

A contribuição da Psicologia no debate sobre políticas públicas para usuários de drogas

Lumena Celi Teixeira
Mestre em Psicologia Social

FENÔMENO DAS DROGAS

Questão complexa e polêmica.

Implica diversas dimensões, que precisam ser correlacionadas, para se ampliar a compreensão do fenômeno numa perspectiva sistêmica.

- ▶ Histórica
- ▶ Médica/toxicológica
- ▶ Cultural/social
- ▶ Política pública de atenção

Segundo Silvia Lane (PSO): alienação é o “estado normal” de baixa criticidade que prevalece na mentalidade de uma sociedade marcada pela dominação ideológica.

Seu antídoto é a reflexão crítica que desvela naturalizações e abre a mente para o novo. Exige disposição e potência criativa.

❖ Dimensão HISTÓRICA – uso ancestral.

As drogas fazem e farão parte da experiência humana. Em todas as sociedades e épocas existe registro da utilização de substâncias psicoativas com as mais diferentes funções: em rituais, em atos sagrados, em práticas curativas, ou mesmo por razões recreativas e lúdicas. (ESCOHOTADO, 2009).

Ao longo do séc. XX algumas dessas substâncias foram sendo consideradas drogas.

Vira problema social com a criminalização dos usuários e seus comerciantes. As sociedades contemporâneas criaram o “fenômeno das drogas”.

1932: Primeira Lei de criminalização da produção e consumo de drogas no Brasil.

Hoje: três Projetos de Lei tramitando no Congresso Nacional.

❖ Dimensão MÉDICA/TOXICOLÓGICA

As drogas lícitas, como os psicofármacos e álcool, são hoje as principais responsáveis pelos danos e agravos à saúde, mesmo se compararmos com todas as demais drogas proibidas somadas.

Pesquisa de David Nutt (psiquiatra e neurocientista, Londres): comparou diversas drogas, considerando indicadores de danos à saúde individual e também de danos à sociedade.

Álcool e tabaco superaram drogas como Ecstasy, LSD e maconha.

Pesquisa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) identificou que 12% do total da população brasileira usuária de álcool desenvolve uso nocivo ou dependência. (BRASIL, 2007a).

No entanto, o debate sobre os agravos decorrentes do uso de álcool ficaram, do ponto de vista da saúde coletiva, em segundo plano diante do alarde público produzido em torno do uso do crack.

Maconha como porta de saída para o crack (e não de entrada).

❖ Dimensão CULTURAL/SOCIAL

Tipos de uso (cannabis):

- ▶ Médico/ terapêutico => indicada para inapetência, náusea, vômitos.
- ▶ Sagrado => ritos de iniciação ou de passagem.
- ▶ Industrial => fibras e óleo.
- ▶ Recreativo => socialização, relaxamento, criatividade.

- ▶ Desinformação que não promove distinção entre os problemas causados pelo uso da substância daqueles provocados pela política proibicionista: 75% das matérias jornalísticas com enfoque policial; 6% em saúde...

- ▶ Marginalização social é fator determinante de prejuízo: situação de rua, aprisionamento à vulnerabilidade, falta de acesso a bens essenciais para a sobrevivência.

❖ Dimensão da POLÍTICA PÚBLICA

Proibicionismo

X

Descriminalização + Regulação

As múltiplas motivações do proibicionismo extrapolam o campo estrito da saúde pública: lucros para indústria bélica, indústria farmacêutica.

Em 1998, a Assembleia da ONU previu “um mundo livre de drogas” em dez anos com a contribuição dos países-membros nessa missão.

Em 2008, após gastar bilhões na repressão, houve a expansão do comércio e do consumo das drogas tornadas ilícitas.

A política de “guerra às drogas” é considerada hoje um fracasso mundial.

- ▶ O potencial de danos das drogas ilícitas NÃO é maior que o das lícitas.
- ▶ Criminalização do usuário é a essência central e causal de prejuízos sistêmicos, que o afasta do tratamento.

❖ **ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL** para usos problemáticos
(10 a 15% do total de usuários)

A questão do uso de drogas, permeada por determinantes históricos, sociais e culturais, não pode ser reduzida a uma classificação ou a um diagnóstico patológico a ser tratado.

Por outro lado, o uso abusivo de álcool e outras drogas, ao colocar a substância no controle da vida do indivíduo, cria uma condição de assujeitamento e coisificação, provocando intenso sofrimento psíquico, o que gera a necessidade e impulsiona a busca por cuidado.

Neste contexto, criar alternativas inovadoras de cuidado ao usuário exige um conhecimento aprofundado de sua história de vida, dos gatilhos determinantes de sua entrada e imersão no uso abusivo de drogas, de suas relações familiares, das relações que estabelece com seus pares e com as demais pessoas que integram seu mundo, das relações com sua comunidade de origem e das relações com a sociedade em geral.

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

- ▶ **Lei 10.216 (2001)** – considerada a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é fruto do Movimento da Luta Antimanicomial.

