

**CLAYTON EZEQUIEL DOS SANTOS**

**POLÍTICAS E PRÁTICAS DE CUIDADO DA REDE  
PORTUGUESA DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS  
ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS: contribuições para o  
modelo brasileiro**

**ASSIS**

**2017**

**CLAYTON EZEQUIEL DOS SANTOS**

**POLÍTICAS E PRÁTICAS DE CUIDADO DA REDE  
PORTUGUESA DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS  
ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS: contribuições para o  
modelo brasileiro**

Tese apresentada à Universidade Estadual Paulista  
(UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis,  
para obtenção do título de Doutor em Psicologia  
(Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Silvio Yasui

ASSIS  
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

S237p Santos, Clayton Ezequiel dos  
Políticas e práticas de cuidado da rede portuguesa de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências: contribuições para o modelo brasileiro / Clayton Ezequiel dos Santos. - Assis, 2017.  
333 p. : il.

Tese de Doutorado – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis  
Orientador: Dr Silvio Yasui

1. Descriminalização - Drogas. 2. Políticas públicas - Portugal.  
3. Políticas públicas - Brasil. 4. Usuários de drogas. I. Título.

CDD 157.63

CLAYTON EZEQUIEL DOS SANTOS

POLÍTICAS E PRÁTICAS DE CUIDADO DA REDE PORTUGUESA DE  
INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS  
DEPENDÊNCIAS: contribuições para o modelo brasileiro


Tese apresentada à Universidade  
Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de  
Ciências e Letras, Assis, para obtenção  
do título de Doutor em PSICOLOGIA.  
(Área de Conhecimento: PSICOLOGIA E  
SOCIEDADE)

Data da Aprovação: 01/09/2017

COMISSÃO EXAMINADORA

PRESIDENTE: PROF. DR. Silvio Yasui - UNESP/ASSIS 

MEMBROS:PROFA. DRA. Cristina Amelia Luzio - UNESP/ASSIS 

PROFA. DRA. Lianmar Aparecida dos Santos - UNESP/ASSIS 

PROFA. DRA. Maria Cristina Pereira Lima - UNESP/BOTUCATU

PROF. DR. Marcelo Kimati Dias - UEPG/PONTA GROSSA 

*Para meus sobrinhos, Pietro e Theo*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, professor Doutor Silvio Yasui; incentivador, inspirador, paciente e parceiro no processo de construção desse trabalho de investigação.

A todos os participantes da pesquisa, coautores desse trabalho.

Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

A todos da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

A Joaquim Fonseca, Coordenador da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências da ARSLVT.

Aos professores, Doutora Cristina Amélia Luzio (UNESP- Universidade Estadual Paulista - Assis) e Doutor Marcelo Kimati Dias (UEPG- Universidade Estadual de Ponta Grossa), por suas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista – Campus de Assis/SP.

À Direção da Instituição do meu trabalho no Brasil, especialmente a Telma Palmieri por compreender a importância da pesquisa para o meu percurso de vida e profissional.

Aos meus pais, João e Elza pelo amor e confiança sempre.

Aos meus irmãos, Douglas e Betina, também meus melhores amigos.

A todos os meus colegas de trabalho, pelos ensinamentos, respeito e a parceria para superar nossos desafios cotidianos, especialmente a Alcyone Apolinário Januzzi, Camila Cristina de Oliveira Rodrigues, Carla Priscila Linarelli e Sandrina Kelem Indiani.

A Marta Borges, pela disponibilidade, carinho, aprendizado e o presente de uma nova amizade.

A Cristian Borges, meu amigo quase rio-pardense, muito me ajudou na minha partida para Lisboa e chegada no histórico e vivo Bairro Alto.

A Willer Ribeiro, pelo apoio e companhia nas minhas descobertas em Lisboa.

Ao amigo Fernando Luiz Zanetti que sempre me recebeu com todo carinho na sua casa em Assis.

Aos meus queridos amigos; Karina Diniz Oliveira, Sander Cavalcante de Albuquerque, Marcelo Bartilotti de Oliveira, Fábio Andrade, Mônica Magalhães Leite, Vinícius Rodrigues de Miranda, Viviane Marcondes Nagata, Andrea Donatti Gallassi, James Alberto de Moura Valeriano, Juliana Maria Padovan Aleixo e Katuscia Maria Rafaela Silva.

Agradecimento especial a Luis Roberto de Castro Rios, pelo companheirismo, paciência e incentivo no decorrer desses quatro anos de trabalho.

SANTOS, Clayton Ezequiel dos. **Políticas e Práticas de Cuidado da Rede Portuguesa de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências**: contribuições para o modelo brasileiro. 2017. 333 f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2017.

## RESUMO

Este trabalho realizou um estudo exploratório das políticas e práticas de cuidado da rede portuguesa de atendimento dos comportamentos aditivos e dependências. Teve como objetivo identificar possíveis contribuições para a inovação das práticas em saúde na rede de cuidado do pesquisador e produzir uma reflexão sobre as políticas públicas em curso no Brasil. A pesquisa foi realizada nos serviços e projetos da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O trabalho de campo foi constituído de observações participantes registradas em diário de campo e entrevistas. A análise qualitativa do trabalho de campo teve como parceiros os autores da metodologia da Pesquisa Social. Os resultados da análise do trabalho de campo demonstraram a importância de as ações no contexto brasileiro serem menos identificadas com a Saúde Mental, a necessidade de diversificar os locais de intervenção e atuar com outras populações fora do registro das dependências. A descriminalização do porte e uso de drogas precisa ser acompanhada da implementação de políticas públicas para ampliação do acesso aos usuários e diversificar os serviços e projetos da rede de cuidado.

Palavras-chave: Descriminalização - Drogas. Políticas Públicas - Portugal. Políticas Públicas - Brasil. Usuários de Drogas.



SANTOS, Clayton Ezequiel dos. **Policies and Care Practices of Portuguese Intervention Network on the Addictive Behaviours and Dependencies: contributions to the Brazilian model.** 2017. 333 p. Thesis (Doctoral in Psychology). - São Paulo State University (UNESP), Faculty of Sciences and Letters, Assis, 2017.

## **ABSTRACT**

This work carried out an exploratory study of the policies and practices of care at the Portuguese assistance network on the addictive behaviours and dependencies. It aimed to identify possible contributions to the innovation of health practices at the care network of the researcher and to produce a reflection about the public policies underway in Brazil. The research was carried out on the services and projects of the Intervention Division on Addictive Behaviours and Dependencies of the Regional Health Administration of Lisbon and Vale do Tejo. The field research was built of participatory observations registered in field diary and interviews. The qualitative analysis of the field research had as partners the authors of the Social Research methodology. The results of the field research analysis demonstrated the importance of actions in the Brazilian context being less identified with Mental Health, the need to diversify the intervention sites and to work with other populations outside the registry of dependencies. The descriminalization of use and drug possession needs to be followed by the implementation of public policies to increase access to users and to diversify the services and projects of the care network.

Keywords: Decriminalization - Drugs. Public Policies - Portugal. Public Policies - Brazil. Drug Users.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|            |   |
|------------|---|
| AA         | Alcólicos Anônimos  |
| ABORDA     | Associação Brasileira de Redução de Danos                 |
| AIDS       | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                    |
| APDES      | Agência Piaget para o Desenvolvimento                     |
| ARS        | Administração Regional de Saúde                           |
| ARSLVT     | Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo  |
| CAD        | Comportamentos Aditivos e Dependências                    |
| CAPS       | Centro de Atenção Psicossocial                            |
| CAPSad     | Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas     |
| CAPSad III | Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas III |
| CAPS i     | Centro de Atenção Psicossocial infantil                   |
| C.A.S.O.   | Consumidores Associados Sobrevivem Organizados            |
| CAT        | Casa de Acolhimento Transitório                           |
| CAT        | Centro de Atendimento a Toxicodependentes                 |
| CDT        | Comissão para Dissuasão da Toxicodependência              |
| CEPD       | Centro de Estudos da Profilaxia da Droga                  |
| CERSAMs    | Centros de Referência em Saúde Mental                     |
| CES        | Comissão de Ética para a Saúde                            |
| CIAPS      | Centro Integrado de Atenção Psicossocial                  |
| CICD       | Centro de Investigação e Controle da Droga                |
| Cnar       | Consultório na Rua  |
| CGR        | Colegiado de Gestão Regional                              |
| CONAIDS    | Conselho Estadual para Assuntos de AIDS                   |
| CONFEN     | Conselho Federal de Entorpecentes                         |

|         |   |
|---------|---|
| CONAD   | Conselho Nacional Antidrogas  |
| CONAD   | Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas                           |
| CPCJ    | Comissão de Proteção da Criança e à Juventude                         |
| CRI     | Centro de Respostas Integradas  |
| CT      | Comunidade Terapêutica  |
| DGS     | Direção-Geral de Saúde  |
| DICAD   | Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências |
| DIR     | Direção Regional de Saúde   |
| DRS     | Departamento Regional de Saúde  |
| DST'S   | Doenças Sexualmente Transmissíveis                                    |
| ESF     | Estratégia de Saúde da Família  |
| ET      | Equipa de Tratamento  |
| FEBEM   | Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor                               |
| FMI     | Fundo Monetário Internacional   |
| F. CASA | Fundação Estadual Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente |
| GAT     | Grupo de Ativistas em Tratamentos                                     |
| GCCD    | Gabinete Coordenador de Combate à Droga                               |
| GIP     | Gabinete de Inserção Profissional                                     |
| HIV     | Vírus da Imunodeficiência Humana                                      |
| IDT     | Instituto da Droga e da Toxicodependência                             |
| IEFP    | Instituto do Emprego e Formação Profissional                          |
| IEPAS   | Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos                    |
| INEM    | Instituto Nacional de Emergência Médica                               |
| IPCJ    | Instituto Português da Criança e da Juventude                         |
| IPDT    | Instituto Português da Droga e da Toxicodependência                   |

|        |  |
|--------|--|
| IPSS   | Instituição Particular de Solidariedade Social   |
| LSD    | Dietilamida do Ácido Lisérgico   |
| MAPS   | Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies  |
| MDMA   | Metilenodioximetanfetamina   |
| MS     | Ministério da Saúde  |
| NA     | Narcóticos Anônimos  |
| NAPS   | Núcleos de Atenção Psicossocial  |
| NASF   | Núcleos de Apoio à Saúde da Família  |
| ONG    | Organização Não-Governamental  |
| ONU    | Organização das Nações Unidas  |
| PAI    | Programa de Atendimento Intensivo  |
| PEAD   | Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas |
| PNAD   | Política Nacional Antidrogas   |
| PORI   | Plano Operacional de Respostas Integradas  |
| PRI    | Plano de Respostas Integradas  |
| PSOBLE | Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência                                |
| PSP    | Polícia de Segurança Pública   |
| PTS    | Projeto Terapêutico Singular   |
| RAPS   | Rede de Atenção Psicossocial   |
| RRMD   | Redução de Riscos e Minimização de Danos   |
| SENAD  | Secretaria Nacional Antidrogas   |
| SENAD  | Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas  |
| SES    | Secretaria Estadual de Saúde   |
| SICAD  | Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências                        |
| Sisnad | Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas  |

|        |  |
|--------|--|
| SPTT   | Serviço de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                   |
| TB     | Tuberculose  |
| THC    | Tetra-Hidrocanabinol                                     |
| UAL    | Unidade de Alcoologia                                    |
| UAT    | Unidade de Acolhimento Transitório                       |
| UD     | Unidade de Desabilitação                                 |
| UDI's  | Usuários de Drogas Injetáveis                            |
| UE     | União Européia   |
| UIL    | Unidade de Intervenção Local                             |
| UNESP  | Universidade Estadual Paulista                           |
| UNGASS | Special Session of the General Assembly                  |

**Na exigência de vida tudo é lícito, mesmo o artificial, e o artificial é às vezes o grande sacrifício que se faz para se ter o essencial.**

**(Clarice Lispector)**

# Sumário

|  |     |
|--|-----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 17  |
| Por que pesquisar o funcionamento da rede de cuidados portuguesa?.....   | 28  |
| Breve Panorama da Construção da Política Pública de Saúde no Brasil .....  | 32  |
| Sobre a Construção da Política em Portugal.....  | 42  |
| <b>PERCURSOS DO PESQUISADOR E DA PESQUISA</b> .....  | 58  |
| A metodologia de pesquisa – diálogos com os autores da Pesquisa Social .....   | 58  |
| Percurso preliminar – sobre a fase exploratória.....   | 58  |
| O Recomeço .....   | 61  |
| Percurso até a chegada à Lisboa .....  | 62  |
| Chegada à Lisboa – sobre a fase do trabalho de campo .....   | 64  |
| Fase final – a análise e tratamento do material.....   | 71  |
| <b>ANÁLISE DO TRABALHO DE CAMPO</b> .....  | 75  |
| A estruturação da política e dos serviços fora das políticas da Saúde Mental.....  | 75  |
| Sobre a designação “comportamentos aditivos e dependências” (CAD). .....   | 81  |
| Particularidades do trabalho de prevenção .....  | 94  |
| Ações da Redução de Riscos e Minimização de Danos.....   | 106 |
| Especificidades da Reinserção Social .....   | 135 |
| Tratar e a figura do doente .....  | 146 |
| As modalidades de internação e a composição com a dinâmica do tratamento .....   | 163 |
| O álcool: problema de grande magnitude e com um caminho longo a construir .....  | 170 |
| A Lei da Descriminalização .....   | 180 |
| As Comissões para a Dissuasão das Toxicodependências, a Polícia e as interfaces surgidas em torno do tema das drogas ilícitas..... | 192 |
| O que os membros de uma Associação têm a dizer das políticas e as intersecções com “alguns” do “outro lado” .....                  | 217 |
| <b>DÍALOGOS DO MODELO PORTUGUÊS COM A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA</b> .....   | 225 |
| Ponderações importantes entre as experiências .....  | 225 |
| A aliança possível entre a Saúde Mental e a Saúde Pública .....  | 227 |
| A internação como mais um recurso na dinâmica do tratamento .....  | 239 |
| As áreas de intervenção e o risco da captura na lógica do tratamento.....  | 250 |
| A Lei da Descriminalização: desdobramentos, avanços e desafios .....   | 279 |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 288 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | 296 |
| <b>ANEXO 1 – Organograma do Serviço Nacional de Saúde de Portugal</b> .....  | 305 |
| <b>ANEXO 2 – Fluxograma da rede na região de Lisboa e Vale do Tejo</b> .....   | 307 |
| <b>ANEXO 3 – Consentimento informado, Esclarecido e Livre</b> .....  | 309 |
| <b>ANEXO 4 – Carta para a Comissão de Ética para a Saúde</b> .....   | 312 |
| <b>ANEXO 5 – Carta à Coordenação da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências</b> .....                | 314 |
| <b>ANEXO 6 – Carta ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.</b> .....                     | 316 |
| <b>ANEXO 7 – Parecer Intermédio da Comissão de Ética para a Saúde</b> .....  | 318 |
| <b>ANEXO 8 – Guiões das observações participantes e entrevistas</b> .....  | 321 |

|   |            |
|---|------------|
| <b>ANEXO 9 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde e autorização do Conselho Diretivo da ARSLVT .....</b> | <b>325</b> |
| <b>ANEXO 10 – Unidades de Intervenção Local (UIL) da DICAD da ARSLVT .....</b>                                | <b>330</b> |



## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa pretendeu investigar o modo como se estrutura e opera a rede de cuidados da política pública de saúde portuguesa de atendimento aos comportamentos aditivos e dependências, considerada como uma das mais importantes experiências mundiais. (DOMOSTAVSKI, 2011; FIORE, 2015; PORTUGAL, SD).

O estudo nasceu das minhas inquietações enquanto profissional há mais de dez anos na assistência e gestão de serviços voltados ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas do Sistema Único de Saúde (SUS) em um município de grande porte do Estado de São Paulo.

Desta maneira, a seguir convidaremos o leitor a entrar em contato com a minha trajetória profissional e na sequência, elaboraremos com maior detalhamento as questões centrais da presente investigação.

O desenvolvimento de uma dependência de álcool e outras drogas sempre foi algo que me despertou interesse desde a graduação. Eu sempre ficava a pensar sobre as causas da dependência química e ficava curioso em entender por que algumas pessoas experimentavam substâncias psicoativas e conseguiam manter um uso esporádico e recreativo e outras acabavam aprisionadas no uso repetitivo, em grande parte ocasionando o abandono das suas atividades diárias.

No início do quinto ano na Universidade, em 2000, me candidatei para uma vaga de estágio extracurricular em um Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS). Esse Centro tinha um Programa de Atendimento Intensivo (PAI) destinado ao atendimento de pessoas com “transtornos mentais graves” e um ambulatório de Saúde Mental. Além dos atendimentos individuais e em grupo com profissionais de uma equipe multidisciplinar, o PAI era um programa que contava com várias oficinas terapêuticas em parceria com a Universidade e visavam o acolhimento do sofrimento psíquico e a produção de sentido na vida dessas pessoas, na grande maioria, com histórico de institucionalização em hospitais psiquiátricos. Num primeiro momento, eu e um colega estagiário começamos a participar do atelier com uma terapeuta ocupacional do programa. Eu me lembro como se fosse hoje a minha inquietação e curiosidade antes de iniciar o estágio em um local identificado

com a “loucura”. O ponto de partida era chegar devagar e estar disponível com a diferença. O mais importante era escutar e “estar com”. Nada além disso. Sem preocupação com falas ou intervenções. E esses usuários começaram a me ensinar os efeitos do acolhimento da “loucura” deles. Vínculos começaram a se estabelecer. E durante as atividades, muitas histórias surgiam. Às vezes com alegria, outras expressadas com sofrimento. Era manejar a crise de usuários, em grande parte psicóticos, evitando recorrer a uma internação psiquiátrica. Foi assim que eu construí a minha compreensão inicial do que eu via e vivia ali.

Poucos meses depois de iniciar o estágio, começamos a perceber que havia uma demanda por trabalhar as questões da sexualidade. Havia dificuldade por parte dos profissionais em manejar situações que envolviam a sexualidade dos usuários. Também havia alguns casais no programa. E alguns falavam das suas histórias de relacionamentos e angústias em torno da sua sexualidade. Começamos a conversar em equipe sobre a necessidade de nossa atenção com o tema e que extrapolava o olhar exclusivo para momentos em que alguns usuários se apresentavam com “comportamentos sexualizados”. Em um outro dia e horário da semana, eu e um outro colega de estágio resolvemos inaugurar a oferta de uma roda de conversa sobre sexualidade após as conversas iniciais. O nome da “oficina” chamou a atenção de muitos usuários e trouxe conseqüente participação.

As duas experiências rapidamente descritas acima foram decisivas para impulsionar a minha decisão em me candidatar em 2001 para um Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Saúde Pública, na época vinculado à Direção Regional de Saúde de Assis (DRS) em parceria com a Universidade Estadual Paulista (Unesp). Durante o Aprimoramento, eu estagiei no PAI e no Centro de Saúde de uma cidade vizinha. Além das atividades práticas, nós tínhamos formação teórica e supervisão. Ao contrário do estágio no quinto ano de graduação no PAI, o Aprimoramento visava ampliar o escopo de atuação e integrar a rede de saúde, estabelecendo estratégias de intervenção com outros grupos populacionais e problemáticas de saúde. E foi aí que o tema do uso de álcool e outras drogas apareceu novamente, coincidente com um momento político importante; a III Conferência Nacional de Saúde Mental que abordava dentre seus quatro eixos de trabalho e problematização, a necessidade de novas abordagens aos usuários de

substâncias psicoativas. Era notável a dificuldade de adesão dos usuários de álcool e outras drogas aos atendimentos do ambulatório do CIAPS. As situações eram as mais variadas. Os pedidos de internação psiquiátrica eram recorrentes por parte dos profissionais que alegavam não saber lidar com essa população. Os usuários comumente solicitavam internação para livrar-se do “vício”. As tentativas de atendimentos ambulatoriais na grande maioria das vezes resultavam em abandono. A equipe era muito difícil de ser mobilizada para esse tema e, mesmo com a tentativa de um projeto intersetorial envolvendo o Conselho Tutelar, a Promotoria, a Saúde, a Assistência Social e a Educação, não tivemos grande êxito, pela nossa condição de passagem por doze meses no programa, em consolidar uma proposta que deveria ter continuidade no próximo ano, fora do registro exclusivo da abstinência e na articulação com outros setores e atores da sociedade civil. Mas essa experiência me trouxe uma indagação: por que os usuários que recorriam à internação, referindo a vontade de abandonar o uso de substâncias, na grande maioria das vezes, voltavam a consumir no pós-alta e abandonavam o tratamento ambulatorial? Essa era uma nova questão para mim, mas diante do sentimento de impotência no projeto tentado com essa população, cada vez mais meu interesse era o de trabalhar com usuários psicóticos, a partir da minha experiência positiva de estágio na graduação e continuidade nas ações e projetos durante o aprimoramento. Por fim, destaco uma outra experiência me tocou durante o Aprimoramento; um treinamento de uma semana em São José do Rio Preto com a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA). No treinamento, entrei em contato com um mundo e formas de abordagem completamente diferentes do que eu estava acostumado a ver. Era o meu primeiro contato com a estratégia da redução de danos, uma medida de saúde pública ligada aos programas DST's/AIDS que buscava minimizar os prejuízos decorrentes do uso de drogas, defendendo o uso de forma segura, sem a preocupação de interferir diretamente na relação do sujeito com a droga e respeitando o direito à decisão de consumir.

No início de 2002, terminando o referido Programa de Aprimoramento, surgiu a oportunidade de me candidatar para um processo seletivo em outro município, em uma instituição de referência no tratamento e reinserção social na área da Saúde Mental no Brasil. Mas para a minha surpresa, o processo seletivo era para trabalhar em uma unidade de internação psiquiátrica e

atendimento ambulatorial destinada ao tratamento da “dependência química”. Diante de uma experiência anterior com poucos desdobramentos concretos, essa oportunidade apresentava-se como um desafio. Embora com pouco sucesso no projeto do aprimoramento, essa temática despertou curiosidades e fez com que eu construísse algum alicerce teórico e idéias de intervenção com essa população.

No princípio, estranhei uma instituição de renome internacional ter as instalações de uma unidade de atendimento de “dependentes químicos” em uma das alas de um hospital psiquiátrico desativado, localizado em um distrito da cidade, de difícil acesso para uma população “difícil de tratar” e com dificuldades de adesão ao tratamento. Mas logo soube que era uma unidade nova, criada há poucos meses, após um estudo institucional que defendia o atendimento da população internada por “dependência química” separada dos “transtornos mentais”. Poucos meses depois, mudamos para um dos setores reformados do hospital psiquiátrico da instituição, um pouco menos distante da área mais urbana, porém ainda afastado e localizado em um outro distrito da cidade.

A internação oferecia vinte e cinco leitos de atenção integral para o município e região da Direção Regional de Saúde (DIR), sendo quatro deles, leitos femininos. No município, existe uma “Central de Vagas” com a função de regular as mesmas, sendo o encaminhamento realizado pelos centros de saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pronto-socorro, entre outros serviços da rede assistencial. A proposta da internação era breve, durando em média um período de quinze dias, visando a desintoxicação e a realização de um trabalho com o usuário que o levasse a pensar sobre sua relação com as drogas e a importância de sua implicação com o tratamento, tendo sequência no pós-alta em equipamentos extra-hospitalares. O trabalho era multidisciplinar, constituído por uma equipe de auxiliares de enfermagem, administração, enfermeiros, estagiários, médicos (clínico e psiquiatras), psicólogos e terapeutas ocupacionais. No cotidiano diversas atividades eram realizadas, dentre as quais: cuidados clínicos e de enfermagem, atividades terapêuticas ou que visam a informação, reuniões com as famílias, reuniões de equipe, assembleias de usuários, atendimentos individuais, atividades físicas, dentre outras. A equipe era dividida em duas mini-equipes de referência para os cuidados com a clientela internada, com o objetivo de pensar cada caso

através das reuniões de projetos terapêuticos individuais (PTI<sup>1</sup>). O esquema de referências visava fortalecer o vínculo junto ao usuário, construindo com o mesmo propostas de continuidade do tratamento no pós-alta. Nas reuniões de PTI, discutíamos cada caso que estava internado, tentando compreender os motivos pelos quais o sujeito buscava esse recurso de tratamento e suas expectativas no pós-alta, para junto com o mesmo pensar estratégias que pudessem auxiliá-lo. É evidente que esbarrávamos com muitas dificuldades para construir um bom PTI, pois na grande maioria das vezes, o usuário que apresentava sofrimento associado ao uso de drogas chegava à unidade referindo muitas perdas, dentre elas, o rompimento com o vínculo familiar, o desemprego, a falta de moradia, entre outras. Além disso, cessar o uso de drogas não era o motivo exclusivo que fazia com que os usuários buscassem ajuda através da internação. Muitas vezes estar internado, em ambiente protegido, significava para o sujeito estar distante do traficante com quem contraiu dívidas e por quem era ameaçado por não ter tido dinheiro para pagar. Outros casos buscavam uma internação para “aliviar” problemas com a justiça, no pedido incessante por atestados e declarações que garantissem sua condição de “doente”. Muitos usuários ficavam internados porque a pressão familiar era grande e, no caso de menores de idade, a determinação judicial falava mais alto, apostando que a melhor saída para o adolescente é ficar “preso” no hospital ao invés de ser encaminhado para a Fundação do Bem-estar do Menor (FEBEM). Existiam também os usuários que ficavam durante dias usando drogas e, para não perderem o emprego, permaneciam internados para conseguir um atestado. Isso não quer dizer que inexistiam situações em que de fato os sujeitos buscam o tratamento, mas, nestes casos, na sua quase totalidade, a frase mais expressiva era: “Cheguei ao fundo do poço”. Enfim, garantir um bom projeto terapêutico para o sujeito que chegava à unidade pelos mais diversos motivos não era uma tarefa fácil, pois além do desejo de abandonar o consumo configurar-se como uma peça chave para o tratamento, era muito difícil a interlocução cotidiana com os outros equipamentos de saúde que compunham a rede. E, se dialogar com a saúde não era simples, tampouco eram fáceis as parcerias com outros setores no processo de trabalho, dentre eles, a cultura, a justiça, a habitação, a assistência social e a educação.

---

<sup>1</sup> Sinônimo de Projeto Terapêutico Singular (PTS), denominação adotada mais à frente.

O ambulatório oferecia atendimentos periódicos através do encaminhamento no pós- alta, da rede de assistência em saúde do município ou através de demanda espontânea. Inicialmente era feita uma “triagem” pelo chamado pronto-atendimento, construindo com o usuário, através da escuta, propostas que possibilitassem pensar o padrão de consumo atual e sua relação com a droga. O ambulatório oferecia grupos de terapia ocupacional, grupos psicoterápicos, atendimento aos familiares, grupos de prevenção à recaída, atendimentos médicos e psicoterapia individual. O pronto-atendimento, além da triagem, atendia às chamadas “intercorrências” e a usuários que já estavam inseridos no programa ambulatorial e que iam até o serviço buscando escuta e acolhimento. Havia cinco leitos-noite, um recurso que me chamava a atenção. Os usuários com risco de uma recaída podiam solicitar esse recurso e passar a noite no hospital. Quando comecei a trabalhar na unidade, o serviço tinha como tratamento o modelo médico que parte da desintoxicação e da abstinência associadas à Prevenção da Recaída. O manual de Prevenção da Recaída utilizado pela equipe seguia os princípios básicos de Marlatt & Gordon (1993) numa abordagem cognitivo-comportamental, trabalhando o reconhecimento consciente da problemática com posterior capacidade de controle de situações da vida potentes para conduzir ao retorno do uso de álcool e outras drogas. Segundo Knapp & Bertolote (1994), a Prevenção da Recaída é um programa de tratamento que conscientiza a pessoa e a instrumentaliza para lidar com situações de risco para a recaída, ou seja, situações em que ela volte a consumir álcool e outras drogas. A prática deste modelo começou com a equipe inicial do projeto, respaldada por trabalho de supervisão.

No mesmo ano de início das minhas atividades profissionais nessa unidade de tratamento, em 2002, comecei a cursar o mestrado em Psicologia, concluído em meados de 2005. Algumas questões e inquietações foram trabalhadas na dissertação de mestrado. “A Reincidência na Drogadição a partir da Visão do Adicto” foi um estudo realizado com usuários de cocaína e crack, com o objetivo de examinar o fenômeno da reincidência, ou seja, o momento em que o usuário decide parar de usar a droga e depois retorna ao ato do uso, recorrendo após algum tempo, a uma nova internação.

A prática dos profissionais reforçava a internação como ponto de partida para o tratamento e a manutenção da abstinência no pós-alta, assim como os

usuários reforçavam seu “lugar exclusivo de doente” e a culpa, fatores que pareciam estar em consonância com o discurso institucional. O estudo demonstrou que a maioria dos usuários abandonavam o tratamento pós-alta e que uma das suas preocupações era apresentar-se ao tratamento ambulatorial após uma recaída. Disso resultava a procura de ajuda somente nos momentos em que o uso de drogas causasse uma situação de vida muito adversa, e por isso procuravam o serviço com o pedido de nova internação. O esforço naquele momento parecia ser a transição em deixar de associar o uso de drogas a situações como a delinquência, marginalidade, violência e o crime, e passar a abordá-lo como um problema de saúde. Mais do que isso, inaugurar formas de abordagem que pudessem deslocar o usuário de drogas do lugar exclusivo de doente e do imperativo da abstinência como “obrigatoriedade” para o tratamento. Ao refletir sobre os achados desta investigação, foi evidenciada a hipótese de que a recaída era um falso problema para os sujeitos, já que os entrevistados demonstraram que a desintoxicação concomitante à abstinência provocada pela internação era somente um momento de privação do gozo proporcionado pelo uso. A abstinência não significava que os sujeitos faziam uma renúncia que caracterizasse o desejo de distanciamento da droga, mas sim uma parada que muito provavelmente estava ligada às consequências negativas provocadas pelo uso, e num grupo dos casos, de forma mais enfática, à impossibilidade de administrar o prazer do uso da droga em paralelo ao exercício dos seus papéis sociais esperados, como por exemplo, ser pai de família, trabalhador, um sujeito que produz e tem poder de consumo.

Mesmo dentro da sua singularidade e seu processo constante de invenção, a instituição parecia estava permeada pelo discurso da medicina. A psiquiatria ocupava uma posição central no discurso institucional e mostrava-se urgente não reforçar uma terapêutica médica que transitava num lugar destacado das outras formas de abordagem da questão. O saber psiquiátrico tem sua importância mas reforçar o discurso medicamentoso que alivia o sofrimento da abstinência do sujeito pode trazer ambiguidades numa escuta que visa a aproximação do indivíduo à sua história e à relação com o uso de drogas. Nesse sentido, o estudo questionou se os sujeitos eram lacônicos e falavam pouco sobre o uso da droga porque o discurso institucional restringia o espaço, através da abstinência e da medicação como formas principais do

tratamento, provocando uma inibição para outras práticas discursivas. O fato de estarem internados, privados da droga no momento das entrevistas, sustentava o imaginário da “proibição” de falar das delícias do prazer com o uso da droga. Se o trabalho partia da desintoxicação e ressaltava os efeitos nocivos da droga valorizando a abstinência, por que o sujeito haveria de se expor? Falar do como é bom usar a droga não seria uma forma de mostrar desinteresse pelo tratamento? O estudo demonstrou que estar atento para buscar aberturas nos discursos é vital, a fim de não cair no risco de repetir a performance das instituições que contam basicamente com uma internação que somente protela o uso da droga, ao invés de criar condições que permitam o aparecimento de um sujeito que produza dúvidas e questionamentos sobre si mesmo.

Assim, é preciso considerar que os entrevistados estavam dentro do hospital e no contexto da saúde pública. Os sujeitos parecem ter da instituição a representação como aquela que medica e propõe o tratamento através da desintoxicação e abstinência na internação. Portanto, a pesquisa demonstrou a necessidade de mudanças, tanto na forma como opera a instituição, quanto no modo como se apresenta para seus possíveis usuários, para que se criassem outras condições de ver e tratar o problema do uso de drogas dentro de um paradigma que não tivesse mais o discurso médico como elemento central. A dissertação de mestrado, dentre outros achados, produziu algumas questões relevantes ainda no momento em que eu trabalhava no hospital/ambulatório: poder escutar o sujeito intoxicado é, ao invés de priorizar a desintoxicação, entender que o tratamento pode ser construído em etapas, ou seja, que se deve escutar desde o primeiro momento e que os eventos da vida ocorrem em paralelo, o que não impede de colocar a abstinência como meta final. Por que distinguir, a priori, o uso de drogas das compulsões em geral? Não serão apenas os perigos iminentes associados ao objeto droga que permitem isola-la de uma série de problemáticas presentes de forma intensa no contexto social atual? A manutenção de equipamentos destinados a tratar exclusivamente dos problemas advindos do uso de drogas não estaria reforçando processo de identificação do usuário de drogas e todo o imaginário social a respeito da questão? A Reforma Psiquiátrica, mesmo com o seu avanço, demonstra o quanto as práticas e os discursos ainda estão centrados na atenção ao “louco” e nesse sentido caberia indagar: na atenção aos usuários de drogas o que se



pretende é “importar” o modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)? Compreender as ações de redução de danos como medidas de saúde pública com o objetivo de diminuir os prejuízos provocados pelo uso de drogas e o princípio de respeitar a liberdade das pessoas que não querem parar de usar drogas seria o limite do paradigma da psiquiatria psicossocial?

Em 2006, cinco anos após o meu início de atividades profissionais nessa unidade de atendimento da “dependência química” e tendo recém terminado o mestrado, um grupo de trabalhadores do qual eu fazia parte, articulados com a Reforma Psiquiátrica, começou a problematizar a importância de transitarmos para outro paradigma. Naquele momento histórico havia a possibilidade de a instituição iniciar uma nova frente de trabalho: um Centro de Atenção Psicossocial destinado ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas (CAPSad), uma nova modalidade de serviço especializado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) prevista desde 2002. Aqui podemos marcar um novo momento do meu percurso: o desafio em implementar um novo serviço transitando para o campo da gestão. A abertura de um novo CAPSad foi meta debatida durante alguns anos no Conselho Municipal de Saúde e um marco importante na ampliação da oferta de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. O Fórum de Dependência Química<sup>2</sup> se caracterizou como um espaço de discussão de profissionais do SUS que fortaleceu inicialmente a implantação da proposta. As problematizações ganharam força na unidade em que eu trabalhava e na ampliação do diálogo com os profissionais da instituição. As diferentes concepções puderam “ter voz” e um coletivo maior de trabalhadores, respaldado pelos gestores, entendeu que seria um bom momento para inaugurar uma nova experiência.

A equipe de trabalho era jovem e em grande parte recém-formados, ávidos por ampliar o escopo de atuação. Havia liberdade para trabalhar com outros referenciais técnico-teóricos, mas a abordagem central dessa frente de trabalho destoava de outras práticas institucionais mais abertas e em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, dentre eles, o tratamento em liberdade e o respeito às diferenças e escolhas das pessoas. A insuficiência de recursos financeiros para contratação, o processo de desospitalização, a preconização da retaguarda para usuários de álcool e outras drogas no hospital geral e o surgimento desse novo serviço de saúde

---

<sup>2</sup> Há aproximadamente 5 anos renomeado como “rede álcool e outras drogas” (rede ad)

suscitaram a necessidade de reconfigurar a rede de atenção para esta clientela, com diminuição dos leitos psiquiátricos, ampliação dos leitos-noite<sup>3</sup> para acolhimento de usuários em situação de vulnerabilidade e criação de leitos secundários na Santa Casa. A partir dos acontecimentos arrolados, iniciaram-se as transformações na unidade de internação com programa ambulatorial para a constituição do CAPSad, a procura do “espaço” para a nova unidade, a constituição da equipe de trabalho e as assembleias com profissionais e usuários para a construção da proposta. O atendimento passa a ser regionalizado e o CAPSad tornou-se referência para a população de aproximadamente metade do município, junto a outro CAPSad, cadastrado em 2004. O vínculo dos usuários anteriormente em tratamento com os profissionais da equipe foi respeitado, independente da regionalização. As aproximações sucessivas com o primeiro CAPSad cadastrado potencializaram as ações e tentaram dar visibilidade ao tema. A citada transição do modelo ambulatorial para o CAPSad refletiu na urgência de disparar modos de aproximação de grande parte dos profissionais no entendimento e formulação de tal proposta. A saída do “ambiente protegido” no hospital para um novo serviço mais próximo da realidade da comunidade despertou muitas fantasias no grupo de pessoas envolvidas, como por exemplo, a ameaça da proximidade com o tráfico e o que representaria um CAPS para usuários de álcool e outras drogas. Além disso, “convocou” a equipe a reconfigurar o cuidado com a clientela, migrando de modos tradicionais da assistência com base no agendamento, para o acolhimento que garante o acesso e marca a posição dos usuários na criação/gestão da nova proposta. O modo de funcionamento do referido CAPSad e de cuja gestão participei de 2007 a 2012 será útil na discussão e será retomado mais à frente, tanto para arriscar respostas advindas da prática às perguntas acima propostas na conclusão da dissertação de mestrado em 2005 quanto para dialogar com os achados da presente pesquisa. Para terminar de situar o leitor sobre o meu percurso profissional, em meados de 2012 até os dias atuais, eu transitei da gestão do CAPSad para compor a direção da instituição e ser referência de apoio para os gestores e serviços de três regiões do município. Para dar uma dimensão dos serviços na minha área de abrangência, faz parte da minha região atualmente: 3 CAPS

---

<sup>3</sup> Retaguarda noturna no hospital psiquiátrico para acolhimento sem risco clínico, com a solicitação a partir da avaliação de profissional da equipe de referência junto ao usuário.

adulto 24h, 2 CAPSad 24h, um CAPS infanto-juvenil, 3 Centros de Convivência, um Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho, 2 equipes do Consultório na Rua e mais dois projetos de referência para todo o município; uma unidade de Internação com 20 leitos, próxima do fechamento no segundo semestre, visando a extinção de leitos em hospital psiquiátrico, referências para todo o município.

Dentre as minhas atribuições estão o monitoramento e apresentação de indicadores, a interlocução entre os serviços, discussão de casos, interface com a política de Gestão de Pessoas institucional, composição com a coordenação de Saúde Mental e outros gestores do município, contribuindo na definição das diretrizes da política e pactuação do trabalho em rede (articulação com os Centros de Saúde, a rede de Urgência/ Emergência, Central Reguladora de leitos de internação, entre outros serviços da rede setorial e intersetorial) interface com as chamadas áreas-meio (transporte, alimentação, assistência farmacêutica, compra de materiais) e mesmo que indiretamente, com o eixo da formação (estagiários, um Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Instituição e com os residentes de um Programa de Residência Multiprofissional).

E agora o leitor poderia indagar: por que esta contextualização? Com a saída da gestão do CAPSad em 2012, teria o pesquisador deixado de estar implicado com os eixos do cuidado destinado a usuários de álcool e outras drogas? Como resposta, podemos considerar que se trata de um gestor e doutorando desde 2013 que se pauta na sua prática e no seu percurso para levantar as questões da presente investigação. Um gestor que mesmo na gerência de questões administrativas está implicado com a articulação da política e do cuidado. Trata-se, antes de tudo, de uma posição ética de produzir desvios de uma convocatória que se expressa para o cumprimento de metas quantitativas e estabelecimento de fluxos com responsabilidades. Para dizer que não há gestão sem o compromisso em pensar o cuidado e que não há política que se construa apartada de uma realidade que se impõe e fornece elementos preciosos para a transformação das nossas práticas. O gestor-pesquisador é antes de tudo um técnico, um trabalhador do Sistema Único de Saúde e não um administrador burocrata a serviço de mecanismos de controle e de uma política cega dos custos. A organização com boa administração dos recursos e a prestação de contas ao poder público é importante, porém não

podem estar desvinculadas de uma gestão clínico-política que se debruça nos efeitos das nossas ações com os usuários e se dissocia de uma análise da qualidade dos processos e projetos em curso. Trata-se de uma pesquisa em que temos um pesquisador-ator de uma rede de cuidado, um pesquisador implicado com uma prática.

Finalizada a narrativa com os pontos mais relevantes do meu percurso profissional, agora podemos adentrar na justificativa para a escolha da rede de cuidado portuguesa da Divisão de Intervenção nos Comportamento Aditivos e nas Dependências (DICAD) para a investigação e as respectivas questões da pesquisa.

### **Por que pesquisar o funcionamento da rede de cuidados portuguesa?**

A experiência portuguesa no tema das drogas, após mais de dez anos de implantação, permanece como uma referência mundial, pelas inovações trazidas no campo jurídico, social, preventivo e assistencial. (DOMOSTAVSKI, 2011; FIORE, 2015; PORTUGAL, SD).

O primeiro diferencial com relação à experiência brasileira se dá pelo fato de Portugal no ano 2000 descriminalizar o uso, a aquisição e o porte de drogas para consumo próprio.

No Brasil, a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e a constitucionalidade do artigo 28 que dispõe sobre os “Crimes e Penas” tem sido questionada. A lei não define a quantidade de droga que caracteriza o porte para o consumo (como ocorreu em Portugal<sup>4</sup>), o que traz um viés do julgamento do agente de segurança pública no momento e contexto da abordagem. As situações de posse de drogas não interpretadas como de uso pessoal serão submetidas ao juiz que realizará o julgamento do ocorrido com base nas informações sobre o local e condições em que se desenvolveu a ação, a conduta, as circunstâncias sociais e antecedentes do usuário. De acordo com o Levantamento de Informações Penitenciárias de dezembro de 2014 (INFOPEN, 2014) um entre outros dados chamam a atenção. Houve o crescimento de 567% da população penitenciária feminina entre 2000 e 2014, elevando de 5601 mulheres presas

---

<sup>4</sup> No caso das drogas ilícitas mais consumidas no Brasil, a maconha e a cocaína, esses limites de posse que caracterizam uso pessoal são de 25 e 2 gramas, respectivamente.

por questões relacionadas ao tráfico em 2000 para 37380 em 2014.

A lei da descriminalização em Portugal proporcionou a queda vertiginosa da prisão de usuários de drogas ilícitas, o aumento do acesso ao tratamento e o esvaziamento do estigma de “criminoso”. (DOMOSTAVSKI, 2011). Além disso, Portugal teve o mérito de inaugurar uma política global de intervenção, porém no material pesquisado inicialmente o reconhecimento internacional da experiência portuguesa foi a mudança paradigmática que a lei da descriminalização proporcionou na abordagem de usuários de drogas ilícitas. As inovações no tratamento de usuários de álcool não são muito destacadas internacionalmente, embora haja políticas em curso destinadas a essa população para o reconhecido problema do abuso do álcool não somente em Portugal, mas mundialmente considerado.

Conforme situado inicialmente, a pesquisa emergiu a partir dos impasses e dos “nós críticos” encontrados nos meus campos atuais de trabalho. Mesmo com os consideráveis avanços nas políticas públicas de saúde no Brasil no início do século XXI, os usuários dos serviços de tratamento, em grande parte, permanecem estigmatizados pela sociedade brasileira e com dificuldades de entrada e vinculação nos serviços de saúde que não são especializados. Além disso, os profissionais enfrentam entraves no diálogo e parcerias com a polícia, justiça, educação, assistência social, habitação, cultura e a comunidade. As práticas revelam contradições e produzem embates, frente ao fato de o Brasil ainda criminalizar usuários de drogas, protagonizar medidas de caráter higienista e recorrer ao judiciário via internação na modalidade compulsória.

O acesso dos usuários, em especial na atenção primária à saúde, ainda encontra barreiras e o “imperativo” da abstinência e da internação (com destaque para a internação psiquiátrica) permanece como um ponto de tensão na relação dos usuários, familiares, da sociedade civil e até mesmo de profissionais de saúde com os serviços especializados.

Diante de tais considerações, ao longo do estudo exploratório das políticas e práticas portuguesas da rede de cuidado dos comportamentos aditivos e dependências, pretendeu-se identificar possíveis efeitos da lei da descriminalização na transformação das práticas de cuidado em saúde destinadas a usuários de drogas. Além disso, pretendeu compreender se houve mudança de posicionamento por parte dos usuários na busca por

tratamento e na maneira da sociedade civil e a polícia lidar com o tema do uso de drogas ilícitas.

O segundo diferencial com relação à experiência brasileira é que em Portugal o uso de drogas ilícitas, em especial as injetáveis, mobilizou a mudança no sistema de saúde português com conseqüente elaboração de uma estratégia global. Concomitante à descriminalização do uso de drogas, a experiência portuguesa implementou uma rede de serviços de saúde específica para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, com coordenação própria das ações, assim como serviços e projetos de caráter intersetorial.

No Brasil, poderíamos considerar dois momentos; a implantação dos CAPSad, advindo dos avanços na Reforma Psiquiátrica Brasileira (ou seja, adscrito ao campo da saúde mental) e um segundo momento de ampliações impulsionado em especial pela falsa epidemia do crack e as preocupações de caráter higienista do governo, aos problemas relacionados ao tráfico e à violência.

