

POLÍTICAS SOBRE DROGAS E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESAFIOS EM TEMPOS DE RETROCESSOS

POLICIES ON DRUGS AND PSYCHOSOCIAL CARE: CHALLENGES IN REGRESSIONS TIMES

Fábio José Orsini Lopes¹

Resumo

Este artigo tem como tema central as políticas e modos de atenção em saúde a usuários de álcool e outras drogas. Parte da necessidade de atualizar os debates que envolvem esses modos de atenção, em função do atual momento político brasileiro, em que se verificam alterações basilares nos modelos de cuidado. O texto traça brevemente algumas diretrizes gerais desses modelos de atenção em saúde, destacando seus elementos norteadores. São apontadas fissuras e lacunas nas atuais propostas para as políticas públicas do campo e evidenciado o distanciamento dessas propostas em relação aos princípios da atenção psicossocial, da Reforma Psiquiátrica e das diretrizes do Sistema Único de Saúde. O artigo conclui destacando os riscos que as mudanças vigentes representam à garantia de direitos, às melhores práticas em saúde e ao processo democrático no âmbito dos debates sobre políticas públicas de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Políticas sobre Drogas. Atenção Psicossocial. Saúde Mental.

Abstract

This article has as its central theme the policies and modes of health care for users of alcohol and other drugs. It starts from the need to update the debates that involve these modes of care, because the current Brazilian political moment, in which there are fundamental changes in the care models. The text briefly describes some general guidelines of these health care models, highlighting their guiding elements, critically points out cracks and gaps in the current proposals for public policies in the field and highlights the distance of these proposals in relation to the psychosocial care principles of Psychiatric Reform and the

¹ Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM. E-mail: fabio.jose.lope@hotmail.com.

guidelines of the Unified Health System. The article concludes by highlighting the risks that the current changes represents to the guarantee of rights, the best practices in health and to the democratic process in the context of debates on public policies for the care of alcohol users and other drugs.

Keywords: Policies on drugs. Psychosocial care. Mental Health.

Introdução

Discutir sobre alguma especificidade dos modos de atenção em saúde a usuários de álcool e outras drogas se mostra, na atual conjuntura, tarefa imprescindível e inadiável. As políticas públicas e diretrizes que fundamentam as práticas de cuidado às pessoas que fazem algum tipo de uso de drogas encontram-se em meio a acalorados debates. No atual momento histórico, mudanças nas políticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas ensaiam retrocessos em todo um cabedal de referências e diretrizes que vinham sendo conhecidas como alternativas e substitutivas ao que convencionou-se nomear de proibicionismo. Um campo de disputas interseccionadas entre discursos e narrativas, provenientes das práticas e de conhecimentos de diferentes áreas, que culminou no modelo conhecido como a ‘Atenção Psicossocial’ em saúde mental, e que emerge a partir de estreita relação com lutas pela democracia, e não apenas no campo do cuidado em saúde, mas também como reconhecimento de cidadania, tanto das pessoas em sofrimento psíquico quanto dos usuários de álcool e outras drogas. Este modelo de atenção, embora consolidado como lei e política pública, encontra, nas atuais mudanças aprovadas e em vigor nas políticas sobre drogas, elementos dissonantes e em conflito com algumas de suas diretrizes. Nosso objetivo aqui é lançar luz sobre este momento, buscando traçar e identificar alguma especificidade na atenção a usuários de drogas, analisando as políticas do setor. O artigo busca destacar as principais diretrizes das políticas de atenção relacionadas ao campo, bem como tecer e identificar contiguidades entre as políticas sobre drogas com as de saúde mental, e atualiza o debate discorrendo sobre as atuais mudanças aprovadas. O texto conclui com uma crítica às atuais propostas de políticas públicas na atenção a usuários de álcool e outras drogas, apontando contradições éticas, técnicas e ideológicas, bem como fissuras no tecido político de ação social dos atores envolvidos.