Políticas públicas devem oferecer condições para a desinstitucionalização dos portadores de sofrimento psíquico.

Propõe o modelo da atenção psicossocial na superação do modelo biomédico.

Pensar o campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo.

Um processo que é social; um processo que é complexo.

Reforma Psiquiátrica negligenciou as demandas relativas ao sofrimento mental derivado do uso abusivo de substâncias psicoativas. Como reconhece explicitamente o Ministério da Saúde,

“produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de “alternativas de atenção” de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência”.
(BRASIL, 2005a, p.1)

Em 2003, a adoção do paradigma da **Redução de Danos** nas políticas de saúde e socioassistenciais impulsiona o desenvolvimento de práticas de cuidado articuladas com os dispositivos substitutivos da Reforma Psiquiátrica e a defesa dos direitos humanos das pessoas que fazem uso de drogas.

A estratégia representa um passo na superação da visão reducionista sobre o uso de substâncias psicoativas, uma vez que incentiva o protagonismo e autonomia do usuário, resgatando sua condição de sujeito.

❖ **Duas perspectivas diferentes para lidar com o fenômeno das drogas:**

O **PROIBICIONISMO** está empenhado em reduzir a oferta e a demanda por substâncias psicoativas com ações repressivas e criminalizadoras da produção, comércio e uso.

Esse modelo, além de fomentar o encarceramento, é considerado de “alta exigência”, pois se baseia na abstinência como pré-requisito para o tratamento.

Acarreta um problema no acesso à saúde, visto que impõe uma barreira para aqueles que não querem ou não podem parar de usar drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas.

O paradigma da **REDUÇÃO DE DANOS** concentra-se em enfrentar de modo pragmático os problemas de saúde, sociais e econômicos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, sem avaliações morais sobre essa prática.

O movimento social da RD também questiona a partilha moral realizada entre drogas lícitas e ilícitas.

RD alinha-se ao modelo da atenção psicossocial:

Prática baseada na compreensão dos processos sociais e psicológicos intrínsecos ao binômio saúde-doença.

Atribui importância também aos contextos institucionais, aos processos de trabalho e às relações com a comunidade.

Implica em atenção integral e formulação de Projetos Terapêuticos Singulares.
Encontra suporte na clínica ampliada.

Pressupõe métodos científicos construcionistas, dialógicos.

Promove o fortalecimento de sujeitos coletivos, co-responsabilidades e autonomia.

A regularidade da presença e a atenção qualificada e acolhedora dos profissionais abrem as possibilidades de construção de um vínculo de confiança.

REDUÇÃO DE DANOS

A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) a define como: “políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento” (ver www.ihra.net)

- ▶ Redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas.
- ▶ Redução de danos ganhou maior dimensão depois do reconhecimento da ameaça da disseminação do HIV entre e a partir de pessoas que usam drogas.
- ▶ É baseada na compreensão de que muitas pessoas em diversos lugares do mundo seguem usando drogas apesar dos esforços empreendidos para prevenir o início ou o uso contínuo do consumo de drogas.
- ▶ Redução de danos também aceita o fato de que muitas pessoas não conseguem ou não querem parar de usar drogas. Acesso a um tratamento adequado para o uso de drogas é importante para pessoas que têm problemas com as drogas, mas muita gente não tem acesso ou não consegue parar de usar. Além do mais, a maioria das pessoas que usam drogas não precisam de tratamento. Existe uma necessidade de prover pessoas que usam drogas com opções que minimizem os riscos de continuarem usando drogas e acabarem causando danos a eles próprios ou a outros. É portanto essencial a existência de informações, serviços e outras intervenções de redução de danos que ajudem as pessoas a se manterem seguros e saudáveis.

- ▶ **Princípios** – As intervenções de redução de danos para drogas são baseadas num forte compromisso com a saúde pública e os direitos humanos.
- ▶ **Dirigida para Riscos e Consequências Adversas:** Redução de Danos é uma ação dirigida que foca em riscos e consequências adversas bem específicas. Políticos, responsáveis por elaboração de políticas públicas, comunidades, pesquisadores, redutores de danos e pessoas que usam drogas devem estar certos sobre:
 - ▶ • Quais são os riscos específicos e consequências associadas com o uso de cada tipo de droga?
 - ▶ • que causa estes riscos e as possíveis consequências?
 - ▶ • que pode ser feito para reduzir estes riscos e consequências?
- ▶ Redução de Danos foca nas causas dos riscos e nas possíveis consequências do uso de drogas. A identificação de possíveis consequências, suas causas e a decisão sobre intervenções apropriadas requer que seja feito um diagnóstico correto do problema e das ações necessárias para solucioná-lo. A construção de intervenções apropriadas de redução de danos tem também de levar em conta fatores que podem tornar as pessoas que usam drogas ainda mais vulneráveis, como idade, gênero e estar na prisão.
- ▶ **Baseada em Evidência Científica e Custo Efetiva** – As intervenções de redução de danos são pragmáticas, possíveis, efetivas, seguras e custo efetivas. Redução de danos tem o compromisso de basear suas políticas e práticas na mais forte evidência científica existente. A maior parte das ações de redução de danos são de baixo custo, fáceis de implementar e têm um alto impacto na saúde individual e comunitária. Em um mundo onde nunca haverá recursos suficientes, os benefícios são maiores na escolha de medidas de baixo custo/alto impacto ao invés de alto custo/ baixo impacto.

