perigo disso... é por isso que falo que temos que estar atentos a serviço do que ou de quem estamos... olha como a proposta de monitorizar pode levar à tutela de corpos...) na comunidade e dar mais apoio à pesquisa, ainda temos muito a fazer".

Daí, a importância de estratégias como a de redução de danos, com o cuidado de não monitorizarmos a saúde mental, pois isso seria tão higienista como tantas outras políticas higienistas no Brasil.

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

A redução de danos "(...) trata do manejo seguro de uma ampla gama de comportamentos de alto risco e dos danos associados a eles. O importante não é se determinado comportamento é bom ou ruim, certo ou errado; na redução de danos, a ênfase é se o comportamento é seguro ou inseguro, favorável ou desfavorável. A redução de danos centra-se no que funciona (pragmatismo) e no que ajuda (empatia e solidariedade) – Marlatt, 1999:22.

A redução de danos é uma estratégia própria do campo da saúde pública. No caso do uso abusivo de drogas, visa a reduzir os danos causados pelo consumo de drogas lícitas ou ilícitas. Aplica-se aos indivíduos que, não podendo ou não querendo se abster, adotam comportamentos de risco ligados ao uso de drogas, como compartilhamento de seringas e agulhas para o uso injetável ou de canudos e cachimbos para consumo do crack, práticas sexuais de risco para DST/Aids e Hepatites, condução de veículos em estado de intoxicação ou embriaguez, injeção de silicone líquido e anabolizantes, exposição a situações de violência para obter e/ou usar as drogas, etc.

A noção de sujeito traz para o campo da Redução de Danos, da Prevenção e Promoção da Saúde a noção de "protagonismo". Não falamos de doentes, nem do uso de droga como crime, como o fazem os saberes da medicina e da justiça. Guattari nos ajuda com o conceito de "grupo sujeito", no sentido de um grupo que sai da homogeneidade para a construção de um saber coletivo. Podemos dizer que a política de redução de danos aposta na

desconstrução da lógica do "bando" (onde todos são iguais, por terem sido apagadas as diferenças) para o respeito às diferenças, na medida em que, como nos fala Boaventura de Souza Santos(2000), é preciso lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem e lutar pela diferença sempre que a igualdade nos descaracterize. Existe na prática da RD a construção de um saber comum; são os próprios usuários que vão dando informações para a construção das ações. Eles deixam de ser passivos (doentes) ou marginais, para se transformarem em cidadãos com amplos direitos, com sua efetiva participação e da comunidade nas estratégias de intervenção implementadas. O conhecimento técnico passa a ser um instrumento importante se utilizado a partir e com o saber do próprio usuário e da comunidade local.

Na Redução de Riscos e Danos ao uso indevido de drogas os indivíduos e grupos passam a ser atores principais, sendo respeitado seu conhecimento do uso de drogas inclusive para a construção de medidas protetoras e também no sentido de informações e orientações, tendo efetiva participação na transformação da realidade.

Um exemplo bastante atual que pode ser pensado como estratégia da política de redução de danos, no sentido de política de saúde pública para crianças e adolescentes, para qualquer comportamento de risco, são os casos de meninas que engravidam com 9 ou 10 anos, por exemplo, que são estupradas. A gravidez já é um fato, mas o risco de vida para essas meninas é tamanho (gravidez de alto risco), que nesses casos, o aborto é aceito. Não está aqui presente nenhum julgamento moral como feito pelo arcebispo de Recife, que alegou que o aborto é um pecado maior que o estupro, mas, sim, que temos que lidar com o dano já causado. Dessa forma, ela pode ser entendida como uma política de prevenção, pois tenta evitar riscos e prevenir novos danos.

A abordagem de R.D. está baseada numa filosofia pragmática e envolve uma visão de saúde pública dos problemas com drogas. Diz não a uma abordagem moralista e sim a uma abordagem realista e prática quanto ao problema das drogas. É, como fala Lancetti, uma injeção de vida.

O compromisso da Redução de Danos ao uso indevido de drogas é com a redução de danos aos indivíduos e à sociedade. Considera como sucesso qualquer passo no sentido de menor risco e não só a abstinência total, embora veja esta última como a melhor opção terapêutica e preventiva existente.