Políticas sobre drogas e a atenção psicossocial: desafios em tempos de retrocessos

Breve análise das mudanças nas políticas de atenção em saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil contemporâneo

Discutir sobre modos de atenção em saúde exige o reconhecimento de que esse debate enseja uma variedade de conceituações e posicionamentos, que muitas vezes atravessam o campo conceitual e técnico e alcançam o terreno da retórica. Pesquisar esses modelos implica em analisar escolhas políticas e a coordenação entre diretrizes e execução de medidas práticas. A discussão desses modelos de atenção é, portanto, sempre política, uma vez que se debruça a analisar o contexto político-institucional em que se dão. Neste sentido, toda proposta de debate neste campo é sempre um marco também de certa forma histórico. No momento em que escrevemos, o País atravessa um momento e um estágio de sua democracia com diretos desdobramentos nas políticas públicas e nas propostas de atenção em saúde para usuários de álcool e outras drogas. Essa marcação temporal de nossa proposta de análise impõe como necessária o debate crítico sobre as anunciadas mudanças ou alternatividade desses modelos de atenção em saúde. A tensão provocada sobre a suplantação do modo de atenção psicossocial pelas políticas atualmente em vigor convoca os pesquisadores à discussão e análises urgentes.

O caminho metodológico de avaliação de políticas públicas sugere que o mais adequado seria partir de uma justaposição de suas diretrizes, seus fundamentos, marcos teóricos e práticas de cuidado. Porém, anterior a este reconhecimento de legitimidade na proposição de modelos de atenção em saúde deve estar o pressuposto de um caminho de institucionalidade democrática respeitado e tramitado, tanto no âmbito institucional formal quanto no de participação e controle sociais. Assim estabelece nosso Sistema Único de Saúde e esta é uma primeira ressalva para a qual chamamos atenção; uma espécie de preâmbulo desta discussão. Este preâmbulo passou a ser necessário a partir do momento em que houve abreviação destas etapas mencionadas, pois que, no que respeita à participação e controle sociais, as mudanças no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, na esfera federal, foram seguidas do esvaziamento dessa participação da sociedade civil no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, o CONAD. O Decreto Presidencial 9.926/2019, excluiu representações da sociedade civil, entre elas as representações dos Conselhos Federal de Medicina, Psicologia, Enfermagem, da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, SBPC, e da Ordem dos Advogados do Brasil, OAB, União Nacional dos Estudantes, UNE, entre outras. O CONAD também deixou de contar com a participação de cinco profissionais antes indicados pelos ministros que

Políticas sobre drogas e a atenção psicossocial: desafios em tempos de retrocessos

presidiavam o conselho: um jornalista; um antropólogo; um representante da classe artística e dois representantes de entidades do terceiro setor. Pela composição anterior, esses cinco assentos seriam ocupados por “profissionais ou especialistas de manifesta sensibilidade na questão das drogas”. A composição do CONAD, que era de representantes do Governo e da sociedade civil organizada, somando ao todo 31 cadeiras, restou composto por 14 membros, sendo quase exclusivamente todos indicados pelo Governo. Cabe reconhecer, sem meandros, que a limitação da participação democrática e o silenciamento do contraditório colidem frontalmente com o Estado Democrático de Direito e com os princípios do SUS, que enxerga na participação social um de seus elementos basais.

Este é um elemento de análise que antecede a qualquer discussão acerca das características de modelos de atenção em saúde. A suplantação de políticas públicas sem o trato público da matéria qualifica o processo com vícios incondizentes com o processo democrático. A questão passa a ser olhar para *como* se tornaram possíveis propostas de revogação dos modelos de atenção erigidos na esteira das lutas de movimentos sociais e reformistas no campo da saúde mental, antes mesmos das discussões de natureza técnica ou conceitual que sustentam esses modelos de atenção. Assim, ao debate, legítimo e histórico, que se fez entre os modos de atenção em saúde mental, fruto da evolução da Reforma Psiquiátrica e da Luta-Antimanicomial, que fez opor, de um lado, o modelo “hospitalocêntrico” e “medicocentrado”, e de outro, o que ficaria conhecido como psicossocial, hoje está acrescentada uma preocupação com o próprio funcionamento da democracia e da salvaguarda do Sistema Único de Saúde.