Outra dificuldade na prática profissional é a articulação com a rede setorial e intersetorial. Mesmo com a recente expansão da rede de tratamento e seus inegáveis efeitos positivos, em especial para os usuários dos serviços, a atual política parece reforçar na prática que o tratamento de pessoas que usam álcool e outras drogas é de responsabilidade exclusiva da saúde, e mais do que isso, da “saúde mental”. Além disso, evitar a internação (em hospital psiquiátrico ou na enfermaria de saúde mental do hospital geral) é ato que tem sido reforçado nas diretrizes técnicas da gestão em saúde e nos serviços especializados. Uma direção que muitas vezes está e ligada ao processo de desospitalização e desinstitucionalização protagonizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira desde o final da década de 80.

Nesse sentido, a investigação também procurou identificar se foram notados resultados positivos na implementação da rede de atendimento em Portugal desvinculada diretamente da área da Saúde Mental e as vantagens da existência de uma instância específica ligada ao Ministério da Saúde (o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências; SICAD) e as Divisões de Intervenção nos Comportamento Aditivos e Dependências (DICAD) ligadas às cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) do território

português, responsáveis por monitorar e operacionalizar as políticas, como veremos mais à frente.

E por fim, um terceiro diferencial é a composição e atuação da rede de cuidado. Os Centros de Respostas Integradas (CRI) em Portugal trazem algumas particularidades interessantes. De acordo com a revisão bibliográfica, havia equipes técnicas especializadas para cada eixo de intervenção: prevenção, tratamento, reinserção e redução de riscos e danos. Na literatura pesquisada não havia clareza de como esses eixos operacionalizavam o processo de trabalho e o cuidado compartilhado dos usuários. Outros aspectos também chamaram a atenção em Portugal: a dupla nomenclatura “redução de riscos e minimização dos danos”, diferente da adotada no Brasil (“redução de danos”), assim como a ausência de registros de internações em hospitais psiquiátricos para usuários de álcool e outras drogas, como com muita frequência ocorre ainda no Brasil. No material inicialmente pesquisado foram encontradas como referências para a internação: as Unidades de Desabilitação, a Unidade de Alcoologia e até Comunidades Terapêuticas públicas, porém não foi possível produzir um entendimento inicial de como essas estruturas funcionavam e se articulavam com os CRI, tampouco compreender se havia articulação com os serviços de saúde mental para usuários com transtornos mentais que fazem uso de drogas. Para tanto, a pesquisa tentou investigar como ocorre a atuação em diferentes áreas de intervenção e indagou se essa organização contribui para uma forma mais alargada de operar, deslocada do viés central de cuidado/tratamento como ocorre nos serviços adscritos na rede de cuidado do meu campo de trabalho no Brasil.

Portanto, dado o reconhecimento internacional da experiência portuguesa, a investigação na/da rede de cuidados na área dos comportamentos aditivos e dependências poderia contribuir para reforçar a importância de descriminalizar o porte e o uso de drogas no Brasil, assim como revelar estratégias e propiciar o aprofundamento da reflexão, com consequente possibilidade de inovação no campo de práticas do profissional/pesquisador.

## **Breve Panorama da Construção da Política Pública de Saúde no Brasil**

No contexto brasileiro tivemos por longo período a ausência de uma política pública de saúde mais comprometida com o cuidado de usuários de álcool e outras drogas. Na ausência de propostas concretas, o atendimento desses usuários se dava pela prática da internação com a proposta de cessar o uso de drogas e a manutenção da abstinência. Além disso, a falta de uma política pública de saúde mais abrangente gerava uma visão reducionista da temática e as abordagens, intervenções e políticas se desenvolveram predominantemente no campo da justiça e da segurança pública.

Segundo Fiore (2005) as primeiras medidas de tratamento a dependentes de drogas surgiram no âmbito da justiça penal, embora a psiquiatria tenha contribuído para a sua legitimação. As medidas propostas estavam identificadas com a repressão e controle do uso. Os usuários de drogas ilícitas eram vistos como doentes ou criminosos. Enquanto o controle foi justificado em prol da ordem social para preservar a saúde e a segurança da população, o jurídico e a psiquiatria deram sustentação técnica e científica para a adoção dessas medidas.

Mas ao contrário do protagonismo da justiça na sua aliança com a psiquiatria com as primeiras medidas de tratamento para usuários de drogas ilícitas em 1921 por meio do Decreto nº 14.969 e criação do sanatório para toxicômanos (BITTENCOURT, 1986; FIORE, 2005; MACHADO, 2006), no início do século XX o tratamento do alcoolismo teve seu início com as sociedades de caráter privado, como por exemplo, a Liga Brasileira de Higiene Mental e a Liga Anti-Alcólica de São Paulo. Mesmo sem uma atuação do Estado, as concepções moral e higienista faziam parte das suas concepções (MUSUMESCI, 1994). Mesmo o alcoolismo no início do século XX sendo visto como um problema muito maior do que o uso de drogas ilícitas, as intervenções não tiveram participação governamental. Por outro lado, a psiquiatria defendia medidas repressivas para diminuição do alcoolismo e favoreceu, da mesma forma, a entrada do aparato jurídico como cerceadora do uso de álcool.

No início da década de 70 a psiquiatria ganhou força e a justiça colocou o hospital psiquiátrico como a principal forma de tratamento para usuários de drogas. Embora essa medida fosse da justiça, a repressão perdeu força para a



missão de recuperação. O que estava em cena era o controle ao invés da preponderância da punição e a psiquiatria tornou-se uma aliança ainda mais forte da justiça (BITTENCOURT, 1986).

Após a adoção do hospital psiquiátrico como medida principal para o tratamento de usuários de drogas com base na lei nº 5.726 de 1971, a aprovação da Lei nº 6368 de 1976 pela primeira vez estabeleceu a proposta de serviços na rede pública de saúde hospitalar e extra hospitalar, em um momento em que o Ministério da Previdência e Assistência Social respondia pelos atendimentos em saúde (MACHADO & MIRANDA, 2007). Nesse período, os centros de tratamento estavam em sua maioria comprometidos com o atendimento dos usuários de drogas ilícitas e muitos deles não atendiam alcoolistas. Na década de 80 o Ministério da Saúde começou a visualizar a importância de programas para minimizar os problemas relacionados ao uso do álcool. Dessa maneira, os benefícios previdenciários, números de consultas com os psiquiatras e internações por conta do alcoolismo cresceram nesse período (MACHADO, 2006). Segundo a autora, essa mesma lei de 1976 estabeleceu legalidade para a criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) em 1980 sob a tutela do Ministério da Justiça. Somente cinco anos mais tarde o CONFEN começou a abordar o tema das drogas lícitas. Em 1988, o CONFEN foi substituído pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), vinculada à Casa Militar da Presidência da República, com a atribuição de coordenar a Política Antidrogas. Segundo Machado (2006), o CONFEN produziu dois documentos, um em 1988 e outro em 1996, que contêm propostas políticas para a área de drogas, abordando aspectos relativos ao tratamento e à atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. A “Política Nacional na Questão das Drogas” de 88 favoreceu a criação de centros de referência em prevenção e tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, destinados ao tratamento, à formação de profissionais e pesquisas, preferencialmente ligados às Universidades. O “Programa de Ação Nacional Antidrogas” de 2006 demonstrava a preocupação com o consumo de drogas e o aumento da contaminação pelo vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis. Paradoxalmente, o documento não propôs nenhuma articulação com o setor público de saúde e a coordenação das ações de

tratamento ficou a cargo do Ministério da Justiça e da Segurança Pública.

Embora o CONFEN não tenha conseguido impactar, no setor público de saúde, suas normativas para o desenvolvimento de práticas como os centros de referência de tratamento, ações de prevenção, projetos de redução de danos e comunidades terapêuticas teve sua relevância. Merece destaque a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) que reforçou historicamente as Comunidades Terapêuticas como o espaço de tratamento de usuários de álcool e outras drogas (MACHADO & MIRANDA, 2007). Em 2002 foi instituída a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) no Brasil por meio do Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto. O PNAD atuava em 2 eixos centrais: a redução da demanda (com ações de prevenção de drogas lícitas e ilícitas) e a redução da oferta (com ações de repressão ao tráfico). (BRASIL, SD).

Entretanto, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira no final da década de 80, surgiram tentativas de cuidado a usuários de drogas sem a preocupação direta com a abstinência, embora as iniciativas se apresentassem como medida de saúde pública, visando a diminuição de contaminação pelo vírus HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Em 1989, a Secretaria Municipal de Santos realizou a primeira experiência de distribuição de materiais para o uso seguro de drogas injetáveis (NIEL & SILVEIRA, 2008). A experiência foi interrompida pela intervenção do Ministério Público que entendia essa ação com UDI como incentivadora do uso de drogas. Em 1990 o Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos (IEPAS) continuou a ação iniciada no ano anterior, embora de forma clandestina. (PICONEZ E TRIGUEIROS & HAIEK, 2006). Foi somente em 1994 que o Ministério da Saúde via Programa DST/AIDS aprovou parte de um projeto de prevenção ao abuso de drogas, posteriormente aprovado na sua totalidade pelo Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), com parecer favorável do Conselho Estadual para Assuntos de AIDS (CONAIDS) do Governo do Estado de São Paulo, incorporando no projeto a troca de seringas descartáveis aos UDI. (FLACH, 1996 APUD POLLO-ARAUJO & MOREIRA, 2008).

Mesmo considerando a estratégia de redução de danos como um contraponto importante às práticas preponderantes de internação e promoção da abstinência, foi somente a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília em 2001, que o tema ganhou maior expressão junto ao Ministério da Saúde (MS). A decisão do MS de prevenir, tratar e

reabilitação de usuários de álcool e outras drogas atende às deliberações da referida Conferência (BRASIL, 2002). Conseqüentemente, a portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002 define normas e diretrizes no âmbito do SUS, com ênfase na reabilitação e reinserção social do usuário de substâncias psicoativas, atrelada à Lei Federal 10.216 que redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). A portaria GM/336 legitima a criação de serviços especializados para o atendimento a essa população; os Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad). Esses serviços têm como objetivo ofertar atenção integral e contribuir na organização da rede de assistência dos municípios. A legitimação dos CAPSad no escopo da Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas advém das transformações nas políticas de Saúde Mental brasileira. A Reforma Psiquiátrica no Brasil surge a partir de um intenso movimento social, com destaque para o protagonismo dos trabalhadores, que buscavam melhorar a assistência no Brasil e denunciar a precariedade dos hospitais psiquiátricos (único recurso destinado aos portadores de transtorno mental). Como um modo de enfrentar e apresentar outros caminhos de cuidado, novos serviços foram sendo criados como o CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira na cidade de São Paulo, no ano de 1987, os Núcleos de Atenção Psicossocial, na cidade de Santos, em 1989, e os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs), na cidade de Belo Horizonte, em 1993. Todos estes serviços e muitos outros que foram sendo criados por todo o país tinham como objetivo central substituir o modelo centralizado no hospital, evitando internações psiquiátricas. Atualmente, estes serviços são nomeados como CAPS, o que inclui os CAPSad e são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria:

“(...) reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p. 12)”.

A prática e a experiência concreta destes serviços vão ao longo dos anos compondo uma perspectiva ética e política que diversos autores têm nomeado como Atenção Psicossocial. Segundo Costa-Rosa, Luzio & Yasui

(2003), o significante “psicossocial” é utilizado na década de 80 como um conceito para designar os novos dispositivos institucionais (CAPS e NAPS) e as práticas em Saúde Mental Coletiva, inscritas em outra lógica, dialogando com as contribuições da Antipsiquiatria, da Psiquiatria Democrática e da Psicoterapia Institucional. Inscrevem-se em uma outra lógica que almeja superar o paradigma psiquiátrico. Isso significa que essa perspectiva procura ultrapassar as transformações da prática médica que buscava integrar no ato médico a dimensão social na produção de enfermidades (DONNANGELO, 1979) e as práticas desenvolvidas nas Comunidades Terapêuticas, da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Comunitária, que incorporavam o psíquico e o social aos aspectos biológicos, porém sem desconstruir o paradigma psiquiátrico e a centralidade na doença mental. (COSTA-ROSA, LUZIO & YASUI, 2003).

Para Amarante (2006) a criação de uma rede de serviços de caráter aberto, com cogestão com os usuários e população, concomitante à formulação de conceitos como “existência-sofrimento”, questionando a relação sujeito-objeto e o paradigma doença-cura, são pontos importantes que situam as transformações na Reforma Psiquiátrica. Para o autor, acrescentam-se às transformações: a mudança nas legislações para o exercício da cidadania, o direito ao trabalho e a inclusão social, assim como a desinstitucionalização entendida como a mudança da imagem do louco, da instituição que promove a circulação dos usuários e da relação dos usuários e da população com o espaço institucional.

Costa-Rosa (2000), na análise sobre o Modo Psicossocial, contribui com a caracterização dos dispositivos institucionais para compreender o paradigma da Atenção Psicossocial. Para o autor, alguns parâmetros são imprescindíveis ético e teórico-tecnicamente: as concepções do processo de saúde-doença, da organização das relações intrainstitucionais, relação da instituição e profissionais com a clientela e população, acompanhada dos efeitos éticos e terapêuticos de suas ações.

Para Yasui (2006), o CAPS pode ser compreendido como uma estratégia para a transformação no modo de cuidar, porém não se limita e nem se esgota com a sua implantação. Muito além de um lugar, um *lócus*, a Atenção Psicossocial é uma proposta ética e política, é um *ethos*. Trata-se aqui de olhar para o sofrimento psíquico para além dos diagnósticos que nos

afastam da vida concreta do sujeito com sua singularidade, seus vínculos, seu lugar e seu tempo. Resgatar a vida com seus percalços, paradoxos, impasses, mas também como possibilidades, potências de laços e encontros, invenção de modos diferentes de ir em frente. Ou seja, reconhecer a alteridade e os diferentes modos de viver e estar na vida e estar ao lado na construção do “comum”, no compromisso coletivo de potencializar protagonismos e diferentes modos de viver. Neste sentido, o CAPS é, tão somente, um arranjo institucional provisório que foi criado em um determinado momento histórico, sob determinadas condições e um lugar específico. A potência do paradigma da Atenção Psicossocial está nesta dimensão inventiva presente nas relações e nos encontros, para produzir estratégias de cuidado e de produção de vida.

Após revisitar alguns pilares do paradigma da Atenção Psicossocial, fica evidente que o processo saúde-doença deve ser compreendido como o resultado da complexidade dos processos sociais e das singularidades de todos os atores envolvidos num dado território.

Nesse sentido, cabe destacar a importância dos Centros de Saúde enquanto as portas de entrada do sistema e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um modo de agenciar cuidados deslocado do modelo clínico tradicional. O movimento dos profissionais de saúde ao encontro da população e vice-versa leva em consideração o contexto comunitário, as suas necessidades, as particularidades dos sujeitos que ali vivem e a promoção de saúde com base no princípio da integralidade.

A compreensão do sujeito inserido no território, mesmo que conectado às ações do CAPS, não deve deixar de estar adscrito à ESF como a maior referência da Estratégia da Atenção Psicossocial, distanciado de um sistema organizado e hierarquizado por níveis de complexidade de Atenção. (YASUI & COSTA-ROSA, 2008).

Ao final de 2002, 42 CAPSad foram implantados em 14 estados brasileiros e o Ministério da Saúde (MS) definiu a política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2003). Nesse documento, um importante marco teórico-político é explorado, questionando a binarização presente: drogas/comportamento anti-social (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas), de modo que em ambos os casos o objetivo a ser alcançado é a abstinência com estratégias de abordagem que visavam: redução da oferta (com a ação da justiça, segurança e defesa) e redução da demanda (com

tratamentos de internação que visam afastar o usuário; isolá-lo do agente indutor). A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas apresentou uma nova concepção:

“As implicações 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 anti-sociais e à oferta de ‘tratamentos’ inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. (...) 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. (BRASIL, 2004, p.7)

A partir disso, a política pública de saúde propõe uma inversão significativa: explora a diversidade e especificidade dos grupos populacionais e das individualidades, com o compromisso ético da defesa da vida. Isso revelou o esforço dessa política em romper com uma disputa que separa as práticas de intervenção denominadas “clínicas”, mais comumente de caráter individual, das questões do campo da saúde coletiva, que revelam, por exemplo, as expressões de uma comunidade ou grupo populacional com seus próprios modos de adoecer e representar tal processo. (PAIM, 1980). Tenta desconstruir uma falsa dicotomia entre um sujeito singularizado e a dimensão coletiva, ou seja, um sujeito atravessado por uma realidade e ao mesmo tempo ator e transformador dela.

O acolhimento torna-se uma concepção importante para a expressão do singular e produção de desvio que permita agenciar outra história; uma nova possibilidade de existência. (BENEVIDES, 2001). Na perspectiva do acolhimento o profissional deve “dar lugar” à forma e o tempo com que cada sujeito revela a particularidade da sua história entrelaçada com o uso da droga e o que nessa mesma história se expressa como a de muitas outras vidas ou grupos. Acolher significa escutar sem nenhum “a priori”, estar atento às capturas e convicções que possam barrar um encontro que produza desvios. Pode incorrer no risco de invalidar o que o sujeito revela ou constrói na sua vida e vivência com a droga, e que pode estar ou não identificado com determinados grupos populacionais e comportamentos culturalmente construídos. Significa suportar o inédito, o imtempetivo ou até mesmo o que está cristalizado no discurso. Acolhimento significa a abertura para escutar o

sofrimento que se apresenta, o que não deve ser confundido com a ausência de agenda/acesso, nem tampouco com o atendimento individualizado que não pode ser tomado como sinônimo de singularização se não houver uma abertura por parte de quem escuta. Essa política define a intersetorialidade, atenção integral, prevenção, promoção e proteção a saúde de consumidores de álcool e outras drogas, controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica e definição de modelos de atenção com os CAPS e redes assistenciais como diretrizes.

A intersetorialidade merece destaque à medida que amplia o escopo de atuação e o modo de compreender o fenômeno do uso de drogas que ultrapassa o campo da saúde. Uma rede de serviços de saúde, assim como o vínculo numa relação de confiança com os familiares mostra-se incipiente sem parcerias efetivas com a área jurídica, educacional, social e de desenvolvimento. Se por um lado foi um avanço reconhecer o uso de drogas como um dos maiores problemas de saúde pública e criar uma política, mesmo que tardia no SUS, a intersetorialidade faz-se importante para potencializar a construção de projetos terapêuticos que apresentem potencial para o resgate da cidadania dos usuários. Pode inclusive interferir na mudança do imaginário social sobre o uso de drogas.

Segundo Tedesco & Souza (2009), a reformulação proposta à clínica do uso de drogas no Brasil, ocorre na via da implementação de políticas dirigidas à migração da Redução de Danos (tida como estratégia de prevenção as DST/AIDS), para o campo de tratamento das drogas, de modo que a política da AIDS tentava intervir sobre a incidência do HIV/AIDS, sem ter a preocupação direta no tratamento do uso indevido de drogas. A concepção da política do MS (BRASIL, 2003) reintroduz a abordagem da Redução de Danos, apontando a necessidade de uma clínica sem juízo de julgamento e com possibilidade de escolha de caminhos. A abstinência não deve ser o único objetivo a ser alcançado e o tema das drogas deve ser tomado na sua complexidade, interesse social e transversalidade, ou seja, é importante resgatar a dimensão da promoção a saúde e abordar o tema sob a perspectiva de uma política pública de saúde.

Com o percurso realizado até aqui, fica evidenciada a diferença de propósito do PNAD (focado na ação antidrogas) e a Política do Ministério da Saúde, voltado para redução dos problemas relacionados ao uso de álcool e

outras drogas. A diferença entre suas propostas está descrita no trecho a seguir:

Há, na PNAD, um capítulo sobre Tratamento, Recuperação e Reinserção Social que foi elaborado sem considerar os princípios e diretrizes do SUS, ou seja, a política de saúde do Brasil. As duas políticas têm também objetivos diferentes, que evidenciam seus diferentes pressupostos. A PNAD objetiva “atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (BRASIL, Presidência da República, 2001, p.13); a Política do Ministério da Saúde objetiva “reduzir o nível de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas que são vivenciados por uma sociedade” (MACHADO, 2006, p. 109).

O Sistema Nacional de Política sobre Drogas (SISNAD) foi somente instituído em 2006. Essa lei produziu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, tendo como ponto de destaque a diferenciação do traficante e do usuário, ocupando capítulos diferentes na lei (BRASIL, SD).

Mas foi somente em 2008 com a Lei 11.754 que o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). O nome da Secretaria Nacional Antidrogas também foi alterado para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Essas mudanças foram tardias, mas extremamente importantes diante dos realinhamentos das políticas desde 2004:

Essas importantes mudanças ocorridas no cenário político da época, somada a experiências adquiridas na implementação de programas de redução de danos na atenção à saúde de usuários de drogas injetáveis e a formulação da Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, contribuíram para o realinhamento discursivo na política do CONAD, a começar pelo nome, que mudou de ‘Antidrogas’ para “Políticas sobre Drogas” (TEIXEIRA SANTOS & FÉLIX DE OLIVEIRA, 2013)

Posteriormente, podemos situar dois momentos importantes no contexto das políticas públicas referentes a usuários de álcool e outras drogas: o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD), instituído pela Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009 e o Plano Crack, instituído pelo Governo Federal, pelo Decreto nº 7179, em maio de 2010. (BRASIL, 2011). No PEAD, o objetivo era expandir as estratégias de tratamento e prevenção relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, enquanto o Plano Crack objetiva a prevenção do uso, o



tratamento e a reinserção social de usuários de crack, assim como o enfrentamento do tráfico das drogas ilícitas.

O Plano Crack destinou recursos financeiros ao Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social, Gabinete de Segurança Institucional e Ministério da Justiça. A base da sua constituição foi a articulação entre as políticas de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, entre outras, alinhadas à Política Nacional sobre Drogas (SENAD), transferida para o Ministério da Justiça em janeiro de 2011. (BRASIL, 2011). Este plano potencializou as propostas executadas pelo PEAD e resultou para a frente assistencial na criação de 92 Consultórios de Rua, 67 CAPSad III / 24horas, cadastramento de 55 CAPS (entre I, II, III, i e ad), incentivo para a implantação de 112 novos CAPS, criação de Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), implantação de 44 Casas de Acolhimento Transitório (CAT I, II e i), criação de 248 leitos em hospitais gerais, apoio a 985 leitos de comunidades terapêuticas, entre outros projetos de capacitação, formação, supervisão, arte, cultura e renda (BRASIL, 2011).<sup>5</sup>

Finalmente, cabe destacar a Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Nela se institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta Rede deve ser composta pela Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Cabe notar que aqui o uso de crack ganha destaque, dialogando com a política pública proposta pelo Plano Crack. A Portaria prevê a criação, ampliação e articulação entre os serviços e ações de atenção a saúde, de forma que seja construído um Plano de Ação Regional, mediante diagnóstico e pactuação entre o Colegiado de Gestão Regional (CGR) e apoio da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Em janeiro do mesmo ano, a SENAD é transferida da estrutura do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, priorizando o enfrentamento ao tráfico de drogas ilícitas.

Portanto, no início do século XXI podemos considerar que houve avanço significativo nas políticas públicas de saúde no cuidado destinado aos usuários

---

<sup>5</sup> No ano de 2014 havia um total de 2229 CAPS habilitados; sendo 309 CAPSad II, 69 CAPSad III, 111 equipes de Consultório na Rua, entre outros (BRASIL, 2015).

de álcool e drogas no SUS. O estabelecimento da nova política de saúde possibilitou a tentativa de inversão paradigmática do cuidado, a implementação de serviços e ampliação da rede de cuidado. Por outro lado, o aparato jurídico continua a desempenhar um papel preponderante nas políticas públicas sobre drogas e conseqüentemente, submete as ações de saúde a uma outra lógica reforçadora da abstinência, da internação e de um ideário “recuperador”, distoantes das propostas e práticas surgidas no contexto do SUS especialmente no início do século XXI.

### **Sobre a Construção da Política em Portugal**

A história de Portugal referente ao tratamento das denominadas toxicomanias<sup>6</sup> teve início com a Lei da Saúde Mental nº 2118 de abril de 1963. Essa lei previa a criação de uma comissão de estudo e informação sobre álcool e outras toxicomanias junto ao Instituto de Saúde Mental com o objetivo de estabelecer ações profiláticas e educacionais. A lei também vislumbrava estabelecimentos específicos para tratamento e recuperação de alcóolicos e outros toxicômanos e apontava os regimes ambulatorial, domiciliar ou de internação, porém sem propriamente uma estrutura que pudesse colocar as disposições da lei em prática.

A experiência do contato com os serviços, os projetos e com alguns protagonistas do modelo português contribuiu para ampliar a minha compreensão sobre o processo histórico de construção da política visitado na revisão da literatura. Um percurso útil para a compreensão da composição da rede atual de cuidados e elucidar aspectos um pouco confusos anteriores à minha chegada para o trabalho de campo.

Mesmo sem estruturas para colocar em funcionamento os serviços previstos, essa primeira menção me provocou indagação. Nessa passagem da Lei a palavra *outros* incluía o alcoolismo como um tipo de toxicomania? Pode parecer a princípio uma pergunta sem fundamento, mas para mim era inevitável estabelecer algum tipo de conexão e leitura com as formas de nomear no Brasil.

---

<sup>6</sup> Denominação utilizada nas leis e literatura apresentada a seguir, em alguns momentos com a variação do termo para “dependências”. Difere da nomenclatura historicamente utilizada no Brasil (dependência química) e da forma adotada mais recentemente no início do século XXI (usuários de álcool e outras drogas).

O uso de nomenclaturas como por exemplo, toxicômano, adicto e alcoolista faziam de antemão parte do meu repertório. Mas no contexto da política pública brasileira a nomenclatura mais utilizada historicamente pelos profissionais de saúde e até popularmente reconhecida é a *dependência química*. Somente com a inversão paradigmática proposta no início do século XXI, desencadeadora da implementação de serviços especializados de base territorial, provocaram algumas mudanças na forma de nomear. A primeira delas é a adoção da palavra *cuidado* ao invés de tratamento. E um cuidado destinado aos usuários de álcool e outras drogas. Observamos nessa transição a noção ampliada do uso de substâncias, ou seja, deslocada da abordagem exclusiva do indivíduo considerado dependente. E há um outro elemento: a palavra *outras* utilizada nesta expressão engloba o álcool como um tipo de droga. Uma droga lícita, mas de uso de grande magnitude na população brasileira.

Terminado esse breve percurso de diálogo com a maneira de nomear no Brasil, podemos retomar agora a política portuguesa. Depois da designação presente na referida Lei da Saúde Mental da década de 60, todas as transformações e inovações do contexto português encontradas na primeira revisão da literatura faziam referência à *toxicodependência*. Até aí uma variação do termo *toxicomanias* para *toxicodependências* parecia fazer sentido. Mas me fazia uma questão: o atendimento de dependentes de álcool estaria contemplado nessa forma de nomear? Os serviços da rede portuguesa, embora com o destaque para as toxicodependências, atendiam usuários de álcool? Seria a adoção do termo *toxicodependências* uma escolha no modo de nomear e destacar o maior problema de Portugal no momento da expansão da rede de serviços ter ocorrido por conta do problema do uso da heroína? A transição mais recente da nomenclatura *toxicodependências* para *comportamentos aditivos e dependências (CAD)* resgatava uma amplitude maior de atuação dos serviços desde sua criação depois de ter mais “controlada” a situação dos usuários de heroína? Além disso, havia identificado antes da minha chegada ao campo de pesquisa a existência de cinco Centros de Respostas Integradas na ARS de Lisboa e Vale do Tejo e mais três unidades públicas de internação, sendo uma delas a *Unidade de Alcoologia*, o que explicitava algum tipo de intervenção com usuários de álcool.

Algumas dúvidas iniciais na compreensão da construção da política ao longo do meu percurso na Divisão de Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) começaram a ficar claras<sup>7</sup>. Procuraremos revisitar e narrar essas descobertas, agora familiarizados, mais do que somente pela literatura, por leis, decretos e inúmeras siglas, a partir dos contatos estabelecidos no campo de pesquisa. Essa colaboração será importante mais à frente para a compreensão da terminologia atualmente adotada *comportamentos aditivos e dependências*.

De acordo com os dados obtidos no trabalho de campo, o primeiro grande ciclo da política portuguesa da droga começa em 1977 e vai até 1987. Nesse período são criados três Centros; um em Lisboa, outro no Porto e um em Coimbra, dentro das competências do Ministério da Justiça. Segundo um dos entrevistados, a concepção penal da droga não foi o motivo desses três Centros iniciais serem colocados no Ministério da Justiça. Um outro entrevistado reconhece ter sido um passo importante, porém ressalta a operacionalização estar a cargo do Ministério da Justiça. Podemos constatar tais pontos de vista nas passagens abaixo, respectivamente:

E erradamente, as pessoas dizem que era porque havia uma concessão<sup>8</sup> penalista da droga em Portugal e foi por isso que foram colocados no Ministério da Justiça. Isso não é verdade. Queria dizer também em Portugal que algumas das coisas foram intencionais, outras aconteceram por circunstâncias, por acaso quase. Por exemplo, essa questão do Ministério da Justiça, os Centros foram criados na dependência da Presidência do Conselho de Ministros. O Primeiro-Ministro não se interessava pelas questões da droga e o Ministro da Justiça interessava-se. E o Primeiro-Ministro delegou ao Ministro da Justiça essas... e já agora o Ministro da Justiça interessava-se porque tinha uma filha com problemas. Não por um interesse judicial. E o Primeiro-Ministro começou por delegar do Ministro da Justiça essa... a tutela desses serviços. Sempre houve desde muito cedo em Portugal uma idéia, mesmo das pessoas da parte da Justiça, uma idéia de se ter sempre uma atitude compreensiva em relação aos toxicodependentes e flexibilizar a justiça. (entrevistado 20)

(...) nos anos 70, são criadas as primeiras estruturas que pretendiam ser de prevenção e tratamento. Paradigmaticamente, são criadas no Ministério da Justiça. O Centro de Estudos de Profilaxia da Droga, o CEPD, são três Centros, Lisboa, Porto e Coimbra, criados no Ministério da Justiça. Foi um passo importante. Mas entretanto, também, retemos o paradigma, justiça não é?... (entrevistado 26)

---

<sup>7</sup> Os fluxogramas para visualizar melhor essas estruturas estão nos anexos 1 e 2

<sup>8</sup> Concepção

Mas um outro entrevistado aprofunda a atuação desses serviços e aponta a influência inicial, mais do que da saúde mental, de psiquiatras e psicanalistas no campo das drogas:

E comecei a trabalhar na área das drogas, numa altura em que se falava apenas em tratamento e repressão. Havia a repressão por parte das forças de controle social, da polícia e depois havia o tratamento, que nos anos 80 era sobretudo concebido por psiquiatras e nomeadamente, até por psicanalistas. Os primeiros diretores de Centros de Tratamento para Toxicodependentes foram psicanalistas. Ainda no final dos anos 70. Portanto, a revolução de abril de 1974, os primeiros dispositivos de atendimento de toxicodependentes são criados em 1977, três anos depois da revolução. E são criados três. Um em Lisboa, outro no Porto e outro em Coimbra. São os três primeiros Centros de Tratamento. Todos eles dirigidos por psicanalistas. Portanto, eu diria que a Saúde Mental entrou logo, foi estruturador inicial do campo das drogas em Portugal, mas uma Saúde Mental de teoria psicodinâmica, psicanalítica que não é bem a psiquiatria convencional, não é? E portanto, eu diria que vem logo um discurso relativamente humanizado. Mas a psicanálise tem um problema: infantiliza muito o sujeito. Eles nunca são senhores do seu destino porque estão regidos pelo que se passou nos primeiros cinco anos de vida e tal. É um problema extraordinário, ficamos amarrados àqueles cinco anos. (entrevistado 24)

Esses três Centros com a missão de fazer prevenção, tratamento e reinserção dos toxicodependentes eram integrantes do chamado Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD). Embora os três centros do CEPD não tivessem, segundo um dos entrevistados acima, uma concepção penalista, era coordenado pelo Gabinete Coordenador de Combate à Droga (GCCD) ligado ao Ministério da Justiça. Subordinado ao GCCD, havia também o Centro de Investigação e Controle da Droga (CICD), destinado à repressão do tráfico ilícito de drogas. Nesses Centros Regionais também entraram em funcionamento Comunidades Terapêuticas, no Centro, no Sul e no Norte. Na região Norte foi implementado um programa com substituição de metadona como uma particularidade, conforme se observa na fala do entrevistado abaixo:

Porque o Eudivino Lopez consegue implementar o programa de metadona no Porto em 1978. Ninguém fazia isso. Mesmo na Europa. Só que ele trouxe a metadona não como um instrumento da redução de riscos e sim como instrumento clínico ao serviço da terapia. Ele era Kleiniano e dizia que o toxicodependente era um indivíduo que não era capaz do objeto total e portanto, ele tinha o objeto fragmentado no bom seio e no mau seio. O bom seio era o bem e o mau seio era a pulsão agressiva e ele não conseguia unificá-los. O que é que era a metadona? Era o leite que ele não teve. Era o bom seio. E portanto, a metadona eu crio a relação do bom seio, o objeto maternal que está fragmentado nele. Eu vou ser o restaurador desse objeto cindido e clivado a partir da metadona. Isso é uma leitura muito

curiosa da metadona que eu aprendi com o Eudivino Lopez que era um personagem verdadeiramente curioso que na altura nem sequer se falava em redução de riscos, essa expressão nem sequer existia. (entrevistado 24)

Paralelamente a essas estruturas ligadas ao Ministério da Justiça é importante considerar a existência em Lisboa desde 1973 de uma consulta<sup>9</sup> de toxicodependentes, no Serviço de Psiquiatria do Hospital Santa Maria.

Ilustrado esse primeiro ciclo da droga até 1987, torna-se importante entender a evolução do fenómeno do uso de drogas do ponto de vista histórico que mais tarde desencadeou a intervenção do Estado nesse campo. Portugal viveu uma ditadura militar durante cinquenta anos. Por conta do isolamento de Portugal do resto da Europa e do mundo, havia pouca circulação da *cannabis*. Drogas como a cocaína e a heroína, segundo um dos entrevistados, não existiam:

Éramos um país completamente isolado, atrasado, retrógrado, reprimido com uma censura feroz e que fomos mantidos afastados dos movimentos sociais, culturais e políticos que foram acontecendo em outros países do mundo e da Europa. E nesse campo específico destas culturas, substâncias. O movimento hippie passamos completamente ao lado, os movimentos estudantil em França nos anos 60 passou-nos ao lado. Só nos chegavam ecos muito filtrados e apenas algumas elites soube o que estava a acontecer... (...) Nós não tínhamos possibilidade de viajar, era praticamente impossível sair do país, sobretudo para a população jovem masculina. E isto porque em simultâneo estávamos a viver uma guerra colonial. Angola, Moçambique, por aí... E então, nós jovens rapazes não podíamos sair do país porque era quase assumir pro regime que se saímos não voltássemos. Porque não queríamos ir para guerra, okay? (...) E aqui então estávamos isolados e não havia problemas de drogas praticamente. (...) Digamos que mesmo *cannabis* circulava muito pouco, havia muito poucas experiências. Heroína não existia, cocaína não existia. (entrevistado 26)

Em 1974, a Revolução dos Cravos acontece e dois aspectos são significativos em decorrência dessa revolução democrática: a explosão do sentimento de liberdade na população e o processo de descolonização de territórios africanos com o retorno de milhares de soldados.

O retorno de milhares de soldados e colonos contribuiu de forma expressiva para a disseminação do uso de *cannabis*, tolerado no contexto de guerra e até incentivado para manter as pessoas alienadas. Além disso, o uso de *cannabis* é culturalmente aceito e valorizado nesses países africanos. O uísque era mais barato do que a água e a *cannabis* era consumida sem

---

<sup>9</sup> a palavra consulta foi utilizada como sinónimo de atendimento ambulatorial

qualquer repressão. O término da ditadura e o processo de descolonização significou a chegada de milhares de pessoas que trouxeram os seus hábitos. O que era a repressão da ditadura, de uma hora para outra desencadeou movimentos de liberdade para experimentações de substâncias que eram desconhecidas da população e um Estado ocupado com outras questões. Todo esse cenário também contribuiu para a entrada de outras substâncias.

Assim como houve a expansão do uso de múltiplas drogas na população, o uso de heroína alcançou especial proporção. Houve a expansão do mercado dessa droga, o aumento de usuários infectados pelo HIV e outras doenças infectocontagiosas, altos índices de criminalidade para comprar a droga, mortes por overdose e pessoas a injetar em vias públicas, provocando enorme impacto visual nos espaços públicos. Além disso, o uso de heroína foi uma problemática que atingiu praticamente todas as camadas sociais da população.

Tendo em vista a situação alarmante provocada pelo uso de heroína numa parcela significativa da população, Portugal viveu um segundo ciclo na política pública da droga a partir de 87. Como expoentes iniciais desse primeiro ciclo temos o *Projeto Vida* e a primeira experiência de serviço de atendimento a toxicodependentes ligada ao Ministério da Saúde, sediada em Lisboa no *Centro das Taipas* com ofertas de consultas, centro dia, internação para desabilitação<sup>10</sup> e urgência. Após dois anos da criação do Centro das Taipas, em 1989 cria-se um novo Centro no Porto e outro no Algarve. O Projeto Vida e a criação da primeira unidade de atendimentos a toxicodependentes no âmbito do Ministério da Saúde são melhor caracterizados a seguir pelo entrevistado abaixo:

O que é esse período a partir de 87? Corresponde à importância de duas perspectivas. Por um lado, o Conselho de Ministros decide que o Ministério da Saúde tem que se ocupar das questões da droga e cria a partir de 87', são criados vários Centros no Ministério da Saúde, mesmo que existissem esses outros na Justiça, são criados vários Centros no Ministério da Saúde e o primeiro o Taipas, mas também no Porto, no Algarve, em Setúbal, em Braga. (...) ... como era um problema global deveria preocupar a Defesa, a Administração Interna, a Justiça, pronto, a Educação, a Juventude, porque havia um Ministério da Juventude nessa altura e criou-se uma coisa chamada Projeto-Vida. (entrevistado 20)

Nesse período histórico, cabe fazer três observações importantes. A primeira delas é o incentivo do Projeto Vida às instituições e entidades privadas

---

<sup>10</sup> Deixar de possuir hábitos ou costumes

que desenvolvessem projetos no âmbito do tratamento e reabilitação social e profissional. A segunda é referente à construção do Centro das Taipas. O conjunto expressivo de pessoas para trabalhar nesse Centro vinham da experiência da consulta de psiquiatria que havia no Hospital Santa Maria, mencionada anteriormente. E por fim, o fato dos Centros de Tratamento ligados ao Ministério da Saúde terem ficado, num primeiro momento, dentro das Administrações Regionais de Saúde (ARS's), a mesma Instituição onde hoje estão os serviços da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD).

Mas os Centros de Tratamento rapidamente transitaram em 1990 para um Serviço Nacional chamado Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT). O SPTT agregou os Centros que começaram a ser criados no final da década de 80' nas competências do Ministério da Saúde aos três Centros até então ligados ao Ministério da Justiça desde a década de 70'. A formação do SPTT, além de constituir-se como um Serviço Nacional, possibilitou a criação de outros Centros por todo o país, afirmada pela Lei n.º 7/1997, de 8 de março.

Na mesma época de implementação do SPTT ocorreu a expansão da rede de atendimento com os convênios com as Comunidades Terapêuticas (CT)<sup>11</sup>, submetidas a um processo de licenciamento baseado em valências técnicas do campo da saúde e fiscalização dos seus funcionamentos. Grande parte dos profissionais que protagonizaram a implementação do Centro das Taipas e que vinham da experiência de consultas de psiquiatria do Hospital Santa Maria em Lisboa acreditavam que a Comunidade Terapêutica era um serviço importante na produção de conhecimento e estratégias para sustentar as intervenções no campo da toxicodependência, a partir da sua experiência de criação de uma CT em 86, embora já existissem nesse período as CT públicas. Além disso, as estratégias de prevenção estavam muito baseadas na mídia e nas campanhas com suporte policial.

A origem da Comunidade Terapêutica foi explicitada por um dos entrevistados no contexto do pós Segunda Guerra Mundial, na Inglaterra, por Maxwell Jones. O seu surgimento inclusive tem ligação com a queda dos paradigmas psiquiátricos e quebra com o modelo asilar. A ligação das

---

<sup>11</sup> no Brasil com forte influência religiosa. Faz parte das práticas no contexto brasileiro os usuários terem que se submeter a ritos religiosos, obrigatórios para a permanência na comunidade terapêutica.



Comunidades Terapêuticas a fundamentos de ordem religiosa é um desvio da sua natureza, de acordo com o trecho abaixo:

Agora se ela no Brasil ou em Portugal quando é tomada por religiosos, se ela é colocada sob um signo totalitário. Próprio da psiquiatria asilar de antigamente. Isso já é uma obstrução do modelo. Porque a Comunidade Terapêutica quando surge, nos anos... a primeira obra que teoriza a Comunidade Terapêutica é de 1943, estávamos ainda em plena II Guerra, era um psiquiatra inglês chamado Maxuel Jones e depois lá nos anos 50' começa nos Estados Unidos. (entrevistado 24)

Segundo um outro entrevistado, as Comunidades Terapêuticas surgiram, em grande parte, sem uma estrutura com rigor técnico-científico. Existiam duas vertentes: a do *Desafio Jovem*, ligada à religião e à fé como salvadora da condição de toxicodependente e a *Patriares*, fundamentada na ideia de que somente quem já teve problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas poderiam curar toxicodependentes. Embora houvesse a predominância dessas duas vertentes, já havia em Portugal Comunidades Terapêuticas públicas, mesmo que ainda naquele momento vinculadas ao Ministério da Justiça, estruturadas como campo de prática com profissionais de saúde.

Um entrevistado fez o percurso de descrição do surgimento das Comunidades Terapêuticas dos Patriares com maior aprofundamento, conforme o trecho abaixo:

A Comunidade Terapêutica quando chega à Portugal em fins dos anos 70', chega de um modo que se vem revelar pouco interessante. Quer dizer, ela chega vinda de França. Em França já existiam nas grandes cidades as Comunidades Terapêuticas chamadas Patriares, o Patriarca, traduzindo para o português. E o Patriarca foi o fundador dessas Comunidades Terapêuticas em França, Angel Myer. Angel Myer era um homem que tinha um certo carisma, um gurú e que portanto, as pessoas que entravam para a Comunidade Terapêutica do *Le Patriares* eram fanatizadas na figura do Angel Myer. Havia ali um processo de proselitismo<sup>12</sup>, havia desintoxicações a frio de muitas horas, havia trabalhos porque dizia-se que se o indivíduo está a ressacar, tá em abstinência, então vamos por a produzir esforço físico que assim o mata a ressaca, e aí fazia trabalho duro às vezes. Pra nada. Podia ser por exemplo, andares com uma carreta a tirar uma quantidade de tijolos pra lí ao fundo e depois ao final vai o fundo e tira todos os tijolos pra qui. (...) O Patriares é um modelo muito fechado, um modelo de formatação dos utentes. Aqueles que consideravam terem mais êxito por desintoxicar-se tornavam-se tutores do recém-entrados, uma espécie de diretores espirituais que os perseguiam dia e noite. Eram os sobre Deus. E portanto, era uma Comunidade Terapêutica de modelo duro e foram essas que vieram pra Portugal também. (entrevistado 24)

---

<sup>12</sup> Catequização.