Existem ainda muitas dificuldades para a implementação de políticas baseadas na RD, como:

- a relação que se faz entre legalização de drogas e R.D.
- acreditar que os programas de R.D. incentivam ou aumentam o uso de drogas ou de outros comportamentos considerados ilícitos.
- Ter um juízo moral e conservador em relação ao uso de drogas, vendo-o como uma má ação, um estado voluntário e que por isso os usuários não merecem ajuda.

- Ver o uso de drogas como uma transgressão às regras da sociedade, merecedora de punição. Daí a ênfase em uma abordagem de justiça criminal e não de saúde pública para a política de controle de drogas.

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

A redução de danos no Brasil teve início devido à necessidade de prevenir a disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDI's) e pela necessidade de não se insistir somente em prevenção ao uso de drogas e esperar alcançar resultados, quando danos maiores espalham-se rapidamente pelo uso destas.

A maioria dos casos de AIDS entre UDI's – entre 1985 e 1995 – apareceram nas regiões sul, sudeste e parte sul da região centro- oeste, em faixa que vai da parte sul da região centro- oeste ao litoral do estado de São Paulo, que conta com o maior porto da América do Sul: Santos. Foi por isso que em 1988, a cidade de Santos, em São Paulo, iniciou o trabalho com AIDS – números significativos de casos da doença, nos contextos estadual e municipal. Nesta época, ainda não havia um setor específico para tratamento público e gratuito. Existiam apenas grupos de auto- ajuda. As características da equipe de Santos eram não apresentar discurso contra as drogas; usar ou não drogas era uma opção pessoal (noção de responsabilidade) e tinham como objetivo interromper a cadeia de transmissão do HIV entre os UDI's e diminuir os riscos que tal comportamento trazia à saúde dos usuários e seus/ suas parceiros(as) sexuais e de compartilhamento de agulhas/ seringas.

Em 1988 a prefeitura de Santos lançou a proposta de distribuição de seringas e agulhas a UDI's, como forma de controlar a epidemia de AIDS nesta população. Tal proposta foi enquadrada como crime pelo Ministério Público de Santos, de acordo com a Lei nº 6368<sup>1</sup> de 1976, a qual em seu artigo 12, incisos I e III do parágrafo 2º, criminaliza “quem induz, instiga ou auxilia alguém a usar” ou “contribui de qualquer forma para incentivar ou difundir” o uso ou o tráfico de substância entorpecente (Mesquita, 1998).

Em 1991 – o grupo de profissionais cria uma O.N.G.- Instituto de Estudos e Pesquisas de AIDS em Santos – IEPAS – importante papel na divulgação da proposta de redução de danos e nas tentativas de alteração da Lei 6368. Em 1992 houve a participação dos membros do IEPAS na 3ª Conferência Internacional de Redução dos Efeitos Nocivos das Drogas em Melbourne – Austrália e proximidade com a Rede Internacional de Usuários de Drogas que foi criada naquele evento. IEPAS e Rede Internacional de Usuários de Drogas pressionaram o deputado federal Elias Murad (PSDB-M.G.), por mudanças no projeto de lei sobre drogas de nº1873, de 1991, proposto por ele e que substituiria a lei nº 6368/76. Neste projeto de lei, o artigo que inviabilizou a iniciativa do Programa de DST/AIDS da prefeitura de Santos, permanecia

---

<sup>1</sup> Hoje contamos com nova legislação (lei 11.343 de 23/08/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas – SISNAD e outras providências como no CAPÍTULO III (DOS CRIMES E DAS PENAS) que alega no Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

inalterado. Com a participação de outras O.N.G.S. brasileiras e da importante participação do presidente do conselho Federal de Entorpecentes, Dr. Mathias Flach, foi possível incorporar nesta, dispositivo que legaliza a troca de seringas. Este dispositivo, inserido no parágrafo VI do artigo 12 atribui à autoridade sanitária a decisão sobre políticas de saúde.

Em 1991 foi iniciado em Santos um estudo da soroprevalência do HIV e comportamentos de risco entre UDI's . Ao fim de 18 meses de estudo e 220 UDI's entrevistados perfil dos UDI's e constatação da entrada do crack e um pequeno número de pessoas usando heroína. Tal trabalho levou a uma maior interação com os UDI's e a formação de um grupo de UDI's e ex- UDI's que passaram a desempenhar o papel de agentes de saúde de campo – os redutores de danos. Estes levam material gráfico específico de prevenção aos UDI's, preservativos e distribuem hipoclorito de sódio.