Feita a ressalva, passemos a analisar, no mérito, as mudanças em vigor. Inicialmente, cabe assinalar que as alterações aprovadas foram anunciadas como sendo de contraponto aos ventos progressistas, que pareciam ensaiar algum questionamento do que se convencionou chamar de paradigma proibicionista no tocante às drogas. O proibicionismo, consolidado como modelo transnacional de gestão do “problema-drogas” ao longo do século XX, nos últimos vinte ou trinta anos, vem sendo, em diferentes medidas, questionado ou mesmo revisto, em especial nos países ditos desenvolvidos. No plano internacional, a revisão do proibicionismo sobre as drogas é, portanto, uma realidade já há algumas décadas. Por oposição, estratégias de recrudescimento e intolerância nas políticas públicas, com ênfase na repressão e no que convencionou-se chamar de combate ou guerra às drogas, vem se tornando relativamente não hegemônico e presente especialmente entre países de democracia menos sólida. Como exemplos, em países como Filipinas ou Coreia do Norte, vigoram políticas de intolerância

Políticas sobre drogas e a atenção psicossocial: desafios em tempos de retrocessos

extrema. De certa forma, portanto, já há considerável entendimento que relaciona como diretamente proporcionais a revisão do proibicionismo e a adoção de modelos regulatórios, tanto do mercado quanto do consumo de drogas, a estágios mais amadurecidos e sólidos na qualidade das democracias mundo afora. Este é o motivo pelo qual este retorno do atual governo brasileiro a um entendimento que está cientificamente superado chama a atenção de antemão.

A análise das mudanças em vigor, feitas as ressalvas sobre seu caminho de participação social abortado, podem ser assim descritas. Em primeiro lugar, destaca-se a priorização de equipamentos e dispositivos de atenção alicerçados em princípios de isolamento social e internações prolongadas. Este é um dos pontos mais sensíveis aos pesquisadores que se debruçam sobre este momento político-institucional. Em uma canetada, sem discussão e debate públicos, o cuidado em liberdade, fruto de um entendimento de décadas de debates e lutas de usuários e profissionais de saúde, foi suplantado por uma lógica voltada *a priori* para a internação prolongada e para o fortalecimento de dispositivos que operam sob lógica do isolamento social. Pesquisadores somos forçados a reconhecer a necessidade de reafirmar, outra vez, que é o *cuidado em liberdade* não apenas o “mais adequado”, mas sim o único caminho ético aceitável para modelos de atenção aos usuários de serviços em saúde mental. Não deixa de soar como uma espécie de *déjà vu* epistemológico e político precisarmos reafirmar estes princípios, tantos anos após a Reforma Psiquiátrica brasileira. E soma-se a este quadro dantesco de alterações nas políticas sobre drogas a enunciação de uma “oposição” à lógica da redução de danos e de aprovação de um “paradigma da abstinência”. Um cenário desafiador e que convida o campo a posicionar-se.

Um segundo ponto a ser destacado refere-se à atuação das políticas em nível de prevenção. Aqui, as mudanças acenam para o fortalecimento e ampliação da presença de programas gestados e executados por instituições do campo da segurança pública, notadamente a Polícia Militar, através do tradicional Programa Educacional de Resistência às Drogas, o PROERD. Implantado no Brasil em 1992, o PROERD é, por sua vez, baseado no programa estadunidense DARE, Drug Abuse Resistance Education, presente nos Estados Unidos da América desde a década de 1980. O PROERD é fundamentado em módulos e currículos sequenciais, destinados a suas respectivas faixas etárias e é centrado na figura de autoridade do policial militar, considerado, na visão do programa, ator adequado para conduzir discussão sobre prevenção a abuso de drogas entre crianças e adolescentes. Atualmente, o programa inclui outras vertentes de discussão, como comportamento violento e *bullying*.

Políticas sobre drogas e a atenção psicossocial: desafios em tempos de retrocessos

E finalizando essa tríade básica de pilares das mudanças anunciadas na políticas públicas de atenção a usuários de álcool e outras drogas, encontra-se, por fim, a destinação de recursos públicos orçamentários para instituições e equipamentos de natureza privada. Sem meias palavras ou protelação, somos francamente pelo entendimento de que os financiamentos de instituições privadas com recursos públicos, no contexto dos financiamentos de dispositivos e equipamentos de saúde, deveriam significar, por essência, medida excepcional. Desde o ano de 2001 que a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS, constitui objetivo central e razão de ser da Política Nacional de Saúde Mental, consequência legal-institucional das décadas de lutas e dos movimentos reformistas. A crescente substituição das unidades de atendimento de práticas asilares pelas de base territorial e comunitária, ou seja, o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e as proporcionais abertura e ampliação de unidades de atenção psicossocial, se confundem com o próprio sentido da Luta Anti-manicomial e da Reforma Psiquiátrica. Pois, esta “razão de ser” é flagrantemente ignorada nesta proposta de financiamento direto, via recursos públicos, de equipamentos privativos de “cuidado” e “acolhimento”, que funcionam sob lógica isolacionista e mediante critérios também privativos de admissão. Medida anacrônica e violadora da Lei 10.216/2001, escandalosamente lobista, e em benefício desses equipamentos privados.