O mesmo entrevistado do trecho acima também faz referência à existência da Comunidade Terapêutica pública do Restelo já na década de 70, em Lisboa. E revela, mais do que o trabalho sustentado na ótica da psiquiatria ou por profissionais do campo da saúde, a sua base psicanalítica:

Em primeiro lugar, quando surgem os primeiros dispositivos da droga, para tratar, os primeiros, e um dos primeiros foi logo curiosamente uma Comunidade Terapêutica, do Estado, no Restelo, em Lisboa, a primeira equipa que se forma em Portugal para se tratar toxicodependentes constituída por psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais, forma-se no Restelo em Lisboa. (...) E essa equipa do Restelo que fica para a história das drogas em Portugal porque foi a primeira matriz, digamos. Em 1977. E começa logo a trabalhar em Comunidade Terapêutica, curiosamente. E depois abre a consulta externa, etc. Agora, logo os primeiros psicólogos e psiquiatras que trabalharam aqui e eram quase todos de inspiração psicanalítica, eles já tinham um discurso de que a droga não é... de que não podemos olhar para o consumidor como um criminoso, como um violador de leis, como um transgressivo. Ele pode transgredir, mas transgride sobretudo leis psicológicas, pronto. (entrevistado 24)

A Comunidade Terapêutica apareceu na investigação constituída por duas vias de consolidação da sua proposta. Uma delas é a via autoritária, conduzida por regras duras e na lógica de trabalhos forçados. A outra via é a democrática, com coparticipação do usuário no processo e que denuncia de certa forma a psiquiatria asilar. A divisão entre as Comunidades Terapêuticas na via autoritária e na democrática foi contextualizada na fala do entrevistado a seguir:

Só que nos Estados Unidos expande-se logo por duas vias. Uma via democrática, de Comunidades participadas, inclusivamente é co-construtor, participa nas decisões, nas assembleias gerais da Comunidade e há uma outra linha que é a linha dura. Há duas Comunidades. (...) Uma são as democráticas e as outras são totalitárias. (...) Agora, uma delas instaurava uma idéia que é: o toxicômano só sai da droga se for sujeito a um processo relativamente violento que o obrigue a largar. E portanto, vamos insistir na violência porque é para o bem dele. É uma violência benigna, pronto. E é sob essa égide que nascem as Comunidades Terapêuticas em França com Angel Myer. E quando estou a dizer violência... O Patriares foi fechada em França, já não existe. Foi fechada porque Angel Myer teve tantos processos em Tribunal que acabou por ser condenado, por violência sobre os toxicodependentes. Mas ele achava que aquela violência era terapêutica e isso é muito engraçado, não é? ...pronto, há toda uma tradição de que a terapia é violenta. Na mentalidade judaica-cristã os santos chicoteavam-se pra poderem ficar mais perto de Deus. Castigavam a carne, castigavam a carne e pegavam no chicote, autoflagelavam-se para elevar o espírito. A raiz disto, por isto é que nós vemos as Comunidades Terapêuticas religiosas a acharem que tratavam as pessoas às vezes para ser purificador, não é? Já não tratam com chicotes, mas há chicotes psicológicos. Pronto. E portanto, eu diria que a tradição da Comunidade Terapêutica tem estas duas vias: a democrática e a

totalitária. Mas na via democrática o movimento da Comunidade Terapêutica é um movimento que denuncia a psiquiatria asilar, da mesma forma que denuncia ou que denunciou o movimento da psiquiatria de setor, enfim, em França ou o movimento da psiquiatria democrática italiana nos anos 70 ou até a Antipsiquiatria que é mais conhecida... (...) Em Portugal assistimos também a um breve momento de filosofia antipsiquiátrica logo à seguir a Revolução de Abril. Mas durou pouco, durou pouco. Seja como for, eu gostava de salientar esta idéia de que a Comunidade Terapêutica originalmente, se interpretarmos o espírito original dela, ela é uma luta contra a psiquiatria asilar também. (entrevistado 24)

Tendo em vista esses percursos de surgimento e expansão das Comunidades Terapêuticas como uma forma de abordagem e tratamento na maioria das vezes com viés religioso ou de liderança por ex-toxicodependentes, o governo português interveio para que as Comunidades Terapêuticas pudessem se reestruturar com componentes do campo da saúde. Além da Comunidade Terapêutica do Restelo no escopo dos serviços públicos na área dos CAD na ARSLVT, existem Comunidades Terapêuticas conveniadas e fiscalizadas, pagas em 80% pelo Estado para acolher usuários. No caso dos usuários avaliados sem condição para o pagamento dos 20% restantes, existe a possibilidade de parceria com a Segurança Social.

Com base nos diversos contextos abordados até agora, houve a necessidade de construir-se uma estratégia, a chamada Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, firmada para acontecer entre 1999 e 2004 a partir da Resolução do Conselho de Ministros 46/99, de 22 de abril. Essa Estratégia foi construída por um grupo de nove especialistas no tema das drogas ligados ao plano jurídico, à saúde mental, ao tratamento, à prevenção, entre outros campos de práticas e saberes. Os entrevistados relataram excelentes condições para esse grupo de trabalho, inclusive para visitar outras experiências na Suíça, no Reino Unido, na Alemanha e na Espanha para se apropriarem de como esses lugares enfrentavam o problema das drogas, existente há mais tempo nesses países. O grupo visitou inclusive algumas experiências de salas de consumo assistido e programas de trocas de seringas nas prisões. A constituição do grupo de especialistas deu origem à proposição da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga que, entre outros aspectos, propôs a descriminalização do consumo, e pode ser descrita no trecho a seguir:

A questão da descriminalização é porque assim, nesta altura como o problema da droga era considerado um problema com implicação dos diversos Ministérios, havia sempre um Ministro Central do Governo

que tinha a seu cargo o assunto. (...) Quando este assunto coube ao Sócrates que não era Primeiro-Ministro nessa altura e depois foi Primeiro-Ministro mas não era, ele estava sensibilizado com o problema porque tinha um irmão heroinômano. E ele resolveu criar uma comissão para propor uma estratégia. Tinha havido coisas semelhantes em França e outros países. E essa comissão era uma comissão alargada. Eu estive nessa comissão e o Dr. João Goulão também. (...) E o Sócrates convidou diversas pessoas para essa comissão, convidou para dirigir uma pessoa que não tinha nada a ver com isto. Que era o Alexandre Quintanilha que hoje é deputado do PS mas que naquela altura dirigia o Instituto de Biologia Molecular do Porto. E ele era uma pessoa que tinha feito a sua formação nos Estados Unidos e tinha vindo pra Portugal já com 50 anos ou coisa assim. (...) Foi essa comissão que trabalhou e propôs a estratégia de que fazia parte a descriminalização. (entrevistado 20)

Outra transformação importante aconteceu no mesmo ano da aprovação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga. Foi criado o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT), resultado da extinção do Gabinete de Planeamento<sup>13</sup> e de Coordenação do Combate à Droga até então nas competências do Ministério da Justiça. O IPDT passou a conduzir a macropolítica, o desenvolvimento de programas de prevenção e representar o país na Organização das Nações Unidas (ONU) e na União Europeia (UE). Essa transição se verifica, por exemplo, no trecho a seguir:

Depois houve, eu já tinha descrito que as organizações da área da Justiça se tinham na base essas organizações, Lisboa, Porto e Coimbra tinham se integrado no Ministério da Saúde. A cúpula, a direção nacional desses centros não. Mas depois a direção geral desses centros juntou-se com o Projeto-Vida e fizeram um IPDT. (entrevistado 20)

A aprovação da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga foi um marco importante da política portuguesa da droga, pois juntamente com a expansão da rede de serviços, qualificou aspectos importantes no que se refere às estratégias, por exemplo, no campo da prevenção, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento com programas de substituição opiácea com metadona e da reinserção social. A única medida não aprovada foi a descriminalização, mas porque não estava nas competências do Governo. A descriminalização precisava ser discutida no Parlamento e foi aprovada somente no ano seguinte, em 2000.<sup>14</sup>

Dentre todas as iniciativas de intervenção e mudanças ocorridas no cenário das drogas em Portugal, a experiência mais notável apontada na

---

<sup>13</sup> Planeamento.

<sup>14</sup> Lei 30/2000 de 29 de novembro.

literatura foi a descriminalização do consumo de todas as drogas psicoativas, que definiu novo regime jurídico para os consumidores, assim como a proteção sanitária e pessoal das pessoas. Em 2001 o Decreto-Lei nº 130-A/2001 de 23 de abril permitiu deixar de ser considerado crime o uso, a aquisição e o porte de drogas para consumo próprio. A criação de Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência surgiu como um novo elemento que retirou da competência direta dos tribunais criminais a resposta do Estado perante o consumo de drogas. Para Domostavski:

A Descriminalização em si não é uma ação ou uma política. (...) A descriminalização apenas cria um enquadramento legal para a implementação de políticas de redução de danos causados pelo consumo de drogas e para a reinserção social dos toxicodependentes. Para os consumidores, a descriminalização elimina o motivo pelo qual os dependentes tinham medo de se submeterem a tratamento. Também permite àqueles que ajudam os toxicodependentes, a prestarem auxílio, sem o receio de serem considerados cúmplices da prática de um crime. Esta abordagem é baseada em razões humanistas (isto é, uma pessoa doente precisa de ajuda) e pragmáticas (isto é, as medidas repressivas têm sido ineficazes em limitar os consumos)” (DOMOSTAVSKI, 2011, p. 15-16).

Para tanto, foram criadas em Portugal as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT). Poiares (2000) aponta que embora existam juristas na composição da CDT (há também psicólogos, assistentes sociais e outros assistentes técnicos), essas não foram criadas para fazer a função de tribunal. Ao invés disso, têm como objetivo produzir uma possibilidade terapêutica, propiciando uma conexão do ator (consumidor) com o seu ato (consumo). Segundo Domostavski (2011), a mudança na maneira do Estado lidar com o consumo de drogas fez com que os usuários deixassem de ser vistos como criminosos e pudessem ser tratados como doentes para combater a droga e não o usuário.

Além de todas as inovações descritas no que se refere à configuração da rede assistencial para a prevenção, tratamento e reinserção social dos toxicodependentes, também foram criadas respostas na área da redução de riscos e minimização de danos (RRMD)<sup>15</sup>, tais como, Equipes de Rua, Gabinetes de Apoio, Programas de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência, Centros de Acolhimento, Centros de Abrigo com inclusão de equipes técnicas na área das dependências e Pontos de Contato e Informação.

---

<sup>15</sup> Decreto-Lei nº 183/2001 de 21 de junho.

Esses serviços hoje constituem a Rede Nacional de RRMD.

Na sequência desse trajeto destacaremos alguns novos pontos no campo das políticas da droga em Portugal e elucidaremos meus questionamentos iniciais sobre as terminologias e atribuições dos serviços.

Primeiramente, acontece a fusão em 2002 do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), responsável pelas ações de prevenção e tratamento, e do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT), responsável pela macropolítica, criando o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). A Estratégia Nacional proporcionou uma forte integração na rede de serviços. Em 2004, a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência foi avaliada, o que permitiu um novo ciclo para o período de 2005-2012. Nessa avaliação foram incluídos os princípios da centralidade no cidadão, da territorialidade e das respostas integradas. O objetivo era produzir um diagnóstico das necessidades locais mais apurado, que pudesse subsidiar estratégias locais, assim como a política no Plano Nacional. Somente em 2007 o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) assumiu os três Centros Regionais de Alcoologia, então renomeados *Unidades de Alcoologia (UAL)*. Essa transição revela o papel central da toxicodependência na política portuguesa e parece esclarecer o cuidado aos usuários de álcool fora da esfera de constituição dessa política:

Depois houve uma fusão do IPDT com o SPTT e deu lugar ao IDT, o Instituto da Droga e da Toxicodependência. Foi criado em 2002. (...) Em 2007/2008 foram-nos atribuídas responsabilidades na área do álcool. (entrevistado 26)

Por outro lado, isso não significa dizer a ausência de propostas de tratamento para usuários de álcool em Portugal até 2008. Em 1988<sup>16</sup> os Centros de Alcoologia substituíram a experiência dos serviços de alcoologia dentro de contexto hospitalar destinados ao tratamento dos problemas relacionados ao álcool, mas esses Centros foram integrados às políticas de cuidado das toxicodependências praticamente vinte anos depois. Mesmo com a atribuição das responsabilidades no campo do álcool ao IDT e o reconhecimento do álcool como um tipo de droga lícita é curiosa essa transição para um Instituto que manteve somente a toxicodependência na sua designação. De acordo com a história narrada até o momento não há dúvidas

---

<sup>16</sup> Decreto Regulamentar n.º 41/88 de 21 de novembro

quanto à legitimidade do foco da política portuguesa na dependência de heroína. Na passagem abaixo, podemos confirmar o reconhecimento do álcool e as demais substâncias lícitas como drogas. O Decreto-Lei de 29 de maio de 2007 prevê a incumbência de um trabalho para diminuição do consumo de drogas lícitas e ilícitas, porém ainda mantém um “lugar privilegiado” da toxicodependência e o objetivo da sua diminuição, conforme descreve o trecho abaixo:

Com base na nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde e através do Decreto-Lei nº 221/2007, de 29 de maio, o Instituto da Droga e da Toxicodependência passa a assumir a designação de Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, IP), com a missão de promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências, absorvendo as atribuições dos Centros Regionais de Alcoologia do Norte, Centro e Sul. (SICAD, SD).

Ainda em 2007 os Centros de Atendimento aos Toxicodependentes (CAT's) passaram a ser reorganizados como Centros de Respostas Integradas (CRI). Os CRI, a Unidade de Desabilitação, a Unidade de Alcoologia e as Comunidades Terapêuticas foram designadas como Unidades de Intervenção Local (UIL). Com base nessa reorientação estratégia do IDT, as unidades começaram a receber usuários de álcool. E como parte dessa reorientação, surge o Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) e o Plano de Respostas Integradas (PRI), discutidos mais à frente e úteis para a compreensão da organização das quatro áreas de intervenção da política.

Por fim, destacamos a extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) em 2011. Somente nessa transição é oficializada uma nomenclatura mais abrangente; *comportamentos aditivos e dependências*. Institui-se o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)<sup>17</sup>. Torna-se atribuição do SICAD o planejamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências sem a responsabilidade direta sobre os serviços de intervenção local. O SICAD passa a ter como função desenvolver instrumentos técnicos normativos e linhas de orientação que garantam e sustentem boas práticas, de forma mais abrangente. A operacionalização das políticas de saúde passa a ser responsabilidade das Administrações Regionais de Saúde (ARS)<sup>18</sup> por meio

---

<sup>17</sup> Decreto-Lei nº 124/2011 de 29 de dezembro.

<sup>18</sup> Decreto-Lei nº 17/2012 de 26 de janeiro.

de uma Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)<sup>19</sup>. Nesse momento, as inovações no âmbito nacional cedem mais espaço às intervenções locais, no território, nos Centros de Respostas Integradas (CRI) com equipes especializadas e específicas para cada eixo de intervenção; prevenção, tratamento, reinserção social e redução de riscos e minimização dos danos.

Agora é possível responder algumas perguntas iniciais. Os serviços de atendimento aos toxicodependentes não incluíam o cuidado aos usuários de álcool até 2007 e a toxicodependência, mais do que o tratamento dos usuários de drogas ilícitas, estava muito mais identificada com os chamados “heroinômanos”, dado o contexto e os dados epidemiológicos no período de expansão da rede de atendimento. Com base nesse caminho de construção da política portuguesa começava a ficar claro o que se encontrava em campo: usuários de drogas lícitas e ilícitas acolhidos nos serviços, mas ainda o discurso dos profissionais fortemente marcado em torno das toxicodependências ou até mesmo da dependência de heroína.

Enfim, após a ampla gama de intervenções no campo do uso de drogas, podemos considerar algumas modificações importantes no diagnóstico do cenário português. A primeira delas foi a redução significativa do número de utilizadores problemáticos de drogas com a redução dos consumos por via endovenosa e diminuição no número de novas infeções pelo HIV. Além disso, houve aumento considerável do número de novos usuários em tratamento da toxicodependência, o que pode revelar que o trabalho de proximidade e intervenções de carácter local permitiu uma capacidade de vinculação destes a programas de tratamento mais estruturados até então inexistentes (PORTUGAL, SD). É interessante ressaltar que pouco mais de 10 anos após o início das mudanças das políticas públicas, o uso de drogas, antes a principal preocupação social dos portugueses, aparece em 2009 como o 13º na listagem de preocupações sociais. Outro aspecto positivo identificado após a vigência da lei de descriminalização foi a queda da taxa de crimes relacionados ao tráfico de drogas (Domostavski, 2011).

Terminada a narrativa de constituição da política portuguesa, apresentaremos a seguir a narrativa das trajetórias do pesquisador e da

---

<sup>19</sup> Portugal tem 5 Administrações Regionais de Saúde (ARS's), cada uma com a sua Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD's)



pesquisa. Para tanto, revisitaremos os caminhos que antecederam a chegada à Lisboa e os caminhos metodológicos que atravessaram todo o trabalho de campo e a análise do material coletado.

Na sequência, apresentarei os conteúdos dos eixos temáticos produzidos com base na análise dos materiais do trabalho de campo, fundamentais para tentar responder mais a frente às questões da pesquisa e conduzir à formulação de propostas. Posteriormente, retomarei as minhas questões principais de pesquisa. Tentarei responder sobre os possíveis fatores da rede de cuidados portuguesa não estar inserida nas políticas da Saúde Mental. Resgatarei os pontos de destaque encontrados na organização das ações da rede portuguesa em quatro áreas de intervenção e tentarei responder se esse modo de trabalhar produz um viés mais ampliado, deslocado da ênfase do cuidado muito identificada com o tratamento, forma ainda predominante no Brasil. Por fim, tentarei resgatar se houve efeitos com a aprovação da Lei nas práticas de cuidado, na postura dos usuários, na polícia e na sociedade civil. A partir do trabalho de análise das políticas e práticas da rede de cuidado dos comportamentos aditivos e dependências portuguesa, tentarei identificar possíveis contribuições para o contexto brasileiro, tendo como pano de fundo algumas das indagações no meu percurso profissional e que suscitaram as questões principais da pesquisa.

## **PERCURSOS DO PESQUISADOR E DA PESQUISA**

### **A metodologia de pesquisa – diálogos com os autores da Pesquisa Social**

A investigação situou-se no escopo das pesquisas qualitativas de caráter exploratório tendo como parceiros os autores da metodologia da Pesquisa Social. O caminho de construção do projeto e as questões de pesquisa, o trabalho de campo com posterior sistematização e análise do material coletado e finalmente a produção da escrita fizeram parte do meu percurso, resultado do presente estudo.

Para Minayo (2009), a pesquisa trata-se da indagação e construção da realidade visando a sua transformação. Nesse sentido, a Pesquisa Social só faz sentido à medida que as questões de pesquisa estejam conectadas com um problema prático da realidade, em um contexto com interesses e circunstâncias condicionadas ao social. A metodologia de pesquisa deve incorporar o seu método teórico de abordagem, as técnicas enquanto instrumentos para operacionalizar o conhecimento e a criatividade do pesquisador. (MINAYO, 2009). Para a autora, a pesquisa se constitui em três fases: a fase exploratória, o trabalho de campo e a análise com o tratamento do material pesquisado em campo articulado com a etapa inicial da pesquisa.

### **Percurso preliminar – sobre a fase exploratória**

Concluída a introdução e a formulação das questões que alicerçaram o meu interesse pela investigação da rede destinada ao cuidado dos usuários na área dos comportamentos aditivos e dependências do modelo português, faremos um breve percurso, anterior à chegada na cidade de Lisboa em Portugal para a realização do trabalho de campo.

Em 2014, tive a oportunidade de conhecer um professor português, residente no Brasil e docente de uma universidade na grande São Paulo. Na oportunidade, este professor recebeu-me pessoalmente e ouviu sobre as raízes do meu interesse em conhecer e pesquisar a realidade da política pública de saúde portuguesa. Terminada a conversa, o professor comprometeu-se em colocar-me em contato com um professor da Universidade do Algarve em Portugal, na possibilidade de iniciarmos alguma interlocução. Passaram-se alguns meses e nenhuma resposta chegou. Finalizadas as disciplinas do Programa de Pós-Graduação, mais uma vez foi retomado junto

ao meu orientador o desejo de conhecer a realidade portuguesa, considerada no cenário internacional um modelo nesse campo, sobretudo pela Lei da descriminalização aprovada e em curso desde 2001 em Portugal. E tratava-se aqui de um percurso ainda a fazer, inclusive pelo fato de ser um doutorando que exercia naquele momento suas atividades profissionais numa instituição com papel significativo e de serviços especializados na rede de cuidados em saúde mental de um município de grande porte no interior do estado de São Paulo. Em meados de 2015, foi retomado o meu contato com o professor, que se comprometeu em colocar-me em contato com um docente da Universidade do Algarve. E dessa vez, rapidamente, obtive um retorno, um “sinal verde” para que fosse iniciada uma conversa. Houve total abertura para que pensássemos em uma parceria de pesquisa e enviei um material com as inquietações iniciais advindas da minha experiência profissional. Estavam reunidas as melhores condições para a realização de um trabalho de campo na região do Algarve com orientação de um professor da universidade e coorientação do coordenador da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) do Algarve.

Mas ainda havia outra variável para viabilizar um trabalho de campo em Portugal: a negociação do meu desligamento da instituição na qual eu trabalhava estava em curso desde meados de 2014. Esta condição particular foi esclarecida aos orientadores portugueses. Decorridos mais alguns meses de negociação na instituição, prosseguiu a impossibilidade do desligamento diante de inúmeras transformações institucionais e havia a necessidade de uma tomada de decisão da minha parte. Em dezembro de 2015 negocieei um afastamento sem remuneração junto à chefia da Instituição, naquele momento com sensibilidade quanto à impossibilidade de arrastar-se a situação. Foram combinados seis meses a contar de fevereiro de 2016. Era o momento de começar o distanciamento do cotidiano institucional para percorrer os caminhos que levariam mais tarde à pesquisa de campo em uma das redes de cuidado portuguesa.

Primeiramente, iniciei a revisão bibliográfica e o processo de escrita do projeto de pesquisa. A investigação continha inicialmente um tema que nada mais era do que a área ou o assunto a ser investigado. Nesse momento, associei o tema ao objetivo da pesquisa, conectando o assunto ao objeto a ser pesquisado. Nesse início, a partir dos meus saberes e experiências, defini o

objeto atrelado às fontes teóricas baseadas no trabalho de revisão bibliográfica do tema. Conectado ao objetivo, construí a justificativa com a pertinência do estudo e a sua possível contribuição para o meu campo de prática. Na sequência, defini as ferramentas a serem utilizadas para o trabalho de campo; as observações, participantes e entrevistas, com detalhamento dos aspectos éticos envolvidos e o cronograma da pesquisa. Para as entrevistas escolhi os grupos-alvo iniciais para a realização da investigação; gestores e profissionais. Após quase um mês de escrita e detalhamento da proposta da investigação, estava tudo correndo bem. O projeto tinha sido enviado para apreciação dos orientadores e o professor da Universidade do Algarve enviou-me uma carta-convite de aceite para formalizar a orientação. A carta-convite era a condição inicial para prosseguir com os trâmites para o pedido de uma bolsa de estudos. Além da formalização inicial entre as Universidades fui orientado previamente da necessidade de submissão do projeto de pesquisa à Comissão de Ética em Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve e a verificar no Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista a necessidade de algum trâmite interno e concomitante no Brasil. Cabe aqui mencionar um outro aspecto: o projeto de pesquisa inicial pretendia realizar um estudo comparativo das redes de cuidados brasileira e portuguesa. Mas ao longo da construção do projeto de pesquisa tornou-se cada vez mais claro para mim e para o meu orientador brasileiro o maior interesse em aprofundar o modelo português. Um estudo comparativo levaria a pesquisa a outros caminhos. Haveria necessidade de eleger parâmetros e guias para estabelecer pontos possíveis de comparação com um trabalho de campo nas realidades brasileira e portuguesa. Tratava-se de um doutorando e um gestor com percurso numa rede de cuidados e com suas questões e pontos de destaque acerca do modelo brasileiro. Eu estava atravessado pela minha prática e pretendia verificar se havia alguma correspondência para as minhas inquietações nas experiências em curso no modelo português. Lançar-me em uma outra experiência poderia, a princípio, contribuir na identificação de possíveis caminhos institucionais da política portuguesa para lidar com aspectos de indagação que se destacavam nas minhas práticas no campo das políticas públicas de saúde do contexto brasileiro.

Por tratar-se de uma pesquisa em uma rede de cuidados portuguesa foi realizada uma consulta junto à denominada *Plataforma Brasil* do Ministério da

Educação brasileiro quanto à necessidade de autorização do ponto de vista ético dessa instância para a realização do estudo. A devolutiva da *Plataforma Brasil* foi a necessidade de submeter o projeto de pesquisa à comissão de ética competente do país de realização da pesquisa, já que o trabalho de campo com entrevistas seria realizado somente em Portugal. Recebida essa orientação estava tudo pronto para a submissão à CES da Administração Regional de Saúde do Algarve e no paralelo trilhar os caminhos para a solicitação de uma bolsa de estudos.

## **O Recomeço**

Três entraves apareceram após o percurso descrito acima. A impossibilidade de orientação na Universidade do Algarve, o caminho diferenciado e demorado de aprovação para a realização de entrevistas com usuários dos serviços e obstáculos para a investigação das Comissões para a Dissuasão das Toxicodependências (CDT's).

O primeiro problema foi o desligamento do coordenador da DICAD do Algarve das suas funções. O profissional até então coorientador iniciava outra função em uma nova instituição e conseqüentemente, tinha seu tempo e proximidade para a investigação prejudicados. Esse novo cenário resultou no recuo do orientador da Universidade do Algarve. Desde o princípio da nossa comunicação, o professor apontou a necessidade de composição do coordenador da DICAD do Algarve para a orientação da pesquisa. A celebração de um convênio com uma instituição de ensino superior no exterior era a condição para a solicitação de uma bolsa de estudos. Esse novo fato resultou na impossibilidade de pleitear uma bolsa de estudos às agências financiadoras de pesquisas. Além disso, ocorreu uma diminuição muito expressiva de oportunidades para bolsas de estudo no exterior, estabelecimentos de prazos mais prolongados para avaliação e concessão, assim como a extinção temporária anunciada de alguns programas, devido à crise política e econômica no Brasil em 2016.

Concomitantemente, eu havia sido orientado da necessidade de um outro procedimento para entrevistar usuários, o que demoraria seis ou mais meses para aprovação. Essa proposta inviabilizaria o cronograma projetado,

mesmo com a possibilidade de pedir ampliação do tempo de afastamento, pois havia alguma abertura prévia da chefia do meu local de trabalho para tal.

E por fim, a exigência de submeter, em processo diferenciado, o pedido de autorização para investigação das Comissões para a Dissuasão das Toxicodependências (CDT's). As CDT's estão sob a responsabilidade do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), vinculadas ao Ministério da Saúde português. Essa particularidade trazia a necessidade de submeter um outro pedido adicional a uma outra Comissão de Ética.

Nesse momento, não havia mais tempo a perder. Rapidamente decidimos procurar por uma outra regional e ao longo do processo de apreciação da CES, tentar um outro orientador em outra universidade. Adequamos o projeto, mantivemos as entrevistas com profissionais e gestores e recuamos da possibilidade de entrevistar os usuários dos serviços. Quanto às CDT's, decidimos investigar o trabalho dos profissionais da rede de serviços com as CDT's e não propriamente o funcionamento dessa Comissões em si, o que resolveria as questões de autorização junto à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde. Finalmente foi pactuado com o orientador a minha disponibilidade de permanência em Portugal sem bolsa de estudos. Decidimos pela cidade de Lisboa e enviamos para a CES a proposta de três meses para a realização do trabalho de campo. A apreciação do projeto de pesquisa teve início em abril de 2016 na CES da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

### **Percurso até a chegada à Lisboa**

O projeto fora submetido e de antemão, havia condições adicionais para a emissão de um parecer favorável pela CES. A DICAD da ARSLVT deveria emitir uma declaração prévia de disponibilidade para a realização da pesquisa. Em caso de um parecer favorável da CES e concordância da DICAD, ao final do processo, ainda seria necessária a autorização do Conselho Diretivo da mesma ARS. Para a CES foram enviados: o Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para atos/intervenções de saúde nos termos da norma nº 015/2013 da Direção Geral da Saúde (anexo 3), o projeto de pesquisa, o meu currículo, uma carta direcionada à CES (anexo 4), o pedido de autorização do

coordenador da DICAD da ARSLVT (anexo 5) e o pedido de autorização ao Conselho Diretivo da mesma ARS. (anexo 6).

No dia 06 de maio de 2016 a CES da ARSLVT reuniu-se e poucos dias depois foi emitido o *Parecer Intermédio* (anexo 7). No *Parecer Intermédio* havia algumas solicitações. A Comissão sinalizou potencial interesse pelo estudo e pedia esclarecimento quanto aos documentos a serem utilizados. Havia a solicitação de um *guião*<sup>20</sup> das observações e das entrevistas, assim como reiterava que a aprovação dependia da autorização do responsável da DICAD. A categorização e o tamanho da amostra para as entrevistas foram solicitados. Fizemos uma referência de amostra inicial de entrevistas com seis gestores e seis profissionais da DICAD da ARSLVT. Quanto aos documentos, esclareci que utilizaríamos os documentos, se necessários, disponíveis ao domínio público no site do SICAD. No paralelo, foi retomado o contato com a DICAD para tentar viabilizar a autorização do coordenador, o que prontamente ocorreu. Os guiões foram construídos, mas de alguma forma contrariava a metodologia inicialmente proposta: conhecer a rede de cuidados via observações participantes para posteriormente levantar questões e esboçar um roteiro de entrevistas semiestruturadas. Mas atendendo à solicitação da CES e com base no projeto de pesquisa, arriscamo-nos a construir os guiões das observações participantes e entrevistas (anexo 8). No dia 25 de maio de 2016 recebi um e-mail do Secretariado da CES com parecer favorável para a investigação e a autorização do Conselho Diretivo da ARSLVT (anexo 9). No percurso com a CES, em paralelo, a DICAD solicitou, para efeitos de organização interna, o apontamento prévio de qual(is) Centro(s) de Respostas Integradas, os denominados CRI's seriam acessados para a fase de observação participante. A escolha de um CRI para a fase de observação foi difícil, dada a dimensão geográfica da ARSLVT. Mesmo com as pesquisas realizadas via internet, construir um entendimento dessa organização não foi simples, pois era uma ARS muito maior do que a do Algarve. Na ARS do Algarve havia um CRI com duas equipas especializadas de tratamento e mensuradas equipas específicas especializadas da área de prevenção, reinserção social e redução de danos. Na descrição da DICAD da ARSLVT com base na lista de contatos fornecida, havia cinco CRI's, totalizando quatorze equipas de tratamento e duas denominadas *extensões*. Nessa

---

<sup>20</sup> Roteiro

descrição eu não conseguia ter uma clareza da constituição das equipes das áreas de intervenção da reinserção social, da redução de riscos de minimização de danos e da prevenção. (anexo 10). Na descrição encontrada no site da ARSLVT (2016), além do anexo 10 havia a seguinte descrição:

A sua atividade desenvolve-se no território através de 8 Unidades de Intervenção Local, dispondo de 350 técnicos que desenvolvem atividades nas diferentes áreas de intervenção do domínio dos Comportamentos Aditivos e Dependências (Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Tratamento e Reinserção). No âmbito do tratamento existem 3 respostas em Internamento<sup>21</sup>, Unidade de Desabilitação, Unidade de Alcoologia e Comunidade Terapêutica, e 15 respostas em ambulatório, contando ainda com várias consultas descentralizadas (ARLVT, 2016).

Mediante solicitação da DICAD, arrisquei-me em sinalizar o Centro de Respostas Integradas (CRI) de Lisboa Oriental e o CRI de Lisboa Ocidental. Pelo fato de ser uma região grande, precisava ter alguma cautela na escolha porque utilizaria o transporte público para os meus deslocamentos. Após todos os percursos descritos, em pouco mais de uma semana, a viagem foi organizada. Desembarquei em Lisboa no dia 08 de junho de 2016 para o cumprimento da proposta de cronograma de aproximadamente três meses de pesquisa junto à CES: junho; as observações participantes, julho; a realização das entrevistas e agosto; elaboração dos achados preliminares, produção de relatório para a CES e devolutiva preliminar à DICAD e a todos os participantes da pesquisa. No intervalo entre o Parecer Final da CES e a chegada em Lisboa, eu aguardava um retorno da DICAD quanto à organização do trabalho de campo com base no detalhamento anteriormente solicitado. Nesse momento havia ocorrido as aprovações necessárias e o mais importante era iniciar o trabalho de campo. Mostrei-me disponível para a DICAD para qualquer adequação de composição para as observações participantes nas unidades assistenciais, assim como para a revisão do cronograma inicialmente proposto, se fosse necessário.

### **Chegada à Lisboa – sobre a fase do trabalho de campo**

Após essa etapa, um novo momento da pesquisa iniciou-se: o trabalho de campo para me aproximar da realidade interrogada e conseqüentemente

---

<sup>21</sup> Internação.



proporcionar a minha interação com os atores, fundamental na pesquisa qualitativa de caráter exploratório. Logo na chegada conheci um profissional do Secretariado da DICAD. Ele foi muito receptivo, mas referiu sua dificuldade em organizar os campos da pesquisa. Rapidamente falou com o coordenador da DICAD, enviou um e-mail a todos os dirigentes dos serviços e me orientou o início dos contatos para agendamento das observações participantes e entrevistas. Aqui faz-se necessário considerar alguns aspectos. O primeiro deles seria a minha nova trajetória em acessar os contatos fornecidos e começar os agendamentos das atividades de pesquisa. Ficaria sob a minha responsabilidade construir com os responsáveis das unidades assistenciais o cronograma das atividades. Após a primeira ida à DICAD, telefone, e-mails, aplicativos whatsapp e googlemaps faziam parte do meu cotidiano. Um segundo aspecto foi percebido no transcorrer dos primeiros contatos: a pesquisa ocorreria durante o verão. Muitos profissionais e alguns gestores começariam a entrar num ritmo de saídas e retornos de férias. Era necessário organizar as agendas dentro da possibilidade de cada profissional. Outro aspecto foi a dificuldade de entrar em contato com um dos dirigentes responsáveis pelo CRI num primeiro momento escolhido para ocorrer as observações participantes. Mas o dirigente do outro CRI escolhido colocou-se muito disponível. Porém um período de férias “quebraria” o período contínuo de observações inicialmente apresentadas como proposta. Tendo como ponto de partida essas variáveis, participei de algumas atividades e rotinas, não contínuas e a critério do dirigente. E por fim, a descoberta da composição dos projetos da área de redução de riscos e minimização de danos por equipes de entidades conveniadas na sua grande maioria, em interlocução com os CRI's, mas “fora” do aparato institucional estatal.

Todas as considerações acima são importantes para evidenciar a não linearidade de um campo de pesquisa outrora “desenhado”, modificado de maneira muito interessante, no encontro com os atores da rede de atendimento de usuários de álcool e outras drogas da DICAD da ARSLVT. Essa narrativa vem a reforçar a perspectiva de que, no trabalho de campo, as referências teóricas e operacionais não estão cindidas. Heckert & Passos (2009) questionam a dissociabilidade da ação de conhecer um objeto/realidade do ato de sua própria constituição. A ação do processo de pesquisa produz realidades, institui práticas, interfere produzindo movimentos. O instituído é o

que se impõe como uma verdade não produzida, correspondente à ideia de universalidade, enquanto o instituinte traz a particularidade, o que se diferencia da universalidade (LOURAU, 1993). Paulon (2005) aponta que o conceito de implicação vai se opor ao lugar do intelectual neutro-positivista. O pesquisador analisa suas implicações com seu objeto de pesquisa e com o local em que se realiza a pesquisa ou a que pertence, com toda a equipe de pesquisa. O lugar que se ocupa nas relações sociais é analisado, na intervenção e nos diferentes locais que se ocupa no cotidiano. Para Minayo (2011), os sujeitos/objeto são primeiramente construídos teoricamente e no trabalho de campo produzem uma relação intersubjetiva com o pesquisador dialogada com o trabalho exploratório realizado na primeira etapa. Todos os atores; pesquisador, entrevistados e observados interferem no conhecimento da realidade, porém o cuidado no modo de coleta de dados não pode ser excluído. Para a realização do trabalho de campo, Minayo destaca:

Embora haja muitas formas e técnicas de realizar o trabalho de campo, dois são os instrumentos principais desse tipo de trabalho: a observação e a entrevista. Enquanto a primeira é feita sobre tudo aquilo que não é dito, mas pode ser visto e captado por um observador atento e persistente, a segunda tem como matéria-prima a fala de alguns interlocutores. (MINAYO, 2009, p. 63).

A observação participante carregou um sentido prático importante para tornar-me livre de pré-julgamentos, compondo com as questões levantadas na fase exploratória da pesquisa. Além disso sua experimentação contribuiu para subsidiar a revisão das questões para a entrevista semiestruturada, assim como para modificar minha trajetória.

É importante considerar a receptividade das pessoas, sobretudo a curiosidade em aprofundar como a política nessa área funcionava no Brasil. O coordenador da DICAD, o coordenador do CRI de Lisboa Oriental e uma Assistente Social (responsável pela área da redução de riscos e minimização de danos na DICAD) foram “figuras-chave” na minha interlocução com atores, projetos e equipes do território não circunscritas diretamente às UIL da DICAD. Além disso, exerceram papel fundamental para a compreensão e articulação com os projetos das entidades conveniadas e outros projetos não diretamente ligados à DICAD. Embora a maioria dos projetos da área da redução de riscos e minimização de danos não fossem da administração direta da DICAD e as

instituições conveniadas se candidatassem para editais lançados via SICAD, a operacionalização das suas ações era coordenada, monitorada e integrada aos serviços da DICAD.

A DICAD da ARSLVT tem 5 Centros de Respostas Integradas. Nessa regional há o CRI de Lisboa Ocidental (com 5 equipas de tratamento), o CRI de Lisboa Oriental (com 3 equipas de tratamento), o CRI do Oeste (com 3 equipas de tratamento), o CRI Ribatejo (com 2 equipas de tratamento) e o CRI da Península Setúbal (com 3 equipas de tratamento). Cada equipa de tratamento está numa sub-região diferente, com sede e profissionais próprios. Na organização das equipas há quatro diferentes áreas de intervenção: Tratamento, Reinserção Social, Prevenção e Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD). Em cada área de intervenção há um profissional responsável que contribui na articulação e planeamento das ações nas equipas de cada CRI. As equipas são multidisciplinares como no Brasil.

Para a internação de usuários de álcool e outras drogas, a DICAD da ARSLVT conta com 3 unidades que oferecem internação. São elas: a Unidade de Desabilitação – Centro das Taipas, designada para casos de internação, assim como uma equipa de tratamento para acompanhamento ambulatorial, a Comunidade Terapêutica do Restelo (de carácter público, pertencente ao Sistema de Saúde Português) e a Unidade de Alcoologia de Lisboa (UAL), com oferta de internação e tratamento ambulatorial. Cabe reforçar que a unidade é referência para outras cidades de Portugal, não somente para Lisboa. Compõem a possibilidade de internação da referida DICAD outras CT conveniadas dentro de parâmetros estabelecidos pelo SICAD.

Na composição com o trabalho dos profissionais das equipas de tratamento dos CRI atuantes nas quatro áreas de intervenção, existem projetos com equipas de instituições conveniadas para potencializar a atuação das equipas dos CRI, em especial na área da RRMD. São eles: uma Unidade Móvel do Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência (PSOBLE), um PSOBLE em instalação fixa, três Equipas de Rua (duas em Lisboa, uma em Setúbal e uma em Peniche) e uma Equipa de intervenção em contextos recreativos com capacidade para atingir até 10000 pessoas com estratégias de proximidade. Também faz parte desses projetos um Centro de Acolhimento em Alcântara financiado pelo SICAD e monitorado pela DICAD (em Lisboa, com capacidade para acolher 50 pessoas) e um Centro de Abrigo

no Beato em Lisboa (não específico para toxicodependentes) com capacidade para acolher 150 pessoas com problemas de adição, sob gestão principal do Ministério da Segurança Social com financiamento do SICAD no programa de metadona existente para os usuários que desejarem aderir. Ao longo do nosso percurso, verificaremos nuances de Centros de Abrigo e Centros de Acolhimento sob a gestão de outros segmentos fora do SICAD e da DICAD, porém em parceria com a rede de serviços e projetos de intervenção da DICAD. Durante os quase 3 meses de campo, realizei as observações participantes e produzi *diários de campo*, registrando a narrativa dos meus percursos, as questões levantadas e as reflexões produzidas. O diário de campo é uma ferramenta de pesquisa importante para o registro das observações participantes e útil para revisitar as questões de pesquisa iniciais, conforme evidenciam Benevides & Passos (2009). Segundo Benevides & Passos (2009), o trabalho da pesquisa deve ser sempre acompanhado pelo registro do que é pesquisado e do processo mesmo de pesquisar. Para os autores, o trabalho de pesquisa requer uma textualidade; um modo de dizer e registrar a experiência designado como diário de campo. Minayo (2009) define a observação participante:

“Definimos *observação participante* como o processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em interlocução direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente” (MINAYO, 2009, p. 70).

No contexto dos CRI, a maior parte das observações participantes ocorreu com a equipe de tratamento de Loures do CRI Lisboa Oriental. Dentre as atividades, participei da “reunião de triagem” (discussão de casos), de duas reuniões de equipe, de uma busca ativa com dois profissionais, uma discussão de casos dos usuários de heroína inseridos no programa de metadona, participei de atendimentos com uma enfermeira a usuários do programa de metadona e de dois atendimentos individuais de uma psicóloga, anteriormente autorizados pelos usuários. Além das observações participantes com a equipe de tratamento de Loures, tive a oportunidade de uma conversa com o coordenador e alguns profissionais da equipe de tratamento de Xabregas,

pertencente ao mesmo CRI. Além das observações participantes descritas no CRI acima, participei de uma reunião com as três equipes de tratamento do CRI da Península de Setúbal.

Mais especificamente na área da RRMD, realizei observação participante em três ações de campo na rua (com a Equipe de Rua de Setúbal da APDES<sup>22</sup>, com a Unidade Móvel do PSOBLE de Lisboa da *Ares do Pinhal*<sup>23</sup> e com a Unidade Móvel do GIRUGaia da APDES), participei da reunião de equipe do PSOBLE de Lisboa, participei de duas reuniões com representantes dos cinco CRI da ARSLVT e das entidades conveniadas e uma intervenção em uma festa eletrônica com a equipe de RRMD do CRI Ribatejo.

No decorrer do trabalho de campo, foi possível visitar duas Comunidades Terapêuticas (uma pública; Restelo e outra conveniada; da Ares do Pinhal), visitar uma Associação de usuários em Gaia (Associação “Consumidores Associados Sobrevivem Organizados” - C.A.S.O.), uma visita e conversa com uma autoridade de um Batalhão de Polícia de Lisboa, participação na visita do Summer School<sup>24</sup> no In-Mouraria<sup>25</sup>, visita à APDES, visita à instalação fixa do PSOBLE da Ares do Pinhal e uma visita à Crescer na Maior<sup>26</sup>.

Concomitante ao trabalho de observação participante nas reuniões, atendimentos, visitas, conversas informais e outras intervenções em campo, realizei 12 entrevistas semiestruturadas com base no roteiro enviado à CES da ARSLVT (com a orientação de acordo com o Consentimento Informado, Esclarecido e Livre) e 18 conversas partindo de um tema central (renomeadas de entrevistas abertas no trabalho de análise).

O roteiro das entrevistas semiestruturadas continha 28 questões e se dividia em cinco eixos temáticos que visavam atender aos objetivos da investigação: a constituição e condução da política, a(s) perspectiva(s)

---

<sup>22</sup>A APDES é uma Organização Não-Governamental sem fins lucrativos, com sede em Vila Nova de Gaia. O principal objetivo da APDES é acessar as comunidades e contextos vulneráveis, com intervenções na área da saúde, do trabalho e da educação. Atua na DICAD da ARS Norte com projetos de RRMD na rua, em contextos recreativos e em contexto prisional.

<sup>23</sup> A Associação Ares do Pinhal é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), não-governamental sem fins lucrativos. Atua com a Unidade Móvel do PSOBLE e tem uma CT conveniada dentro da área de abrangência da DICAD da ARSLV

<sup>24</sup> Um curso de verão promovido pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

<sup>25</sup> O In-Mouraria é um dos projetos do Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT), uma organização não-governamental e sem fins lucrativos. O GAT visa a cooperação entre pessoas, comunidades e organizações relacionadas com o HIV/AIDS.

<sup>26</sup> Associação de profissionais especializados em intervenção comunitária com populações excluídas e em vulnerabilidade. Atua com duas Equipes de Rua na DICAD da ARSLVT.

clínica(s) da(s) prática(s), os processos de trabalho em equipe, a rede setorial/intersectorial e a Lei da Descriminalização.

As entrevistas abertas contribuíram para complementações e contraposições importantes, aprofundando a investigação dentro de temas, projetos e contextos mais específicos, sem me ater a um roteiro pré-estabelecido, mas como estreita ligação com o roteiro inicial. De acordo com Minayo (2012), o pesquisador precisa:

Ir a campo munido de teoria e hipóteses, mas aberto para questioná-las. É preciso imergir na realidade empírica na busca de informações previstas ou não previstas no roteiro inicial. (...) Mas é também crucial estar tão atento e tão aberto às novidades do campo que, caso seja preciso, o investigador abra mão de suas certezas a favor dos influxos da realidade. (...) Num trabalho de campo profícuo, o pesquisador vai construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos interlocutores, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem com ou se contrapõem às observações (MINAYO, 2012, p. 624).

Todas as entrevistas foram gravadas com a autorização dos participantes, tendo como minha fala introdutória os objetivos da pesquisa e a garantia de que o seu nome não seria revelado em nenhuma situação. As entrevistas foram realizadas em salas da DICAD, das UIL e de projetos visitados, reunindo as melhores condições para a condução da investigação. Os espaços físicos disponibilizados para a realização das entrevistas proporcionaram a ausência de interferências sonoras, boa qualidade dos áudios e impossibilitou a entrada de outras pessoas sem o nosso consentimento, o que poderia prejudicar a condução ou a confidencialidade.