Em 1995, há uma nova tentativa da Prefeitura de Santos de implementar a troca de seringas de forma ampla, após o Programa Estadual de DST/AIDS ter-se dado conta gravidade da epidemia. Em 1 de dezembro (dia Mundial da Luta contra a AIDS), tendo à frente a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, seria iniciada a intervenção de troca de seringas em 5 municípios. Através do Programa Estadual de DST/AIDS-S.P., foram distribuídos às instituições envolvidas no Projeto, kits completos(2 seringas de insulina, agulhas descartáveis, vasilhame com água destilada, swab desinfectante de pele, hipoclorito de sódio a 5,25%, copinho e misturador, tudo acondicionado num estojo igual ao usado para óculos- idéia do programa de Salvador) de prevenção que seriam usados no trabalho junto à população de UDI's. Porém, a Promotoria da cidade novamente foi contra e suspendeu a ação, além de tentar apreender os kits de prevenção do IEPAS.

Desde jan./96, a equipe foi aumentando sua cota de distribuição e em set./97 já distribuía uma média de 400 seringas/ mês.

Temos os Programas de Redução de Danos na Bahia e em Porto Alegre como referências e também centros de referência nacionais: PROAD/UNIFESP( Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes - SP ); CETAD( Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas –UFBA) e NEPAD( Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas –UERJ).

No mundo, a partir da implantação de programas de redução de danos, surgiram associações de usuários de drogas, desenvolvendo trabalhos de educação e prevenção, lutando e defendendo seus pares da violação de seus direitos e apoiando aqueles usuários infectados pelo HIV. No Brasil houve um primeiro esboço de iniciativa de organização de um grupo de UDI's por parte do grupo Pela Vidda- R.J. Em 1997 surge a ABORDA- Associação Brasileira de Redutores de Danos. Entre 1997/1998, a ABORDA, organizada como entidade jurídica e de grupo, passa a ter expressão nacional, viabilizando o surgimento de associações estaduais como a APRENDA(Associação Paulista de Redutores de Danos), ACORDA(de Santa Catarina) e a REDE(do Rio Grande do Sul) e elaborando e executando treinamentos e capacitações para redutores de danos em todo o país. E se tornou membro fundador da RELARD.

Em jan./1998 foi criada a RELARD (Rede Latino Americana de Redução de Danos). Porém, o que vivemos hoje, é uma quase paralisia... Estamos com a Associação Carioca de Redução de Danos correndo o risco de acabar, pois não vem tendo verba para realizar projetos ou os custos com impostos são tão altos que impossibilitam o pagamento de profissionais redutores de danos. Entendo que a redução de danos como uma estratégia clínica e não somente como um movimento pragmático; ações de redução de danos podem produzir demanda de cuidado por parte de usuários de drogas que jamais chegariam ao sistema de saúde, pois o fato da abordagem se dar sem nenhum julgamento moral, leva pessoas a se posicionarem. Digo que diferente do lema de AA, que diz " se você quer usar o problema é seu, mas se quer parar o problema é nosso", a redução de danos teria como tema "se você quer usar o problema é nosso e se quer parar o problema também é nosso", pois trabalha com uma clientela que não chega aos serviços por demanda espontânea, mas sim, que, como profissionais da saúde, devemos pensar em uma "demanda organizada", no sentido de abordarmos junto aos usuários, seus níveis de demanda. Hoje a demanda maior de cuidado é com os usuários de crack, pois a dependência se desenvolve muito rapidamente devido a via de administração da droga levar a efeitos muito rápidos e também pelos riscos associados ao uso, como estar numa crackolândia, onde as condições de higiene são muito precárias, sendo observado aumento de casos de pneumonia e tuberculose entre os dependentes de crack. Logo, não é mais o risco de contaminação do HIV ou de Hepatite, mas o risco de mantermos espécies de campos de concentração, onde vemos corpos jogados ao chão em estado de "coma" ou corpos de mortos por overdose nessas crackolândias, que são jogados nas ruas, pois nesses espaços, não é permitida a entrada de ambulâncias. É por isso que vejo como de extrema urgência a efetivação de trabalhos de redução de danos junto às comunidades, pois as equipes de assistência social e de saúde conseguem chegar em tais "guetos". É nesse sentido que digo que precisamos efetivar, no Rio de Janeiro, uma política de RD para o município, com estratégias particulares e que se baseie em trabalho intersetorial devido ao problema ser de grande complexidade.