Esta breve análise dos iniciais pontos que anunciam mudanças nas políticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas, embora breve, cobre praticamente a totalidade das mudanças anunciadas. Isto porque a “nova” lei de drogas, Lei 13.840/2019, não dispõe sobre especificidades das formas de atenção em saúde a ser dispensada nesses dispositivos privativos. Não especifica equipe mínima, não estipula critérios de admissão, não apresenta diretrizes de atenção ou práticas de cuidado. Em lugar desses elementos basais, a nova política aposta numa retórica que há muito imaginávamos superada, ao tensionar de forma equivocadamente opositora os conceitos de abstinência e redução de danos. Sobressai dessa oposição falseada profundo desconhecimento sobre os conceitos mais elementares da lógica da redução de danos, que nada têm a ver com pressupostos de manutenção do uso de substâncias entre objetivos terapêuticos, mas tão somente com o fato de que esta manutenção é irrelevante para a garantia de direitos e reconhecimento da cidadania do usuário de drogas. Assim, antes de meta sobre padrão de uso prévia e unilateralmente estabelecido, o que se espera de política de saúde é o reconhecimento desta condição cidadã, que obriga o Estado e o agente de saúde dele representante a atuarem sob as melhores práticas de saúde até aqui identificadas e

Políticas sobre drogas e a atenção psicossocial: desafios em tempos de retrocessos

historicamente construídas como referências de atuação. Por isso aquilo que a lógica da redução de danos preconiza é, como premissa, a efetivação do vínculo, tanto afetivo quanto terapêutico, entre usuário e profissional da atenção em saúde. Daí que contrapor abstinência (sem ao menos conceituá-la também, dado o conceito necessariamente amplificado de *drogas*) à redução de danos, como coisas excludentes e opostas, é desconhecer profundamente esses conceitos elementares.

Esta condição de incompreensão é alarmante e impõe um bom número de problemáticas. Dado que opor redução de danos à “abstinência” se mostra etéreo e ignorante, o debate que se poderia esperar em relação a melhores práticas de cuidado e modelos de atenção se esvazia, pois o problema conceitual e epistemológico é anterior. As mudanças aprovadas foram à força inseridas na política de atenção a usuários, sem ao menos terem o cuidado de se reconhecerem incompatíveis com o paradigma de atenção psicossocial. Resultou daí um modelo com premissas contraditórias, evidenciando o mal feito remendo que o processo de aprovação institucional das mudanças tornou claro. A diretriz de “abstinência pela abstinência”, somada à preconização *a priori* de tratativas em condição de isolamento social se chocam frontalmente com a atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas, como adiante irá ser mostrado. Trata-se, na verdade, de questão pseudocientífica e profundamente ideologizada, pois que não há que discutir um modelo de atenção que sequer existe, uma vez que, ao se propor como excludente e alternativo à lógica da redução de danos, este modelo se erige sob falsa e inexistente dicotomia. Portanto, sua premissa é também falsa e fantasmática. E o “crime” epistemológico é ainda mais grave pois os defensores dessa “nova” proposta de atenção o fazem falando justamente em “desideologizar” o debate sobre práticas de cuidado a usuários de álcool e outras drogas. Verdadeiro estelionato epistemológico, conceitual e técnico. Dito desta forma, estamos aqui francamente afirmando que não se confere às mudanças nas políticas em voga legitimidade para se sustentarem como paradigma de atenção em saúde. As mudanças atuais na legislação e nas políticas públicas de atenção a usuários de álcool e outras drogas feriram, simultaneamente, tanto o processo democrático de revisão de políticas, quanto conceitos e entendimentos científicos já há bom tempo sedimentados.

A atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas

Políticas sobre drogas e a atenção psicossocial: desafios em tempos de retrocessos

De forma minimamente lógica, a tentativa de esboçar um paradigma de atenção aos usuários de drogas, no Brasil, deveria se encontrar alinhada com as diretrizes e princípios da atenção psicossocial em saúde mental, que é o paradigma definido pela Lei 10.2016/2001. Traçar algum panorama da atenção psicossocial, suas diretrizes e desdobramentos, nos remete, necessariamente, ao contexto de desenvolvimento e evolução históricos dos modelos de atenção em saúde mental. Sendo assim, torna-se inevitável considerar a atenção psicossocial como emergente de um cenário composto, no Brasil em particular, de movimentos e lutas políticas, sociais e no campo das disciplinas em Saúde, protagonizados por profissionais, pesquisadores e, principalmente, usuários de serviços em saúde mental. Tem-se, portanto, que a atenção psicossocial precisa ser compreendida à luz dos processos sociais que a antecederam, destacadamente as reformas Sanitária e Psiquiátrica e a Luta-Antimanicomial.