Os contatos para o agendamento das entrevistas foram disponibilizados pelos meus interlocutores na DICAD. Nas entrevistas semiestruturadas participaram 6 gestores e 6 profissionais dos cinco CRI da DICAD. Nas entrevistas abertas participaram 2 profissionais ligados ao Ministério da Saúde, 2 ex-trabalhadores da rede portuguesa que tiveram protagonismo na transformação da política pública no final da década de 90, um professor e pesquisador da Universidade do Porto, 2 profissionais com experiência em unidades de internação, 2 membros da C.A.S.O, profissionais mais estritamente ligados aos projetos e intervenções nas áreas de intervenção; 2 da prevenção, um do tratamento, 4 da RRMD (na rua, em contextos recreativos e em contexto prisional), um profissional da reinserção social e um profissional da Comissão de Dissuasão da Toxicodependência.

Finalmente, redigi um relatório preliminar para a Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT e fiz a devolutiva inicial da pesquisa nas instalações da DICAD em dois momentos. O primeiro com os gestores e profissionais dos serviços da DICAD e o segundo momento com os profissionais das entidades conveniadas com o SICAD e monitoradas pela DICAD, entidades fora do escopo do financiamento do SICAD e atores que contribuíram para a realização da pesquisa. As datas das devolutivas foram agendadas a critério da DICAD com base nos contatos fornecidos por mim a partir dos meus percursos de pesquisa.

### **Fase final – a análise e tratamento do material**

Ao retornar ao Brasil, dei início ao trabalho da análise qualitativa. Nessa etapa confrontei as questões iniciais da pesquisa com a análise do material pesquisado. Somente após o trabalho de campo foi possível confrontar as indagações iniciais com a análise do material pesquisado e suas descobertas de forma mais contextualizada.

O primeiro passo foi a organização do material e me impregnar do conteúdo das entrevistas e das observações registradas no diário de campo, apreendendo o conjunto de elementos surgidos e suas particularidades. Escutei todos os áudios das entrevistas que foram gravadas até me impregnar dos conteúdos existentes. Na maioria das vezes, alguns pontos me chamavam a atenção, o que me conduzia a ouvi-los novamente ou até mais de duas vezes. Paralelamente à escuta dos áudios, revisei todos os diários de campo e os reescrevi para qualificar com mais clareza os pontos que mais me chamaram a atenção durante o trabalho das observações participantes. Minayo chama esse modo de entrar em contato com o material de pesquisa de saturação. (MINAYO, 2012).

Após a escuta exaustiva de todos os áudios das entrevistas, iniciei o trabalho de transcrição na íntegra de cada um deles. A transcrição exigiu o meu retorno para muitos trechos de todas as entrevistas. Embora a qualidade do áudio tenha ficado excelente, o sotaque português dos entrevistados e a rapidez na construção das sentenças fez com que o trabalho de transcrição se tornasse mais demorado para garantir a fidelidade do registro do que foi dito.

Logo após a atividade de transcrição, providenciei a impressão de todas as entrevistas. Novamente escutei cada áudio acompanhado da sua respectiva

transcrição, fazendo “marcações” dos aspectos mais relevantes na fala de cada entrevistado. Concluído esse passo de compilação e impregnação dos conteúdos, revisei os trechos selecionados e reorganizei o material das entrevistas em temas entrelaçados com a leitura da realidade produzida a partir das vivências, reflexões e indagações produzidas nas observações participantes registradas nos diários de campo.

Estabelecidos os temas, identifiquei as semelhanças, as diferenças e as contradições. Somente após essas etapas iniciei o trabalho de escrita da análise do material. Para Gomes (2009) & Minayo (2012) a confecção da narrativa é a etapa final do trabalho com o enlace da fundamentação teórica adotada ao longo da investigação, das falas das entrevistas, dos conteúdos registrados no diário de campo e dos objetivos da pesquisa. Esse processo de escrita da análise conduziu-me a um processo de descobertas e à produção de conhecimentos úteis para responder às perguntas realizadas previamente.

Na escrita da análise do material de campo foram construídos eixos temáticos em uma sequência proposital, ou seja, dialogados com as principais questões de pesquisa. No primeiro eixo temático abordei a construção das políticas fora do campo da Saúde Mental, a designação *comportamentos aditivos e dependências* e o percurso da estruturação da intervenção em quatro áreas de intervenção. Esse eixo temático estabelece relação com a investigação das vantagens e desvantagens de um eixo independente de coordenação das linhas orientadoras e as concepções técnico-teóricas presentes na operacionalização das ações da política. No segundo eixo temático explorei as particularidades de cada área de intervenção, abordei o tema da internação enquanto um desdobramento da área do tratamento e destaquei a tema do álcool e os desafios encontrados. Esse eixo temático mostrou-se útil para sustentar a discussão de propostas que possam contribuir na reinvenção de práticas na rede especializada do meu campo de trabalho no Brasil. Por fim, abordei a Lei da Descriminalização, as Comissões para a Dissuasão das Toxicodependências (CDT's), seus desdobramentos com a polícia e o tema das drogas ilícitas e por fim o cuidado em rede e a perspectivas dos membros de uma Associação de usuários. Esse último eixo temático se constituiu como pano de fundo para sustentar a resposta a uma das minhas questões de pesquisa: identificar os possíveis efeitos da aprovação



da Lei na transformação das práticas de cuidado em rede, nos usuários e na maneira da sociedade civil lidar com o tema do uso de drogas.

No trabalho de escrita da análise do material do campo optei por selecionar somente uma fala de um dos entrevistados dentre vários que abordaram o mesmo tema, a fim de ilustrar e comprovar o aspecto abordado em cada trecho e garantir uma leitura mais fluída aos leitores. No caso de utilização de trechos de falas que não foram abordadas no conjunto de entrevistados, deixarei claro ao leitor que se trata da posição de um entrevistado específico. Há exceções com mais de uma fala na íntegra ao longo do texto nos trechos das falas citadas com conteúdos complementares sobre o mesmo tema. Na narrativa da análise tentei produzir uma dinâmica coesa, com um raciocínio de ligação entre os temas explorados em cada eixo e realizando as contraposições pertinentes.

Por fim, cabe sinalizar nessa etapa de análise a opção de não distinguir o que foi a fala de um entrevistado da gestão e de um entrevistado profissional da rede assistencial, inclusive porque tive a oportunidade de entrevistar dois membros de uma Associação de usuários. Enquanto na escolha dos entrevistados, o segmento de trabalho na gestão e na assistência procurava garantir diversidade nos campos de leitura da realidade, durante o trabalho de análise essa separação não se mostrou significativa para os objetivos da investigação. Não foram identificadas oscilações significativas na maneira de abordar os temas explorados nas entrevistas a partir da posição que cada um ocupa na rede de atendimento. Em inúmeras situações durante o trabalho de saturação foram comuns momentos em que gestores e profissionais apresentavam um mesmo posicionamento acerca de um determinado tema e na sequência diferentes seguimentos de entrevistados faziam alguma contraposição. O único segmento privilegiado foi o de entrevistados membros de uma Associação de usuários no último eixo temático. Do total de 30 entrevistados, entrevistei dois membros de uma Associação. Essa escolha aparente de fazer uma “cisão” não estava a serviço de minimizar as suas contribuições, mas destacar as posições desses entrevistados, ora complementares, ora em contraposição, com as respostas dos profissionais e gestores mais identificados com os saberes técnicos-científicos. Além disso, pude identificar algumas leituras desses entrevistados frente as ações de intervenção propostas pelo Estado português. Alguns posicionamentos

mostraram-se consonantes com a posição de gestores e profissionais e outros em desacordo, ativando indagações acerca das ações, políticas e práticas nesse campo com o público-alvo.

Ao término da análise de cada tema contido em cada um dos três eixos temáticos do trabalho de campo, iniciei um diálogo das descobertas com o meu campo de prática e com as políticas públicas em curso no contexto brasileiro. No decorrer da discussão, retomei algumas das principais questões da investigação, problematizando aspectos para a transformação do meu campo de prática no Brasil. Essa última fase permitiu responder às questões iniciais e concomitantemente, levou-me a produzir algumas novas indagações, movimento esperado em um estudo de metodologia qualitativa, dado seu caráter sempre inacabado.

## ANÁLISE DO TRABALHO DE CAMPO

### A estruturação da política e dos serviços fora das políticas da Saúde Mental

Portugal estruturou as suas políticas e seus serviços de intervenção no campo da droga apartados da política da saúde mental. Mesmo com as transformações ao longo do tempo, preservou como eixos independentes a orientação e a execução das suas políticas. Além das raízes históricas reveladas ao longo da investigação sobre a construção dessa política fora da Saúde Mental, tentaremos traçar alguns planos de compreensão sobre as vantagens e desvantagens desse arranjo político-assistencial.

Um dos argumentos encontrados para situar a estruturação de uma rede própria, fora da Saúde Mental, está conectado com a ideia dos primeiros serviços para atendimento a toxicodependentes estarem ligados à lei, via Ministério da Justiça. Além disso, havia um entendimento de que o uso de drogas era competência da polícia. Nos primórdios da implementação de novos serviços no Ministério da Saúde, ainda era incipiente a compreensão do fenômeno dentro de uma dimensão de *doença*, como se verifica nos trechos das falas dos entrevistados abaixo:

... genericamente toxicodependência era vista mais como um caso de polícia que devia ser controlado e não como uma doença, enfim, que deveria ser controlado judicialmente e não propriamente como uma doença... (entrevistado 1)

Começou na Justiça, antes de tudo mais. Depois é que começou na Saúde. A história começou no Ministério da Justiça. Os primeiros Centros, há muitos anos atrás, só depois de 87, com a criação das Taipas, começa a noção de doença. (entrevistado 8)

O fato de Portugal ter construído uma estratégia global de intervenção nas toxicodependências e a indisponibilidade da Saúde Mental com essa população foram dois motivos para a rede de serviços ser construída fora das políticas da Saúde Mental. A passagem abaixo contribui para ilustrar tais considerações:

Porque se entendeu que era um problema mais global e que também... por uma outra questão. Sempre houve alguma má vontade da parte da Saúde Mental em relação à toxicodependência. Eu posso dizer que a Ministra que criou o Centro das Taipas chegou a pensar em colocá-lo na Saúde Mental, mas rapidamente decidiu que o colocava na ARS e não na Saúde Mental. (...) Por um lado era muito visível e por outro lado atingia muitas famílias, muitas classes sociais,

havia membros do governo com filhos toxicodependentes, portanto era um problema muito importante. Hoje não. E isso pode também ter facilitado a ideia de que não podia ser uma subespecialidade da Saúde Mental, era um problema maior. (entrevistado 20)

Além dessa perspectiva geral de uma certa indisponibilidade da Saúde Mental para a problemática, ao longo do trabalho de campo também foi resgatada a consulta de toxicodependentes existente desde 1973 no Serviço de Psiquiatria do Hospital Santa Maria como uma particularidade em Lisboa, onde era permitido atender os toxicodependentes. Porém havia resistência à internação desses usuários, o que impulsionou a criação de serviços próprios, independentes da Saúde Mental, conforme o trecho da fala do entrevistado abaixo ilustra:

... nós que fazíamos essa consulta em Santa Maria sabíamos os problemas que vivíamos diariamente por os toxicodependentes não serem aceitos nas instituições psiquiátricas. (...) Por exemplo, no hospital de Santa Maria não era possível internar toxicodependentes. Na consulta nós podíamos ver mas internar toxicodependentes não era possível. (...) E por outro lado, havia a ideia também de que não aprenderam a lidar com esse problema e portanto, era um problema que escapava, que não se resolvia pelas formas tradicionais. (entrevistado 20)

A dimensão de saúde pública em decorrência do agravamento com relação às doenças contagiosas foi utilizada por um entrevistado para ilustrar a construção da política. O mesmo entrevistado complementa argumentando, embora sem fazer referência direta à Saúde Mental, sobre a perda da preponderância da intervenção nos moldes clínicos tradicionais com forte influência da Psicanálise:

Depois no final dos anos 80 e princípio dos 90 torna-se muito claro que há uma quantidade de gente infectada com VIH, também com hepatites, também com tuberculose e isto é uma dimensão de saúde pública afinal. Eu acho que é isso que também faz perder peso a intervenção clínica mais convencional em torno das concepções do toxicodependente, saídas das questões de perturbações de personalidade, da falha narcísica, do afeto depressivo, da impossibilidade de relação objetal com a mãe, dessas coisas todas que eu não sei falar. (...) ... todo esse discurso começa a perder terreno e começa a haver uma consciência de que andávamos entretidos com consultas, com meia dúzia de toxicômanos e a maioria deles nunca tinha ido aos centros. Estava lá a sofrer em certas zonas da cidade que eu acho que os psicanalistas nem suspeitavam que essas zonas existiam porque nunca lá passaram. (entrevistado 24)

Outro entrevistado refere como a performance dos usuários provocavam, de certa forma, a recusa da Saúde Mental e mesmo numa referência específica à figura do médico e da doença. Fala através de um olhar

mais ampliado e da particularidade dos serviços criados alicerçados fora desse campo:

Eram doentes que não interessavam, eram doentes que não se curavam, eram doentes que roubavam, eram doentes que se portavam mal, pronto, havia uma clara rejeição e isso explica algumas coisas. (...) E mais uma coisa ainda. Esse tal serviço que nós chamamos... chamávamos SPTT era um serviço que sempre teve a colaboração de clínicos gerais, de outros médicos de outras áreas a trabalharem nesse serviço. O que também não era a tradição da saúde mental, não é? O serviço foi trabalhando de uma forma sempre muito diferente e habitual da saúde mental. (entrevistado 20)

Quando interrogados sobre as vantagens ou desvantagens de os serviços estarem fora da Saúde Mental, o tratamento da toxicodependência atrelada a esse campo foi trazido como algo que reduz a problemática a um saber “psi” e fragmenta os usuários, como se verifica nos trechos abaixo:

Então essa questão, evidente, alguns dos nossos utentes<sup>27</sup> acabam a ter perturbações a nível mental, pronto. Tem uma patologia associada, tem uma comorbidade associada à psiquiatria, mas nós não queremos identificar-nos com a saúde mental. Porque é muito redutor, não é? Porque de facto da nossa experiência esses indivíduos são esse todo. E na nossa abordagem, nós temos essa abordagem num todo, não só ao nível das perturbações de comportamento ou das perturbações psiquiátricas, mas todo o resto da parte física, patológica, essas coisas todas, toda a parte social. Todo o trabalho que se faz ao nível da reinserção, toda a reintegração... É por isso que temos um modelo próprio. (entrevistado 9)

Do meu ponto de vista conceptualmente<sup>28</sup> o que fazia sentido era nós estarmos dentro, não sei da saúde mental porque daria um sinal é muito de patologia mental aos comportamentos aditivos, ou seja, ia remeter muito para dimensão psico. Não sei se seria o melhor, mas conceptualmente acho que faria todo o sentido podermos estar dentro do resto do que é saúde. (entrevistado 10)

Outro aspecto relevante da independência dos serviços com um eixo de coordenação específica foi a possibilidade de construir uma identidade, com visibilidade, um saber específico e um modelo eficaz no campo das dependências, conforme se observa na fala de alguns entrevistados:

(...) uma das principais vantagens tem a ver com essa possibilidade de ter criado um modelo coerente ao nível do país é... e de ter conseguido é ... que esse modelo fosse não só um modelo de intervenção direta na população toxicodependente mas também, um modelo, digamos assim, de intervenção em rede tirando partido dos recursos que há na comunidade. Isso parece de facto que é uma imagem-marca da intervenção em nosso país... (entrevistado 1)

---

<sup>27</sup> Usuários

<sup>28</sup> Conceitualmente

Eu acho positivamente (referindo-se a ter uma estrutura própria). O fato de ser uma estrutura que nasce de raiz e nasce numa altura em que o problema estava, era muito visível ou socialmente muito visível, criou uma flexibilidade que não teríamos se não tivéssemos, se calhar, numa estrutura pré-existente. (...) ... eu acho que é muito mais vantajoso de facto, os termos estado com recursos próprios, com formação própria, com mais flexibilidade na observação do fenómeno e nas alterações do fenómeno enquanto intervenção, acho que tudo isso foi positivo (entrevistado 5).

Porque de facto se nós fôssemos aglutinados pela Saúde Mental, acho que perdíamos uma parte da nossa identidade, da nossa filosofia e dos princípios que nós defendemos. (entrevistado 9)

A vantagem de uma política própria, independente dos argumentos, foi unânime entre os entrevistados. Por outro lado, alguns deles ponderaram simultaneamente uma desvantagem quanto ao fato da construção da política nos comportamentos aditivos e dependências ter sido construída apartada da área da Saúde Mental. A configuração da política gerou ou até mesmo exacerbou a dificuldade de articulação com os serviços de saúde mental nos casos de comorbidade psiquiátrica, como se verifica por exemplo, na fala do entrevistado abaixo:

Por outro lado, houve desvantagens... (...) ... nós precisávamos do apoio dos serviços de psiquiatria porque há muitos casos com patologia concomitante, duplos diagnósticos e nem sempre estavam disponíveis, não é?... como se nós fôssemos um mundo à parte. É de alguma maneira é nesta... na articulação que algumas vezes as coisas se tornam difíceis. (entrevistado 5)

A dificuldade em conseguir viabilizar a internação de usuários que apresentam comorbidade psiquiátrica e a dificuldade de manejo e intervenção adequada com a população usuária de substâncias na psiquiatria foi também verificada durante o trabalho de campo. A grande maioria dos entrevistados apontaram a relutância dos serviços de internação receber usuários com essa problemática.

Alguns profissionais aprofundaram o problema de articulação quanto aos encaminhamentos entre as *Equipas de Tratamento* (ET's) e a Saúde Mental. Existe uma queixa quanto aos encaminhamentos para as ET's centrados no consumo da substância, deslocados do quadro psicopatológico dos usuários, assim como a ausência de avaliação da frequência e o padrão de consumo. Algumas vezes o motivo do encaminhamento para a *Equipas de Tratamento* tem como justificativa simplesmente o uso da substância, independente de outros critérios:

Essa é uma esquizofrenia, não se importa se fez uma cena tóxica, se foi o haxixe que desencadeou, seja aquilo que for, o psiquiatra manda para a consulta de ET. Como fuma ganzas<sup>29</sup>, vai pra lá, percebes? Como uma espécie de tabela, tás a perceber? (entrevistado 2)

(...) às vezes vêm da saúde mental pra aqui e que chegam aqui e nós ficamos achando que esta pessoa não deveria estar aqui. Não é por esta pessoa ter um consumo que tem que vir pra qui. Este não é o sítio<sup>30</sup> certo para a pessoa. (entrevistado 29)

Por outro lado, durante o trabalho de campo foi reconhecida a importância da articulação na construção do cuidado com a Saúde Mental quando necessária, independente das políticas, de modo a provocar a discussão entre as equipes para proporcionar uma intervenção em benefício do usuário, conforme descreve, por exemplo, o entrevistado abaixo:

(...) mas eu diria que enfim, globalmente tem havido um pouco esse esforço, no sentido dos serviços se organizarem, os serviços de psiquiatria por um lado, de saúde mental e por outro lado os serviços de intervenção nas toxicodependências têm se procurado articular de modo a prejudicar da menor forma possível os utentes. (entrevistado 1)

E com base em possíveis relações estabelecidas para a discussão e cuidado compartilhado dos casos, diferente de uma rota de fluxo de encaminhamento, esse tipo de iniciativa parece estar a serviço do cuidado dos usuários e não das suas “patologias” de forma fragmentada, como o entrevistado abaixo reforça:

É... o que a partida seria muito pacífica digamos assim se efetivamente as pessoas também tivessem completamente separadas nos seus problemas, como se houvessem pessoas só com problemas aditivos e houvesse pessoas só com problemas psiquiátricos. O que acontece é que há naturalmente, pessoas que... e com comorbidades que têm os dois tipos de problemas. (entrevistado 1)

Mesmo com tal esforço de articulação com os serviços de saúde mental, a crítica aos serviços de psiquiatria focados no tratamento com fármacos, assim como a falta de manejo e de desejo em realizar um trabalho com essa população foram referidos por alguns participantes da pesquisa.

Foi muito interessante durante o trabalho de campo identificar que para além da gênese de constituição da política portuguesa no campo das drogas separada da política de Saúde Mental, com suas vantagens e desvantagens, alguns entrevistados suscitavam e até misturavam essa questão com a

---

<sup>29</sup> Cigarros de haxixe ou maconha ou baseados como popularmente se diz no Brasil.

<sup>30</sup> Sinônimo de *lugar*

avaliação em curso do atual desenho institucional. Ao questionar os participantes da pesquisa sobre relevância de ter *um eixo próprio de coordenação das ações* trouxe para a cena o debate em curso sobre a manutenção da atual organização (o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências - SICAD e as Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências - DICAD's dentro das cinco Administrações Regionais de Saúde – ARS's, responsáveis pela operacionalização das ações dos serviços) ou o retorno para um Serviço Nacional independente, não idêntico, mas nos moldes do extinto Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

A extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) e deslocamento dos serviços que atendem os Comportamentos Aditivos e Dependências - CAD para as Administrações Regionais de Saúde (ARS's) provocou receios, fantasias e expectativas nos profissionais dos serviços nessa transição. Uma parte dos profissionais tinham inicialmente uma expectativa positiva da mudança, por entenderem que não fazia sentido os serviços que atendiam os comportamentos aditivos e dependências estarem separados dos demais serviços de saúde, isoladamente em um Instituto. Uma outra parte dos profissionais apresentou resistências e não tinha clareza sobre os rumos dos serviços especializados nos CAD e a composição da estrutura dos serviços e dos processos de trabalho com os Cuidados de Saúde Primários.

Atualmente, um grupo de profissionais acredita ser precoce o retorno para um *Serviço Nacional* independente das Administrações Regionais de Saúde (ARS's) e defende um tempo maior de avaliação e investimento ainda necessário na aproximação com os serviços da Saúde Mental e os cuidados de Saúde Primários. Por outro lado, um outro grupo de profissionais defende o retorno para um *Serviço Nacional*, independente da ARS.

Portanto, a estruturação das políticas de intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (CAD) como uma área de atuação fora do campo da Saúde Mental contribuiu, sem sombra de dúvida, para o fortalecimento da produção de conhecimento, ferramentas próprias de atuação e produção de visibilidade para o tema enquanto uma política pública de saúde forte com considerável independência. Porém, ao longo da investigação ficou constatada, mesmo com os notórios avanços e experiências de êxito na intervenção com um eixo próprio, a dificuldade de articulação com



os serviços da área da Saúde Mental e os Centros de Saúde, explorada com mais profundidade mais à frente. Outro aspecto identificado foi a oscilação de posição dos profissionais ao longo do trabalho de campo quanto ao retorno para um Serviço Nacional. O retorno das intervenções na área dos CAD para uma estrutura centralizada evidenciou a preponderância de uma expectativa por mais autonomia, visibilidade e com mais recursos. Por outro lado, a extinção das Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD's) e a saída dos seus respectivos serviços e projetos das Administrações Regionais de Saúde (ARS's) trazem o risco em produzir um efeito simbólico expressivo de reforçar a falta de responsabilização dos chamados Cuidados de Saúde Primários e dos serviços da Saúde Mental no cuidado em rede dos usuários com problemas relacionados aos comportamentos aditivos e dependências. É importante frisar que independente do retorno para um *Serviço Nacional* ou da configuração atual (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências - SICAD e Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências- DICAD), o modelo português estrutura, planeja e executa suas políticas independente da Saúde Mental.

Terminada a análise da constituição da política pública portuguesa como área independente da Saúde Mental, abordaremos a seguir a evolução do pensamento na área das drogas e que levou ao que hoje é denominado “comportamentos aditivos e dependências”.

### **Sobre a designação “comportamentos aditivos e dependências” (CAD).**

Essa designação tem correspondência com a evolução do percurso histórico das políticas públicas portuguesa no âmbito do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Portugal vivenciou diversas fases de atuação no campo das drogas até chegar ao que hoje é designado como CAD. Mais à frente, exploraremos um pouco mais esse processo de construção da política e os fatores que impulsionaram o surgimento e as transformações dos serviços e projetos desencadeadores da atual designação.

Durante muito tempo falou-se em toxicodependências. Havia no início da expansão da rede uma preocupação central com o cuidado das pessoas com dependências das chamadas drogas ilícitas. Mas o problema da heroína

tinha uma maior magnitude naquele momento histórico. O problema do uso de heroína na população portuguesa foi o motor inicial para a ampliação significativa da rede de serviços e projetos. A toxicodependência passa a ser praticamente sinônimo de dependência de heroína, conforme apontou, por exemplo, o entrevistado abaixo:

Porque acho que em Portugal, e sempre, e tem a ver com aquilo que foi o maior problema da população consumidora de substâncias, a maior parte dos consumidores problemáticos que chegaram aos serviços foram os heroíno-dependentes. (...) Isso está na estatística, a maior parte das pessoas tinham esse tipo de problema e as respostas criadas foram também sendo criadas para dar apoio a esta população e também aí se criou uma representação social, digamos assim, dos serviços como sendo serviços para atender toxicodependentes. (entrevistado 2).

A heroína era a principal substância consumida no perfil dos usuários atendidos, porém ao longo da prática dos profissionais, percebia-se grande parte deles com história de policonsumo:

(...) a maior parte das pessoas que chegavam aos serviços, tinham consumo problemático, eram consumidores problemáticos de heroína na maior parte das vezes policonsumidores, ou seja, consumidores de cocaína, benzodiazepinas<sup>31</sup>, de álcool, mas digamos que a substância prioritária seria a heroína. (entrevistado 2).

Gradativamente, o tratamento da dependência de outras substâncias foi incorporado na missão dos serviços, inclusive a dependência do álcool, da responsabilidade de outras unidades pertencentes a uma outra estrutura até 2010, quando foram incorporadas ao antigo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT):

(...) fomos é, pouco e pouco, ficando mais despertos para a necessidade de intervir é ... não só é... nas dependências, é... nomeadamente, drogas ilícitas, mas também de algumas substâncias lícitas, como é o caso do álcool, ... ou do uso é... não prescrito, por exemplo, de substâncias lícitas, como é o caso das benzodiazepinas... (entrevistado 1).

(...) abrir a porta, digamos assim, a um espectro mais lato<sup>32</sup> para pessoas que possam ter problemas e problemas relativos a outros comportamentos que nada tem a ver com heroína, nada tem a ver com cocaína, e de facto também a questão do álcool que, entretanto, também é aqui, e que já trabalhávamos o álcool, mas que na maioria das vezes agregado aos consumidores de cocaína ou de benzodiazepinas, mas agora começa a ter a questão do álcool... (entrevistado 2).

---

<sup>31</sup> Benzodiazepínicos

<sup>32</sup> Alargado, ampliado

Mas a noção de comportamentos aditivos não foi incorporada de forma linear no tempo e nem posteriormente à ampliação da atuação dos serviços no que seria enquadrado como outras dependências. Pelo contrário, a transição para os denominados CAD ocorre concomitante aos processos de transformação e já aparecia como uma dimensão do uso de drogas na lei 30/2000:

Bom, essa nomenclatura, essa designação, emerge por volta de 2012. (...) Penso que tem a perspectiva que nós evoluímos do IDT para SICAD e DICAD. (...) É nessa fase que no fundo é uma decisão política e é nessa passagem que se aproveita para acrescentar alguma coisa que já tínhamos aqui dentro mas que não estava ainda traduzida na designação do serviço. (...) Se reparar, a própria lei 30/2000, portanto a lei da despenalização, quando fala das sanções: que sanções vamos preconizar para os indivíduos, diz lá num determinado passo numa cláusula: bom, se a pessoa tiver lá, ou seja, começa a falar de um universo de pessoas que tem relação com as substâncias, de consumo de substâncias. (...) ... já nessa lei se introduz essa nuance. Vão aparecer consumidores às Comissões de Dissuasão, vão aparecer consumidores. Há um grupo deles que vai ter uma relação de dependência, vai ser toxicodependente... (...) O pensamento que se constrói dentro da estratégia de 99' que depois permite essa abertura e a própria estratégia já dá a ideia de que há pessoas que podem ter uma relação com as substâncias que não é dependência, e, portanto, isso para voltarmos à designação comportamentos aditivos e dependências (entrevistado 10).

Além do uso de substâncias não ser sempre caracterizado como uma relação de dependência, há a introdução e problematização no trabalho das equipes daquilo do que se poderia chamar de comportamentos aditivos e dependências sem a ingestão de uma substância. Nesse sentido, o foco está no comportamento de prazer e não no objeto. Podemos encontrar no percurso do trabalho de campo a distinção entre um comportamento aditivo e uma dependência, independente da ingestão de substância, conforme descrito nos trechos abaixo:

(...) são comportamentos aditivos, mas que já nem sequer tem a ver com o consumo de substâncias por um lado, não tem a ver com o consumo de substâncias, como é o caso do jogo, do jogo patológico, mas que por vezes também não envolvem uma verdadeira dependência, quer dizer assim; é um comportamento aditivo, tem as características de um comportamentos aditivo, mas não corresponde a um comportamento de dependência no sentido de ver toda uma série de sintomatologia por exemplo, de é... abstinência, ou de tolerância, coisa assim... (entrevistado 1)

Há um plano significativo da população que não tendo um problema de dependência tem de facto comportamentos aditivos, ou comportamentos de experimentação ou comportamentos de abuso, ou comportamentos de risco, sem parar num processo de dependência. Daí que quando nós falamos nessa questão dos

comportamentos aditivos e dependências faz-me todo o sentido porque é muito mais abrangente os diferentes níveis de relação que o indivíduo tem, com substâncias ou não, porque estamos a falar da questão das dependências das não substâncias, dependência da net, do jogo, das compras, tudo isso e portanto, no fundo os diferentes níveis que o indivíduo tem de relação com os objetos de prazer, no fundo está sempre ligado ao prazer, não é? que é a procura da repetição do prazer. (entrevistado 9)

Há algumas coisas ligadas às compulsões, às compras, mas o trabalho que vem sendo feito é muito nesse nível, do jogo patológico. E portanto, os comportamentos aditivos e dependências emergem muito nessa lógica e vamos alargar para outras coisas. Surgem também, por uma leitura, e essa mais anterior, talvez ainda aqui nos anos 90' de que nem todos os comportamentos, nem todas as relações que o indivíduo estabelece com a substância são de dependência. (entrevistado 10)

(...) deixou de ser só única e exclusivamente a heroína para tudo que seja dependências de uma forma generalizada, não é?... a heroína, substâncias ilícitas, passamos para o álcool... agora, neste momento, nós inclusivamente temos uma consulta de prevenção para jovens com consumo de cannabis, e a questão do jogo patológico que é uma questão que também está a ser cada vez mais investigada também para o nosso serviço, e de portas abertas... (entrevistado 29)

O jogo patológico foi exemplificado como uma dependência muito particular que surgiu tardiamente nos serviços. Geralmente é um processo silencioso que se manifesta e leva à procura de ajuda somente quando os danos já estão instalados, de acordo com os entrevistados a seguir:

(...) muitas vezes é uma coisa que não se percebe. Os pais demoram a perceber que os jovens estão no meio da noite a jogar com alguém que está nos Estados Unidos e tem um fuso horário completamente desfasado do nosso e estão na cama no meio da noite com o computador. Só quando não conseguem acordar de manhã pra escola, afeta o rendimento escolar é que os pais começam a pensar, se calhar, e perceber que há um problema. (entrevistado 8)

É um processo muito silencioso em que normalmente os pais não se incomodam, não começam a ficar incomodados porque os filhos estão a jogar em casa, não saem à noite, não tem bebedeiras, não é? (...) Alguns problemas são diagnosticados em rotina médica, quando fazem uma análise de rotina no médico, por exemplo, no caso dos alcóolicos; "pá, o seu fígado está assim, o seu pâncreas está não sei o que...". Percebe-se que há um problema. De facto no jogo patológico as análises não... revelam nada, não é? (entrevistado 9)

Usuários com problemas com jogo frequentemente chegam aos serviços de tratamento apresentando também problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, de acordo com o entrevistado a seguir:

Os jogadores que nos chegam muitas vezes têm interface com o consumo de substância. Você encontra, mas quando procura. Na consulta de jovens começamos a perceber que há muita, muito tempo

passado a jogar. Mas isso não surge não é? ; “eu estou aqui porque tenho uma dependência de jogo”. (entrevistado 8)

Embora a noção dos CAD estivesse presente anteriormente à sua designação formal na política, a sua compreensão por parte de alguns entrevistados fica contextualizada estritamente no campo da dependência. Para alguns profissionais, os CAD estão identificados com a atuação nos serviços com dependências de outras substâncias que não somente a heroína ou mesmo quando há uma dependência sem a ingestão de substâncias:

(...) começou a ocorrer o alargamento do nosso serviço a outras dependências, a dependências sem substâncias, nomeadamente o jogo, a internet ou compras, sendo que não temos sido muito procurados por estas dependências. No caso do jogo, já começamos a ser mas não muito, mas verificamos também que com o passar dos anos e os doentes mantendo alguma abstinência ao consumo de substâncias, mantinham um comportamento que era aditivo e portanto, eles passavam a ter o mesmo tipo de comportamento que tinham com a substâncias com outras coisas, ou nas relações ou com a comida, portanto verificamos que não era só uma questão de haver aquela relação com a substância e retirada da substância, mas o comportamento mantinha-se, daí o alargamento do âmbito dos nossos serviços para comportamento aditivo. (entrevistado 4)

A toxicodependência tem que ser encarada como uma doença e... há toda uma, há todo um referencial que nos transporta para um comportamento, comportamentos que tem a ver com a adição e todos os mecanismos da adição e... por outro lado, as dependências não são exclusivamente de substâncias, não é? (entrevistado 6)

(...) temos que tirar o tóxico, quando começamos a englobar dependências como o jogo, as compras, o sexo, o que quiser, já não faz sentido usar a palavra toxicodependência. Portanto, aí o comportamento aditivo acaba por se generalizar também é... pra todas as outras dependências que não são com substâncias, acima de tudo não são com substâncias tóxicas, não é? (entrevistado 8)

Porque eu acho que passa por aqui e eu acho muito bem que nós deixamos de sermos identificados só como um sítio que tratava os toxicodependentes. (...) As pessoas demoram a assumir que tem um problema com o álcool e até a determinada altura passamos também a atender dependentes de álcool e sem substâncias, o jogo por exemplo. (...) A doença é considerada uma adição, não importa se é uma substância, se é uma coisa como o jogo, as compras, outro tipo de adição, outro tipo de dependência que não tem a substância por trás (entrevistado 18)

Assim como a noção de comportamentos aditivos e dependências aparecem como sinónimos de dependência nos trechos da fala dos quatro entrevistados acima, independente do uso de substâncias psicoativas, no entrevistado “6” a dependência também aparece identificada como uma doença. A ideia de dependência associada à doença e a identificação do usuário dependente como um doente também apareceu em outros trechos

acima, na fala dos entrevistados 4, 18 e 29. O entrevistado 18, embora desloque a ênfase da adição da substância, perpetua a atuação profissional na doença, conforme demonstra o trecho abaixo:

A doença é a adição, não é a substância. Durante muitos anos eu acho que estive focado na substância e durante muito tempo por isso o Centro de Atendimento à Toxicodependentes. Ainda hoje as equipas de tratamento são os CAT's, mas realmente com o tempo percebeu-se que a doença é a adição, não é a substância. (...) A adição leva à dependência. (entrevistado 18)

Conforme podemos observar no final do último trecho, o entrevistado estabelece uma relação de causa e efeito entre o que seria uma adição até chegar a uma situação de dependência. Outro entrevistado referiu o potencial caminho de um uso ou abuso de substância para uma dependência. Embora o entrevistado abaixo não tenha estabelecido uma relação necessária de causa e efeito entre as gradações do uso, abuso e dependência, o mesmo sinaliza a relação do ponto de vista neurobiológico:

E depois dentro dos comportamentos, das pessoas com adições, de facto temos que distinguir (sic) entre o uso, o abuso e a dependência, não é? Isso são fases apenas da própria adição. (...) Pelo processo da neurobiologia o processo está a começar logo no início e poderá levar à dependência, portanto, neurobiologicamente, não faz sentido separar uma coisa da outra. (entrevistado 21)

Explicações neuroquímicas foram referidas por alguns entrevistados para a explicação entre a equivalência dos mecanismos presentes nos comportamentos aditivos, independentes da ingestão de substâncias, como por exemplo, no jogo, no sexo, na prática de exercícios e no uso de substâncias:

(...) a partir do momento em que se retira a substância, e até mesmo do ponto de vista cerebral, podem continuar a ser idênticas, só que é sem substância... A operação é a mesma, isso está estudado, a operação é a mesma, desenvolve-se sintomas muito idênticos, o craving<sup>33</sup> é uma coisa muito idêntica, a manifestação psicológica e digamos assim, biológica da privação, é idêntica... obviamente que temos que ser rigorosos e perceber que uma ressaca de heroína é uma ressaca de heroína, que a ressaca de benzodiazepinas e de álcool e que até pode matar e portanto, do ponto de vista orgânico tem uma complexidade completamente diferente, mas do ponto de vista neuroquímico, daquilo que é a tradução da sintomatologia é completamente idêntico. (entrevistado 2)

As vias acabam por parecer as mesmas... é que não há a introdução de uma substância química no organismo mas há uma antecipação do prazer e essa sensação, porque eu, uma das descrições pra mim

---

<sup>33</sup> Fissura

que era um homem dependente de jogo em casino<sup>34</sup>, muitos e muitos anos, era já um homem de 60 anos, ele descreveu muito, muito bem, era de uma riqueza a descrição dele, que ele apanhava um táxi para ir para o casino para ir do trabalho que era relativamente longe, ele apanhava um táxi e ia numa ansiedade, numa antecipação do prazer, mas ao mesmo tempo sempre: “não pode ir mais depressa?” e parecia que tudo se tinha à frente, tudo que havia mais trânsito, portanto, a ansiedade aumentava o nível quase que de ressaca física e depois aquele apaziguamento e mal começava a jogar, portanto, aquele prazer e aquele apaziguamento. E depois, a seguir, muitas vezes a culpabilidade. (entrevistado 4)

Mas há um comportamento que gera reações dentro do cérebro. A libertação, quando nós vamos ao ginásio<sup>35</sup>, quando praticamos exercício físico, há a libertação de dopamina que é a substância do prazer. E portanto, se é uma coisa que me dá prazer, eu tendingerei a repeti-la. (entrevistado 10).

Por outro lado, são apresentadas distinções do que se processa como consequência, no caso da ingestão de substâncias em padrão de dependência, assim como maior ênfase nos riscos associados à intoxicação e abstinência.

Com base nas nuances apresentadas até agora sobre a compreensão dos entrevistados acerca da nomenclatura *comportamentos aditivos e dependências*, permite-nos arriscar algumas reflexões e indagações. A princípio, pela própria conjunção de ligação “e” presente nessa expressão, poderíamos supor a existência de uma diferença entre *comportamento aditivo* e *dependência*, ou seja, tratam-se de conceitos diferentes. Mas poderíamos produzir uma leitura da dependência como um tipo de comportamento aditivo específico, de maior gravidade e complexidade em que escapa ao usuário a gestão da sua relação de prazer, independente da ingestão de substância? Toda dependência advém de um comportamento aditivo, mas nem todo comportamento aditivo é uma dependência? Mas seria, no limite, a compatibilidade das questões neuroquímicas presentes nas operações dos comportamentos aditivos com ou sem substâncias, suficiente para sustentar essa lógica conceitual?

Nas indagações acima, o que está em questão não é a negação dos aspectos neuroquímicos e biológicos envolvidos nesses comportamentos, mas tais aspectos não serem supervalorizados em detrimento das escolhas dos usuários. Essa reflexão permite-nos introduzir uma outra questão: por que algumas pessoas com comportamentos aditivos não desenvolvem um padrão de dependência?

---

<sup>34</sup> Cassino

<sup>35</sup> Academia

Alguns entrevistados extrapolaram a compreensão dos processos cerebrais neuroquímicos presentes nos comportamentos aditivos e nas dependências, alargando a esfera de compreensão:

(...) ajudar o indivíduo a pensar é... no papel que aquele comportamento tem na... é.. na sua vida é... o que é que ele procura preencher, é... que outras, que outras práticas, que outros comportamentos ele abandonou e que eram importantes, enfim, todo esse percurso é um percurso que é comum, digamos assim, quer um indivíduo que dependa da substância quer dependa do jogo ou enfim, eventualmente de outras coisas, não é? (entrevistado 1)

Aquilo que eu sinto é que um dos possíveis entendimentos, de facto, é que a gestão de prazeres, digamos assim, as pessoas vão conseguindo fazer a gestão das suas vidas e dos seus prazeres numa forma mais regular, okay? E essa regulação tem a ver com aquilo que é a capacidade da pessoa conseguir ter, por exemplo na sua vida, sem se sentir necessariamente com o prazer de uma substância, okay? (entrevistado 2)

(...) tudo se joga em três pontos que é: o indivíduo (as suas características e personalidade), o contexto (em que ele está a consumir) e a substância. E portanto é isto que determina de alguma forma a evolução que vai existir para uma relação de maior dependência ou menor dependência ou até não dependência... (entrevistado 10)

E a ideia é tentar compreender e elevar a compreensão das pessoas o porquê dessa necessidade, não é? Porque o que acontece nessas dependências todas é que a pessoa substitui os outros comportamentos por aquele, não é? A vida do indivíduo se torna aquilo. (...) A ideia é a mesma não é? Aumentar a autoestima, a compreensão das coisas, aumentar a rede de relações, reconstruir o que se perdeu. (entrevistado 17)

Portanto, a atual designação *comportamentos aditivos e dependências* e o seu processo de construção histórica revelou a importância em considerar, mesmo com variadas percepções e construções teóricas entre os entrevistados, uma intervenção que não considera de forma estreita, somente a dependência e nem o conceito de comportamento aditivo adscrito à ingestão de substâncias.

A seguir, abordaremos o percurso da política pública portuguesa na área dos comportamentos aditivos e dependências que deu origem à organização do trabalho da rede de cuidado em quatro áreas de intervenção.



## **A construção do processo de organização do trabalho em quatro áreas de intervenção: prevenção, redução de riscos e minimização de danos (RRMD), reinserção social e tratamento.**

As ações da rede de atendimento portuguesa são organizadas em quatro áreas de intervenção ou admissão, termo referido durante o trabalho de campo. As noções de tratamento, prevenção, reinserção social e RRMD e suas respectivas experiências, permearam todo o processo de construção e implementação da política. Mas a estruturação do trabalho em quatro áreas de intervenção e a criação do Centro de Respostas Integradas (CRI) teve como “pano de fundo” três pontos importantes preliminarmente já explorados acerca da história da política, mas que agora merecem ser “costurados” para a compreensão dessa organização.

Primeiramente, o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), criado em 2002, reorientou suas estratégias em 2007, especialmente em decorrência de ter assumido as responsabilidades no campo do álcool e a ampliação da sua atuação no campo das drogas lícitas e ilícitas. Os profissionais dos Centros de Atendimento aos Toxicodependentes (CAT's), historicamente com tradição de atendimento, em especial, dos dependentes de heroína, viviam o início de um processo de integração com as experiências dos antigos Centros de Alcoologia (agora Unidades de Alcoologia). Os CAT's, até então mais direcionados ao atendimento dos toxicodependentes, passam a ser designados como *Equipas de Tratamento* (ET) e passam a atender usuários com problemas relacionados ao consumo de substâncias lícitas e ilícitas.

Outro aspecto foi a fusão do Serviço de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências (SPTT) e o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT) que deu origem ao Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). Entre 2002 e 2007 houve dificuldade de integração e até sobreposição de ações no campo da prevenção. O SPTT, um Serviço Nacional resultante da expansão dos Centros de Tratamento surgidos no Ministério da Saúde no final na década de 80 e da integração dos Centros de Tratamento ligados ao Ministério da Justiça, tinha, além da área do tratamento e das ações de reinserção social historicamente em forte intersecção com esse eixo, experiências em curso no campo da prevenção. Por outro lado, o IPDT, criado a partir da extinção do Projeto Vida e das estruturas do Ministério da

Justiça já não mais atuantes no âmbito do tratamento, também realizava trabalhos na área da prevenção.