- ▶ **Dignidade e Compaixão** – Pessoas que trabalham no campo de Redução de Danos aceitam as pessoas como elas são e evitam julgar comportamentos. Pessoas que usam drogas são filhas ou filhos de alguém, irmãos ou irmãs de alguém, pais ou mães de alguém. Esta compaixão é estendida para as famílias e comunidades das pessoas que têm problemas com drogas. Pessoas que trabalham no campo de Redução de Danos se opõem a estigmatização deliberada de pessoas que usam drogas. Linguagem do tipo drogados, viciados, “junkies” ou similares perpetuam estereótipos, aumentam a marginalização e criam barreiras para que possamos cuidar destas pessoas. Terminologia e linguagem apropriadas devem ser usadas sempre com respeito e tolerância pela diversidade do comportamento humano.
- ▶ **Direitos Universais e interdependentes** – Direitos Humanos se aplicam a qualquer pessoa. Pessoas que usam drogas não podem ter seus direitos humanos negados ou minimizados, incluindo o direito ao melhor padrão de atendimento de saúde possível, direito a serviços sociais, direito ao trabalho, aos benefícios dos avanços científicos, de gozar de liberdade além do direito de não ter prisão arbitrária, tratamento cruel ou desumano. Redução de Danos se opõe aos danos e maltratos deliberados contra pessoas que usam drogas em nome do controle ou da prevenção de drogas; além disto promove soluções para os problemas de drogas respeitando e protegendo os direitos humanos fundamentais.

RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A rede de atenção psicossocial destinada a usuários de álcool e outras drogas deve incluir não só os segmentos do sistema de saúde, mas também as entidades comunitárias e da assistência social.

Na atualidade, a política de atenção primária à saúde...

- ▶ Estratégia de Saúde da Família (ESF),
- ▶ Agentes Comunitários de Saúde (ACS),
- ▶ Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF),

...busca fortalecer a articulação com a rede psicossocial:

- ▶ CAPS AD e CAPS AD i/j,
- ▶ Unidades de Acolhimento (UAs),
- ▶ Consultórios na Rua,
- ▶ Programas de Redução de Danos (PRDs),

RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Para ampliar as ações de proteção social, o SUAS preconiza:

- ▶ Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)
- ▶ Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS).

Considerando-se a peculiaridade da atenção à infância e adolescência, deve-se incluir nessa rede:

- ▶ Instituições de ensino,
- ▶ Instituições promotoras de arte, cultura, esporte, lazer.

Princípios da RAPS:

INTEGRALIDADE

INTERDISCIPLINARIDADE – INTERSETORIALIDADE

Alguns desafios:

Superação da mentalidade manicomial, moralista e discriminatória, que legitima a exclusão social do desviante e a desresponsabilização dos atores sociais (família, Estado, instituições sociais) na produção da “loucura” e do uso abusivo/nocivo de substâncias psicoativas.

Não fazer uso de estratégias tecno-científicas para adaptação social e reprodução de “normalidade” acrítica.

Não alimentar a patologização do cotidiano nem a medicalização da vida.

Atuar em uma perspectiva emancipatória, de empoderamento dos sujeitos.

Conceber a saúde de forma integral e sistêmica, concebendo o usuário como totalidade, um ser biológico, psicológico e sociológico, determinado por suas condições de vida, pelo momento histórico, pela cultura e pela sociedade em que está inserido, revendo visões naturalizantes dos fenômenos psicológicos.

Sustentar o debate sobre “drogas” numa perspectiva de desnaturalização crítica.

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Col. Temas em Saúde. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 2007.

BRASIL. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

----- **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CONSELHO Federal de Psicologia. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: CFP, 2009.

CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS**. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, CFP, 2007.

----- **Referências Técnicas para a Prática de Psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, CFP, 2013.

----- **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: CFP, 2013. 88p.

FREITAS, M. de F. Q. de. **Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 11(1), 175–189, 1998.

----- **Práxis e ética na Psicologia Social Comunitária: possibilidades de transformação social na vida cotidiana**. In PLONER, Katia S. e outros (orgs) – **Ética e Paradigmas na Psicologia Social**. Porto Alegre: ABRAPSO Sul, 2003.

LANE, Sívia T. M., CODO Wanderley (orgs.) **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2001.

MARTÍN-BARÓ, I. **Sistema, grupo y poder. Psicología social desde Centroamérica II**. San Salvador: UCA Ed., 1989. Colección Textos Universitarios, n. 10.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In B. B. Sawaia, **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. São Paulo: Vozes, 2004.

SPINK, M. J. (org). **A psicologia em diálogo com o SUS – prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.