Em conjunto com a Política Nacional sobre Drogas, a partir de 2003 passou a vigorar a Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas. Esquemáticamente, o texto que apresenta a política de atenção em saúde a usuários de drogas está estruturado em três eixos: 1) o marco teórico-político que regula e subsidia a lógica da atenção integral psicossocial aos usuários de drogas, possibilitando demarcar e identificar origens teóricas e fundamentos políticos deste modelo de atenção; 2) um panorama a partir dos padrões e perfis de uso e abuso no Brasil, em termos epidemiológicos e relativos aos impactos à saúde, incluídas estimativas de custos destes impactos. Inédito e inadiável destaque é dado ao consumo de álcool no País; e 3) descreve as diretrizes e orientações basais da atenção em saúde ao usuário de drogas, nos moldes da atenção psicossocial, da lógica e das estratégias em redução de danos e da ética do cuidado para além do proibicionismo.

Na apresentação, o texto enfatiza a necessidade de convergência entre a atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a política que determina as diretrizes da atenção em saúde mental, e ambas por sua vez alinhadas com os princípios do Sistema Único de Saúde. Saúde coletiva, atenção psicossocial, ética do cuidado e redução de danos devem coexistir de forma articulada e interdependente, num sistema em rede e de base territorial. Além disso, de forma que hoje se poderia dizer profética, o texto faz referência à ausência histórica de políticas públicas efetivas do Estado e a consequente expansão de oferta privada e comercializada de propostas de tratamentos, antevendo o cenário atual. Nas palavras do texto:

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações

Políticas sobre drogas e a atenção psicossocial: desafios em tempos de retrocessos

sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. Constatamos assim que, neste vácuo de propostas e de estabelecimento de uma clara política de saúde por parte do Ministério da Saúde, constituíram-se “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. A percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas promove a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são inertes por natureza, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Isto por vezes é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas/ terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência (BRASIL, 2003, p. 07).

Em seguida, o texto traz o conceito, ainda caro e, como prova a realidade atual, incompreendido por muitos, de redução de danos. De forma sucinta, o texto remete ao pilar básico do entendimento redutor de danos, segundo o qual a abstinência não deve se configurar como objetivo nem único nem muito menos exclusivo das propostas de atenção e cuidado, além de mencionar o necessário olhar para a configuração das condições concretas em que se dão uso e abuso; o que inclui, necessariamente, não apenas o *desejável*, mas também o *possível* e principalmente o *executável*, em termos de intervenção e resultados terapêuticos. Por isso o texto retoma a noção prévia e necessária de acolhimento, que, entre outras coisas, supõe acolher a história clínica do sujeito, sem julgamento, nem tampouco atravessamentos de natureza “pedagógica” ou mesmo “tutorial”, além de reafirmar a relevância do estabelecimento de vínculo com o usuário e da corresponsabilização do mesmo no processo de busca de alternativas.

Na seção seguinte, intitulada “A rede de saúde como local de conexão e de inserção”, tem-se lançado outro pilar da atenção integral psicossocial ao usuário de drogas: a noção de rede, território e a abordagem clínico-política. Estes conceitos sugerem que a atenção em saúde mental aos usuários deve transcender os limites clínicos estritos ao *setting* e incluir tanto uma rede articulada de cuidados em saúde, com dispositivos de atenção em níveis distintos de especialidades, quanto o próprio território em si, com seus equipamentos de educação, cultura e lazer. Neste caso, o papel de um Centro de Atenção Psicossocial, além de ser o de acolhimento clínico, deve também ser de irradiação e multiplicação de orientações e saberes que visem à

Políticas sobre drogas e a atenção psicossocial: desafios em tempos de retrocessos

prevenção e minimização de danos no uso e abuso de drogas, em regime de parceria com os ditos equipamentos sociais, na perspectiva da busca de condições de saúde coletiva. Nas palavras do texto:

Neste ponto, a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como “mudança comportamental”, a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida. Neste sentido, o locus de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc., equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e reabilitação sejam contínuos e se deem de forma associada (BRASIL, 2003, p. 11).