E por fim, além das experiências nas áreas do tratamento e da prevenção, as primeiras iniciativas da RRMD desde os primeiros anos da década de 90 estavam em curso. Após a aprovação da Lei de 21 de junho de 2001, começava um novo ciclo com um enquadramento legal, ou seja, enquanto uma política pública oficial. Isso significou, mais do que a regulamentação da experiência, a formalização de dispositivos e a expansão das estratégias da RRMD na parceria com Organizações Não-governamentais em complemento ao aparato estatal, de acordo, por exemplo, com o trecho da fala do entrevistado abaixo:

(...) desde que começou a ter intervenções mais consistentes, por exemplo, na área da redução de riscos e minimização de danos, esta área tem sido muito frequentemente alvo duma aquisição de serviço estatal às ONG's... muita da intervenção que é feita nessa área é feita por ONG's, são financiadas mediante projetos é... que são financiados pelo Estado... (entrevistado 1)

Com base nesses fatores, a organização e integração do trabalho das equipas em quatro áreas de intervenção foi um dos passos na reorientação estratégica do IDT. Disso resultou a implementação dos Centros de Respostas Integradas (CRI), conforme se verifica na fala do entrevistado a seguir:

Elas nascem por um lado, não podemos esquecer da história, não é? Nascem da necessidade de lhes dar corpo em termos de pessoas que estavam normalmente alocadas ao tratamento e por outro lado, de estimular a construção de massa crítica, de conhecimento técnico, conhecimento científico. (...) É com a criação do IDT que se constrói essa ideia de que é preciso ter uma resposta integrada e entre elas. (...) ... essa dimensão simbólica de que não estamos só aqui pra tratar... (entrevistado 10)

Ao mesmo tempo em que há a distinção entre as diferentes áreas, existe uma inseparabilidade entre elas por existir fronteiras ou intersecções nas suas ações, assim como sua circunscrição às necessidades de um determinado território, como referem alguns dos entrevistados a seguir:

(...) quando está a intervir entre jovens que estão já fora do ambiente escolar... jovens adultos... é... pode estar em jogo pensar com estes jovens que soluções é que podem existir em termos de reinserção social... sociolaboral, pronto, né. Portanto a reinserção não é exclusivamente, ou não é forçosamente um... é... uma componente exclusiva ou que deve estar exclusivamente associada ao tratamento. (entrevistado 1)

Mas obviamente que assim, isso é um trabalho complementar, nestas áreas tu não consegues dissociar tratamento de reinserção, então são áreas que pa, são ali... gêmeas, não monozigóticas, okay? (risos...), pronto, quase redundantes até... tás a ver? Pelo menos pela forma como eu entendo tratamento. (...) ... podes pensar numa linha terapêutica mais clássica e em outros momentos, eles são claros momentos de redução de riscos. (...) ...tomas atenção quando chegar a cá fora, não vais picar no mesmo sítio, picas uma dose mais pequena, ou tenta evitar e tal... isso é uma intervenção no âmbito do tratamento... (entrevistado 2)

Há alturas em que não sei bem se estou a fazer redução de riscos ou se estou a fazer prevenção seletiva ou indicada. Ou às vezes eu estou a fazer prevenção indicada em indivíduos que tem consumos, e eu não sei bem se estou a fazer prevenção ou se estou a fazer tratamento. Aquilo já é tratamento ou é prevenção? (entrevistado 10)

Tivemos um exemplo de um projeto que nós fizemos há pouco tempo e que estávamos a perceber jovens que estavam fazendo consumos na rua de álcool. Percebemos que não fazia sentido a prevenção e ir fazer uma intervenção na ótica da prevenção. Fazia sentido uma intervenção com abordagem da redução de riscos de primeira linha e a prevenção estar num *back office*<sup>36</sup> da prevenção indicada, de atendimento para situações que identificassem a necessidade de ter ajudar bem como a nível de um trabalho mais estratégico que íamos fazendo com os comerciantes, que vendiam álcool alí na zona e enfim. (entrevistado 22)

Eu acho que ... pontos de contacto<sup>37</sup> entre as diferentes áreas e, por exemplo, entre a prevenção, aqui um contexto que eu não falei que é o contexto recreativo, por exemplo. A intervenção em contexto recreativo fica na interface entre prevenção e redução de riscos. (entrevistado 27)

Portanto, todas as razões descritas acima contribuíram para o surgimento dos CRI e suas quatro áreas de intervenção. Esse processo de transformações estruturou a rede de atendimento em Unidades de Intervenção Local (UIL), composta pelos CRI, Unidades de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas e Unidades de Alcoologia. Isso significou imprimir a lógica das quatro áreas de intervenção nos CRI, assim como nas demais UIL.

O Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) foi outro componente importante nesse processo de reorientação estratégica protagonizado pelo IDT. O PORI tem como objetivo mapear as necessidades de intervenção nos territórios e garantir, de acordo com o diagnóstico, a ação integrada entre as quatro áreas. Esse detalhamento das demandas de intervenção é atualmente construído com as Unidades de Intervenção Local (UIL), a DICAD e o SICAD, porém não só. Os parceiros do território são atores fundamentais porque centralizam informações privilegiadas úteis para traçar

---

<sup>36</sup> Suporte, retaguarda.

<sup>37</sup> Contato.

estratégias coerentes e de interface comunitária. São exemplos desses atores as *Juntas de Freguesia*<sup>38</sup>, a Santa Casa da Misericórdia, instituições ligadas à juventude, a Câmara Municipal, algumas associações sem fins lucrativos, a Saúde Escolar dos Cuidados de Saúde Primários da ARSLVT, entre outros. Para além destes parceiros, as entidades que desenvolvem projetos financiados em parceria pelo SICAD, como por exemplo, os projetos da área da RRMD têm um papel importante no dimensionamento dos problemas nos diferentes territórios. Em decorrência do PORI, existe a possibilidade de financiamento para operacionalizar as ações com os denominados *Programas de Respostas Integradas (PRI)* enquadrados legalmente, pela Portaria n° 27/2013, de 24 de janeiro.

Além da interface existente entre as quatro áreas de intervenção mencionadas acima, alguns entrevistados consideraram esses eixos de trabalho úteis na estruturação do planejamento das ações com base no diagnóstico territorial e parceria com outros agentes do território:

Todas as semanas existe uma reunião onde estão os diferentes atores da comunidade. (...) A Câmara Municipal normalmente faz, juntamente com outras estruturas, um diagnóstico social do território, okay? Depois tem que operacionalizar. E então criou uma resposta que esse atendimento integrado, quer dizer assim: equipa de jovens e crianças de “x”, de Segurança Social, da CPCJ<sup>39</sup>, o Centro de Saúde, por exemplo aqui, outra estrutura, a Câmara, nós, Juntas de Freguesia, enfim... Neste diagnóstico é que é identificado um conjunto de atores daquele território que são fundamentais. (entrevistado 11)

O diagnóstico do território é feito pelo PORI. Depois abre uma candidatura para o PRI, que é o Plano de Respostas Integradas. (...) Ele é feito por Freguesias. (...) Pegas um cidade e divide a cidade em alguns bocados, cada bocado é um Freguesia. (...) O diagnóstico quem faz não é a Câmara. Esse diagnóstico específico do uso de drogas quem faz é o SICAD. O SICAD que atribui as competências mais executivas, mais do que fazer, à ARS na DICAD. E a DICAD atribui por sua vez aos CRI's. Os CRI's fazem o diagnóstico. Acontece que para os CRI's fazerem os diagnósticos, os CRI's são pessoas muito ligadas ao gabinete. Então o que os CRI's fazem? Perguntam às equipas do terreno sobre o que há no território. Ou vão às Juntas de Freguesia saber ou aos parceiros do território saber. (entrevistado 13)

Entretanto, a formação de equipas para cada área de intervenção descrita na literatura não foi uma realidade encontrada no trabalho de campo. Acrescenta-se a essa realidade a queixa generalizada de falta de reposição

---

<sup>38</sup> Regiões de uma cidade, como se fossem subprefeituras. São estruturas administrativas descentralizadas.

<sup>39</sup> Sigla para designar Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

dos recursos humanos com conseqüente prejuízo para os projetos. Em cada CRI há equipes de tratamento (ET's) em diferentes estruturas físicas e são os profissionais dessas equipes os responsáveis em compor com as ações das áreas da reinserção social, prevenção e RRMD, conforme descreve, por exemplo, o entrevistado abaixo:

Havia a expectativa no início de que elas fossem sendo dotadas, de profissionais que alocavam o seu tempo 100%, ou seja, conceptualmente, tínhamos equipes de redução de riscos em cada território com profissionais alocados a 100% para aquele fim... Equipes de prevenção também pra mesma coisa e o que é verdade é que isto, a realidade impõe-se, e isto não acontece. (...) Porque depois nós vamos perguntar: quem é que trabalha na prevenção? E eles nos dizem: dez pessoas. E depois vamos ver e destas dez, sete ocupam uma hora por semana a pensar em prevenção. O tratamento continua a ser a área-rainha. Ou seja, do ponto de vista conceptual, a idéia de CRI e a criação autônoma das áreas de admissão está correta. Depois a falta de recursos impõe-se e portanto, continuamos sempre nesta luta de quando me falta, e agora tenho um caso concreto, tenho a falta de um enfermeiro numa equipa, o que nós fizemos foi cortar as horas que o enfermeiro tinha para a redução de riscos. (entrevistado 10)

Entre os entrevistados, houve explicitamente opiniões contrárias a esse tipo de organização somente com os profissionais das equipes de tratamento, como se verifica no trecho da fala do entrevistado abaixo:

Eu por acaso gostava de ver as pessoas a trabalhar só nas suas áreas específicas, eu gostava não é? Mas levando em conta as limitações que se tem eu acho que isso vai ser muito difícil, okay, nos próximos tempos... (...) Área de prevenção e área de redução de riscos do meu ponto de vista já poderiam ter pessoas a trabalhar exclusivamente pra eles. (entrevistado 2)

Por outro lado, houve entrevistados que fizeram a defesa da importância de trabalho na área do tratamento para a composição com as demais ações de admissão, de acordo com o trecho a seguir:

Pra nós é fundamental e nos faz muito sentido que para trabalhar nas outras áreas é importante estar no tratamento. Estar na relação direta com os utentes e perceber a problemática que ele traz, a evolução daqueles utentes. (entrevistado 9)

Como pudemos observar, os profissionais protagonistas das ações nos projetos de reinserção social, prevenção e RRMD são os próprios profissionais das equipes de tratamento (ET's) dos CRI's. Alguns entrevistados destacaram a área do tratamento como ainda a principal nessa dinâmica de respostas integradas do CRI. Essa consideração pode ser constatada, por exemplo, na fala do entrevistado a seguir:

(...) mas se eu não tirar esse enfermeiro aqui da redução de riscos, provavelmente amanhã não tenho mais ninguém para administrar metadona e eu não posso deixar de ter aquele medicamento disponível. (...) Porque o tratamento se continua a sobrepor... e depois tem uma coisa: principalmente na prevenção. Na prevenção somos nós é que vamos à procura das pessoas. Vamos à procura dos jovens nas escolas, na rua, nos bairros, por aí afora. No tratamento são eles que nos procuram. E portanto, isso cria muita pressão. Eu aqui vou à procura com os recursos que eu tenho disponível. Eu aqui tenho que inventar recursos porque eles vem cá bater à porta. (entrevistado 10)

Contextualizada a gênese, a organização e a lógica de trabalho compreendida em quatro áreas de intervenção, assim como a leitura dos profissionais de uma fronteira entre elas, caracterizaremos a seguir as suas particularidades e o aprofundamento das suas zonas de intersecção. Mesmo cada área com as suas particularidades é importante não perdermos de vista a sua indissociabilidade dentro da construção de uma lógica integrada. Iniciaremos esse percurso com a área da prevenção.

### **Particularidades do trabalho de prevenção**

O trabalho na área da prevenção se subdivide em praticamente três níveis; a universal, a seletiva e a indicada.

A prevenção universal está atrelada à intervenção mais geral com a população na promoção de saúde, sem ter como preocupação um nível de risco específico ao qual ela está sujeita. Essa perspectiva pode ser descrita no trecho da fala do entrevistado a seguir:

Quando falamos em prevenção universal, nós estamos a falar daquele tipo de medidas que é para todos independentemente do risco, tá? Igual. E daí a escola vai apanhar desde crianças que têm algum nível de risco e outras não têm quase risco nenhum, né? E, portanto, é um meio universal, né? Porque nós vemos... nós sabemos que a promoção de competências pessoais e sociais vai contribuir para um desenvolvimento mais saudável e, portanto... (...) Mais ampla e pronto. (entrevistado 27)

Já a prevenção seletiva leva em consideração a presença de alguns fatores de risco comuns num determinado grupo-alvo. Pode ser, por exemplo, fatores de risco numa turma de sala de aula no contexto escolar ou a relação mais direta com as vulnerabilidades envolvidas dentro de um contexto comunitário específico. O trecho abaixo ilustra a noção de prevenção seletiva de forma mais clara:

Não estamos a identificar individualmente o risco, né, não estamos a avaliar o risco em termos individuais, mas por exemplo sabemos que se os alunos estão num percurso alternativo em termos de aprendizagem, é porque eventualmente têm insucesso escolar repetido, e, portanto, esse fator de risco nós sabemos que eles partilham, que aquele grupo partilha. O exemplo que eu dava há pouco do contexto comunitário, sabemos que aqueles miúdos estão inseridos num contexto comunitário, num bairro por exemplo, que é mais problemático e, portanto, sujeitos a fatores de risco. (entrevistado 27)

A prevenção indicada, ao contrário da universal e da seletiva, não é atrelada a grupos no contexto escolar e comunitário, mas trabalha com a identificação de um problema individual. Para além dos riscos e vulnerabilidades envolvidas, já existe a experimentação de substâncias. Embora seja identificada a experimentação de substância de forma individualizada, as intervenções podem ser individuais ou em grupo. A descrição da prevenção indicada pode ser identificada na fala do entrevistado abaixo:

E a prevenção indicada é onde nós estamos a trabalhar mais rotineiramente, individual que são sinalizadas nas escolas e noutros contextos e que necessitam de um apoio mais estruturado em termos de prevenção. (...) Da indicada no sentido que estamos a falar, pra mim o conceito de indicada na nossa área são jovens que já iniciaram a experimentação dos consumos e eles já começaram a ter alguns problemas de comportamentos de risco relacionados com consumos. (entrevistado 22)

A prevenção indicada, conforme pudemos verificar anteriormente, faz uma fronteira com a área do tratamento. Embora exista essa fronteira, essas ações de prevenção são realizadas fora do espaço institucional das equipas de tratamento (ET's) dos CRI's, de forma a deslocar essa população para espaços não identificados com a dependência, conforme apontaram os entrevistados e se verifica, por exemplo, no trecho a seguir:

Por exemplo, estão em espaços do Instituto Português da Juventude, onde os miúdos<sup>40</sup> podem ir trabalhar na internet, ler livros, terem uma conversa sobre planeamento familiar e também lá um espaço onde podem ir falar sobre os seus consumos ou até só falar das suas questões. (...) Não está na educação, não está na saúde. (...) O Secretário de Estado que reporta ao Primeiro-Ministro e é nessa lógica intersetorial. Tem atividades próprias mas que depois também acolhe as nossas atividades. (entrevistado 10)

Os encaminhamentos no eixo da prevenção indicada podem ser feitos a partir da identificação no meio escolar, mas também através das Comissões de

---

<sup>40</sup> Modo informal para designar garoto(a), criança.

Proteção da Criança e da Juventude (CPCJ) e das Comissões de Dissuasão, conforme descrito no trecho abaixo:

Portanto não dependentes, mas abordamos mais numa perspectiva de prevenção indicada. E é este trabalho que de facto é importante porque permite de facto abordá-los numa idade muito mais precoce e num percurso também muito mais precoce em termos de consumos, né? Tentando evitar que isto se torne... evolua pra dependência, né? (...) E é nesse sentido que eu dizia que é importante também este trabalho da articulação com a CDT. (...) ... são as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens também que sinalizam as crianças e jovens em risco que eventualmente podem sinalizar para as nossas consultas e que fazem o acompanhamento destas, eventualmente podem propor medidas depois e transitar isto para os tribunais, se veem que há uma criança no risco que não é resolvida atra... destas formas, né? (...) ... estas Comissões, algumas escolas que também nos encaminham jovens, portanto vamos tendo este trabalho de articulação com a comunidade também para nos poderem encaminhar alguns casos. (entrevistado 27)

A linha de orientação na área da prevenção tem como princípio a intervenção efetiva e eficaz, multicomponente, preconizada pelo Observatório Europeu das Drogas. Isso significa evitar intervenções e sensibilizações pontuais, principalmente quando pouco se conhece os grupos-alvo da intervenção e as suas particularidades. Mesmo após entrar em contato com as particularidades dos grupos, o que se procura é evitar um trabalho de intervenções em “bloco”, ou seja, visa atender não a um todo institucional, mas às especificidades detectadas em cada grupo. Alguns participantes da pesquisa durante o trabalho de campo retrataram essa dimensão processual, de continuidade, existente nessa área da intervenção, como se vê no trecho abaixo:

A intervenção multicomponente. Isso significa o que? Passamos a evitar fazer intervenções pontuais, ações de sensibilização pontuais, sem conhecer o grupo com quem estamos e evitar fazer coisas megas, não é? pra vários alunos ao mesmo tempo. (entrevistado 22)

Na maioria das vezes esse trabalho ocorre na articulação dos profissionais da DICAD com os professores, diretores e outros profissionais, na tentativa de qualificar a abordagem e intervenção dos mesmos nos seus grupos-alvo, assim como torná-los multiplicadores do saber produzido nessas aproximações, como se verifica na passagem abaixo:

(...) habitualmente temos módulos de formação num determinado programa, formamos os professores naquele programa e depois são os professores que aplicam junto dos alunos, e nós vamos acompanhando essa implementação, vamos dando alguma formação



adicional, vamos fazendo a supervisão da implementação, vamos tentando perceber quais são as dificuldades e tentando ultrapassá-las, mas o trabalho direto com os alunos geralmente é feito pelos professores. (entrevistado 27)

Por outro lado, existe sobreposição no trabalho preventivo, desenvolvido por outras áreas e/ou instituições fora dos Programas na área dos CAD, como por exemplo, no trabalho realizado pelas equipes de Saúde Escolar ligadas aos Cuidados de Saúde Primários ou por outros organismos ligados à Seguridade Social com intervenções na comunidade.

Entretanto, os projetos de intervenção compreendidos dentro da área dos CAD têm tentado desenvolver aproximação com os demais projetos preventivos existentes nos territórios, procurando construir uma linha condutora de atuação e estreitar as parcerias. Esse esforço de aproximação busca construir instrumentos de planejamento e ação em torno de um pensamento comum, de forma a evitar a repetição ou mesmo intervenções com perspectivas muito distintas entre si. Existe alguma dificuldade em traçar estratégias comuns diante da diversidade de olhares dos diversos atores nesse campo, algumas vezes mais moralistas com relação ao consumo de substâncias. Houve avanços nessas articulações, mas essa dinâmica faz parte de um processo permanente de planejamento, articulação e avaliação das ações. Enquanto a prevenção de cunho proibicionista ainda é uma marca importante de alguns parceiros nesse campo e nas próprias instituições que fazem pedidos de intervenção, os profissionais ligados à área dos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) têm construído uma leitura mais ampliada do fenômeno e intervenções sem o foco no tema do uso de drogas, como se observa, por exemplo, na fala dos entrevistados nos trechos a seguir:

Nós íamos lá e dizíamos assim: “ah, isto da droga, é preciso ter um olhar muito relativo sobre a droga, porque isso não faz mal a toda a gente, a relação que o indivíduo estabelece com a droga não é a mesma, os professores não devem ir armados e nem polícia, então...” (...) E vinham estes (refere-se à polícia) e diziam cá: “ Não, vocês tem dizer aos miúdos que faz mal”, e os agentes de segurança levavam até às vezes amostras de droga e fotografias, bom... isso é uma grande baralhada, uma grande confusão e continua. (...) E temos estado a fazer este trabalho com grandes resistências. Porque a nossa perspectiva é já uma perspectiva mais amadurecida e completamente menos proibicionista, menos salutogênica, nessa estória muito do faz mal, e dos perigos e isso tem sido, tem criado um choque de culturas entre um lado e outro. (entrevistado 10)

Nós raramente falamos de... substâncias, né? Isso é uma das coisas que nós fomos também... lá está, a partir da... da investigação que existe nós sabemos que falar sobre substâncias é... é complicado, porque às vezes pode ser uma forma de publicidade, as substâncias... (...) ... aumentar a curiosidade e a experimentação, que é aquilo que nós não queremos, né? E, portanto, temos sempre muito cuidado na forma como abordamos estas questões e uma coisa é responder a uma dúvida que um aluno coloca, que já é... vamos responder com base na informação que ele tem, eventualmente corrigindo alguns... alguns mitos, por exemplo. (entrevistado 27)

Conforme pudemos identificar até agora, a prevenção preconiza a intervenção multicomponente, ou seja, evita intervenções pontuais. Prioriza a sua continuidade e com as componentes informativa e do desenvolvimento de competências pessoais e sociais visando a tomada de decisão, a resolução de problemas e o desenvolvimento emocional e da comunicação, conforme descrevem os entrevistados abaixo:

Mas nós preconizamos essencialmente o trabalho com os miúdos ao nível do desenvolvimento de competências, competências pessoais e sociais. Competências de comunicação, aprender a dizer não, assertividade, gestão do lazer, uma série de competências. (...) O que nós queremos é que os miúdos ganhem músculo para um dia se confrontarem-se com uma situação que há pressão para o consumo, que eles saibam dizer não. (entrevistado 10)

Trabalhar conhecimentos é curto, atitudes é bom, sabemos que trabalhar conhecimentos e atitudes tem influências nas competências e comportamentos. (...) ... trabalha muito a tomada de competências como a tomada de decisão, lidar com a pressão, a regulação emocional. (entrevistado 22)

A componente ambiental foi citada particularmente na DICAD da ARSLVT enquanto uma espécie de princípio. O pedido dos estabelecimentos escolares chega muitas vezes focado no pedido de intervenção direta dos profissionais com os alunos nas “situações-problema”. Além do alinhamento interventivo com as equipas da área da Saúde Escolar ligadas aos Cuidados de Saúde Primários, o que se busca via essa componente é a aproximação com os professores para colocá-los a pensar sobre o que se passa no contexto, assim como tentar qualificar as ações e aproximá-los como atores no campo das intervenções. As demandas trazidas têm geralmente a expectativa de uma intervenção pontual somada a uma certa posição inicial de isenção por parte dos professores na composição com as ações. É muito comum nesses pedidos surgirem pontos de vistas mais duros na forma de abordagem ou com uma expectativa de intervenção linear, numa lógica de causa e efeito. Um dos entrevistados fez referência à componente ambiental e descreve o trabalho de

colocar os “solicitantes” na condição de interrogadores, implicando-os no processo, conforme descrito na passagem abaixo:

(...) começamos por dizer à escola que antes de começarmos o que quer que seja, sessões pra turmas, sessões, porque geralmente o pedido é esse, não é? ...venham cá fazer uma ação de sensibilização porque nós temos aqui uma turma com consumos. É o caminho que nos puxam e depois começamos a partir daí a desmontar o pedido, não é? Começamos por dizer que antes de fazer o que quer que seja é muito importante que vocês percebam como é que gerem essas situações e como é que já o fazem. E depois começamos a trabalharmos algumas linhas orientadoras para lidar com estes tipos de incidentes no contexto escolar. Como é que lidam com as suspeitas de consumo? O que é que a escola faz com isso? Como é que lidam com o consumo? E se souberem que um jovem está a consumir? Não interessa se é tabaco, se é álcool, ou que é que fazem com isso? E se for tráfico, o que é que fazem com isso? E se for posse, o que é que fazem com isso? Ou seja, quatro tipo de situações envolvem quatro tipo de respostas diferentes. E perguntamos muito à escola, porque nos regulamentos das escolas, não sei como é que é lá convosco, mas no regulamento eles têm lá definido que não é permitido o consumo. Na nossa lei em Portugal não é permitido o consumo de álcool e tabaco dentro do contexto escolar. Então, como é que isso é operacionalizado, não é? Então, ou seja, como é que se operacionaliza se acontecerem situações dessas. Quem é que faz o que e onde? (...) E portanto, essa área das linhas orientadoras servem então pra que? Pra trabalhar com os professores algumas estratégias, com a direção da escola, com o responsável da área disciplinar, questões como: como é que funciona? se alguém tentar falar com alguém, com quem e onde? Quem é que fala com o aluno? Quando? Quem é que fala com a família? Quando? Como? É o Director<sup>41</sup> de turma? É este tipo de coisas práticas que depois a gente trabalha com a escola. E tentamos que cada escola faça o seu guião. Entre aspas, qual orientador para a sua comunidade educativa, seja ela para os professores, seja ela para os assistentes operacionais que lá trabalha, seja ela para os pais e para os próprios alunos. Para os alunos saberem que aquilo existe, para o que existe e o que está a acontecer. (entrevistado 22)

A componente ambiental tenta construir, com a escola ou a instituição envolvida, a atribuição de papéis para as situações que surgem, na tentativa de criar uma postura institucional mais coesa e que não proceda da atitude individual do professor ou dos agentes sociais envolvidos, no caso de instituições fora do contexto escolar. E em algumas situações, visa construir um caminho relacional da instituição com o entorno comunitário, como por exemplo, a polícia, no caso de situações em que há suspeita de tráfico e riscos para os jovens supostamente envolvidos. A componente ambiental tem como um dos seus objetivos, capacitar para estabelecer uma relação de aproximação com as crianças e jovens, embasada na construção de limites, porém mediada pelo diálogo. Visa deslocar o direcionamento de questões às crianças e jovens

---

<sup>41</sup> Diretor.

dentro de uma afirmativa, ou seja, de um campo de certeza absoluta. Esse aprofundamento é possível entender melhor nos exemplos presentes na fala do entrevistado abaixo:

(...) se pensarem que esta pessoa pode estar com uma relação com essa substância, três dias de suspensão podem aumentar ainda mais a relação da pessoa com a substância, porque ela vai ficar em outro contexto só ela com a substância provavelmente. E então os colocamos a pensar sobre isso. A suspensão é solução para que? Para tapar o buraco do problema que criou na escola? Mas e o miúdo? Quem é que fala com ele no dia a seguir? Quem é que fala com os pais a enquadrar essa preocupação? Pronto. E é um bocadinho isto que na área ambiental, entre aspas, estamos a operacionalizar junto das escolas e destas entidades de que eu te falava... (...) Quando começamos trabalhar também com contexto escolar identificávamos uma situação de consumo, ainda nem se percebeu o problema, já chama o pai para falar comigo. Que é outra coisa que dizemos pra não fazer. A primeira coisa que se deve fazer é falar com o jovem. Tentar perceber o que está a passar com ele. Sim, tem que se falar com os pais, mas negociar com o jovem a forma como se vai falar com os pais. Não é dizer: agora chamei os pais e depois dizer; agora já falei com teus pais. Não é essa a ideia. Esse tipo de orientação é chave. Para não quebrar a relação de confiança e para muitos perceberem que a escola está atenta. Se preocupa. E não finge que não vê. Percebes? (...) ... preconizamos fazer reuniões e discussões de casos com as escolas. Ninguém vai para as nossas consultas através das escolas com que estamos a trabalhar sem haver uma discussão prévia. (...) Em vez de dizer: tu tens um problema é dizer: sou eu que sinto que tu tens um problema. É inverter a palavra de tu pra eu, sou eu que estou preocupada. (...) São apenas pequenas nuances na linguagem que fazem com que os miúdos não sejam diretamente questionados, mas eu tenho que pensar porque é que os outros estão preocupados com ele. (...) Temos situações de professores que suspeitam de posse de substâncias, vasculham mochilas. Por lei não é permitido. E na posse ou na suspeita de posse, não é à escola que compete, ou na suspeita de tráfico, não é à escola que compete à investigar, é a polícia. E portanto, aí, o que tentamos trabalhar ao máximo, inclusivamente evitar que professores decidam abordar alunos porque acham que eles estão a traficar. (...) Portanto, outra linha orientadora que passamos nesta área do tráfico é: em caso de tráfico não há abordagem. (...) ... o que a escola tem que fazer numa situação destas é a pessoa que identifica a situação, sinaliza esta situação e a pessoa à direção da escola e a direção da escola pede uma reunião com a PSP<sup>42</sup>, com a polícia de zona, enquadra a situação e não diz que foi a pessoa “x” que viu. (...) Não faz sentido nem a Polícia ir pra dentro das escolas fazer buscas, tal como não faz sentido a escola fazer o trabalho da Polícia. (entrevistado 22)

A discussão dos casos é uma metodologia conjunta à construção de rede com a escola, com a lógica de cuidado em rede, sem a produção de fluxos duros de encaminhamentos. É um pouco essa a “amarração” encontrada na fala do entrevistado abaixo:

---

<sup>42</sup> Polícia de Segurança Pública.

Esse trabalho do guião, como eu estava a dizer, tem implicado um trabalho de proximidade com a Saúde Escolar. Sempre com um colega da equipa de Saúde Escolar de zona. Caso haja necessidade de encaminhamento para o médico de Saúde da Família por exemplo, é ali que é definido naquela reunião de discussão de caso. Tentamos que a coisa aconteça nesse contexto. Portanto, há situações de jovens em que não faz sentido virem para nossas consultas sequer. É uma resposta de primeira linha, mais básica e não de especialidade entre aspas, pode ser suficiente em algumas etapas. (entrevistado 22)

Para a componente informativa e o desenvolvimento de competências pessoais e sociais no meio escolar, a área da prevenção utiliza alguns programas como ferramentas. Existem três programas próprios de utilização na política portuguesa: o *Eu e os Outros*, o *Pistas* e o *Trilhos*, os quais descrevemos brevemente abaixo para dar uma dimensão ao leitor.

O *Eu e os Outros* é um jogo com histórias interativas. Em cada história há um contexto e existem alguns personagens. Num determinado ponto a história deve continuar a partir da decisão tomada pelos jogadores e o objetivo é debater os aspectos envolvidos nesse desfecho, fomentando a participação dos alunos. A ideia, mais do que consensos e respostas, é propiciar a participação, com maior escuta dos alunos do que propriamente um jogo com respostas do professor dentro de uma lógica do “certo e do errado”. Além disso, as possíveis dificuldades surgidas precisam ser trabalhadas em paralelo com os professores. Um dos entrevistados descreveu com alguns detalhes esse jogo e os processos envolvidos na aplicação dos professores, conforme demonstra o trecho abaixo:

(...) baseia-se de facto em nove histórias interativas, que são histórias que estão feitas de forma que a determinado ponto da história o parágrafo obriga a tomar uma decisão, né? ... e, portanto, os jogadores vão ter no fundo que se colocar no papel das personagens e decidir qual é o rumo da história, não é? Então, neste ponto esta personagem vai fazer o quê? Vai falar com A... vai brincar com C. Pronto, ao parar a história, não é, e eles terem que tomar a decisão sobre qual é o rumo que a história vai levar, vai obrigar a debater o porquê de seguir este ou aquele rumo. As histórias, todas elas, cada uma delas tem um tema principal... são temas relacionados também com... com os adolescentes né, vai desde o crescimento às amizades, à família e, portanto há sempre um tema central da história. E existem também algumas substâncias que são mais... ou que poderão ser mais trabalhadas naquela história. (...) ... e aqui aquilo que se pretende é o contrário, é que eles falem menos e ponham os alunos a falar mais, não é? E a pensar, e a refletir sobre... sobre as coisas e até a interagir e a experimentar. (entrevistado 27)

Devido à flexibilidade da aplicação e dos valores mais conservadores que possam atravessar a concepção dos professores em algumas temáticas, o

mesmo entrevistado complementa, explicando o trabalho paralelo de supervisão com os professores:

Pronto, porque depois depende de facto também um bocadinho disso, né? Se as pessoas têm alguns preconceitos mais enraizados ou não, se são mais flexíveis ou mais rígidas, e... pronto, uma série de outros aspectos que também depois vai interferir provavelmente aqui na aplicação e a que nós temos que estar atentos e na supervisão ir trabalhando muito estas questões, quer na formação, quer depois na supervisão. Porque vão sendo debatidas estas questões, não é? Do como é que as coisas aconteceram, como é que foram trabalhadas e que resposta se deu. (entrevistado 27)

Após o detalhamento do jogo *Eu e os Outros*, foi oportunizado conhecer mais de perto a proposta do *Pistas* e do *Trilhos*, muito parecidos, mas destinados para grupos etários distintos. Ao contrário do *Eu e os Outros*, mais flexível, porém mais complexo na aplicação, o *Pistas* e o *Trilhos* são mais estruturados com as sessões previstas para cada ano e tem guiões mais simplificados facilitadores no momento da aplicação. O entrevistado abaixo descreve mais detalhadamente esses jogos com suas semelhanças e distinções:

(...) temos também o *Pistas* e o *Trilhos* que são quase extensão um do outro. O primeiro foi o *Trilhos* e depois é que abrimos o *Pistas*, que até é para idades mais jovens, porque o *Trilhos* foi construído nesta fase também, na altura ainda não havia nada para o sétimo, oitavo e o nono ano de escolaridade, portanto o terceiro ciclo que corresponde entre os doze e os dezesseis mais ou menos. (...) ... o *Trilhos* e o *Pistas* foram estruturados de uma forma... eu tenho aqui também até, eventualmente pode fazer... dar um... que é... foram pensados muito a pensar no formato-aula, com dinâmicas também, mas mais estruturados, porque assim é mais fácil também os professores pegarem e sabem o que é que têm que fazer na sessão, exatamente, né? Sabem o que é que se pretende com aquela sessão e têm sempre um apanhado de qual é o objetivo e quais são as atividades daquela sessão, como é que as vai implementar, e têm sempre algumas orientações também para aquilo que vai ser trabalhado naquela sessão. (...) O *Pistas* foi criado depois, mas exactamente nos mesmos moldes, com o mesmo pressuposto, só que são para quinto e sexto ano, portanto mais pequeninos, dez, doze anos. (...) Para cada ano eles têm sessões específicas que são pensadas em função da idade deles também e, portanto, os conteúdos que são abordados no quinto são diferentes do que é abordado no nono, né, porque têm já outra idade e outra maturidade, portanto no quinto vamos para questões mais simples, eventualmente mais centrado na saúde, nas questões da higiene... (entrevistado 27)

Até aqui pudemos constatar os aspectos envolvidos na prevenção, ou seja, sua base multicomponente, de intervenção continuada e agora, por último, abordaremos a perspectiva avaliativa.

O Programa *Eu e os Outros* é reconhecido como um exemplo de boas práticas pelo Observatório Europeu, mas a avaliação é sempre uma questão com um instrumento que trabalha o desenvolvimento de competências como a tomada de decisão, a pressão e a regulação emocional. Embora exista uma dificuldade de “finura” na avaliação, existe uma interatividade na dinâmica que propicia visualizar mudanças e efeitos na sua aplicação. Da mesma forma, no *Trilhos* e no *Pistas* consegue-se promover a interatividade. As sessões são mais estruturadas e não têm a questão da imagem, ou seja, têm algumas características diferentes embora se trabalhe também com as componentes informativa e do desenvolvimento de competências. A validação dos instrumentos, assim como a avaliação dos efeitos da intervenção em prevenção de forma geral é um desafio, segundo os trechos dos entrevistados abaixo:

Mas tem uma área que é demasiada eclética ao nível, para tu conseguires uma finura de avaliação, porque são nove histórias diferentes, as histórias têm conteúdos diferentes em termos de enredo, mas o fio condutor das competências que se estabelece é o mesmo. (...) E percebe-se a mais-valia que tu tens empiricamente, quer das próprias pessoas falando, de repente, por si só é suficiente que a gente perceba que a pessoa passou a ver a pessoa para além do aluno. (...) De repente começa a perceber que aquele aluno é uma pessoa que tem vida lá fora, tem família, que está a viver problemas ou não está e que os problemas chegam à sala de aula. E de repente eles percebem que aquilo não é um aluno, é uma pessoa. (...) De repente os miúdos que não falam praticamente em sala de aula, com esse tipo de projetos, passam a dar a sua opinião. Consegue expressar-se, começa a ter capacidade de argumentação e a pessoa não sabia que ele tinha aquelas características, tás a ver? (entrevistado 22)

(...) primeiro ainda temos que validar os instrumentos para depois podermos dizer que a avaliação feita com base nesses instrumentos é válida, né? (...) Nós estamos a intervir com populações saudáveis, temos que ter certeza que elas saem da nossa intervenção com mais saúde e não com menos, não é? É importante que não as estamos a colocar em risco, né? Portanto logo, esse é logo o primeiro imperativo é ético, não é? (...) Aquilo que nós precisamos provar é que não aconteceu nada com aquela população ou aconteceu menos pela nossa intervenção e que se não houvesse intervenção os resultados seriam piores, né? É a única forma que nós temos de mostrar que o nosso trabalho valeu para alguma coisa, né? (entrevistado 27)

A dimensão da promoção da saúde mental dentro das intervenções e programas no campo da prevenção foi trazida por um dos entrevistados, inclusive como uma evidência da sua efetividade. Muitos dos programas se encaixam na promoção de saúde mental, já que o trabalho feito é baseado em fatores de risco e proteção, sem ser diretivo na questão do consumo de

substâncias e evitando muito provavelmente a necessidade de acesso a outros níveis de intervenção, dada a intervenção precoce. Esta perspectiva pode ser melhor reconhecida no trecho da fala do entrevistado abaixo:

(...) precisamente como se foi percebendo que nós não podíamos estar a falar diretamente das substâncias fomos mais por este tipo de... de intervenção baseada em fatores de risco e proteção, e portanto muito do trabalho que fazemos é de promoção da saúde mental e foi assim que se conseguiu também provar que... que este tipo de estratégia é eficaz. (...) ... portanto eles fazem um contínuo de intervenção que vai da promoção à reabilitação e eventualmente eles não... pronto... esta questão da redução de riscos e minimização de danos é muito... é muito trabalhada mais na nossa área das dependências, não muito na saúde mental em geral... (...) E aquilo que, a ideia é que quanto mais... quando se intervém nos níveis mais precoces, não é? De promoção, de prevenção. Isto vai diminuir o número de pessoas que precisa dos outros níveis de... de intervenção, que são habitualmente níveis de intervenção não só mais complexos e que implicam num custo maior para quem deles necessita, né? Porque tem um... um sofrimento associado muito maior, né? (entrevistado 27)

Há ainda na região de Lisboa e Vale do Tejo a adaptação de um programa inspirado numa experiência australiana, mais voltado para a prevenção seletiva e indicada em turmas de alunos com consumo de substâncias sem reconhecimento disso como um problema. Segundo um dos entrevistados, este programa ainda não está validado:

(...) pretendemos trabalhar a apreciação de risco, aumentar as expectativas negativas do uso das substâncias e diminuir as positivas, fazer um trabalho ali para competências para lidar com pressão face às substâncias, já é mais dirigido e localizado. (...) É um programa que já não está sequer validado mas temos vindo a testá-lo com protocolo de avaliação. É um caminho que queremos fazer porque percebemos que para turmas mais desafiadoras os outros tornavam-se insuficientes em termos daquilo que era a parte mais de reconhecimento do problema. (entrevistado 22)

De acordo com o percurso feito até o momento na área da prevenção ligada à DICAD, podemos arriscar uma síntese do escopo de atuação da prevenção e identificar um trabalho realizado prioritariamente em meio escolar no denominado ensino regular. Além das escolas, existem algumas outras frentes de atuação em outros contextos, como por exemplo, centros de ensino e formação profissional, entidades de acolhimento, ONG's na comunidade, centros de abrigo e universidades. Os públicos-alvo são crianças, adolescentes e jovens via atuação dos profissionais da educação, saúde, agentes sociais e até mesmo alunos (no caso do contexto universitário), envolvidos com essa população nessas instituições, preparados previamente pelos profissionais da



área prevenção dos serviços da DICAD. Independente dos públicos-alvo e dos contextos de atuação, a área da prevenção leva em conta os eixos; universal, seletiva e indicada para subsidiar o diagnóstico das situações e traçar as estratégias de trabalho com base nos componentes contextualizados anteriormente.

Entretanto, existem projetos na área da prevenção realizados em contexto familiar, laboral numa empresa, na formação na área da prevenção para os universitários da área de enfermagem e até em interface com a RRMD em festas ou na rua. Embora numericamente possam ser mais restritos, ocorrem e dependem do alcance dos profissionais envolvidos, das demandas e do diagnóstico territorial realizado com as entidades parceiras.

Além disso, torna-se importante distinguir os públicos-alvo e os contextos-alvo do que são as entidades parcerias, sejam as CDT's (encaminhadoras ou executoras de alguns projetos de prevenção), sejam os Centros de Saúde e os espaços do Instituto da Juventude que cedem suas instalações para deslocar o espaço do atendimento e ações com jovens no eixo da prevenção indicada, fora do espaço físico das equipes de tratamento.

A existência de parceria com os Centros de Saúde está na lógica de ceder espaço para a descentralização das consultas para adolescentes e jovens no eixo da prevenção indicada. Existe alguma dificuldade de intervenção na área da prevenção com a população adulta atendida nos Centros de Saúde. Ainda há um trabalho tímido nessa aproximação da vertente preventiva com os Cuidados de Saúde Primários e essa relação se atém mais com os profissionais de Saúde Escolar. A prevenção consegue fazer alguma abordagem com a população adulta mais correntemente via intervenções no meio escolar e comunitário e com os Centros de Saúde há algum avanço na formação dos profissionais, porém sem ainda intervenções mais sistematizadas em decorrência dessas aproximações, como o entrevistado revela no trecho abaixo:

Para a prevenção não tem vindo. Do que eu tenho me apercebido, não. Nessa lógica, no trabalho da intervenção preventiva trabalhamos também mais com o primeiro ciclo escolar, mas se eu identifico pais dos meus alunos que estão a ter problemas. E aí é dessa via que podemos vir a buscar adultos nessa linha, que são pais de miúdos que nós acompanhamos. E aí tentamos que o educador, professor, se aperceba de algumas situações destas. Tento trabalhar com o pai e com a mãe encaminhamento para a consulta. É a única via que a prevenção chega aí. (...) Nós damos formação aos médicos de

família e que estão agora há pouco tempo a começar, etc. (entrevistado 22)

Para finalizar as particularidades da prevenção, podemos considerá-la uma abordagem dentro da lógica da promoção de saúde e sem um foco nas temáticas das drogas nas suas intervenções. Porém, a prevenção está sustentada por alguns princípios e embora seus métodos não sejam proibicionistas no sentido de imprimir uma lógica do terror com relação ao uso de drogas, trata-se de uma concepção que tem como expectativa a redução ou até mesmo a abstinência dos consumos. Um dos entrevistados enquadrando esses princípios no trecho abaixo:

A prevenção tem três níveis de intervenção. Que é o evitar, que a coisa aconteça e sabemos que em novos contextos, evitar é impossível. O adiar a idade de início. E reduzir riscos. Que seja o risco da pessoa passar para uma passagem mais complicada da substância, reduzir o risco só daquele uso face a uma série de questões, enfim... (...) ... a prevenção é cada vez mais menos moralista, não tem esse lado purido, mas ela visa trabalhar a redução do consumo e a abstinência quase, não podemos deixar isso como princípio que a prevenção diz mesmo. A decisão é vossa, mas preferíamos que vocês não fizessem. Nós dizemos enquanto prevenção. (...) É um bocadinho simbólico, mas não consigo explicar isso de outra maneira. E portanto, se está a acontecer consumo, não faz sentido a prevenção fazer uma abordagem naquele momento. (entrevistado 22)

Enfim, a investigação da área da prevenção identificou a construção de um saber e ferramentas próprias de intervenção, com destaque para o trabalho nas escolas e trabalhos em outros espaços da comunidade. A prevenção demonstrou não ter como base das suas intervenções o foco na problematização do uso de drogas, mas a sua atuação pretende produzir efeitos de evitar os consumos, e nos casos em que se verifica a experimentação, cessar os consumos ou reduzir o padrão de consumo, dada sua atuação mais voltada para o público adolescente. A prevenção indicada mostrou uma interface importante com as áreas da Redução de Riscos e Minimização de Danos e do tratamento.

A seguir, abordaremos a Redução de Riscos e Minimização de Danos e algumas intersecções surgidas com as demais áreas de intervenção.

### **Ações da Redução de Riscos e Minimização de Danos**

No decorrer da investigação, a área da redução de riscos e minimização de danos (ou redução de riscos, nomenclatura corrente no dia a dia dos

profissionais) mostrou-se uma intervenção presente em muitas vertentes de atuação: na concepção de tratamento, nos projetos de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) em contextos recreativos ou festivos (algumas vezes na interface com a prevenção), com as populações mais vulneráveis em contexto de rua (com as Unidades Móveis com Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência ou com as equipes de Rua), no contexto prisional e nas estratégias de reinserção social, em especial com os Centros de Acolhimento e os Centros de Abrigo.

Como vimos anteriormente no percurso de construção da política pública, o uso de heroína na população portuguesa foi o grande responsável pelo conjunto de mudanças no modelo de cuidado e na expansão da rede. Esse alastramento do mercado de heroína com uma movimentação visível especialmente nos bairros periféricos foi um fenómeno significativo nos anos 80 após o período da ditadura militar. Esse contexto tornou-se um terreno fecundo para a experimentação de substâncias, em especial a novidade de uma nova droga; a heroína.

Nesse sentido, aprofundar um pouco mais a história de intervenção no Casal Ventoso, um bairro expoente do uso e tráfico de drogas, torna-se útil para explicar os primórdios da RRMD em Portugal, especialmente em Lisboa.