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

O psicólogo vai desenvolver o que Antônio Nery chamou de "consultório de rua", ou seja, vai abordar os usuários no território, numa dimensão da ética do cuidado. Não vai perguntar se ele quer parar o uso, mas vai tentar estabelecer vínculo, transferência, para que algum tipo de demanda possa surgir. Como fala Vera Vital Brazil, uma prática clínica instaura-se no **com** e não no **sobre** (visão do especialista). **Intervir** seria **vir entre, em ação**. Essa vem sendo a proposta do meu trabalho como psicóloga. Digo sempre que não sou supervisora; trabalho no campo da intervenção; algo emerge como produção de saberes.

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

Sim. Sou "intervisora" de três CAPS ad e apesar de desenhos organizacionais diferentes, eles trabalham com a lógica da redução de danos, no sentido de

não entender a abstinência total como meta absoluta de tratamento, mas sim que, em alguns casos, reduzir riscos e danos associados ao uso, também pode ser considerada uma boa meta de tratamento. Porém, ainda existem profissionais que não entendem a estratégia de redução de danos, no sentido da entrega de kits, como estratégia de vida, pois acreditam ainda que seria uma forma de incentivar o uso e não como um recurso para evitar a morte ou diversas doenças ou ainda diversos riscos associados ao uso. Acho que isso tem a ver com a idéia do especialismo e do mito da droga como substância mortífera.

### **7. Que outros trabalhos poderiam ser feitos com dependentes químicos de forma a não patologizá-los ou criminalizá-los?**

Acredito que trabalhos que sejam sustentados por um valor ético e não moral, como o trabalho de muitos agentes comunitários de saúde, de equipes de saúde da família, de lideranças comunitárias, compostas inclusive de religiosos, que no momento em que se encontram com esses usuários, pensam apenas que tem diante deles pessoas que sofrem. Vimos isso no bairro da Maré, onde belos trabalhos são feitos por religiosos que levam aos dependentes de crack alimentos e conversam com os mesmos, sem dizer que a saída seria por exemplo a religião. Deixam que os usuários descubram seus caminhos. Eu acho que os trabalhos que se apóiam na noção de cidadania/ direitos humanos saem do lugar do crime e da doença. São trabalhos que se sustentam em uma ética do cuidado ou da solidariedade. Infelizmente temos poucos exemplos, mas poderia citar o trabalho do Ambulatório da Providência, que trabalha com profissionais do sexo; o Programa Nacional de Segurança com Cidadania, que teve um jovem que foi se inscrever e deixou um fuzil ao lado da mesa de inscrição e foi avisado apenas que não poderia ir ao curso armado ou os exemplos que dei sobre práticas dos CAPS ad. Mas temos sim muito a fazer, como criar projetos de geração de renda, arte e lazer. Um dos meus sonhos era que tivéssemos ao lado das cracolândias, centros de cultura e lazer, pois o uso das drogas está sempre associado ao prazer e devemos pensar as drogas como um sintoma social.

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

Acho que não são diferenças na assistência, mas na forma como usuários de álcool (droga lícita) e de drogas ilícitas se colocam em tratamento. Como vejo a dependência de drogas como um sintoma social, entendo que o fato da droga ser lícita ou ilícita oferece um "lugar" subjetivo diferenciado, que geralmente aparece nos atendimentos, inclusive com preconceito dos usuários entre si. Em alguns momentos isso aparece nos espaços de convivência dos CAPS ad e é abordado no sentido de produzir rupturas com os movimentos instituídos.

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

Penso que não vamos acabar nunca com os preconceitos e nem devemos tentar, pois como falava Basaglia, as utopias viram ideologias e as ideologias,

utopias. Mas continuo apostando nas utopias da realidade como ele falava, que para mim são a possibilidade de produzirmos movimentos instituintes sempre que os instituídos nos aprisionam. Dessa forma, venho sugerindo audiências públicas sobre o tema drogas, uso de outdoors para divulgação das mesmas, além dos trabalhos de redução de danos nas comunidades, pois esses geralmente promovem, de alguma forma, discussões sobre o lugar que ocupa o dependente de drogas numa dada comunidade. Quando algum redutor de danos ou grupo de redutores chega numa comunidade, mesmo que seja morador(es) do local, chega marcado por um discurso amoral. Com isso geralmente produz desestabilizações no campo moral, do preconceito, pois é alguém que se aproxima do outro, sem que para isso, tenha que estabelecer conceitos anteriores (pré- conceitos).