Por fim, mas nada menos importante, esta seção do texto menciona o papel crescentemente relevante que deve ser atribuído aos conselhos populares de regulação e controle social. Uma vez que se poderia dizer que a lógica da política nacional de atenção integral ao usuário de drogas recai sobre uma, por assim dizer, “reapropriação do sentido de demanda” em saúde por um dado território e base social, nada mais coerente que promover o empoderamento dos mecanismos de regulação e controle social nascentes nas comunidades.

É na seção seguinte, intitulada Diretrizes para uma Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, que encontramos os elementos mais significativos à análise. Logo no início, o texto faz referência direta à necessidade de adequação e coerência entre a política de atenção aos usuários e a política nacional de saúde mental, que representaria um nível ampliado de referência. A Política Nacional de Saúde Mental deve, portanto, figurar como luz norteadora básica tanto da lógica de atenção aos usuários como das práticas de cuidado e da técnica alinhada ao modo de atenção psicossocial. São citados, como marco institucional, a Lei federal 10.216 de 2001 e seus dispositivos operadores centrais, os Centros de Atenção Psicossocial, bem como suas portarias regulamentadoras. Esta adequação à política

Políticas sobre drogas e a atenção psicossocial: desafios em tempos de retrocessos

nacional de saúde mental sugere que a atenção aos usuários se faça nos limites dos desdobramentos da reforma psiquiátrica e da luta anti-manicomial.

Que modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas, afinal, temos?

A questão posta assim, de chofre, tem de fato a intenção de inquirir sobre qual modelo de atenção, afinal, estamos falando. Há que falarmos em uma espécie de modo de atenção híbrido, onde caberiam as diretrizes da atenção psicossocial em saúde mental juntamente com prerrogativas das metas impostas de abstinência pela abstinência, atualmente em vigor?

Esta parece ser uma discussão de impossibilidade epistemológica, porém de concreta e auto-imposta necessidade. Mesmo que a resposta à questão acima seja um peremptório: “não, não existe modelo de atenção dessa natureza”, é o fato concreto sobre o qual devemos debater. A atual política pública acena para uma lógica isolacionista, institucionalizada, de internação longa e *a priori*, enquanto seu arcabouço teórico e legal maior, a Lei 10.216/2001, representa uma proposta de arranjo dos dispositivos de atenção que deverão primar pelo não isolamento e pelo menor grau do que se chamaria institucionalização dos sujeitos. Na ótica da atenção psicossocial, Os CAPS formariam o centro gravitacional de uma rede intersetorial e articulada de cuidados e atenção, de funcionamento diário, sob modelo de absorção da clientela do tipo “porta aberta”, em regime de frequência variável entre intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, em harmonia com os demais dispositivos de base comunitária e conectados através das equipes que atendem ao território. Concretamente, a atenção deveria ser ofertada para além dos centros de atenção psicossocial, incluindo unidades ambulatoriais, de pronto-atendimento, hospitais-gerais, equipes de saúde da família, e rede de apoio, como comunidades terapêuticas e unidades de regime privado. Assim, a ênfase na relação com a ideia de comunidade deve permear a formatação dos dispositivos de atenção e estabelecer, por consequência, um raciocínio logístico de atenção de base territorial-comunitária. Este é um elemento basal profundamente ferido pelas alterações das políticas em vigor, quando da definição de destinação de recursos públicos para dispositivos de atenção sem essa capilaridade e relação comunitária.

Outro aspecto fundamental que questiona as possibilidades de coexistência entre o modo de atenção psicossocial e as mudanças em vigor se encontra no conceito de “implicação subjetiva”, a qual pode ser compreendida como a promoção de condições ativas de

Políticas sobre drogas e a atenção psicossocial: desafios em tempos de retrocessos

reposicionamento do sujeito na relação com seu sofrimento psíquico, considerando suas condições concretas de saúde/subjetividade, mediante processos de subjetivação e promoção e fortalecimento da autonomia. Assim, a implicação subjetiva exigirá dos dispositivos institucionais funcionamento que promova a ativação das condições de auto-regulação e promoção da saúde, de modo a tornar o sujeito melhor e mais consciente de seu funcionamento psíquico e sintomatologia. A remoção pura e simples de manifestações do quadro sintomático pela via exclusivamente medicamentosa, e, no caso das toxicomanias, do isolamento social, deve deixar de ser objetivo exclusivo ou mesmo prioritário, dando lugar ao fortalecimento das condições de vivência com a estruturação subjetiva e visando, como objetivo longitudinal maior, condições de autonomia e auto-gestão.