O Casal Ventoso é um bairro com uma população de raízes na classe operária e marcada pela situação generalizada de precarização do emprego. Esse cenário de vulnerabilidade social foi propício para tornar-se como um bairro de uso e venda de drogas. Esse contexto de exclusão e isolamento atraiu muitas pessoas usuárias de heroína e outras drogas para viver nessa região. O Casal Ventoso fica situado em uma das colinas de Lisboa e o fluxo de pessoas usando drogas a céu aberto e as moradias improvisadas eram literalmente visíveis para todos que passavam pela *Ponte 25 de abril* para deslocar-se para o norte ou para o sul do país. Rapidamente houve uma organização desse espaço urbano para responder ao comércio de drogas que se tornou a fonte de sobrevivência no bairro, como descreve, por exemplo, um dos entrevistados:

(...) e em Lisboa o Casal Ventoso é o expoente, a bandeira... utilizadores de drogas a consumir a céu aberto, a viverem em tendas... (...) E era um bairro que estava organizado pela sua... até pela sua gênese, quer pela maneira como está distribuído, todas as pessoas no bairro tinham um papel ligado ao consumo de drogas, que era o usuário que está na tenda e ajuda o outro a injetar no

pescoço, que não estava a ver a veia, quer o rapaz que subia quando a polícia vinha ver a rua, quer a velhinha que vendia o peixe e escondia heroína embaixo do peixe, quer a outra velhinha que tinha limoeiro na sua casa e vendia limões porque percebeu que eles precisavam de limão para diluir a heroína. Portanto, todo o bairro de repente se organizou para dar resposta para aquilo que foi o comércio, de sobrevivência no bairro, pronto. E havia algumas fotografias dessa altura, de pessoas a fazer fila para comprar drogas (entrevistado 3)

Dada a organização do bairro em torno do uso e do tráfico de drogas, havia um Centro Social sem qualquer entrada de profissionais de saúde. Naquela época as primeiras notícias começavam a chegar no Centro das Taipas, única resposta de saúde em Lisboa para o cuidado de usuários de drogas. Havia relatos da situação degradante de saúde das pessoas que lá viviam com morbidades resultantes do uso de heroína injetável. Somente em 1992 a Associação Nacional de Farmácias inicia um processo de troca de seringas na entrada do bairro, ou seja, as pessoas deslocavam-se para pegar seringa limpa e kits. Esse período coincide com o boom<sup>43</sup> do HIV, início das primeiras respostas de redução de riscos no mundo, conforme situou o entrevistado abaixo:

Isto é coincidente com o boom do HIV, do VIH, não sei como vocês dizem no Brasil... e onde as primeiras respostas de redução de riscos começam a acontecer no mundo, quer pelas organizações de doentes de HIV, quer nos sítios da Europa pelas organizações de utilizadores de drogas porque começou-se, essas eram as populações mais martirizadas e mais vinculadas pelo estigma ao consumo de drogas, não é? E por causa desse estigma e por causa de uma linguagem muito médica, as organizações de utilizadores ou de doentes com SIDA tiveram que se organizar para explicar aos seus associados, o que significa que eles precisam ir à rua para ter com as pessoas, não é? e pra sensibilizar para o uso do preservativo, pra sensibilizar para o uso da seringa, para não utilizar a seringa do outro, não é? pronto. E por isso esse boom da droga em Portugal coincide com o boom do HIV no mundo inteiro, e então em 92' entra essa unidade móvel na parte debaixo do Casal Ventoso, sem entrar dentro do bairro para dar seringas. (entrevistado 3)

Além das questões de saúde pública envolvidas, o uso de heroína passou a ser um problema de magnitude social. Havia relatos de assaltos com seringas infectadas e todo esse contexto começou a preocupar os portugueses e provocar medo de andar pelas ruas. Concomitante à expressão social do problema, os técnicos começaram a perceber que as pessoas residentes no Casal Ventoso e em outros bairros com essas características não chegavam nas equipas de tratamento e nem nos hospitais para curar as infecções

---

<sup>43</sup> É uma palavra inglesa que significa explosão, desenvolvimento acelerado.

provocadas pelo uso de droga injetável, o que desencadeou o início da entrada dos profissionais de saúde no bairro. As pessoas estavam isoladas nesse contexto e o intuito dessa aproximação foi cuidar das consequências físicas do consumo, sem qualquer sensibilização para o cessar do uso de drogas. Pelo contrário, de acordo com os exemplos trazidos nas falas dos entrevistados abaixo, o trabalho dos profissionais de saúde tinha por objetivo orientar o uso de droga da forma menos danosa possível nessa aproximação com as populações marginalizadas, sem chegar às estruturas formais de tratamento:

E foram à tenda, onde estava o utilizador de drogas e foram dizer: você já viu como tem o braço, vamos ajudá-lo, já viu como tem a perna, vamos ajudá-lo, já viu sobre a importância de não utilizar seringas injetadas, já viu como se injetar sempre no mesmo sítio vai fazer ferida, tem que mudar o sítio, e sem nenhum juízo de valor sobre a utilização de drogas, eles entraram no bairro para pegar, primeiro, nos sintomas físicos da doença, ajudar as pessoas... havia pessoas no Casal Ventoso, que é só um exemplo, não é? ... (...) As pessoas viviam nesse ciclo e ninguém conseguia interromper essa cadeia, nem para o auto-cuidado, nem para eles cuidarem de si e portanto, foi preciso ir pelo aspecto da ferida, do não piques, piques em outro sítio, sem nenhum valor, sem nenhum juízo de valor como: como é que estás aqui há anos, como é que não cuida de ti, pelo cuidar, pelo cuidar que se entrou no bairro e se começou a falar com as pessoas, e se começou a dizer, e se começou a cuidar, a levar ao hospital... (entrevistado 3)

Começam a aparecer equipas que querem trabalhar na rua, no terreno. Porque tem a noção de que se não se consegue levar um toxicodependente a um centro estruturado de tratamento, então tem aqueles especialistas ao sítio onde ele está, pelo menos num primeiro momento, depois vê logo o que se consegue a seguir. (...) O problema era de quem vive nas franjas<sup>44</sup>, está descapitalizado, essa gente é que via os filhos a morrer, não é? Às vezes morriam os pais também. (...) E é aí que o Estado não chegava. (...) O necessário era chegar aos sítios onde, vou usar um conceito que se usa muita na sociologia crítica, onde havia sofrimento social, aquele sofrimento que é induzido pelas estruturas. É induzido pela forma como as políticas produzem desigualdade, produzem esquecimento, segregação. (entrevistado 24)

Nesse sentido, a área da RRMD constituiu-se enquanto uma medida de saúde pública, com atuação fora das estruturas de tratamento que usualmente aguardam a chegada das pessoas. A RRMD nasceu de uma perspectiva de aproximação, ou seja, de atuação nos locais de compra e/ou consumo, indo ao encontro dos usuários e agenciando cuidados em que não se pretende interferir, a princípio, na escolha da pessoa em usar drogas.

Mas com a Lei de 21 de junho de 2001, após a aprovação da Lei da descriminalização, a RRMD ganhou o status oficial de uma política enquanto

---

<sup>44</sup> grupo minoritário mais ou menos marginal

medida de saúde pública no campo das drogas. Esse passo foi importante porque enquadrou juridicamente as ações das equipes de rua em curso desde a década de 90, permitiu a formalização de projetos com suas atribuições específicas e reconheceu o usuário de drogas como um sujeito de direitos, como se verifica nos trechos das falas dos entrevistados abaixo:

Essa é a diferença quando há a lei da descriminalização... o que acontece é que essas equipas estavam no terreno nos anos 90 a fazer essa intervenção de rua e as equipas de tratamento estavam lá também e... essas estruturas que estavam nas ruas não tinham um enquadramento legal... (...) ... a mensagem passa a ser saúde, passa a ser o direito, passa a ser o direito de não ser julgado pelos seus comportamentos e ainda assim ter acesso à saúde e é aqui que muda tudo... (entrevistado 3)

Em 2001 há a criação da lei que despenaliza o consumo de drogas e que institui a redução de riscos e minimização de danos como política pública oficial. É uma lei muito importante. É a Lei de 21 de junho de 2001 que logo consagra o que nos anos 90 andaram a fazer que foi chamar a atenção para as necessidades efetivas dos usuários, etc. (...) ... uma certa alteração do discurso do que é que é toxicodependente, admitindo que ele era cidadão de pleno direito. (...) E portanto, o discurso da redução de riscos, além de um discurso da saúde pública, deve ser um discurso dos direitos humanos. (entrevistado 24)

A nomenclatura adotada pela política portuguesa foi um primeiro ponto que chamou a atenção. Há a distinção entre risco e de dano, diferente de *redução de danos*, denominação utilizada na política brasileira. A explicação para essa diferenciação, embora no trabalho de campo considerada pouco significativa do ponto de vista prático, pode ser descrita, por exemplo, na fala do entrevistado a seguir:

Na lei está redução de riscos e minimização de danos. Como nós estamos a reduzir os riscos, os riscos do consumo, como nós damos informação nós estamos a reduzir os riscos. Mas estamos também a minimizar os danos. Se eu faço um consumo sempre no mesmo sítio, do meu braço injetado, eu estou a causar dano sobre dano, então eu preciso de também de minimizar os danos de um consumo regular. (...) ... o mundo fala em *harm reduction*<sup>45</sup>, e esse é o paradigma, não é? E portanto, ninguém em Portugal, ninguém diz redução de riscos e minimização de danos. Mas quando nós pensarmos na altura no início da estratégia, foi esse o nome que ficou, não acho que seja determinante para aquilo que é. (entrevistado 3)

Terminada a contextualização do surgimento da área da RRMD e do sentido atribuído à sua nomenclatura, aprofundaremos a seguir as

---

<sup>45</sup> Redução de danos.

intervenções em contexto de rua com as populações em situação de maior vulnerabilidade.

A utilização da metadona<sup>46</sup> no chamado *Programa de Substituição de Baixo Limiar de Exigência (PSOBLE)* foi um marco importante na área da RRMD. Ao contrário dos usuários que chegavam às equipes de tratamento e conseguiam se organizar abstinente da heroína para o uso de metadona em doses mais elevadas de forma monitorada, a terapêutica de baixo limiar de exigência não pressupõe a abstinência. As dosagens são menores e estão a serviço de estabilizar os sintomas de abstinência das pessoas com consequente possibilidade de trabalhar outras coisas nessa aproximação. A metadona passa a ser uma “ferramenta” útil para se trabalhar as questões globais da saúde das pessoas, permitindo a sensibilização dos usuários para o consumo seguro, assim como tornou possível fazer o rastreio de doenças infecto-contagiosas, conforme descreve um dos entrevistados:

O que acontece é que as pessoas vão lá, (referindo-se ao programa de baixo limiar de exigência) tomam sua dose de metadona e depois, são cerca de mil e quinhentas pessoas diariamente a fazer metadona, todas essas pessoas estão rastreadas para hepatites, HIV, tuberculose e depois eles têm um sistema de computador que os avisa, é preciso voltar a fazer o rastreio no Francisco, no Manuel, eles conhecem o utilizador pelo nome e apesar do utilizador poder estar integrado no programa de metadona com uma dose que é ajustada pela equipe médica e de enfermagem a... ele pode, nós sabemos que muitos deles mantêm consumos paralelos de heroína mas também temos a certeza que eles estão rastreados do ponto de vista da saúde pública, isso é essencial. (...) Tem que haver um incentivo, um incentivo para as pessoas se envolverem na sua saúde e a metadona é utilizada para também equilibrar o sujeito de forma para que possamos conversar com ele a mediar a saúde dele através da metadona, mas também lateralmente, através de todos os rastreios necessários para, por exemplo no caso da tuberculose, ele não infectar outras pessoas e para cuidar de si... (...) ...e portanto, as equipas de rua, o programa de metadona, estão onde o utilizador está, onde o utilizador vai comprar, onde o utilizador vai consumir, não estão num edifício a aguardar que o sujeito venha. (...) ... temos que garantir que eles tenham resposta onde eles estão. (entrevistado 3)

A atuação da RRMD permaneceu, de acordo com o trabalho de campo, ainda muito identificada enquanto uma medida de saúde para reduzir riscos com dependentes, na população usuária de drogas injetáveis, em especial de heroína, mesmo com os atuais esforços das equipes do PSOBLE e das equipes de rua em ampliar a atuação com outros grupos populacionais.

---

<sup>46</sup> Substância com efeitos similares aos da heroína e da morfina, porém menos sedativo do que estas, usado como substituto da heroína no tratamento.

A disponibilização de cachimbos para o uso de drogas fumadas tem sido a prática em duas instituições: a *Crescer na Maior* e o *IN-Mouraria*. Houve tentativas anteriores em outros projetos, mas está em estudo o uso de cachimbos de maior durabilidade. Os demais serviços têm solicitado a adoção desse insumo e está em discussão a padronização para fornecimento em âmbito nacional.

O objetivo de produzir um uso de drogas com um comportamento do usuário mais “controlado” ou com consumos mais equilibrados, trazendo mais estabilidade e menos danos na relação com a população ou até com a saúde e as forças policiais, foi relatado pelos entrevistados abaixo:

E supõe-se que a pessoa pode até continuar a consumir mas o que nós pretendemos é muito no âmbito da saúde pública e da proteção do doente, do próprio e dos outros. (...) É... e há pessoas que tem uma dificuldade em perceber porque aquele doente, por exemplo, está em programa de metadona e continua a consumir. Qual é a vantagem disto? A vantagem disto é que o doente está muito mais controlado, portanto, não rouba a primeira pessoa que lhe aparece porque não está naquela ressaca e que portanto, mantém os consumos porque de facto obtém algum prazer ou até alguma estabilidade com isso, mas de uma forma muito mais controlada. (entrevistado 4)

A ideia desse projeto, segundo uma lógica de redução de riscos e minimização de danos, ou redução de danos simplificando, é promover consumos ou comportamentos de consumo mais equilibrados, ajustados, que provoquem menos danos aos sujeitos que fazem consumos e menos dano à comunidade envolvente. São também, as lógicas desses projetos passam muito pela pacificação do lugar e do espaço onde ocorre os consumos, portanto esta equipa tem muito a função de conseguir pacificar e equilibrar por vezes a dinâmica que pode ser de conflito, ou entre os consumidores, ou entre os consumidores e a vizinhança também envolvente, ou as forças de autoridades ou até as próprias forças de saúde. (entrevistado 16)

A dificuldade de o usuário produzir relação com as estruturas formais de saúde foi abordada, levando-se em consideração não somente a sua ausência de movimento, mas também a não correspondência nessa relação por parte dos profissionais de saúde. Essa dificuldade foi destacada, por exemplo, na fala a seguir:

Produzem sofrimento social quando tratam toxicodependentes que vem das camadas mais desfavorecidas quando os tratam como clientes de segunda. Ou quando vão ao hospital geral porque tem uma ferida aberta ou tem um problema qualquer e o médico de serviço diz: mas você é toxicodependente? Então está errado, não é aqui que tem que estar. Vai lá para o centro onde tratam drogados e tal. E pronto, fazem uma exclusão destes indivíduos do serviço de tratamento. Às vezes fazem isso à frente dos técnicos. Técnicos de



redução de riscos, técnicos de rua que vão, acompanham o cliente ao serviço de saúde. E o próprio técnico é desqualificado. O médico diz: pá, mas você veio fazer o que aqui com esse doente. Vá-se embora. Não é aqui que tem que estar. Portanto, isto pra dizer que ao nível das representações do que é entre aspas o drogado continua, mesmo as próprias estruturas encarregadas da saúde, continuam a produzir sofrimento social. (entrevistado 24)

Existe em Portugal um projeto de redução de riscos e minimização de danos para o acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade. São os chamados Centros de Acolhimento e os Centros de Abrigo, tipificados a partir do Decreto-Lei n. 183/2001 de 21 de junho, importantes para a composição com o eixo do tratamento e com projetos de RRMD em contexto de rua.

Os Centros de Acolhimento são espaços institucionais de residência temporária, por um período de até seis meses e funcionam 24 horas por dia. Estão entre as atribuições dos Centros de Acolhimento condições de alimentação, higiene, cuidados de enfermagem, rastreio de doenças infectocontagiosas e assistência médica com a possibilidade de executar programas de baixo limiar de exigência.

De acordo com o Decreto-Lei n. 183/2001 existem os Centros de Abrigo que tem por missão oferecer pernoite para usuários sem rede social e familiar de apoio e ser mais uma entre as estratégias de cuidado para compor o encaminhamento social e terapêutico. O seu funcionamento é previsto nos setes dias da semana e devem, de acordo com o Decreto-Lei, ter programas de baixo limiar de exigência.

Essas estratégias de cuidado estão direcionadas a usuários ainda não motivados para cessar o uso de drogas e que na admissão, podem aderir ao programa de baixo limiar de exigência e ser rastreado do ponto de vista da saúde pública, conforme descreve, por exemplo, o entrevistado no trecho abaixo:

Em Lisboa nós temos diferentes espaços de abrigo, ou seja, temos espaço de abrigo onde se eu for sem abrigo eu posso dormir lá e não voltar no dia seguinte. (...) É apoiado pela Câmara Municipal de Lisboa e a Segurança Social, mas que também tem um programa de metadona lá dentro. Portanto, um utilizador de drogas pode ir e dizer, eu vim cá dormir mas eu quero ficar no programa. Ele é rastreado e pode ascender ao programa. (entrevistado 3)

As equipes do Centro de Abrigo são multidisciplinares e a vulnerabilidade social é um critério, levando em consideração situações de usuários com baixo suporte social ou familiar.

Durante o trabalho de campo não foram feitas distinções muito precisas entre o que é um Centro de Acolhimento e um Centro de Abrigo. Tive um pouco mais de clareza dessas propostas ao pesquisar o Decreto-Lei há pouco mencionado e que define a tipificação de tais serviços. Mas os Centros de Abrigo e os Centros de Acolhimento não são as únicas estruturas de acolhimento institucional para os usuários em situação de rua e/ou em contexto de maior vulnerabilidade social. Aprofundaremos melhor essa discussão no eixo da Reinserção Social com outros entrevistados que descreverão outras frentes de trabalho em outros municípios da ARSLVT e retomaremos a interface com os Centros de Acolhimento e os Centros de Abrigo de Lisboa na área da RRMD.

As salas de consumo assistido (os *Programas de Consumo Vigiado*, nomenclatura de acordo com a descrição no Decreto-Lei n. 183/2001 de 21 de Junho) são uma outra prática prevista no conjunto de linhas de cuidado mas até hoje não foram implementadas, embora sejam amplamente debatidas durante o trabalho de campo.

O referido Decreto prevê a sua implementação, porém o parecer técnico do SICAD não é a única via para sua concretização, de acordo com o trecho abaixo:

De acordo com a nossa lei é necessário haver o acordo entre as autoridades municipais e as autoridades do governo central, para a criação de projetos ainda que experimentais nesta área. Mas o problema é a relação dos políticos, da autarquia. (...) Enquanto que para a aprovação das outras estruturas, consultas para tratamentos de toxicodependentes ou de prevenção, isso não está nas mãos dos políticos. Está nas mãos por exemplo pá da Administração Regional de Saúde, tá nas mãos dos médicos, psicólogos e tal. No caso das salas de consumo está nas mãos dos políticos. Tu tens que fazer passar na Assembleia Municipal dessa Câmara, do sítio onde queres instalar a sala, tem que fazer aprovar a criação da sala. (entrevistado 26)

Segundo alguns entrevistados, os impasses da implementação transitam entre a falta de consenso nas esferas políticas, entre os próprios técnicos e a preocupação com a reação da população ou mesmo entre a condução da política na área dos CAD. Também foram citados argumentos de ordem epidemiológica ou de teor conservador, como se verifica nos trechos abaixo:

E os políticos são muito conservadores a este respeito. Uma parte desse conservadorismo resulta da ignorância. Outra parte resulta de preconceito. O preconceito e a ignorância juntos são responsáveis pelas grandes catástrofes da humanidade. Claro que não abrir

nenhuma sala de consumo não é nenhuma catástrofe. (...) E passa-se o mesmo com as salas de consumo e portanto, ainda não abriram nenhuma. (...) E, portanto, já deveria existir não uma sala de consumo, mas pelo menos duas, uma no Porto e outra em Lisboa. Já deviam existir mas não existem por inoperância política, porque temos uma classe política que muitas vezes exhibe um subdesenvolvimento comparado ao que são os técnicos, por exemplo. Os técnicos daqui não têm conseguido fazer valer. E também, diga-se de passagem, que quanto aos técnicos não há unanimidade quanto a isto. Porque nós técnicos há também um setor conservador. (entrevistado 24)

Em 2000, 2001, 2002, nós precisávamos destas salas de consumo. Só que nunca conseguimos um consenso político entre as autoridades municipais e as autoridades centrais que permitisse concretizar a sua instalação. E então desenvolvemos outros tipos de respostas de chegar àquelas populações mais desorganizadas, através das equipas de rua, criação de centros de acolhimento, enfim, outros tipos de respostas. E o que é facto é que o consumo injetável, dos números de infeções, dos números de overdoses, tudo isso tem vindo a descer. À partir de determinada altura deixou de se sentir a pressão para abrir as salas de consumo assistido. Os próprios profissionais do terreno. Há um momento em que há coincidência política para a abertura de uma sala de consumo, isso em 2007, para a abertura de uma sala em Lisboa. É um proposto pela Câmara Municipal de Lisboa quando abrir... e eu pergunto a terreno, pergunto aos profissionais da primeira linha: ah, onde, como é que vamos fazer isto, onde vocês recomendam... Agora não. O consumo de droga injetável está a cair de tal forma vertiginosamente que abrir uma sala de consumo assistido nesse momento é um sinal completamente errado transmitido a essa população. É completamente em contra ciclo. Travo<sup>47</sup>. (entrevistado 26)

O argumento da necessidade de haver mais estudos para a efetivação das salas de consumo é um falso problema, dadas as experiências estudadas e em curso em diversos países, de acordo com o entrevistado a seguir:

Quando eu digo que é preciso aprofundar o modelo português é isso, quer dizer, o *drug testing*<sup>48</sup> que está previsto mas quase não se faz. A sala de consumo tá prevista desde a lei de 2001 mas não houve a abertura da primeira. Sendo que o ordenamento de que é preciso haver mais estudos do que são os resultados é um argumento falacioso porque já há mais de setenta salas de consumo numa série de países e alguns destes países são países que fazem um acompanhamento muito muito muito... cuidado, muito cuidadoso destas estruturas. Países como a Suíça, a Alemanha, a Espanha, Canadá por exemplo, Noruega já abriu uma em Oslo. (...) Isso é uma resposta estudada. É uma resposta que aqui em Espanha, por exemplo, tá bem testada também. Só em Barcelona há três. (entrevistado 24)

Alguns argumentos técnicos foram citados como justificativa para a existência de salas de consumo assistido, estendendo a sua finalidade não

---

<sup>47</sup> Sinónimo de ficar sem reação, sem compreender.

<sup>48</sup> Teste da droga.

somente para os usuários de drogas injetáveis, mas também para o uso fumado e inalado, de acordo, por exemplo, com o trecho abaixo:

A minha opinião é que as salas de consumo fazem todo o sentido na cidade de Lisboa, aliás não faz sentido só uma, faz sentido várias. Fazem sentido que sejam coisas pequeninas, experimentais, para aprimorar o modelo. Faz sentido que sejam salas de consumo injetável e salas de consumo fumado. Porque não podemos só dar espaço a quem injeta, porque diminuimos o número de infecções, mas temos o fumo, não é? (...) ... se nós estamos a dar material limpo às pessoas e depois fazemos com que as pessoas vão utilizar sítios sujos, para usar as drogas, sítios onde estão sujeitos a tudo, sujeitos... são sítios horríveis onde as pessoas usam e fumam drogas, não é? Se eu to lá com seringa limpa e tipo, ponho a seringa na terra. Então qual é o sentido de dar seringa limpa, não é? Então, qual é o sentido da assepsia do material sem a assepsia do local. Eu tenho uma dúvida sobre isso e... conheço sítios onde ninguém, ninguém merece aquele descuidado, não é humano aquilo é uma coisa que nem sequer deveria existir. Pra mim é nem pra sem abrigo dormir, nem pra utilizador de drogas usar drogas. Não devia existir, pronto. Ninguém merecia. E por isso eu acho que devem haver sítios onde as pessoas possam fazer os seus consumos. (...) Porque nenhum utilizador de drogas quer expor a sua injeção pra todos verem, não é? (...) Isso o põe numa exposição de fragilidade que não é humana, não é? E, e então eles usam esses sítios, e o que acontece? Esses sítios, por exemplo, se houver uma situação de overdose, ninguém chega lá. (entrevistado 3)

Além das questões de saúde pública envolvidas nos consumos em lugares precários, sem higiene ou isolamento, apresentadas pelo entrevistado “3”, o mesmo refere a sala de consumo como a possibilidade de criação de vínculo e adesão a outras propostas de cuidado do sistema de saúde:

Se esse indivíduo fizer isso numa sala onde há médicos, onde há corpo de enfermagem que pode agir sobre o sujeito, aproveitando o momento em que a pessoa vai utilizar drogas para fazer redução de riscos, quer da maneira como faz, quer da informação que podemos dar, quando estamos a falar com aquele sujeito, quer para dar um chá e conversar com ele sobre... “você quer isso pra sempre? O que você pensa sobre a sua vida?”. (...) Eu privilegio a relação, e portanto eu acho que todos os momentos servem para a relação. E se eu posso ajudar aquela pessoa a usar, a seguir, eu tenho uma relação com aquela pessoa. (entrevistado 3)

Outro entrevistado fala da discussão que ressurgiu no momento atual, porém, ao contrário do entrevistado “24”, aponta a necessidade de estudos que comprovem a implementação:

(...) os últimos anos, enfim, na fase mais aguda da crise econômica e social houve um aumento de consumo por via injetável. Sobretudo à custa de alguns antigos usuários que recaíram, okay? E então a questão volta a ser suscitada. A minha postura ou postura do SICAD relativamente a isso é e que sempre foi a abertura de reconhecimento de um dispositivo que pode ser interessante. Agora, só daremos um parecer positivo à abertura de um dispositivo desse centro se houver

um diagnóstico local que aponte para a sua vantagem relativamente aos outros dispositivos que já estão montados. Aqueles que nos permitiram contrariar o fenómeno naquela altura, entende? (...) Se houver uma recomendação técnica e evidências... e identificação do número de potenciais utilizadores que possam se beneficiar de um dispositivo desse género, podem abrir à vontade. (entrevistado 26)

Somada à necessidade de estudos que comprovem a necessidade atual das salas de consumo, o local para a implementação foi levantado como uma dúvida pelo entrevistado acima. A defesa da montagem de uma estrutura que não seja fixa também foi ponderada, conforme se verifica no trecho a seguir:

Por exemplo, aqui há dois anos surgiu a proposta de abrir uma sala de consumo assistido na Mouraria. (...) Tem havido um trabalho de requalificação de toda aquela zona e remoção de cidadãos daquela zona que até há poucos anos era intransitável. Será que abrir um dispositivo desse género naquela zona da cidade, não vai constituir-se como um pólo de atração da população mais desorganizada da cidade e comprometer toda essa qualificação? Será ali que vale a pena fazer ou vamos fazer no Lumiar que é um local que hoje não terá nada a perder, porque não há um trabalho de requalificação a ser feito. Eu defendo que dispositivos desse género sejam instalados em estruturas removíveis, contentores ou possam estar um, dois anos, três anos num determinado local e depois, okay, aqui a coisa arrefeceu e vamos pra outro. (...) Que consolida e acaba por fixar também uma clientela que não se pretende que se eternize. (entrevistado 26)

O trabalho em meio prisional foi outra vertente de atuação verificada nas entrevistas como intervenção da RRMD e em alguns contextos, de interface com o tratamento. Há também nuances de como esse trabalho é feito na Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde (ARS) Norte e na ARS de Lisboa e Vale do Tejo.

A continuidade do tratamento é assegurada no caso de alguns usuários presos por crimes relacionados ao tráfico. Porém a existência de dificuldades de um profissional externo atuar para a intervenção em meio prisional foi trazida por um dos entrevistados. Mesmo com as condições adversas para a atuação, existe alguma aceitação por parte dos profissionais que trabalham no presídio por conta do apaziguamento do comportamento dos detentos.

Por outro lado, outro entrevistado considerou o uso de drogas dentro da prisão como uma forma dos guardas terem maior controle. Para ele, há precariedade de recursos para a condução das intervenções e usuários presos sem histórico de tratamento ficam completamente desassistidos.

A intervenção na prisão como uma atribuição dos profissionais dos serviços da DICAD da ARSLVT não foi um consenso quando abordada pelos entrevistados. Atualmente, essa intervenção, segundo um dos entrevistados, tem ocorrido nos estabelecimentos prisionais da área de abrangência do CRI Setúbal e CRI Ribatejo.

O insucesso no programa de troca de seringas foi atribuído especialmente ao sistema de vigilância existente nas prisões, o que torna incompatível os reclusos transitarem com esse tipo de pedido de forma anônima.

Por outro lado, alguns estabelecimentos prisionais em Portugal, além das ações de RRMD, contam com uma unidade à parte, conhecida como área livre de drogas, conforme o trecho abaixo:

Verifica que nós, Portugal, tem uma rede de estabelecimentos prisionais de cerca de... perto de 50, 47 estabelecimentos e em 7 ou 8 deles existe uma unidade à parte, uma zona da prisão conhecida como área livre de drogas. Pra onde um toxicodependente que está preso pode pedir uma adesão voluntária para ser deslocado para essa zona livre de drogas dentro da prisão, ser deslocado pra lá, desde que assine um compromisso de que vai ficar abstinente e de que quer tratar-se. Isto numa prisão onde possa haver uma redução de danos com resposta, por exemplo, de dar metadona a heroinodependentes. Nós temos cerca de 14000 reclusos, agora não tenho números exatos mas há uns anos atrás, nestes 14000, 1600 estavam a tomar metadona no interior das prisões, 1600. É um número muito apreciável, não é? E portanto, dentro do dispositivo prisional tem desde a redução de danos até uma área livre das drogas. Não acho que são respostas incompatíveis, eu acho que elas devem conviver nos mesmos serviços. (entrevistado 24)

A intervenção de RRMD na prisão também apareceu num outro formato, diferente da atuação com profissionais de saúde. Um dos entrevistados reconhece a dificuldade de entrada dos profissionais no meio prisional e tem como estratégia o trabalho de *educação de pares*, conforme descrito no trecho abaixo:

(...) a intervenção de redução de riscos na prisão, na prisão da Guarda, um estabelecimento prisional regional, situada numa cidade chamada Guarda aqui próxima da Serra da Estrela, portanto, Centro-Norte de Portugal e aí temos trabalhos muito baseados na ideia de educação de pares. O que nós fazemos é treinar reclusos, alguns reclusos, formá-los em conteúdos como doenças infecciosas como hepatites, TB<sup>49</sup>, VIH e afins, formá-los em tatuagem e piercings não cuidada, formá-los em questões como violência sexual, bullying ou sexo protegido de outra maneira, formá-los em questões como empregabilidade. O que nós fazemos é: formamos alguns reclusos

---

<sup>49</sup> Sigla para tuberculose.

que são escolhidos com um conjunto de critérios e depois treinamos esses reclusos para que eles possam formar outros reclusos. (...) Uma vez que é muito difícil para um técnico entrar na prisão e depois dentro da prisão chegar até os reclusos, porque a maior parte deles não aderem à figura do técnico, é sempre visto como um elemento estranho ou muito como um elemento que pode ser ambivalente para o recluso, ou seja, não é um elemento de total confiança, nós achamos que o recluso tem maior capacidade de criar empatia e construir uma relação de confiança com o seu igual. Principalmente se esse recluso tiver alguma capacidade de liderança ou de referência ou de acolhimento dos outros reclusos. Portanto, é desses técnicos e desses dez bem formados que irão chegar a por exemplo 100 ou 200 dentro da prisão. Isso maximiza a nossa capacidade de atuar e passar informação e eventualmente, mudar comportamentos dentro da própria prisão. Portanto, nesses projetos da Guarda nós pusemos a redução de riscos e a educação de pares como projetos produtores de consumos mais seguros ou até de não consumos de drogas dentro da prisão. Ou até. Não necessariamente. (entrevistado 16)

O trabalho de educador de pares como uma prática foi abordada como existente também fora do âmbito prisional. Um dos entrevistados fala do trabalho do IN-Mouraria, fora do escopo dos serviços e projetos pertencentes à DICAD e ao SICAD e na sua explicação, exemplifica o trabalho de educador de pares nesse projeto, assim como em um projeto de Lisboa em contexto recreativo:

(...) um projeto chamado IN-Mouraria. (...) É uma espécie de Centro de Dia, não é? não sei se... é um espaço de lazer onde utilizadores de drogas podem ir. Podem ir beber um café, tocar uma viola, fazer o rastreio do HIV, buscar roupa, comer ou só receber uma carta da mãe e está à rua e não tem aonde receber, então eu posso escrever pra lá e alguém pode receber, eles recebem do correio. E lá há uma psicóloga, uma assistente social, e a enfermeira e há uma coisa muito diferente dos outros projetos e o Check!n também tem. São pares, eu não sei se voce está familiarizado com essa linguagem que é, são utilizadores de drogas que estão incluídos em projetos, na equipa técnica dos projetos e que portanto, é o cruzamento entre a minha linguagem técnica e a linguagem do usuário na informação que nós vamos passar à frente. (...) São remunerados, são pagos, isso é uma característica do trabalho de pares, é um trabalho, são pagos para fazer esse trabalho. No Check!n, são voluntários... (entrevistado 3)

A área da RRMD também tem um trabalho em que o que está em questão não é o usuário de drogas caracterizado como dependente e em contextos de maior vulnerabilidade social. Algumas ações podem acontecer por iniciativa das equipes dos profissionais dos CRI, como por exemplo, a intervenção em festa trance<sup>50</sup> protagonizada por profissionais da equipe na área da redução de riscos do CRI Ribatejo ou intervenções na parceria dos profissionais da área da prevenção e da redução de riscos do CRI de Setúbal

---

<sup>50</sup> Uma vertente da música eletrônica.

no festival *Rock in Rio*. Além dessas iniciativas, há projetos como o Check!n que concorreram ao edital do SICAD após diagnóstico territorial para o Programa de Respostas Integradas (PRI).

Um dos contextos de criação dessa linha de intervenção foi a expansão das festas de música eletrônica e em especial, os acidentes que ocorriam após os seus términos, contextualizado na fala do entrevistado a seguir:

Esta ideia de fazer este tipo de prevenção do risco, depois que acaba a festa, aconteceu muito por via do que se passou em Espanha. Quando as festas da música eletrônica começavam a vulgarizar-se, aqui o que os espanhóis chamam música máquina que é engraçado. E a meca, na segunda metade dos anos 90, a meca destas festas foi Valência e havia autoestrada Madri-Valência. Às sextas-feiras ao fim do dia tinha uma imensa quantidade de jovens espanhóis a fazer o trajeto de 400 quilômetros que separa Madri de Valência. Depois ficavam lá até domingo à noite e depois vinham outra vez pra Madri. E passou a chamar-se estrada da morte, porque começou a haver imensos acidentes, com consequências drásticas. E aqui percebeu-se a necessidade de reduzir comportamentos de risco na festa, não é? (entrevistado 24).

Ter como ponto de partida a intervenção com usuários fora do enquadre das dependências, em contextos de lazer e sem ter, a princípio, uma relação problemática com as drogas, foram aspectos destacados por alguns entrevistados:

Em intervenções em contextos festivos essa que é a questão. Tu gerires o teu consumo de forma a ser um consumo esporádico, um consumo pontual, um consumo que te traga prazer e não que te traga dependência. Ou um consumo que não te traga demasiados riscos acrescidos. (entrevistado 13)

(...) o consumo na festa obedece se calhar a uma lógica diferente da lógica de consumo que existe na rua e na prisão, nomeadamente, o consumo que há na festa é muito um consumo recreativo, lúdico, pode ser ou não esporádico, mas muitas vezes ele é esporádico apenas. (entrevistado 16)

Nesses contextos festivos não se põe a questão da dependência. Tratando-se de uma festa poder sempre haver sempre comportamentos de excesso que precisam de suporte. (entrevistado 24)

A postura dos profissionais na intervenção não é alarmista nem proibicionista. O que se busca é trabalhar a comunicação em saúde. Reconhecer que o consumo de substâncias existe e tem uma dimensão de lazer em busca de prazer. Essas ideias podem ser encontradas na fala dos entrevistados abaixo:



(...) de estar nas zonas de festa da cidade, ou seja, nos bares, nas raves, com informação sobre substâncias, informação livre de julgamentos, eles fazem uma coisa que se chama na redução de riscos em contexto recreativo, gestão de prazeres e riscos. (...) ... ninguém vai consumir drogas para tipo... se dar mal... as pessoas vão porque num primeiro momento dá prazer, não é? e pronto. (entrevistado 3)

Como é que se comunica em saúde. O que é que... de que formas é que nós transmitimos as mensagens. Por exemplo, o Check!n tem uma postura não moralista e não alarmista, e nos flyers<sup>51</sup> não se tenta... o Check!n tenta muito é fazer uma... pegar pelo positivo e pelo prazer que as drogas proporcionam ao utilizador, mas que esse prazer pode ser potenciado<sup>52</sup> quando se preocupa com os riscos e quando consegues diminuir os riscos. Então tem uma... a comunicação do Check!n não é uma coisa negativista. (entrevistado 13)

(...) a ideia geral é mais ou menos, por um lado, aceitar que há consumos, como também aceitamos que há na prisão e há também na rua, há alguma evidência que há consumos (...) É potenciador mais do momento do convívio, é potenciador da comunicação que eles têm e obedece ao um contexto e a um paradigma que é de liberdade. Pura liberdade. É sob um contexto não de repressão, não de condicionamento, não de escapamento, de tentar escapar à força policial ou à força as autoridades da saúde. Não. São momentos de grande liberdade, são momentos de fruição do sujeito, são momentos de prazer, de ritmo e música e do corpo que dança ao ritmo dessa mesma música. São momentos de grande liberdade, simplificando, de liberdade e alegria. O consumo aqui obedece a esta lógica. Se houver essa lógica você não pode ir para uma festa com discursos proibitivos, não podemos ir para a festa com um discurso de repressão, com falsos moralismos. Porque não seremos aceitos e a mensagem não passará... (entrevistado 16)

Isso são de fato estratégias inovadoras no sentido em que não estão a discutir se é legítimo ou não é legítimo consumir drogas numa festa ou se é legítimo ou não é legítimo chegar a um limite de uso em que saiam do meu próprio autocontrole. Isso não... não estamos a fazer esse julgamento. (entrevistado 24)

Os projetos de intervenção em contextos recreativos têm suas particularidades no modo de agenciar as estratégias. No decorrer do trabalho de campo participei de uma intervenção em contexto de festa. A equipe contava com um “furgão” e à frente da porta de correr do veículo os profissionais constroem um local para a atuação. Eles se utilizam de um tapete, uma tenda, alguns *puffs* e uma mesa com materiais informativos, preservativo, canudos de plástico embalados para uso de drogas "de uso nasal", água destilada para uso injetável, chupa-chupa (pirulito), cenouras e maçãs. Durante a intervenção, os interessados também poder fazer o teste do nível de álcool no sangue. A intervenção não está identificada com a lógica de primeiros-

---

<sup>51</sup> Panfletos.

<sup>52</sup> Potencializado.

socorros e pretende ser discreta. Esse tipo de intervenção é caracterizado pela ausência da circulação dos profissionais nos espaços da festa para intervenções de cunho informativo ou mesmo para entrega de insumos. As pessoas se aproximam por vontade própria. Segundo um dos profissionais, atualmente os frequentadores da festa já reconhecem o trabalho realizado e se aproximam. O investimento é na relação. São estratégias simples de cuidado com as pessoas, sem a preocupação de interferir na relação com a droga e nos efeitos produzidos, mas sim propiciar o uso com menos desconfortos, visando o bem-estar. O teste para verificar se há LSD no chamado "ácido" no Brasil só é possível à noite com luz negra. A equipe tinha um contador do número de pessoas que acessam a tenda e são realizados relatórios após a intervenção para documentar e qualificar o trabalho em momentos futuros.

A redução de riscos protagonizada pelo *Check!n* nesse contexto de trabalho reconhece os riscos envolvidos no uso de drogas, mas o percurso de acesso às pessoas para as medidas de uso de forma segura faz um caminho indireto para atingir essa perspectiva. O que está em "jogo" nessa abordagem é a sensibilização para a gestão dos prazeres, o que inclui os riscos envolvidos, produzindo equilíbrio, de acordo com os entrevistados abaixo:

E o Check!n entra no eixo da redução de riscos e minimização de danos, mas traz uma categoria diferente que não é homologada, que não é... O SICAD não a assume como categoria que se chama a gestão de prazeres e riscos, ou seja, mais do que defender e alertar as pessoas só para os riscos, é assumir que as drogas tem prazeres, não é? E que as pessoas consomem drogas não a pensar nos riscos, mas sim a pensar no prazer do ambiente, no prazer da substância, no prazer que vão proporcionar com os amigos. (...) (entrevistado 13)

(...) sobre os riscos e os prazeres relacionados a uma determinada droga, a uma substância, ou seja, o que é que é isso. Não falar só da parte problemática que é o risco, a doença, dores, mas também falamos dos prazeres que aquela droga pode proporcionar. (entrevistado 16)

Tendo em vista a busca de equilíbrio, a questão aqui é deixar a carga das pessoas a decisão de usar ou não a droga. A abordagem extremista e negativista não será o que fará as pessoas decidirem pela não utilização. O que entra em cena não é a preocupação com a decisão de usar ou não, mas no caso de experimentação, a forma como ela se dará, conforme descrito nos trechos abaixo:

E que as pessoas são livres do fazer e que não é necessariamente uma coisa só ruim, não é? (...) E só má e... que traz prazer às

pessoas e que não tem mal nós dizermos isto... até porque quanto dizes a uma pessoa que consome drogas e percebes que aquilo dá prazer e que se as drogas não proporcionassem coisas positivas à pessoa, não é? ...por muitos riscos que causam e por muitas coisas negativas que depois tragam, as pessoas não as consumiam. Se fosse uma coisa majoritariamente negativa, sem prazer. E então é assumir isto: assumir que as drogas têm prazer. E o foco do Check!n é muito isso, não é? É mais do que alertar as pessoas a não fazer, é mais do que alertar as pessoas dos danos que aquilo causa, dos efeitos a longo prazo... é falar do prazer que aquilo causa e adotando determinados comportamentos as pessoas podem ter mais prazer porque os riscos ficam cada vez mais reduzidos. E esta é uma lógica que nos faz muito sentido, porque tem mais impacto, não é? (entrevistado 13)

E o que nós tentamos dar ao sujeito é um conjunto de informação mais ou menos equilibrada, de forma que o foco seja tomar uma decisão responsável, seja ela ingerir ou não a substância. (...) E portanto, é não diabolizando a droga, mas não também fantasiando completamente a droga, digamos assim, a substância e nem a relação com a substância que nós procuramos intervir. É trabalhar o comportamento responsável e uma tomada de decisão responsável que fica sempre em última instância do lado do sujeito. E nunca do lado da equipa. Não querendo nos desresponsabilizar, mas porque sabemos que nós nunca podemos tomar a decisão pelo outro. Seja pro sim, seja pro não. Não faz sentido. Tem que ser o outro que a tome, estamos aqui a falar de pessoas adultas, não é? (...) Portanto, não é o tomar a droga que nos preocupa, é mais o como é que tu vais tomar essa droga. Que informação que tu tens para tomar, não é? E pra escolher nesse processo de tomada de decisão e estar ciente do risco que quer correr. E teres alguém que te protege, tens alguém com quem vai pra casa, que tens que consumir água por exemplo... (...) É isso que nos preocupa mais e não o proibir ou suspender o ato de ter direito à droga. (entrevistado 16)

E como se operacionaliza tal proposta? Primeiramente, trata-se de um espaço de lazer. Nesse sentido, qualquer abordagem diretiva pode soar invasiva. Existe sempre uma pequena estrutura no contexto da festa e os profissionais ficam por perto. Quando as pessoas se aproximam as condições para a intervenção acontecer são mais propícias, segundo o entrevistado abaixo:

O pilar central é a intervenção em contexto festivo e o que nós fazemos é montar um stand, um info stand que pode vai desde uma tenda num festival, uma mesa super pequenina, em espaços mais pequenos não dá pra montar um stand muito grande. Monta-se uma mesa com material informativo, com flyers, com preservativos, com lubrificantes, com kit sniff<sup>53</sup>, águas destiladas para limpar a narina e testes de alcoolemia... (...) No stand o que é disponibilizado é material aos frequentadores. (...) A lógica do Check!n é que nós acreditamos que cada pessoa, e então quando falamos da noite, assumam um espaço muito próprio. E portanto, que nós irmos ao encontro das pessoas e irmos ter com as pessoas, nós estamos a invadir um espaço de lazer, não é? E as pessoas passam o dia a trabalhar e a noite é procurada muito como refúgio e sair e de estar...

---

<sup>53</sup> Sniff vem da língua inglesa "cheirar".

de repente quebras a rotina, estou aqui no meu mundo e não quero estar a ser chateado com informação. E então, nós optamos, nós estamos onde o evento acontece, onde o consumo acontece na noite mas não vamos ter com as pessoas. Nós montamos o stand, o stand é chamativo e além das informações, o design tudo, tentamos que seja atrativo e são as pessoas a virem ter conosco. E quando as pessoas vêm a ter conosco, estão mais pré-dispostas à conversação, estão mais dispostas ao diálogo, estão disponíveis para... enquanto se nós fomos ter numa lógica mais invasiva, há equipas que o fazem, são metodologias diferentes, mais invasiva e acabamos aqui por entrar num espaço pessoal em que nós não queremos invadir pra já. (entrevistado 13)

O material disponível no stand torna-se uma estratégia de aproximação e comunicação. As pessoas envolvidas na intervenção não usam uniformes e o stand não está identificado. O que se busca é construir uma estrutura o mais informal possível, sem rótulos, atrativo para a aproximação das pessoas. Quando há situações de crise ou alguém se sente mal, os organizadores normalmente pedem ajuda e a equipe tenta articular o cuidado e referenciar o que for necessário. Assim como os profissionais e voluntários não vão até as pessoas, eles não ficam parados no stand. O tom é sempre informal. Quando ocorre alguma aproximação de alguém que está na festa, a intervenção acontece, de acordo com o trecho da fala do entrevistado abaixo:

(...) isso é uma marca que na equipa nós tentamos ter muito é... essa questão dos técnicos se assemelharem, os técnicos e voluntários assemelhem-se muito com as pessoas. (...) Quando a pessoa vem ter contigo pode estar a falar contigo enquanto técnico do Check!n ou pode tá a falar contigo como na noite eu estou a beber um copo e conheço alguém e eu começo a falar. Uma coisa que é percebida pelos outros é uma conversa informal e que através disso conquista a atenção das pessoas. Por isso nós não andamos nem com t-shirts<sup>54</sup>, nem com identificação, nem com identificação do stand. Assim como não estamos atrás do stand tipo sentados à espera. Estamos a dançar ou um bocadinho no bar, estamos um bocadinho longe também para dar espaço às pessoas e quando as pessoas se aproximam, nós aproximamos também e a intervenção surge. Portanto, é uma intervenção em que o objetivo é ser muita diluída na noite, que seja uma coisa natural. Que não seja uma coisa como equipa externa. O Check!n é um projeto que pensa estar na noite como parte dela e não como uma coisa que vem ali e a pessoa se afasta. (entrevistado 13)

Uma outra estratégia de intervenção é o drug testing. Nessa oferta, torna-se possível a pessoa saber a composição da substância previamente à decisão de utilização ou não. Alguns entrevistados falaram dessa perspectiva e um deles descreve a metodologia inicial de composição com a realização do teste:

---

<sup>54</sup> Camisetas em inglês.

(...) o Checking que é um projeto paralelo que faz o teste de algumas substâncias. E que você pode levar a sua substância e eles testam a qualidade da substância. E o que eles saibam era que a cocaína estava a ser cortada... quando nós dizemos cortada é que há outras substâncias lá dentro que lhe dá corpo, não é? Porque se eu puser farinha rende mais... e é isso o que nos chamamos de substância de corte. (entrevistado 3)

Ela é permitida por lei em Portugal. (...) As pessoas chegam com a substância e nós fazemos um pré-questionário. Portanto, a pessoa entrega e é uma coisa mínima. Tiramos uma pequena amostra e no questionário perguntamos de onde é que vem a substância, se comprou num local ou se não, o que é que a pessoa acha que comprou ou aquilo que a pessoa acha que é e pronto. E damos um número a essa pessoa. E depois dizemos: dentro de "x" tempo volta cá. O teste demora meia hora mas o que acontece é que as filas são de três horas para as pessoas testarem as substâncias. (...) Quando entregamos às pessoas o resultado fazemos duas coisas: fazemos um pós teste. Antes do questionário final o que fazemos é informar a pessoa o que é a substância com dicas de redução de risco. (...) Isso numa lógica muito de conversação. E depois fazemos um questionário onde a pessoa diz se de facto vai decidir consumir a substância ou não. E se ficou surpreendida com o resultado ou não. (entrevistado 13)

A realização do teste não tem somente por objetivo confrontar o que o sujeito diz que comprou com o que realmente é a composição da substância. Os testes identificam os tipos de substâncias contidas na amostra analisada (no caso da existência das chamadas substâncias de corte), mas não conseguem dimensionar a proporção de cada uma delas. Juntamente com as dicas de redução de riscos de maneira informal, o que se busca evitar são os excessos de consumo, assim como informar dos efeitos e duração deles, para no caso de utilização, ser uma decisão informada e consciente dos riscos, como se verifica no relato do entrevistado abaixo:

E são muito alertadas as pessoas para por exemplo, no Boom<sup>55</sup> há dois anos apareceu imenso NBOMe<sup>56</sup> que estava a ser vendido como LSD. E aquilo tornou-se... houve um momento em que aquilo se tornou um padrão. Não foi um caso. (...) Há casos em que há pessoas que preferem consumir NBOMe, mas sabem que é NBOMe. O LSD faz efeito passada meia hora, uma hora. O NBOMe faz efeito em três horas. Portanto, as pessoas tem que esperar três horas até o NBOMe fazer efeito. O que é que acontece? Eles compravam como LSD, tomavam como LSD, ao fim de uma hora não fez efeito, epa... isso é muito fraquinho, vou meter mais. Ao fim de duas horas não fez efeito, continua a ser muito fraquinho, vou meter mais. O que é que acontece quando explode? As pessoas entravam numa superdosagem gigante com trips<sup>57</sup> de muitas muitas horas de viagem em que a viagem deixava de ser uma coisa prazerosa porque

---

<sup>55</sup> Boom é a forma abreviada de referir-se ao Boom Festival, um grande festival de música eletrônica de Portugal.

<sup>56</sup> é uma droga alucinógena que imita os efeitos do LSD. É variante de uma substância chamada feniletilamina.

<sup>57</sup> Viagens em inglês, gíria utilizada para se referir aos efeitos da droga.

começas a ficar ansioso porque estás à espera de oito horas. (...) E de repente estás trinta e seis horas acordado e na viagem. A possibilidade de ter uma *bad trip*<sup>58</sup> é muito maior porque entra numa viagem em que tu não sabes porque é que aquilo está a durar tanto tempo. O que aconteceu nesse Boom à partir do momento em que se tornou um padrão, espalhamos cartazes com alertas em todo o Boom a dizer: atenção, está a ser vendido NBOME como LSD, testa a tua substância. (...) E mais do que consumir ou não é; se eu comprei MD<sup>59</sup> e na realidade é SPEED<sup>60</sup>, se eu decido tomar, ao menos eu sei que estou a tomar speed. E se eu tomar speed eu sei que os efeitos vão ser diferentes do MD e então vou adotar outras estratégias, não é? E se calhar, já sei que vai dar mais estrica<sup>61</sup>. (E pergunto: qual a diferença?). Enquanto o MD é estimulante também mas é muito empato gênico, portanto vem muito aqui a questão do contato com outro, sensorial e estimula a dopamina, a serotonina, sente-se feliz, sente-se bem. O SPEED não. O SPEED é uma anfetamina pura e o objetivo é acelerar e é só. É muito mais estimulante que o MD, ou seja, se eu tomar um MDMA e achar que é um SPEED... O MDMA é o êxtase. O êxtase é o nome de rua e o MDMA é o composto activo. (...) A questão é: não é a forma de apresentação. Na verdade, o MD surgiu muito ligado à questão das pastilhas e depois foi surgindo a questão de pó, do cristal. (...) As pessoas acham que é coca. E de facto tem coca. Mas só que juntamente com coca tem cafeína em pó, o velamisol que é um dentário ... Ou seja, além do trabalho se é ou não é essa substância, é feito um trabalho que é: okay, ele apresentou essa substância, mas cuidado porque apresenta também ter esta, esta, esta, esta, esta e esta. E explicar um bocadinho o que é que cada substância também no seu organismo, não é? Porque por exemplo, a cafeína é também muito utilizada como corte, não é? Ou muitas vezes é só vendida a cafeína em pó. Mas também é muito apresentada como corte da cocaína porque é estimulante. (...) O levamisol o que acontece é que quando as pessoas provam a coca pá... é muito boa, porque me adormeceu a boca toda. Não! É só porque é um anestésico, pronto. (...) Trabalhamos um bocadinho isso com as pessoas; não só a substância mas os cortes que ela tem. Até porque há pessoas alérgicas, há pessoas que decidem se não é. Nós não conseguimos precisar o grau de pureza com estes mecanismos. (...) O que se consegue dizer é: o que é que tem dos padrões conhecidos a nível europeu se tem ou não aquilo. (entrevistado 13)

Um dos entrevistados refere o que foi possível identificar após a realização dos testes num dos festivais:

(...) nunca fizeram tantas análises de LSD como nesse Boom. As pessoas estavam de facto preocupadas. E também tem os alertas on line que ajudam a passar a informação toda. (...) A maior parte das pessoas reviu o seu comportamento, mudou seu comportamento após o drug checking. Algumas pessoas, mesmo não correspondendo à sua expectativa vão consumir e algumas decidem que não vão consumir. (entrevistado 13)

---

<sup>58</sup> Expressão inglesa utilizada para se referir à má experiência de utilização de drogas.

<sup>59</sup> MD ou MDMA é a metilenodioximetanfetamina, vulgarmente conhecido como êxtase.

<sup>60</sup> SPEED refere-se não a uma substância específica, mas a qualquer uma da classe das anfetaminas.

<sup>61</sup> Rigidez mandibular provocada pelo MD ou pelo SPEED.

Além do drug testing, há uma resposta de intervenção à crise no consumo de substâncias psicoativas em contextos recreativos chamada Kosmicare, no contexto do Boom Festival. O Boom (como é popularmente conhecido) é um festival de música eletrônica, multiartístico, baseado em valores que tem a ver com a sustentabilidade ambiental e a ecologia, com grande interface com a música, dança, pinturas e artes plásticas do mundo todo. Acontece num lugar isolado no interior de Portugal e tem participação de aproximadamente quarenta mil pessoas. A partir da experiência em festivais anteriores, a organização entendeu a necessidade de uma resposta às necessidades advindas do consumo de substâncias durante os dias de festa. Embora exista uma estrutura de segurança e socorro médico para a prestação de eventuais cuidados em saúde, perceberam a necessidade de algum suporte para algumas pessoas, em decorrência de situações complexas de manejar por conta do uso de substâncias.

Essa experiência tem raízes numa experiência norte-americana, no início voltada para o uso de LSD, mas que depois evoluiu para o cuidado com utilizadores de outras substâncias, conforme ilustra um dos entrevistados:

E eles perceberam que paralelamente a estas coisas todas havia um... um determinado tipo de cuidados de saúde que tínhamos que ter, muito vocacionados e direcionados e focados no consumo de substâncias. E na altura... fizeram uma primeira experiência em 2008 com... ligados ao MAPS, o MAPS é uma estrutura nos Estados Unidos, é uma Multidi... *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies*, tem uma intervenção também muito grande, a vários níveis, Estados Unidos, fizeram uma articulação com o MAPS pra criar uma primeira resposta, a que chama Kosmicare. Na altura ainda muito centrada nas questões da resposta aos consumos psicodélicos, portanto a... tratame... o... a intervenção ligada... na crise mais ligada aos psicodélicos, mas depois com toda a evolução dos padrões de consumo foi se percebendo que não era só psicodélicos que as pessoas tomavam, que criavam... que lhes criavam problemas, mas também outras substâncias. (...) Então, eles decidiram fazer uma parce... solicitar uma parceria na altura ao IDT pra se criar uma resposta mais estruturada, mais... baseada em evidência, tecnicamente fundamentada, mas também queriam fazer um estudo sobre o que é que era... criar um modelo de intervenção e fazer um estudo sobre sua validade. Então... por questões que têm a ver mais com as pessoas do que provavelmente as instituições, fizeram uma parceria entre a Universidade Católica do Porto com um investigador que era muito experiente nesta área, já na altura, o IDT, e fazermos e... e criarmos uma resposta mais estruturada, mantendo o nome Kosmicare, pronto, e assim foi. Na altura eu fui escalada como uma das técnicas pra trabalhar no projeto e o que nós fizemos foi construir um projeto baseado em evidência. Criamos um modelo de intervenção na crise e...e tem... temos tentado validar o modelo e ver qual a sua eficácia... pronto. (entrevistado 28)

O Kosmicare é um projeto que funciona 24 horas por dia e tem uma equipe de aproximadamente noventa pessoas, entre contratados e voluntários treinados para a intervenção, o que resulta em cinco equipes que se revezam em turnos. Cada equipe é composta pelos chamados *sitters*<sup>62</sup> que são os cuidadores das pessoas e dois secretários que vão fazer a gestão administrativa dos processos e do enquadramento das ações, com aplicação do protocolo de investigação e avaliação. Há um instrumento chamado *Mental State Checklist* e o trecho de um dos entrevistados explica o que é e a forma da sua utilização e objetivos:

(...) é um conjunto de indicadores do estado mental, então listados, e o *sitter*, que é a pessoa que recebe, que cuida da pessoa que chega, avalia a chegada e avalia a saída da intervenção. E portanto... e nós depois validamos este instrumento e aquilo que tem sido os resultados é que de facto há uma mudança positiva, significativa do estado que a pessoa chega e peço... portanto o estado da pessoa quando sai, por relação àquilo que... que vinha, né, os indicadores que apresentava quando chegava. Pra dizer parte do protocolo pois o protocolo tem mais umas coisas, mas o instrumento fundamental é este *mental state*, que são os *sitters* que aplicam, e depois é tratado, todo esse trabalho é tratado na Católica<sup>63</sup>, e toda a produção e esse artigo que tem, resulta precisamente do trabalho que tem sido feito da validação, do modelo e etc. O modelo é baseado nos... em várias coisas, entre elas o nosso modelo de redução de riscos, porque é uma resposta de redução de riscos, basicamente, né, enquadra-se no modelo da redução de riscos... (...) É um episódio... que resultou negativamente numa experiência... de consumo, né? E como nós sabemos que as substâncias, isto é um triângulo; substância, pessoa e indivíduo, e portanto o risco é esse, é que nós... a mesma substância em mim pode ter um efeito possivelmente distinto de em si, a mesma, que pode ter um efeito perf... perfeitamente distinto se eu estiver num contexto ou no outro em mim e o mesmo em si, não é? (entrevistado 28)

A abordagem não é uma “terapêutica psicológica” e é baseada na experiência de um psiquiatra tcheco que desenvolveu nos Estados Unidos pesquisas sobre os estados alterados de consciência, através de experiências com o ácido lisérgico, LSD, como meio de atingir esses estados. Para esse modelo é preconizada uma intervenção mínima na crise e daí a criação dessa figura chamada *sitter* que nada mais é do que “estar com”.

A pessoa chega com o “problema” e é registrado o processo com os dados. Há uma tentativa de tentar saber o que a pessoa consumiu e adequar a intervenção da melhor forma possível. Nesse momento é atribuído um *sitter* para acompanhar a pessoa durante a permanência no Kosmicare. A

---

<sup>62</sup> Assistentes, cuidadores em inglês.

<sup>63</sup> Refere-se à Universidade Católica do Porto.



intervenção consiste em tranquilizar a pessoa durante a crise e permitir que ela possa vivenciar os efeitos da substância de uma forma protegida. Preferencialmente, não se usa medicação. A pessoa só é medicada ou contida quando há episódios de violência que possam colocar em risco quem está sob o efeito ou os participantes da festa, conforme descrito no trecho abaixo:

(...) fazemos uma contenção química, mas usamos o mínimo possível, só naquelas situações mesmo em que a pessoa representa um perigo e acontece, para os outros, e para o Festival e para a segurança e para si próprio. É contido inicialmente com... com umas técnicas de... de... que são da... dos ... da... da... das técnicas de... de segurança básica de vida, né? Que são primeiros-socorros, aquilo que se chama. Só é feito com... com... com lençóis para não magoar<sup>64</sup> etc., e essa pessoa é contida dessa maneira e depois é quimicamente contida, mas só em casos muito excepcionais, mínimos... são sempre... representam sempre casos mínimos àquilo que nós fazemos. E, portanto, procuramos intervir não... não intervir no processo pra que a... a viagem que a pessoa... até para não intervir quimicamente com outras coisas que já são químicas, né? Pra não também, né? Portanto a ideia é que a pessoa ultrapasse de uma forma mais natural possível... a crise, e que o faça em segurança. E depois também damos... oferecemos cuidados básicos como água, comida, as pessoas ficam lá 24 horas, já houve pessoas que ficaram lá uma semana... (entrevistado 28)

O Kosmicare foi descrito como uma intervenção entre a prevenção em saúde mental e a redução de riscos. Após o término do festival, existe um trabalho de follow-up<sup>65</sup>, conforme um entrevistado descreve abaixo:

(...) inequivocamente a pertinência do nosso trabalho, até e sobretudo na prevenção da saúde mental, né? Porque nós temos também muito estudo de follow-up, as pessoas deixam o seu e-mail, as que querem, preenchem lá um... nós usamos os dados para investigação, pedimos... temos um... aqueles fóruns normais de consentimento informado para utilizar os dados na investigação, né? Cumprimos os princípios éticos de investigação, né? (...) ... a pessoa assina um consentimento informando enquanto nos dá os dados pra investigação, obviamente anônimos, tratamento anônimo dos dados, né? E dá-nos o seu e-mail para ser contactada a posteriori para nosso estudo de *follow-up*, para perceber um bocadinho o impacto que aquela intervenção teve na vida do indivíduo, aos... aos níveis de sua consciência para consumo, da... da... do que impacto aquilo teve na sua vida, como é que isso teve influência na gestão de seus consumos dali para a frente, e até na forma como se posiciona face ao consumo de drogas, pronto. E o estudo *follow-up* tem sido, claro que no estudo *follow-up* caem imensos, né? Como sempre, nem todos ... respondem, nem todas, mas do estudo *follow-up* que fizemos os resultados deram realmente que a intervenção foi para além de eficaz para ultrapassar a crise, foi muito importante destes pontos de vista que eu lhe estava a dizer: da consciência para o consumo, do redimensionar motivações para o consumo etc. (entrevistado 28)

---

<sup>64</sup> Machucar.

<sup>65</sup> Seguimento.

As estratégias do stand e drug checking (com as condições do ambulatório ambulante suportadas pela organização do festival e o material necessário para a análise fornecido pela APDES) utilizadas pelo Check!n, assim como o projeto Kosmicare, na parceria entre a produtora do Boom Festival, da Universidade Católica do Porto e o SICAD, estão dentro de contextos de festas, em especial de música eletrônica. Nesse momento há a expectativa de implementação de um local um dia todo, uma vez na semana, aberto para a testagem de substâncias em Lisboa.

O Check!n tem outros projetos na área da redução de riscos e variados tipos de abordagens e contextos. Também são realizadas rondas em bares. No contato com os barman<sup>66</sup> e gerentes, são disponibilizados materiais e alguma aproximação. Paralelamente, existe a possibilidade de formação com os funcionários dos bares e das discotecas do território. A ideia da formação é preparar quem trabalha na noite para lidar com situações associadas ao uso de substâncias e compor na adoção de medidas de redução de riscos. A formação foi brevemente descrita por um entrevistado no trecho abaixo:

E é uma formação que tem um módulo de redução de riscos, tem um módulo só sobre substâncias, tem um módulo sobre a noite e as dinâmicas da noite, um sobre a gestão de conflitos, um outro sobre primeiros-socorros, um sobre dispensação responsável ao álcool. (entrevistado 13)

Além da formação oferecida está em curso um projeto em parceria com a Câmara Municipal de Lisboa de certificação dos bares, com o objetivo de ter uma noite mais segura e estabelecimentos preocupados com a saúde dos frequentadores. Algumas condições são requisitos para a certificação com um selo de qualidade, conforme descrito no trecho a seguir:

Que é quase atribuir selos de qualidade aos bares que se preocupam com a segurança e a saúde dos frequentadores. E para atribuir estes selos de qualidade os bares tem que corresponder a uma série de requisitos e um dos requisitos é ter água gratuita. Pode ser da torneira mas tem que ter... em Lisboa agora já não se vê tanto, mas antigamente fechavam as torneiras das *casas de banho*<sup>67</sup> ou tinham água só com detergente para as pessoas não beberem água, porque êxtase e speed levam muito ao consumo de água. E então não havia água gratuita. E obviamente, para ter esse selo de certificação, os bares tem que ter uma série de requisitos: água disponível, protetores auditivos gratuitos para os trabalhadores e pode ser ou não vendido para os frequentadores, podem ter testes de alcoolemia descartáveis. Obrigatoriamente tem que ter preservativos, tem que ter informações

---

<sup>66</sup> Os que preparam bebidas nos bares.

<sup>67</sup> Banheiro.

sobre substâncias e tem que ter no menu bebidas não alcóolicas e comidas, pode ser snacks<sup>68</sup>, pode ser amendoins. (...) E todo o staff<sup>69</sup> tem que estar formado naquela formação que te falei. Cinquenta por cento do staff tem que estar formado. Se eles atingirem esses requisitos todos tem o selo de certificação “noite segura” de qualidade. (entrevistado 13)

A equipe do Check!n faz composição com os voluntários, em grande parte captados nas intervenções na noite. É comum a aproximação dos frequentadores de festas com os profissionais do projeto, perguntando sobre os meios para se tornar um voluntário. A ideia dos voluntários é que possam ser disseminadores das medidas de consumo seguras e realizarem algumas intervenções com a equipe. Existe uma formação e depois há encontros mensais chamados *café com*. São encontros informais e a proposta é conversar sobre temas e práticas relacionadas ao trabalho, sempre de acordo com os interesses e escolhas dos voluntários. Um entrevistado descreveu essa perspectiva de trabalho e o perfil dos voluntários, baseada na *Educação de Pares* anteriormente abordada nos projetos em estabelecimentos prisionais e no IN-Mouraria. A particularidade desse trabalho e possíveis efeitos foi descrito no trecho abaixo:

(...) o Check!n deixa de ser um trabalho, deixa de ser um voluntariado e passa a ser um estilo de vida. (...) Quando já tens um conhecimento, quer queres ou não o assunto das drogas cai na conversa e então acabas no fundo por espalhar uma mensagem de forma informal. E de pares e comunica melhor de pares do que de técnicos a educar. E então o que nós queremos aqui é a Educação de pares, muito aceite. É muito giro<sup>70</sup> de ver. (...) Depois há voluntários muito específicos. Houve um tempo em que nós tivemos um voluntário que era farmacêutico e que estava muito ligado a essa investigação das substâncias, então era a maneira que ele queria colaborar. Já tivemos uma designer. Tivemos um voluntário e isso pode existir, um voluntário que não gosta de fazer terreno mas que adora pesquisar na internet e anda sempre alí a investigar. (...) Agora temos um voluntário que é da multimídia e já disse que quer fazer um vídeo como sinal de trabalho para divulgar às pessoas, ou pequenos curtas, cada curta sobre uma substância e a redução de riscos. E que está a desenvolver um trabalho nesse sentido e com o nosso apoio. Cada um contribui à sua forma. (entrevistado 13)

Muitas vezes são os próprios voluntários o canal de comunicação com os organizadores de festas. O contato é feito no *boca a boca* ou mensagens privadas via Facebook, mais efetiva na obtenção de resposta do que por e-mail. As rondas nos bares também são úteis para descobrir festas e

---

<sup>68</sup> Lanches, refeições leves, petiscos.

<sup>69</sup> Funcionários.

<sup>70</sup> Gíria para expressar por exemplo, bacana, maneiro, bonito.

estabelecer vias de contato. Segundo os entrevistados, a aceitação do trabalho em contexto recreativo tem sido excelente, conforme se verifica nas passagens abaixo:

A utilização do alcoolímetro em festas é para devolver para a pessoa... às vezes é preciso materializar para aquilo... Nisso cria um momento de conversa... e são nestes momentos que é importante, para ir ao Rock in Rio, à rave, aonde as pessoas estão. E as pessoas estão lá... e as pessoas ficam muito solitárias e surpreendidas. Você imagina, eu não tenho ninguém, nenhum registro, nas várias intervenções, sejam nossas ou das outras entidades, em que as pessoas vão às festas e digam: isso é péssimo. Pelo contrário, as pessoas dizem: uau! Como é possível que vocês estejam aqui. Vocês também estão aqui. Isso é espetacular. (entrevistado 3)

A aceitação é maravilhosa. Houve só dois espaços de centenas que nos disseram que não queriam. E há espaços que são eles próprios a dizerem: vamos ter esta festa e pensamos que vocês seria fixe<sup>71</sup> estarem lá. Podem? Pronto! Quando nós podemos, vamos e quando não podemos arranhamos material. Eu acho que há uma norma em Portugal quase instituída que é assumir: de alguma forma elas (as drogas) entram e isso é assumido pelos espaços. (entrevistado 13)

Outro meio de intervenção é o on line. O universo de consumo e o padrão das pessoas que utilizam drogas vai muito além do contexto noturno. É cada vez mais comum o uso de substâncias em casa ou em festas privadas. Desse modo, são realizadas muitas pesquisas e há fóruns de discussão on line. Há uma página no Facebook com disseminação de alertas e dicas de redução de riscos e é muito comum o apoio a pessoas com dúvidas via mensagens privadas. Essa modalidade de intervenção também foi descrita por um entrevistado:

Há muitas pessoas que não estão na noite ou que estão na noite e que não vem até o Check!n e que muitas vezes estar atrás do computador ajuda e favorece desbloquear e que frente a frente não faço mas teclando eu faço. Há nos fóruns muita informação a circular. (entrevistado 13)

A capacitação com a comunidade, em especial nas escolas e instituições também acontecem. Desde que sejam adolescente e jovens já em contato com a noite ou que haja uma clareza de início de consumo de substâncias, conforme situa o entrevistado no trecho abaixo:

Portanto, com crianças não faz sentido. (...) Depois fazemos formação com professores, técnicos da área social, com enfermeiros também sobre essa lógica da redução de riscos, sobre substâncias.

---

<sup>71</sup> Gíria para expressar interessante, legal, bacana.

Surtem questões de como intervir na redução de riscos. (entrevistado 13)

Além das intervenções do Check!n incluindo medidas de redução de riscos relacionadas ao uso de álcool, como uma droga de uso nos bares e festas, outros entrevistados citaram a redução de riscos em contextos recreativos dessa amplitude alargada, sem foco nas drogas ilícitas:

E nós aqui da DICAD estivemos no Rock In Rio agora com um stand chamado toolbox<sup>72</sup>. Nós tínhamos um contentor, e que fazíamos testes de álcool para quem ia conduzir a si ou para alguém que queria informar-se sobre a quantidade de álcool que tinha ingerido e também fazíamos teste de monóxido de carbono, para saber se fumantes passivos ou ativos, qual é a quantidade, como está a sua respiração e como é a gestão que pode fazer, o comprometimento que há em ser fumador passivo ou fumador. E portanto, é levar um bocadinho a saúde para contextos onde as pessoas estão a divertir, pronto. (entrevistado 3)

Uma coisa que nós temos tentado bastante é a abordagem do álcool nessa camada juvenil. Tá a ser uma realidade preocupante a nível nacional. Está muito associado aos espaços recreativos, não é? ...associado aos rituais académicos. (...) O álcool está muito associado em... nestes contextos e depois temos verificado que essas questões do álcool estão sempre muito associadas aos... outros comportamentos menos saudáveis e por vezes, com consequências mais complicadas. Tem a ver com os acidentes de direção, não é? E os comas alcóolicos que às vezes acontecem... com situações de violência e agressão entre jovens já sob o efeito do álcool e... portanto, às vezes não é só uma questão do álcool mas o que... quais são os comportamentos de risco que eu posso assumir sob o efeito do álcool. (...) Há dez anos começamos a fazer cá intervenção nas festas trance e portanto, fomos com alguma calma... numa de conquistar a confiança da empresa que estava a organizar, não é? ...e ganhar confiança também com os participantes, para perceber também que nós estávamos ali também sem qualquer juízo de valor, nem qualquer punitiva, mas estávamos ali para ajudar, e apoiar, e tem sido um trabalho muito interessante. (entrevistado 9)

Um dos entrevistados considerou que a participação dos profissionais nessas intervenções, fora do espaço institucional, contribui para o aprimoramento do trabalho na área do tratamento, conforme se verifica no trecho abaixo:

(...) eu sinto é que as pessoas que começam a trabalhar na redução de riscos começam a entrar numa determinada linha de pensamento que acabam por no tratamento, digamos assim, sabiamente, mudar a sua forma de estar. (...) ... agora a questão é que do ponto de vista daquilo que é o estado relacional que tu constrói com aquela pessoa e a forma como tu tentas aceitar o outro sob uma determinada perspectiva, o olhar da redução de riscos merecia, e do meu ponto de vista é mais um aporte para tu se colcares nessa noção de comportamento, te obriga a estares com o outro de uma forma

---

<sup>72</sup> Caixa de ferramentas, instrumentos.

diferente, te obriga a aceitar o outro de uma forma diferente, não é? (...) ... no tratamento começavam a trabalhar na redução de riscos tornavam-se melhores terapeutas. (entrevistado 2)

Embora existam inúmeros avanços, a área da redução de riscos e minimização de danos ainda é muito polemizada, em especial quanto às intervenções em contextos recreativos. É muito comum a crítica com relação aos projetos, principalmente porque são vistos como formas de incentivo ao uso de drogas. Esses aspectos estão evidenciados, por exemplo, nos trechos dos entrevistados abaixo:

E portanto, são esses tipos de informações que muitas vezes são confundidas, e esse é o problema muitas vezes da redução de riscos... A redução de riscos ser confundida com o estímulo ao consumo. “Ah, lá estão vocês a dizer; consumam drogas que não faz mal”. E o que acontece não é nada disso. Mas quando se quer atacar a política da redução de riscos ou o alvo mais fácil é dizer: “Vocês estão a fomentar, a incentivar o consumo”. E o que é facto é que essas dicas dadas nesses contextos são determinantes para que a noite não corra mal. E em algumas situações, que não seja fatal, porque as drogas, todas elas, nós sabemos, tem as suas... seus perigos. Mesmo o haxixe, o haxixe é cortado com outras substâncias, nós já sabemos, não é? (entrevistado 3)

Estamos ali apenas com estruturas que dão suporte. E depois perguntamos assim: “então vocês acham bem que consumam de qualquer maneira?”. Não é achar bem ou achar mal. Se nós não formos fazer esse trabalho há riscos ali que estão cruzados e que podem ficar por toda vida. E depois, só se não tivermos lá por razões morais. Estávamos a apoiar os drogadinhos, os coitadinhos. Eles que se cuidem. É este tipo de discurso moral que a redução de riscos... rejeitou. Rejeitou e diz assim: “já percebi que eu vou viver num mundo com drogas, portanto é melhor viver nesse mundo de um modo menos sofredor e com menor risco”. Este é o discurso que eu defendo há muitos anos. Defendo o discurso de que nós devemos aprender a viver com as drogas. (entrevistado 24)

Portanto, a investigação da área da RRMD demonstrou dois públicos mais significativos de intervenção: as populações mais vulneráveis dependentes de substâncias e os usuários cujo consumo não é necessariamente tido como um problema. Além disso, a redução de riscos e minimização de danos demonstrou ser, mais do que uma área de intervenção, um princípio que atravessa os demais campos de atuação nos comportamentos aditivos e nas dependências. Os espaços de atuação são variados, dentre eles, os locais de tratamento, a rua, os contextos de festas e espaços de recreação. Como veremos mais adiante, a área da RRMD provocou reflexões e contribuições para pensar em novas propostas de transformações de práticas no contexto brasileiro.

A seguir, abordaremos os principais pontos surgidos durante o trabalho de campo na área da reinserção social. Na reinserção social poderemos identificar sua íntima relação com o tema do tratamento, porém a RRMD aparecerá como pano de fundo nas práticas dos serviços de acolhimento das populações em situação de maior vulnerabilidade, assim como no *Housing First*<sup>73</sup>, em que a abstinência não é uma exigência e nem uma meta a ser alcançada.

### **Especificidades da Reinserção Social**

A reinserção social foi a temática menos abordada diretamente pelos entrevistados entre as quatro áreas de intervenção. Embora isso tenha ocorrido, as estratégias de extensão do cuidado para a relação com a comunidade, com a família, com as redes sociais de apoio atravessam o cotidiano das equipes de tratamento e dos projetos de RRMD nos contextos de maior vulnerabilidade social.

A área da reinserção social está constituída por seus projetos específicos de intervenção, mas pode, por outro lado, significar os processos implícitos nas estratégias de cuidado para a vinculação do usuário, sem um foco específico na sua relação com as substâncias psicoativas. E do mesmo modo em que há uma inseparabilidade das outras áreas de atuação, a reinserção social está concebida concomitante à condução dos processos de cuidado e não como algo que vem depois de uma fase mais estável dentro de um processo de vinculação aos serviços de tratamento. Está explícito na compreensão dessa área o equívoco em fracionar a vida e o percurso dos usuários em etapas, ou seja, de que primeiro se realiza os seus tratamentos e depois os inserimos socialmente.

A relação com a comunidade, suas instituições e com a família foi apresentada por entrevistados como uma forma de conduzir os projetos no eixo da reinserção social, sem a associação direta reinserção social e inserção profissional:

Percebendo-se que determinados conceitos na área da reinserção, nomeadamente a questão da rede e de potenciar a capacidade das pessoas, o nosso trabalho é sempre com a comunidade, com as diferentes instituições da comunidade. (...) Ter uma casa, ter sim

---

<sup>73</sup> Expressão em inglês que designa “primeiro a casa”.

senhor o trabalho pra ter sustento, sim senhora ter uma família organizada, enfim, o conjunto de diferentes sistemas da vida dele ou que esteja organizado não é só o emprego. (entrevistado 11)

A perspectiva não está situada somente na inserção profissional ou no aporte de recursos, mas na integração com a comunidade e no trabalho em rede para a partir daí traçar estratégias individualizadas de intervenção. A lógica dos recursos não se sobrepõe à circulação dos usuários e às relações que os mesmos estabelecem na sua vida diária, conforme descrito nos trechos abaixo:

Portanto, a reinserção desde o nível familiar, porque esse indivíduo quando faz o processo de tratamento, ele é um outro indivíduo naquela família. E o próprio familiar aprende a lidar com ele de uma outra maneira, não é? (entrevistado 9)

O modelo de atendimento integrado que tem esta visão de que a complementariedade dos diferentes saberes e instituições da comunidade. O entrosamento cria potencialidade depois na definição das estratégias de intervenção para com aquele utente. (entrevistado 11)

Por outro lado, a falta de alguns recursos na área de reinserção social, em especial no eixo profissional, dificulta o andamento do trabalho com o usuário na busca de uma melhor da qualidade de vida. Esse aspecto acaba por produzir dificuldade na desconstrução da concepção de tratamento centrada na relação com as substâncias.

Entretanto, um entrevistado separa em etapas distintas o tratamento numa lógica psicoterapêutica das ações de reinserção social, conforme descrito abaixo:

Agora de facto, nós sentimos muitas vezes dificuldade porque a pessoas vêm à consulta, mas na consulta traz-nos a falta de dinheiro, as dificuldades a nível profissional, falta de expectativas relativamente à sua vida, as dificuldades na relação com os outros, e por isso ficamos com tantas questões para trabalhar que... e são questões que têm que ser necessariamente trabalhadas depois em parceria, não é?... (...) Há aqui questões que eu acho que são questões fundamentais e básicas que têm que ser olhadas e encaradas em maior plano, antes de pensarmos em fazer um trabalho psicoterapêutico com aquela pessoa, não é? (entrevistado 29)

O contraponto na compreensão das ações da reinserção social como processuais, com uma outra visão de inclusão social e sem uma perspectiva imediatista de respostas foi considerada. A reinserção ainda está identificada



com uma lógica muito compartimentada, setorizada em recursos, conforme o trecho abaixo:

Quando o indivíduo vem aqui e tá num conjunto de problemáticas, eu vou ver a habitação, vou ver os diferentes sistemas do indivíduo, não é? habitação, educação, justiça, a relação que tem com as instituições, enfim, um conjunto de coisas. É pra mim só é inclusão social, só é inclusão a partir do momento em que se faz um caminho e ele vai efectivamente<sup>74</sup> se integrando, enquanto cidadão de direitos e deveres. Pra mim! Mas como a sociedade está preocupada com as necessidades muito imediatas, tem muita dificuldade em perceber, por exemplo, tem alguns casos que chegam aqui e dizem: eu estou aqui, estou desempregado, faço uns biscates e... precisava de um subsídio. Isso é o que eles dizem muito. E então tem que desmontar isto. Eu tenho que perceber o que o subsídio vai fazer na vida do indivíduo. Se o subsídio vai pro homem ou pro gajo beber álcool, não to a incluir coisa nenhuma, não é? (entrevistado 11)

Por outro lado, o mesmo entrevistado acima diferencia a setorização daquilo que seriam as necessidades básicas, prejudicadas pela mesma falta de integração nas ações. E distingue caridade de inclusão social, ressaltando a necessidade de se “fazer com o usuário”, produzindo desvios de uma lógica exclusivista de fluxos do “quem é que responde o que”, conforme o trecho abaixo:

Eu não tô a fazer trabalho nenhum se eu tô a dar o pão. Epa, to fazendo uma caridade como eu posso fazer com uma pessoa qualquer. Mas pra mim isso não é inclusão social. Pra mim é arranjar condições para ele poder ter o seu pão. Como para mim, com os direitos e deveres que cada um tem, não é? (...) Se por um lado eu percebo que há pouca gente e eu não sou paga pra ir fazer as coisas com eles, por outro lado, eu sabia e sei que se eu não for me ver com eles de determinada maneira, e que aí eu acho de inclusão, então eles não vão sair daquele patamar de subsistência. Não vão conseguir dar o passo seguinte, né? Quando eu digo ao indivíduo: olha, você tem que tratar disso ou ir à Segurança Social em Lisboa. E o homem diz: mas se eu não tenho nem pra comida, e nem precisa de dizer, não tenho pra comer nem pra me lavar, como é que eu vou à Lisboa? Mas só se a doutora me arranjar uns bilhetes pra ir à Lisboa. (...) Estamos num movimento integrado mas faltam muitas coisas. (entrevistado 11)

Entretanto, é reconhecida a necessidade de projetos específicos na área para se alargar a possibilidade de reinserção dos usuários em condição de desemprego.

Um das medidas mais validadas na área da reinserção social no contexto de política das drogas em Portugal foi um Programa chamado *Vida Emprego*. Esse Programa estabelecia uma aliança de cooperação entre o

---

<sup>74</sup> Efectivamente.

Estado e as empresas para empregar usuários da rede de cuidados em tratamento. Essa experiência e o seu funcionamento foram abordados no trecho abaixo:

O Vida-Emprego era um programa constituído... fundamentalmente e unicamente para apoio a essa população toxicodependente, de apoio ao emprego. Portanto, tinham várias... eram três anos em que eles passavam por vários níveis, de estágio, de tempo mais de discussão e depois... o ideal seria chegar ao final dos três anos e a entidade empregadora de facto aceitar esse indivíduo nos seus quadros, integra-lo nos seus quadros, a pessoa ficar efectiva<sup>75</sup> nos seus quadros. Ao longo dos três anos, essa entidade empregadora recebia um... um apoio, um pagamento, para pagar a essas pessoas um ordenado, recebiam o apoio do Instituto de Emprego e da Segurança Social. Esse programa terminou... (entrevistado 9)

Fazíamos uma avaliação das pessoas para saber se estavam em condições de trabalhar. Qual era a área preferencial também, porque eu acho que a motivação é também importante. E a partir daí eram procuradas empresas dentro das áreas em que as pessoas mais ou menos tinham experiência, mais ou menos queriam trabalhar. (entrevistado 18)

O Programa Vida Emprego era legitimado por uma lei, mas foi extinto e substituído por medidas gerais de emprego para as populações em situação de maior vulnerabilidade, independente do uso de drogas. Isso ocorreu após Portugal ter sido atingido pela crise econômica e a toxicodependência (em especial o uso de heroína) ter sido controlada, deixando de ser uma das principais preocupações da população portuguesa.

No âmbito da reinserção profissional, foi possível identificar um outro projeto denominado Gabinete de Inserção Profissional (GIP). Trata-se de um programa de procura de emprego, de recolocação profissional, fora do leque de respostas da DICAD e do SICAD. O programa é aberto a qualquer pessoa da comunidade que queira participar.

Nesse momento, esse projeto está fomentando uma resposta de emprego específica, mais próxima às características da população usuária de drogas em maior situação de vulnerabilidade. Essa iniciativa é baseada em experiências na França de trabalho *à jorna*, em que o profissional ganha de acordo com as horas e os serviços prestados, conforme descrito abaixo:

(...) o trabalho a jorna é o que se fazia há 100 anos atrás, trabalhava-se a jorna, imagina, eu queria cultivar o meu terreno e contratava-te para cavar o meu terreno. Isso era trabalhar a jorna. Ou contrato para ir apanhar maçãs. Ou contrato para me arrumar esta sala. (...) ... os consumidores não conseguem trabalhas das oito às cinco, todos os

---

<sup>75</sup> Efetiva.

dias, não conseguem, mas são excelentes trabalhadores se eu disser: “Esta tarde vamos fazer uma mudança”. Eles são espetaculares. E nós temos junto às empresas... motivado as empresas para começarem a contratar... (entrevistado 30)

O tema do desemprego foi várias vezes citado como uma realidade na população geral portuguesa e não exclusivo da população usuária de substâncias psicoativas. A extinção do Programa Vida-Emprego e as iniciativas vigentes ligadas às necessidades de reinserção no mercado de trabalho demonstram o quanto o tema é complexo, assim como apontam a necessidade de criação de alternativas da mesma maneira complexas para a produção de respostas atreladas ao cuidado dos usuários de álcool e outras drogas.

Para finalizar esse percurso da área da reinserção social, aprofundaremos o debate da rede de suporte para usuários em situação de rua e/ou em situação de vulnerabilidade. Conforme vimos nas particularidades descritas da área da RRMD, existem Centros de Abrigo e Centros de Acolhimento muito voltados para a composição no cuidado de usuários de substâncias psicoativas. Estes Centros podem ser considerados mais do que medidas atreladas à reinserção social, medidas de redução de riscos. Para a admissão não há obrigatoriedade da abstinência. Esses serviços têm aporte técnico para a inclusão de usuários de heroína em programas de baixo limiar de exigência (Unidade Móvel ou usuários acessados pelas equipes de Rua) ou dos usuários em acompanhamento nas equipes de tratamento dos CRI.

As respostas de suporte à população usuária de substâncias em situação de rua têm sido construídas fora do âmbito exclusivo das políticas do SICAD. As ONG's, a Segurança Social, a Câmara Municipal, as Santas Casas de Misericórdia, entre outras entidades, têm papel na construção dessas respostas.