O modelo de atenção psicossocial oferece um olhar sobre a constituição das condições promotoras de sofrimento psíquico de enfoque biopsicossocial. O viés organicista/biologicista, que considera o desenvolvimento e evolução do transtorno psíquico como resultado de processos orgânicos disfuncionais, deve ser evitado. Da consideração constituinte biopsicossocial do sofrimento psíquico decorre também a mesma consideração sobre a absorção deste constituinte no tecido social. Ou seja, o sujeito e seu sofrimento psíquico devem ser metabolizados socioculturalmente e o reposicionamento subjetivo ao qual aludimos passa a depender desta compreensão. Assim, a atenção psicossocial sugere a expansão do espectro de alcance do que se chama ‘ambiência terapêutica’, a qual deverá englobar também a família, a comunidade e o território em que o sujeito se insere. Daí derivam desdobramentos tanto à técnica, que deverá incluir enfoque social, práticas grupais e enquadramento institucional, quanto aos meios de reinserção e reposicionamento social, que incluirão cooperativas de geração de renda e trabalho, associações comunitárias e demais dispositivos de vivência sociocultural do território.

Sob este enfoque, a atenção de modelo psicossocial para usuários de drogas sugere contornos até então nunca aventados, ao propor o deslocamento do foco da consideração dos malefícios *a priori* da substância em si, para buscar promover o reposicionamento subjetivo do usuário em sua relação com as condições gerais de vida e saúde (entre as quais obviamente permanecem incluídas as questões relacionadas ao consumo de substâncias, mas nelas não se esgotam). Não somente a definição do objetivo terapêutico do tipo “abstinência pela abstinência” é problematizada, mas também a noção de saúde passa a ser ampliada e compreendida como multifatorial e diretamente proporcional à medida das condições de

Políticas sobre drogas e a atenção psicossocial: desafios em tempos de retrocessos

autonomia. Em termos práticos e utilizando expressões difundidas culturalmente, sugerir-se-ia a substituição do “estar limpo” pela independência frente aos padrões heterônomos e compulsivos de uso e abuso de drogas. Ainda caberia acrescentar que não se trata, obviamente, de desencorajar ou não promover condições de não-uso de substâncias; apenas que tais condições não se antepõem como metas terapêuticas pressupostas e auto-impositivas. A saúde mental, tomada como medida das condições de exercício subjetivo adaptativo e evolutivo, diante das condições concretas de vida e saúde/subjetividade, incita à formulação de um modelo de atenção singularizada e organizada segundo a realidade psicossocial do sujeito em sofrimento psíquico. No tocante às drogas, novamente, infere-se que esta atenção deva deslocar-se da preocupação com a oferta e o acesso das substâncias em si, para buscar promover condições de compreensão dos mecanismos que ensejam abuso e consumo compulsivo das mesmas. O escopo é a promoção da autonomia e das possibilidades de vivência subjetiva adaptativas e ativas dos sujeitos usuários de drogas.

No tocante às formas de relacionamento com a clientela, os dispositivos de atenção psicossocial em saúde mental deverão seguir as diretrizes de participação democrática e autogestão, horizontalizada e com ampla participação da comunidade, mas também incluir um papel de capilarização dessa atenção ao território, buscando fazer cumprir os princípios de universalidade, integralidade e matriciamento em saúde mental. Assim, no que respeita à atenção aos usuários de drogas, este modelo sugere que as unidades de atenção psicossocial figurem tanto como núcleos de gravitação da atenção aos usuários, em especial ao que respeita à atenção especializada referente a usuários de drogas abusivos ou que façam uso nocivo, e também como polos de irradiação de conhecimentos e educação em saúde, difusão de entendimentos e práticas sobre redução de danos, estratégias de prevenção e de conhecimento das necessidades da população atendida no território. Um raciocínio de inserção comunitária que frontalmente rivaliza com as alterações atuais nas políticas sobre drogas.

Considerações finais

Tecer considerações finais e conclusivas sobre tema tão candente, e ainda em resumidas palavras, é pretensão que descartamos de antemão. Os questionamentos possíveis são inúmeros e não se esgotam com este breve ensaio. Todavia, algumas considerações são urgentes. Conforme já sinalizado aqui, somos pela posição que entende que as alterações em

Políticas sobre drogas e a atenção psicossocial: desafios em tempos de retrocessos

curso nas políticas sobre drogas oferecem graves ameaças à consolidação do paradigma de atenção psicossocial nas políticas de saúde mental, e não encontra, em nosso entendimento, sustentação e legitimidade. Todo o processo que culminou nas propostas aprovadas, concretizadas na Lei 13.840/2019, mostrou-se eivado no que tange ao próprio processo democrático e institucional, e também não se sustenta no debate acadêmico-científico. Assim, não se trata aqui de descrever um debate de contraposição entre modelos de atenção em saúde, em um debate pluralista e com garantias ao contraditório como referência. Se colocamos em discussão modelos de atenção que se propõem alternativos e substitutivos é porque, bem ou mal, estas propostas foram aprovadas e têm, hoje, peso de lei. Todavia, os caminhos que nos trouxeram até aqui deverão sempre ser lembrados. Sendo assim, esboçar considerações finais que atentem para alguma especificidade na atenção em saúde para usuários de drogas acarreta em desdobramentos práticos e filosóficos homéricos.

Inicialmente, o ponto de partida é mesmo ético. De modo inequívoco, deve ser reconhecido que as práticas interventivas pertencentes à esfera do proibicionismo implicam na fragilização de direitos humanos fundamentais e de liberdades individuais. Não apenas cerceiam e obliteram o usuário de reconhecidas melhores práticas em saúde, como impactam colateralmente, de forma violenta, parcelas sociais majoritariamente marginalizadas e ao largo do alcance de políticas públicas. Por seu turno, práticas isolacionistas e asilares, se conseguem temporariamente algum resultado de privação do acesso dos sujeitos ao uso de drogas, acabam por privá-lo, também, de condições básicas de exercício de cidadania. O asilamento e o isolamento social são medidas, em qualquer ordenamento civilizado, necessariamente consideradas excepcionais. Restrições de direitos e de condição de cidadania não deveriam ser propostas em nome de políticas de saúde. A excepcionalidade de tais medidas se justificam, unicamente e pelo contrário, nas situações de salvaguarda desses direitos. Não devem, portanto, ser a pedra de toque de uma política pública de atenção em saúde.

Para além desta constatação que julgamos auto-evidente, resta a crítica que aponta para a violação dos princípios do Sistema Único de Saúde. As mudanças aprovadas nas novas legislação e política de atenção aos usuários de drogas, antes mesmo que analisemos a especificidade da atenção em saúde mental, ignoram notadamente os conceitos de universalidade, territorialidade e participação social do SUS. O conjunto dos fatores brevemente analisados neste ensaio nos leva a concluir, indeclinavelmente, que são medidas integralmente em desacordo não apenas com ditames técnicos sedimentados, bem como ferem

Políticas sobre drogas e a atenção psicossocial: desafios em tempos de retrocessos

de morte princípios éticos e democráticos. As propostas violam, ao mesmo tempo, as diretrizes do SUS, o histórico da Reforma Psiquiátrica e da Luta-Antimanicomial e as bases filosóficas e técnicas da atenção psicossocial. Um completo descalabro legal, institucional, prático e político, que atenta não apenas contra o direito dos usuários de drogas às melhores práticas de atenção em saúde, mas até contra a própria democracia.

Referências

BRASIL. Decreto 9.926 de 19 de Julho de 2019. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Diário Oficial da União**. 22 de Julho de 2019.

_____. Brasil. Lei 13.840, de 05 de Junho de 2019. **Diário Oficial da União**. 06 de Junho de 2019.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde: Coordenação Nacional de DST e Aids, 2003.

_____. **Lei Federal 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas e dá outras providências. Casa Civil da Presidência da República. Brasília, 2006.

_____. Política Nacional Antidrogas. **D.O.U.** n. 165, de 27 de agosto de 2002. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, 2003.

_____. **Lei Federal n. 10.216, de 04 de junho de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde. Brasília, 2001.

COSTA-ROSA, A. **O Modo Psicossocial**: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1996.

**Políticas sobre drogas e a atenção psicossocial:
desafios em tempos de retrocessos**

_____. **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica:** contribuições da Clínica Crítica aos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.