Os usuários em situação de rua são uma realidade existente no contexto português. Lisboa tem uma estrutura mais consistente de equipamentos para o acolhimento de pessoas em situação de rua ou mesmo em maior vulnerabilidade social. A centralidade de recursos para os Centros de Abrigo e Centros de Acolhimento em Lisboa foi apontada, de acordo com a fala do entrevistado abaixo:

Há uma grande articulação entre todos os serviços e a coisa corre por aí. Os únicos centros de abrigo ou de acolhimento noturno que existem são centralizados em Lisboa. Enquanto em Lisboa nós temos a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa e temos uma rede de

Centros de Acolhimento e Centros de Abrigo, quer da Santa Casa ou de outras entidades, o que acontece é que grande parte delas tem protocolo com o município de Lisboa. Nos arredores, nas cidades circundantes, ninguém tem Centros de Abrigo ou Centro de Acolhimento. (...) Tudo que está à volta não tem. (entrevistado 18)

A insuficiência de respostas foi apontada nessa área e um dos entrevistados ponderou a dificuldade de se trabalhar com populações mais vulneráveis quando não se propicia outros tipos de ofertas para os usuários. A falha na área da reinserção é global e não se atém especificamente aos dependentes. Mesmo com uma certa insuficiência de respostas e a leitura de que poderia haver melhorias, existe uma boa relação com esses serviços, segundo os entrevistados abaixo:

Poderia ser melhor. Aliás a grande falha é a nível da reinserção. Dos tipos de respostas que se tem da reinserção, da autonomia, da empregabilidade, acho que essa é a grande questão... mas eu acho que é global, não acho que seja específico da nossa população e por isso, não acho que é uma falha nossa, ou seja, uma falha desta área. (entrevistado 5)

O problema não é institucional com a Segurança Social. O problema é quando a Segurança Social ou não tem dinheiro ou não tem onde os colocar. A relação é boa, às vezes não temos onde, ou seja, isso não é conosco. (...) E portanto, não é uma questão com as instituições, nem sequer temos onde. (entrevistado 8)

Entretanto, dificuldades no trabalho com essas instituições de acolhimento foram ponderadas por entrevistados. Em alguns serviços o nível de exigência para o acolhimento é uma barreira dadas as condições da população-alvo. As regras por vezes são rígidas, o que dificulta essa parceria com os profissionais que agenciam o cuidado no campo da saúde. Além disso, são estruturas muito grandes. Essas dificuldades referidas estão nos trechos abaixo:

Para as pessoas com comportamentos aditivos existem respostas, e a franja que não tem resposta é a franja que já foram expulsas de todo o lado e que os técnicos insistem em mandá-las para os sítios de onde elas já foram expulsas e as pessoas não conseguem voltar lá. (...) Tu tens cem gajos que foram expulsos de todos os lados e o que tu fazes com eles? Ou vais pensar que tipo de resposta tu podes tentar para esse tipo de pessoa? (entrevistado 2)

Há muitas pessoas sem abrigo que não vão para os Centros de Abrigo porque têm alguma reserva de intimidade que os impede... não se querem despir, não querem tomar banho, querem dormir sozinhos, não querem dormir numa camarata<sup>76</sup> com cinquenta ou

---

<sup>76</sup> Grande quarto de dormir com diversas camas.

sessenta pessoas, e portanto, esses preferem dormir na rua e muitas vezes em condições precárias. (entrevistado 6)

Depois existem uma coisa que se chama Centros de Acolhimento de Emergência Social que não são propriamente com os sem abrigo. Tem que ter condições para poder entrar. Lá dentro há coisas que inviabilizam, nomeadamente, o consumo, alterações de comportamento inviabilizam essa entrada, tendo em conta que a Segurança Social é que fica encarregada quando surgem essas situações. (entrevistado 18)

A discriminação dos usuários de álcool nos serviços de acolhimento e a falta de resposta para esse perfil de consumidores foram aspectos ponderados por um dos entrevistados, verificado na passagem abaixo:

E portanto, existem respostas, mas eu vou tirar o álcool daqui, o álcool não tem resposta específica. O gajo chega numa moca<sup>77</sup> de heroína, não chateia ninguém, quase com os olhos fechados, o gajo que bebe fica na rua, chega eufórico, tás a ver? Isso é uma discriminação sem sentido e o que acontece é que em alguns sítios é uma questão que tem que ser ultrapassada. (entrevistado 2)

A existência de outras entidades de suporte e o papel fundamental das Santas Casas de Misericórdia foram destacados, de acordo com a fala do entrevistado a seguir:

Existe muito mais uma rede da sociedade civil, as ONG's, sendo que elas são financiadas pelo Governo. E portanto, no fundo quem põe a mão na massa são eles mas quem está por detrás também da definição de políticas é o Governo. (...) E depois há também uma coisa que é interessante que são os apartamentos das Santas Casas de Misericórdia que são apartamentos onde podem viver três, quatro pessoas, não mais. E são acompanhados por técnicos também, pessoas um bocadinho mais estruturadas também, pronto... Mas há um trabalho muito dedicado às pessoas de rua. (entrevistado 10)

O encaminhamento para as Comunidades Terapêuticas como forma de dar vazão ao problema da falta de suporte às populações vulneráveis foi referido pelo entrevistado abaixo:

Mas também temos que ter cuidado em não transformar, apesar do peso social, em transformarmos as comunidades terapêuticas em albergues em depósito de sem abrigo. Aqui temos que ter também algum... apesar de antes ter dito que o peso social é importante mandarmos as pessoas pras comunidades terapêuticas, às vezes pesa por não terem abrigo, mas por outro lado eu defendo também o contrário; a Comunidade Terapêutica pode fazer um trabalho que não ser o de albergue, dos sem abrigo. (entrevistado 8)

---

<sup>77</sup> Entorpecimento ou euforia por uso de drogas.

A particularidade das pessoas em situação de rua ou em contexto de maior vulnerabilidade social em outros contextos, fora de Lisboa, foram trazidas pelos entrevistados:

Se formos por exemplo ao Alentejo, é evidente que aí o papel da família é outro. As pessoas não estão tão afastadas do meio familiar e há aí uma maior proteção. A pessoa não cai na rua tão facilmente, como numa cidade. (entrevistado 6)

Muitos dos sem abrigo são diferentes dos sem abrigo que estão em Lisboa. São pessoas que são... que não estão propriamente na rua. Que estão a viver ou em casas abandonadas, ou numa pequena barraca que improvisaram, tem sempre um local onde estão. (entrevistado 18)

A situação de alguns usuários em situação de rua para alguns entrevistados foi referida como o desejo de permanência nessa condição, como se verifica na fala do entrevistado abaixo:

Muita gente não quer sair da rua. É curioso, o clima também contribui um bocado pra isso e portanto, as pessoas vivem uma vida na rua também porque provavelmente isso não implica compromissos com a sociedade, ou talvez uma liberdade diferente, não sei, não sei. (...) Cada história é uma história e estou a dizer isto até um bocado abusivamente, não é? (entrevistado 10)

Existem diversos trabalhos com as pessoas em situação de rua em Lisboa. Evidentemente pode ter uma situação ou outra de pressão por parte da população e das autoridades, mas não foi verificado nada coercitivo e compulsório no modo de lidar com essa população. A experiência com cacifos<sup>78</sup> e a articulação dessa proposta com os profissionais que trabalham na rua foi referida por um dos entrevistados no trecho abaixo:

Desde que elas queriam. Existe sempre esta dimensão e elas podem não quererem sair da rua. E portanto, isso é respeitado e tolerado. (...) ... é muito discutível isso que eu vou dizer, esse exemplo que eu vou dar. Do estar na rua, que ali na zona de Arroios e agora vai ser replicado noutro lado, foi criado assim, uma zona de cacifos. (...) Um bloco de cacifos onde as pessoas de rua guardam os seus haveres<sup>79</sup>. (...) E então construíram estes cacifos, armários, imagina um armário que é da minha altura com uma chave que é atribuída a cada uma das pessoas que estão na rua. (...) Claro que depois disso é dado continuidade num trabalho de proximidade, dos técnicos mais com eles, porque o facto de ter o cacifo e não sei quê já proporciona a relação, a conversa, portanto, isso pra dizer que há um trabalho estruturado, na rua, interessante. (entrevistado 10)

---

<sup>78</sup> Pequeno armário ou compartimento para guardar objetos pessoais em instalações públicas.

<sup>79</sup> Pertences.

Um dos entrevistados fala sobre o mito das pessoas quererem permanecer em situação de rua:

Há um mito em que as pessoas costumam dizer de que as pessoas não saem da rua. Há pessoas que gostam de estar na rua, e há pessoas que não querem sair da rua e isso é mentira... e eu digo que isso é mentira para toda a gente. (entrevistado 30)

Em Lisboa, existe uma experiência norte-americana baseada no *Housing First*, criada pelo psicólogo Sam Tsemberis em Nova Iorque em 1992. Esse projeto foi reconhecido como uma alternativa para lidar com populações com dificuldades de acolhimento nos grandes abrigos, em especial os usuários com “comorbidades psiquiátricas”. Essa experiência foi referida por alguns entrevistados e em linhas gerais, pode ser descrita com base na fala do entrevistado a seguir:

Depois há um programa muito interessante na rua sim, desenvolvido pela Câmara e também por colegas que fazem trabalho em equipa de rua pra nós, portanto a mesma Associação e que desenvolvem aquele trabalho do *Housing First* que é pegarem pessoas de rua dar-lhes uma casa, atribuir-lhes responsabilidades inerentes das gestão da casa e tem tido um sucesso muito interessante. (entrevistado 10)

Uma equipe de abordagem de pessoas em situação de rua executa um trabalho numa lógica, além de individualizada, particularizada. Essa equipe de abordagem de rua trabalha especificamente para esse projeto e pode, se for o caso, fazer interface com as equipes de rua que trabalham na abordagem dos usuários na área dos CAD e vice-versa. O ponto de partida para o trabalho é oferecer uma casa e a partir disso, todas as outras questões envolvidas são trabalhadas. É um projeto financiado pela Câmara Municipal de Lisboa à parte da gestão da DICAD e do SICAD. Esse projeto é conduzido por duas instituições e o *know-how* das experiências é compartilhado, conforme descreve o entrevistado abaixo:

(...) o *know-how* deles é na Saúde Mental e o nosso *know-how* é nas Adições. Então nós retiramos os sem abrigo, com adições, e eles retiram os sem abrigo com saúde mental. Além que muitas vezes nós temos pessoas com adições e há comorbidades<sup>80</sup>, há adições e têm problemas de saúde mental, mas nós convivemos bem, e aliás, nós reunimos com frequência e trocamos experiências e *know-how* ... tanto nós com as adições e eles com a saúde mental. (entrevistado 30)

---

<sup>80</sup> Comorbidades.

A proposta é integrar as pessoas na comunidade. As casas são alugadas nas regiões mais próximas do centro da cidade. A essência não é ter muitas regras, mas que a pessoa construa a sua lógica de moradia de acordo com o que lhe faz sentido. A única regra inviolável é o compromisso do morador em receber alguém da equipe ao menos seis vezes no mês. Há casas em que a equipe vai diariamente. A frequência é definida de acordo com a complexidade do caso e suas necessidades de suporte no momento. A ideia é auxiliar cada morador na organização da rotina da casa e estabelecer uma relação com a comunidade onde vive, conforme alguns entrevistados descrevem abaixo:

(...) eles defendem que o princípio é primeiro dá-se a casa e depois vem todo o resto, né? (...) Eu sou usuária de drogas, vou à equipa de tratamento e de lá começo o meu processo para o mundo. O processo do mundo deles começa das paredes da casa para a ressocialização. (entrevistado 3)

Há um gestor de caso por casa, há um gestor, vai à casa e vai conversando com a pessoa e vai dizendo como é que está a ser ... como é que está a conviver com a arrumação da casa, se sabes cozinhar, de que ajuda precisas... A equipa pode dar bem ajuda a cozinhar, ajuda a limpar a casa, ajuda em ir ao médico, ajuda a tudo. Tenta logo que eles tenham uma fonte de rendimento, ou rendimento mínimo ou reforma ou qualquer coisa, é trabalho da equipa ter documentos regularizados, e, qualquer rendimento que a pessoa tenha, tem que pagar 30% para o projeto. (...) Mas isso tem mais uma coisa simbólica, porque a pessoa não está na dependência. (entrevistado 30)

É realizado um trabalho de reabilitação visando o resgate ou desenvolvimento da autonomia. A proposta é “fazer com” e não “fazer por/fazer para”, para que depois a pessoa crie uma independência e conduza sua vida de maneira mais autônoma e crie uma relação com a vizinhança da região onde vive. Essa referência é possível encontrar na fala de um entrevistado:

(...) no Projeto *Housing First* nunca transportamos a pessoa de carro, só se a pessoa tiver um problema físico, mas se a pessoa tiver bem no nível motor, nós ajudamos a pessoa e aconselhamos a pessoa a comprar o bilhete único do metro<sup>81</sup> ou do autocarro<sup>82</sup>, do ônibus, né ... e a pessoa vai uma vez, vai duas vezes e na terceira diz: por que é que não vais sozinha? “Ah, eu não sei comprar o bilhete”... então vou te ajudar mais uma vez a comprar o bilhete, mas pronto, a ideia é sempre a pessoa ser autônoma. E aí envolver a comunidade, a vizinhança também a participar, se for preciso, se for preciso dar a medicação, o vizinho pode dar a medicação. Sempre integrar o máximo possível à uma comunidade. (entrevistado 30)

---

<sup>81</sup> Metrô.

<sup>82</sup> Ônibus.



O projeto pretende criar um cuidado e uma relação com os moradores, porém sem uma dimensão tutelar. Com o tempo, as pessoas estabelecem uma relação com os vizinhos, passam a ter autocuidado, criam alguma responsabilidade, adquirem respeito e passam a ser tratadas como mais uma pessoa da comunidade. Alguns casos desestabilizam em alguns momentos e apresentam piora, porém dificilmente como na condição inicial em que estavam na rua. Segundo um dos entrevistados, os moradores apresentam recaídas e a dimensão desse termo se verifica no trecho abaixo:

É, porque as pessoas quando veem a recair elas “ah, mas”... e as pessoas têm um problema. As pessoas esquecem-se muito deste ponto de partida. (...) Pode ser saúde mental. Não precisa ser de consumos. Uma recaída é um recuo, não é uma recaída da adição. Também pode ser na adição. Mas não temos qualquer problema com a adição. A pessoa pode estar a consumir a vida toda. (entrevistado 30)

O que se tem observado na prática é a melhoria da qualidade de vida das pessoas, o que indiretamente produz a consequência no padrão de consumo de forma geral, conforme relato do entrevistado abaixo:

Todos reduziram. Nós temos dezesseis pessoas, todos reduziram. Os que não deixaram, todos reduziram os consumos. Isso é uma coisa que pra mim... Eu estou a aprender imenso com esse projeto, e nós estamos a escrever, e fazer também avaliação, e o que nós temos a constatar é que melhora a qualidade de vida e os consumos diminuem. Não tem que parar, mas reduzem. Quando eu só tenho uma boa vida, tenho uma boa qualidade de ... mas não é eu que sinto essa qualidade de vida, a pessoa sente que tem uma boa qualidade de vida. E não temos consumos extremos. (entrevistado 30)

Pelo fato de serem projetos residenciais individualizados, o tema do custo para sua implementação foi considerado por um entrevistado:

Mas claro que isso implica ter um arsenal, porque é muito caro. Porque eles tem casos em que tem que ir na casa das pessoas nos primeiros cinco a seis meses, todos os dias, porque as pessoas não estão habituadas a ter uma casa de banho, e portanto, utilizam um canto qualquer da casa pra fazer as coisas. (entrevistado 10)

Em oposição ao entrevistado acima, outro entrevistado faz algumas observações com relação ao custo do projeto quando comparado às demais grandes estruturas de acolhimento e o custo com os profissionais para a operacionalização:

O que nós provamos, é que isto é mais barato que isto (fazendo referência ao *Housing First* e aos Centro de Acolhimento,

respectivamente), e aqui temos, por exemplo, um Centro de Acolhimento de Alcântara... (...) Esse é o dobro do nosso. O custo. Portanto, eu também tive esse raciocínio, uma casa por pessoa, mas isso vai custar imenso. A equipe técnica que à partir disto tem... eu com um técnico consigo ter dez pessoas em casas. Por um tempo. (...) ... acaba sendo diferente porque no fundo você faz suporte e não estrutura enquanto um serviço de saúde que tem inúmeras regras, quer dizer, você tem que ter escala, você tem que ter cobertura noturna, é um serviço de saúde, então você não pode... Aqui também. Nós temos um telefone 24 horas, 365 dias. (entrevistado 30)

Portanto, durante a investigação foi possível identificar dificuldades quanto ao alcance das ofertas existentes na área da reinserção social. No decorrer do trabalho de campo a existência de instituições de acolhimento predominantemente em Lisboa foi apontada como um problema e o tema laboral foi abordado como um problema que afeta não somente a reinserção social dos usuários, mas a população portuguesa de maneira geral. Mesmo com as dificuldades e desafios levantados durante o trabalho de campo, foi possível identificar a diversidade de práticas e projetos existentes para o acolhimento de usuários em situação de maior vulnerabilidade social e a sua interface com as demais áreas de intervenção. Os Centros de Acolhimento enquanto estruturas com baixa exigência nos seus critérios de admissão e o projeto *Housing First* foram pontos de destaque. Além disso, foi possível no trabalho de campo alargar a concepção dessa área para além da reinserção dos usuários no mercado de trabalho e da lógica de recursos.

Por fim, abordarei a seguir a última entre as quatro áreas de intervenção: o tratamento. Buscarei dar uma dimensão ao leitor de como está estruturado o trabalho nessa área de atuação. Na área do tratamento levantarei algumas questões ainda não superadas em uma experiência que descriminalizou o uso de drogas ilícitas em 2000, mas que por outro lado, reforçou a identidade de *doente* dos usuários.

### **Tratar e a figura do doente**

As equipes de tratamento dos CRI são multidisciplinares e têm na sua composição: técnicos psicossociais<sup>83</sup>, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e médicos (com nuances de composição entre médicos clínicos e

---

<sup>83</sup> São a grosso modo, profissionais de nível médio que tiveram um curso de formação na área dos comportamentos aditivos e dependências. São responsáveis pelo primeiro acolhimento dos usuários em algumas ET's, realizam trabalhos de proximidade no território, acompanham usuários a consultas ou atividades externas, realizam visita domiciliar ou busca ativa.

psiquiatras). Além disso, há profissionais da área administrativa, portaria e limpeza. O trabalho multidisciplinar e os referenciais técnico-teóricos dos profissionais são muito variados e apareceram indiretamente ao longo do trabalho de campo na abordagem de variados temas. Os entrevistados abordaram diretamente os temas do trabalho multidisciplinar e dos referenciais técnico-teóricos utilizados, como se verifica, por exemplo, nos trechos abaixo:

As equipas são multidisciplinares e portanto, médico, médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos psicossociais... (...) ... mesmas categorias de técnicos, enfim, mas todos os técnicos em si tem formações diferentes. (...) E existem médicos e psicólogos, ou psiquiatras e psicólogos, com formações diferentes, quer do ponto de vista da sua abordagem mais técnica na área da psicologia por exemplo, nós temos terapeutas comportamental, cognitivo-comportamental, humanista, analítica... (entrevistado 2)

Nós temos profissionais que vieram de várias áreas, vêm da terapia familiar, vêm da terapia cognitivo-comportamental, da dinâmica, da grupo-análise... (...) Não há um modelo único de intervenção. Eu acho que a arte é perceber o que é que funciona melhor com quem. (entrevistado 8)

A compreensão de referencial técnico-teórico de forma mais ampliada e introdução da base biopsicossocial das intervenções surgiu em vários momentos do trabalho de campo e pode ser descrita, por exemplo, no trecho a seguir:

... há uma base que é biopsicossocial, esses três vértices, olhando destas três perspectivas, que é a perspectiva psicológica no contexto individual e eventualmente da personalidade, portanto, psicopatológico... O contexto em que as coisas acontecem, o contexto quer individual, quer social e depois... e por outro lado o contexto prévio em contexto biológico, ou seja, o corpo que... com determinadas características biológicas, pronto. (entrevistado 5)

As equipes de tratamento trabalham com a lógica do técnico de referência, responsável pela gestão dos projetos terapêuticos. A reunião de triagem é uma estratégia utilizada na equipe de trabalho de um dos CRI da DICAD da ARSLVT. Após o acolhimento de um caso novo por um técnico psicossocial, acontece uma discussão e são pensados os encaminhamentos.

O atendimento em grupo também foi abordado como uma modalidade no trabalho da equipe de tratamento. O grupo geralmente é semanal e não é fechado à entrada de novos usuários. Essa troca de experiência entre os usuários produz um outro efeito, de acordo com o entrevistado abaixo:

(...) o grupo terapêutico mais do ser um grupo terapêutico fechado no seu sentido da grupoanálise, não tem nada a ver. São grupos abertos... (...) ... é um momento em que as pessoas podem escutar as dificuldades uns dos outros, se espelharem naquilo que é a dificuldade do outro, perceberem que a dificuldade do outro é também a dificuldade dela própria... ajudarem uns aos outros porque às vezes é fantástico como quando nós dizemos alguma coisa cinquenta vezes e eles a nós não nos ouvem, mas alguém que é semelhante a eles e que está com a mesma dificuldade ou dizer-lhes isso, aqui faz um sentido completamente diferente. (entrevistado 29)

As vias de encaminhamento para as equipes de tratamento são as mais variadas. Os Centros de Saúde, os serviços da área da Saúde Mental, as especialidades, os Tribunais, as Comissões para a Dissuasão das Toxicodependências (CDT's), as escolas (preferencialmente após avaliação e enquadramento dentro da prevenção indicada), as Comissões de Proteção à Criança e à Juventude (CPCJ) e as equipes de proximidade da área da RRMD. Além dos usuários encaminhados, as equipes atendem os casos que chegam espontaneamente ou levados por familiares.

Durante a experiência do trabalho de campo, os usuários de álcool foram considerados numericamente os casos mais significativos acompanhados da família para a chegada ao tratamento, principalmente pela falta de reconhecimento do mesmo de que está com problemas. Por outro lado, mesmo que o usuário chegue espontaneamente ou encaminhado por um serviço de saúde ou outras instituições do território, a abordagem familiar é uma interface importante do trabalho e há abertura das equipes para acolher os familiares. Há oferta de grupos e atendimentos específicos para familiares desde que o sigilo e a relação de confiança com o usuário sejam preservados. O atendimento dos familiares pode ser solicitado e intermediado pelos usuários ou, no caso de o profissional identificar a necessidade de contato com a família, isso é feito sempre com a permissão do usuário. Os entrevistados referiram esses aspectos no trabalho com as famílias, como ser verifica no trecho abaixo:

A coisa foi muito trabalhado desde o início, não é? Foi muito explicando que aquele é o espaço da pessoa, não damos informações; se veio ou se não veio e... estamos sempre disponíveis pra receber as famílias. Quando o próprio pede, se uma pessoa que eu acompanho, quer trazer o companheiro, a companheira, o pai ou o filho à consulta, sim, é livre de fazer, desde que, parta dele e veja algum proveito nisso, não é? Mas é da inteira responsabilidade deles. Os contactos com a família são sempre mediados por eles. (entrevistado 5)

Mas quando se trata de casos referenciados, os Centros de Saúde deveriam ser a principal porta de entrada para o encaminhamento para as equipes de tratamento dos CRI e outros serviços do Sistema de Saúde. Esse fluxo é esperado, porém não é uma condição para o acolhimento dos usuários nas ET's. A chamada *Rede de Referência* é um documento produzido para qualificar a avaliação dos casos e aprimorar o fluxo dos encaminhamentos na rede assistencial. As passagens abaixo caracterizam o encaminhamento dos Médicos de Família e a *Rede de Referência*:

E o médico aborda a questão dos consumos, do consumo do álcool sobretudo e até tem instrumentos de diagnóstico, avaliação e rastreio, do consumo da pessoa e depois, face a isso, logo se vê se o tratamento ou apoio a essa pessoa é dado com certo nível de risco, é dado nos Cuidados de Saúde Primários e portanto, o que é que o médico pode fazer ao nível do Centro de Saúde. Caso o nível de risco e o consumo seja já nocivo ou problemático, podem encaminhá-lo para uma equipa nossa, uma equipa de nível dois, uma equipa mais especializada. (entrevistado 15)

Eu penso que é importante existir uma Rede de Referência à partir dos Cuidados de Saúde Primários e que mobilize depois os cuidados que se julguem necessários, quer do ponto de vista da saúde mental, quer do ponto de vista da saúde física, diversas áreas que precisam de mobilização de profissionais específicos. Estamos a falar outra vez da tal questão de não criar um serviço nacional de saúde para dependentes mas ter a mobilização dos cuidados necessários, do infecciosologista, do obstetra... (entrevistado 26)

Por outro lado, foram questionados os reais efeitos da criação de uma Rede de Referência e a falta do envolvimento dos Centros de Saúde, em especial na temática do álcool. Essa reflexão crítica foi encontrada na fala do entrevistado abaixo:

Existe como lei mas de facto não funciona. Não funciona porque os Centros de Saúde desconhecem, os hospitais desconhecem, nós aqui quando falamos com os hospitais sobre a rede de referência, eles ignoram-na e os centros de saúde na maior parte ignoram esta lei... (...) Ninguém está interessado porque significaria todos assumirem sua cota de responsabilidade e nós, equipas de tratamento, nunca poderíamos tratar o problema do álcool na sua totalidade. (entrevistado 21)

Outra fonte de encaminhamento são as frentes ligadas à Justiça. Adolescentes em situação de risco, pais em uso de substância cujos filhos estão vulneráveis, usuários envolvidos com tráfico e pessoas utilizadoras de álcool na associação com situações de trânsito ou violência doméstica são as causas mais frequentes. Esses encaminhamentos foram abordados e têm correspondência com o trecho da fala do entrevistado abaixo:

Uma outra fonte corresponde é... a serviços da área judicial, indivíduos que estão a ser... aí são basicamente dois tipos: ou indivíduos que estão em julgamento e que envolvem, julgamento por tráfico, quer dizer, uma vez que não há mais julgamento por consumo é... e foram apanhados por tráfico com grande quantidade mas que também são consumidores e são referenciados ao nosso serviço para se desenvolver um processo de tratamento é... esses são referenciados pelo Tribunal e por outros tipos judiciais... e uma outra fonte é ainda dentro da área Judicial e tem a ver normalmente com é... com os pais de crianças que estão a ser acompanhadas pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, que normalmente nós chamamos de CPCJ's... as iniciais... e portanto, nessas situações em que há crianças, crianças ou adolescentes que estão a ser acompanhados é... em caso de risco o problema de consumo dos progenitores, seja de álcool ou seja de substâncias ilícitas é... enfim, teria que ser tratados, eles são é... no caso dos progenitores, são encaminhados para os nossos serviços, para que possamos avaliar a situação e possivelmente, desenvolver um processo de tratamento com eles. (entrevistado 1)

Historicamente, o Centro de Alcoologia (renomeado como UAL) sempre foi a referência para o tratamento dos usuários de álcool. Muitas vezes é comum e aceita a referência do Centro de Saúde para a UAL, mas os CRI têm feito um trabalho de investir na proximidade com os Centros de Saúde, de acordo com o entrevistado abaixo:

Às vezes por proximidade. Imaginando, um doente que é de Setúbal. Se se conseguir estabelecer uma relação com aquele indivíduo e ele é visto no Centro de Saúde mesmo, da cidade de Setúbal. O médico percebe que tem uma doença de álcool. Se se conseguir estabelecer a relação de tratamento com a equipa de Setúbal e a própria equipa resolver a situação daquele indivíduo, não se vai mandar aquele indivíduo pra li em Lisboa a ser visto na Unidade de Alcoologia de Lisboa. Mas se mandarem também é acolhido. E depois a equipa logo maneja para ver se é aqui (refere-se à UAL) ou é para devolver à equipa, ou seja, não há aí uma obrigatoriedade, ou seja, aí nós somos muito flexíveis. (entrevistado 10)

Os serviços da área da Saúde Mental também são encaminhadores. Segundo alguns entrevistados, basta haver um episódio de consumo de substâncias psicoativas na história do usuário para a Saúde Mental encaminhar para os serviços de tratamento da área dos CAD. Esse fluxo de encaminhamento da área da Saúde Mental está descrito na fala a seguir:

Depende dos serviços. Genericamente, há muita a tentação de: consumiu substâncias uma vez na vida e que está num surto psicótico, é medicado, está controlado, está medicado e pronto. O surto foi controlado, é acolhido na urgência. Olha, tem aqui cocaína, fumou charros<sup>84</sup> quando tinha dez anos... papel, vai para os serviços da droga, pronto. Isto é tendência genérica. (entrevistado 10)

---

<sup>84</sup> Designação informal para cigarros de haxixe.

As estruturas de RRMD e os profissionais dos CRI que realizam intervenções de proximidade no território também são encaminhadores para as equipes de tratamento. Esse fluxo foi considerado nos entrevistados abaixo:

(...) começam a chegar muito mais e também, muito mais por ações mais específicas de proximidade e que faço o parênteses para a questão do Ribatejo, onde nós, e especificamente a equipa de redução de riscos tentou ter eu diria proximidade junto da sociedade, quer por um lado em intervenções específicas de festas trance, quer por outro lado, em festas sociais onde estão muitas pessoas que fazem consumos problemáticos de álcool... (...) São os técnicos que trabalham em simultânea, na equipa de tratamento e todos que trabalham no tratamento também existe uma parte deles que também trabalha na equipa de redução de riscos e que de facto, fazem essa, esse trajeto de proximidade e que, de sensibilização também para as pessoas. (entrevistado 2)

Você irá perceber que os meus colegas de Xabregas estão em sistemático contato com os colegas da Unidade Móvel. A equipa de rua, muitas vezes leva, acompanha o utilizador à equipa, portanto, todas as estruturas de redução de risco da cidade estão em articulação permanente com as estruturas de tratamento. (entrevistado 3)

Os adolescentes podem ser encaminhados pela Comissão de Proteção de Crianças e Adolescentes, mas é comum a chegada dessa população encaminhada pelas escolas e em parte, pelas Comissões para a Dissuasão das Toxicodependências, que podem encaminhar também adultos. Esses encaminhadores foram identificados pelo entrevistado abaixo:

Nos são encaminhados ou pelas escolas, ou pelos gabinetes de psicologia das escolas... (...) ... jovens e adolescentes, casos encaminhados pela Comissão de Dissuasão das Toxicodependências. (entrevistado 9)

Evidentemente que os encaminhamentos e fluxos entre os serviços apareceram, mesmo que indiretamente, durante toda a discussão. Por ora, nos manteremos circunscritos aos principais encaminhadores para as ETs e tentaremos aprofundar as concepções de tratamento presentes no trabalho de investigação. Mais à frente retomaremos o tema da articulação do trabalho em rede das equipes de tratamento e outros projetos e estruturas dos CAD, com destaque para a relação com os Centros de Saúde, as chamadas “especialidades” e os serviços da Saúde Mental.

A área do tratamento está identificada na maioria das vezes com as situações de dependência. A dependência como uma doença e a referência ao usuário como doente foi uma característica marcante no discurso dos

profissionais da rede portuguesa. As equipas de tratamento do modelo português na área dos comportamentos aditivos e dependências têm uma prática no formato ambulatorial, ou seja, na lógica de consultas dentro dos domínios dos saberes clássicos em saúde, em especial; médico, psicológico, de enfermagem e do serviço social. O formato ambulatorial na lógica de consultas com horário e regras e na interface com as unidades de internação foram referidos diretamente, de acordo, por exemplo, com os trechos dos entrevistados abaixo:

(...) as regras, as consultas, minimamente as horas, enfim é... cumprir algumas regras básicas, há sempre a hipótese de o referenciar aos equipas de redução de riscos, nomeadamente os programas de baixo limiar de exigência com agonista opiáceo, no sentido, que são programas muito menos exigentes do ponto de vista de regras, de horários e por aí afora... (entrevistado 1)

As nossas equipas de tratamento funcionam muito como ambulatório. Ou seja, a pessoa vem, vem à consulta, vem eventualmente a ter... a fazer o seu tratamento, a sua metadona, pode vir à consulta da psicóloga ou da assistente social, ou do médico, mas depois acaba a consulta e vai para a vida dele. (entrevistado 29)

Uma modalidade institucional nos moldes de um “centro dia” foi mencionada como uma necessidade para os casos com baixa perspectiva de mudança de vida ou até como possibilidade de acolhimento para os usuários com problemas psiquiátricos e dificuldade de inserção no mercado de trabalho. A referência à necessidade da modalidade de um “centro dia” foi considerada por dois entrevistados:

No dia a dia faltam respostas na área da Saúde Mental, sobretudo respostas de cuidados de centros de dia, sítios onde as pessoas podem passar o dia ou unidades de cuidado prolongado, para pessoas cuja patologia é de tal modo severa que de facto dificilmente regressam ao mercado... de emprego. É preciso um emprego protegido. E são grandes dificuldades que são claramente sentidas e reconhecidas, quer pelas pessoas que trabalham nas drogas, quer pelas pessoas que trabalham na área de Saúde Mental. Eu creio que são problemas que comungam, não é? (...) E há uma articulação com o hospital psiquiátrico se for o caso disso, mas o sujeito chega lá pela sua utilização de drogas e é lá que ele é cuidado. Ninguém deixa de ser cuidado por isso, não é? (entrevistado 3)

Às vezes uma das nossas questões é precisamente há pessoas que estão muito desamparadas. Muito sozinhas, muito abandonadas, e sem grandes objetivos para a vida delas. Mas nós, o nosso serviço não consegue dar resposta a estes tipos de situações. Nós temos um único Centro de Dia em Lisboa, que a equipa das Taipas que está a funcionar... (entrevistado 29)



Outros entrevistados fizeram uma certa crítica ao modelo ambulatorial de trabalho nas equipes de tratamento. Além disso, existe uma certa incompreensão do trabalho das equipes de rua da RRMD e uma postura moralista de uma parte dos profissionais nos dispositivos de tratamento, de acordo, por exemplo, com os trechos abaixo:

E do nosso ponto de vista o modelo português, ele é o paradigma de tratamento que existe em Portugal é muito cristalizado, fossilizado, quase como tratamento médico hospitalar do século XIX em que há duas coisas que predominam: o dispositivo fixo, ou seja, um gabinete em que espera que o sujeito chegue e segundo: a figura de referência é sempre o médico. Pronto. Estas duas coisas predominam a mais uma terceira que é: a prescrição de outras drogas substitutas daquela ou que eliminam supostamente a condição de doença do sujeito. (entrevistado 16)

Há muita gente dentro do sistema de tratamento, que olha e está nas partes superiores da pirâmide que olha para os técnicos da redução de danos como alguém que vai caçar pessoas à rua para leva-los aos centros de tratamento. Ou então, quando não conseguem leva-los aos Centros de Tratamento, levam-nos a metadona nos sítios aonde eles estão. E, portanto, aqui, uma cultura institucional que é uma cultura que não percebeu, genuinamente, não percebeu o que é o trabalho de rua. Não percebeu. Porque não fez esforço pra perceber. Porque acham que tratar é uma coisa que se faz dentro do consultório, com medicamentos, com grandes conversas, às vezes com lições de moral, não é? (...) Nós temos uma série de moralistas nas drogas. Um campo muito minado pela moral. Pronto. Para os políticos e pela moral, o que vem a dar no mesmo. A política é a cristalização da moral no governo da polis, digo eu. E portanto, há aqui duas culturas institucionais diferentes. Uma do pessoal que tá na rua porque gosta genuinamente do trabalho no território das drogas e outra que é toda instituída no dispositivo ao longo desses anos todos e que é uma cultura muito resistente à mudança, muito resistente. (entrevistado 24)

O toxicodependente, em especial o dependente de heroína, conforme já tivemos a oportunidade de constatar até o presente momento, é o usuário central na lógica de cuidado do modelo português. Embora atualmente as equipes de tratamento dos CRI atendam usuários com história de utilização das mais variadas drogas e de outras dependências sem a ingestão de substâncias, na abordagem de vários temas durante o trabalho de campo houve a ênfase na dependência de heroína para exemplificar o tema do tratamento. Além disso é comum até os dias de hoje os usuários identificarem os Centros de Tratamento, antigos CAT, hoje *Equipas de Tratamento*, como lugares de tratamento de dependentes de heroína, de acordo, por exemplo, com a fala do entrevistado abaixo:

Pudemos pensar sobre isso e... e, portanto, houve durante muito tempo uma identificação do toxicodependente com aquela imagem né? E muito do trabalho foi desconstruir isso, né? “Eu não sou dependente porque eu não sou aquele”, né? “Mas nem sequer gosto de heroína e nem nunca vou consumir heroína porque ser toxicodependente é igual a ser heroinodependente”, né? (entrevistado 28)

A transição do toxicodependente como delinquente ou criminoso para o doente foi um marco importante a partir da lei da descriminalização. O enquadre do toxicodependente como doente e o modelo médico como o eixo central do tratamento foi referido, conforme se verifica nos trechos abaixo:

O que já estava a ser feito, quer dizer, deixa de ser comportamento desviante ou uma delinquência para a sociedade e passa a ser uma doença. Isso mudou tudo, não é? Os serviços estão centrados na pessoa doente e tentam ajudar a pessoa doente, não tentam punir ou extinguir um comportamento desviante. Faz toda a diferença. (...) Isso vai de facto colocar as coisas nos seus devidos sítios. As pessoas são doentes, não são criminosos... O nosso modelo é puramente médico nesse momento, não é um modelo moral como é no norte da Europa. (...) Pra nós é uma questão médica e eu acho que isso ajudou muito. E de facto quando a lei sai já estava tudo a funcionar. (entrevistado 17)

Eu diria que a dependência é um... eu não vou dizer que eu tenha um pensamento completamente estruturado em relação a isto. Se nós nos ativermos à... definição de saúde, não há pessoa mais doente à definição de saúde do que o dependente. Porque de facto tem uma série de componentes. Completo bem-estar físico, psíquico, social, mexe com todas estas dimensões. A dependência mexe com todas estas dimensões. (entrevistado 26)

(...) é na classificação de dependência que entra a questão doença, né? Até lá são comportamentos de risco, que podem derivar ou não pra problemas de dependência, mas a maior parte dos consumidores de substâncias não é dependente. Estatísticas mundiais dizem-nos isso, né? Agora, há uma percentagem relevante daqueles que são doentes, que é preciso tratar em vez de punir. (entrevistado 28)

Por outro lado, a crítica ao modelo de tratamento que perpetua o discurso da doença foi realizada por alguns entrevistados:

(...) eu gosto de pensar as coisas não do lado da doença, mas do lado da saúde, não é? Sempre... ou seja, aquilo que norteia a minha intervenção é mais pensar a saúde enquanto bem-estar psíquico, social... não só no psíquico, físico e social e nessa perspectiva a intervenção é um bocadinho nessa linha. A... mas nós partimos de um modelo muito médico e como partimos de um modelo muito médico há essa questão. A doença e a cura. E acho que também esse é um trabalho que se tem vindo a fazer, não é? (entrevistado 5)

Nós conseguimos o grande feito, o grande sucesso que foi definir o consumidor de drogas como doente e portanto, retirá-lo da repressão autoritária. (...) Estamos nós aqui a considerar que a pessoa consumidora de drogas é doente o que é, qual é a afirmação do discurso? É o discurso médico ganha uma preponderância brutal e o

discurso médico é o discurso dos médicos, é um discurso dos médicos que por vezes os psicólogos, os sociólogos, os assistentes sociais, até polícias também se colam e também incorporam. Também têm interesse a aplicar e reproduzir. (...) Em Portugal, o que é que é tratamento ainda? O tratamento é a ausência de doença. Ou seja, vamos então ver os conselhos de saúde que estão por trás, aqui dentro do paradigma português. Há vários atores que disseram que e disseram bem: que a partir de 2000, 2001 o que se passa em Portugal é deixar o Estado debaixo do chapéu de chuva da Justiça, deixa de haver uma criminalização do consumidor e muito bem e passa a estar debaixo do chapéu de chuva, digamos assim, do grande chapéu de chuva da Saúde. E o consumidor de drogas não é visto mais como um delinquente, um criminoso, alguém que não merece ser sujeito à pena da prisão e passa a ser, simplificando, passando a ser visto como uma pessoa que está... que é doente, pronto. (...) Se a saúde for vista como promoção de bem-estar e a implicação do outro na construção do seu próprio processo de bem-estar, se calhar teríamos uma visão mais complexa e um tratamento não tão cristalizado e não tão estigmatizado como estamos aqui ainda em Portugal, porque temos. E temos uma classe médica que por um lado, esteve na promoção e é verdade isso, que esteve na produção da mudança de paradigma, do crime para a doença, mas que ela venceu dentro do próprio paradigma. (...) O que é que está por trás assim, vamos tentar passar para algo que é quase a base epistemológica desta noção de saúde, porque deste discurso médico em Portugal promove e prolonga. É a ideia de saúde como a ausência de doença. Ou seja, é um binómio muito simples. Saudável é aquele que não está doente. (entrevistado 16)

Portanto, durante esses anos estruturou-se uma proposta de tratamento muito verticalizada em que o comando é médico, em geral eram psiquiatras mas às vezes eram médicos de medicina geral ou de Saúde Pública e depois a equipa está verticalizada. E essa cultura ficou. (...) Agora, quando os outros profissionais de saúde começam a perceber que estamos esperando alguém que tem de facto um problema para resolver consigo próprio... começa a se generalizar a ideia de que a toxicodependência é uma doença. O toxicodependente é um doente. Este discurso torna-se um refrão. E os políticos repetem. (...) Repetem muitas vezes num desconhecimento. (...) Reproduziam um refrão que ouviam dos especialistas. Agora, esta passagem da droga para a delinquência, da droga para a doença é um passo em frente. Porque as violências sobre o toxicodependente deixam de estar legitimadas. “Ele não é delinquente. Não temos que o tratar como um caso de polícia”. (entrevistado 24)

O modelo mais “clínico” dos psicólogos das equipas de tratamento foi abordado como uma característica que distancia a atuação na perspectiva da Saúde Pública. Além disso, o contexto de vida precário dos usuários traz dificuldades para uma intervenção em uma linha psicoterapêutica. Esse desenho de atuação mais “clínica” dos psicólogos e a dificuldade do trabalho psicoterápico com usuários em contextos de vidas precários são encontrados nas passagens abaixo:

(...) e portanto há sempre profissionais que trabalham numa dimensão do cuidado social, não é? ... que são as assistentes sociais, com alguém que trabalha a dimensão mais interna do sujeito, como é o psicólogo, porque os psicólogos das equipas de tratamento

são psicólogos clínicos, e portanto não têm tanto a dimensão da saúde pública e mais a dimensão interna do sujeito... (entrevistado 3)

Porque nós não conseguimos fazer terapia, não é, a psicoterapia quando muitas vezes as pessoas não têm o que comer, ou estão completamente sozinhas, e por isso muitas vezes o trabalho do psicólogo, numa fase mais inicial é um trabalho mais psicopedagógico. Neste sentido de ajudar a pessoa a reorganizar a vida dela, não é? (entrevistado 29)

A abstinência nas equipes de tratamento não é o ponto de partida. Muitos usuários não conseguem caminhar para uma abstinência e o que se prioriza é a continuidade dos atendimentos, desde que haja adesão por parte dos “doentes” e ao conjunto de regras comportado dentro do arranjo ambulatorial, conforme verificamos há pouco acima. O vínculo e o acompanhamento foi considerado nos trechos abaixo:

Depende sempre um bocadinho dos casos em concreto, porque há indivíduos que é... não conseguindo ter a abstinência, apesar de tudo encaixam bem, digamos assim, em termos de intervenção terapêutica um pouco mais estruturada, com horas mais fixas e por aí afora... Como é uma unidade dessa natureza, é... e por isso, se apesar de tudo é... houver ali algo, um vínculo com os profissionais da unidade no sentido de se perspectivar algum tipo de trabalho que possa vir no futuro contribuir para abstinência do indivíduo muito bem... é e isso que pra nós é importante. (...) (entrevistado 1)

(...) as pessoas tem a liberdade de consumir, tem o direito de consumir. (...) aceito também que há algumas pessoas que não conseguem parar a consumir... (entrevistado 2)

Às vezes de facto as pessoas chegam a pedir ajuda e nem sempre conseguem ficarem abstinentes. Eu, pessoalmente, aquilo que eu lhes costumo dizer é que eles podem manter na consulta sem terem que parar os consumos. E já aconteceu pessoas tiveram um ano, dois anos a virem regularmente à consulta, mas que demoraram um ano ou dois anos a parar os consumos, não é? Porque a ideia não é... pelo menos para mim não é a obrigatoriedade deles terem que estar abstinentes das drogas. A ideia pra mim é ajudá-los a perceber porque que elas precisam das drogas. O que que elas vão buscar, porque que não conseguem, não é? (entrevistado 29)

Embora a abstinência não seja o ponto de partida nem uma exigência durante o percurso de acompanhamento dos usuários, o objetivo institucional é a chegada na abstinência, conforme demonstram, por exemplo, os entrevistados nos trechos abaixo:

(...) naturalmente naqueles que nos procuram pela primeira vez normalmente deveriam consumir, como se é natural, nem sequer é um objetivo que eles atinjam mais depressa ou menos depressa a abstinência... é... É evidente que idealmente todos nós gostaríamos muito que os utentes fizessem um percurso é de... autonomização

global, que lhes permitisse estarem abstinentes, estarem bem, na sua vida, não é?... (entrevistado 1)

(...) eu acho que a lei também de redução de riscos é muito importante nesse sentido porque trouxe outros serviços complementares, ou estratégias complementares que permite um outro tipo de resposta à pessoa em função da aceitação da forma como ela está e não do que é imposição daquilo que é o objetivo da instituição. (entrevistado 2)

Por isso eu acho que a dificuldade aqui às vezes é de conseguir, conseguir mudar no setting, a forma de pensar a mentalidade de muitos técnicos das estruturas fixas de saúde. Porque são muito conservadores muitos deles, estão muito cristalizados, isso sem nenhuma crítica... cristalizados em torno da sua... do seu menu de respostas, daquilo que expectam, daquilo que acham que é expectável deles. É como se de repente, o seu cliente, o seu sujeito que eles tivessem pela primeira vez na frente, fosse menos importante do que os objetivos que ele define como sua entidade patronal, digamos assim, não é? E o médico tem que prescrever não sei o que, tem que criar um processo de abstinência desse sujeito, tem que o que não sei o que mais. Tem que. (...) E ambos se desresponsabilizam. (entrevistado 16)

Claro que o objetivo é ser que eles fiquem abstinentes. Mas neste "ficar abstinente" às vezes eles conseguem aguentar um mês, dois meses, seis meses, um ano... (entrevistado 29)

No caso dos usuários que atingem a abstinência, a recaída foi uma dimensão trazida por um entrevistado como preocupante. Para ele, quando o tratamento está centrado na manutenção da abstinência exclusivamente com o uso da metadona, o risco de recaída pode ser maior:

É evidente que há muitas pessoas que tomando a metadona, e muito naquela lógica que trata-se de uma doença crônica, e isso tem encontrado no discurso de muitos profissionais, consiga manter sua vida organizada tomando a metadona e sem precisarem de psico e do social. Pronto. Eu tenho, há colegas que dizem sim, há doentes, há pessoas que com metadona não precisam de mais nada, tem o seu emprego e a sua família. Eu temo que estas pessoas estando em metadona tem o maior risco de recaída, não se trabalhando as dimensões psico essencialmente. (entrevistado 10)

Mas o reconhecimento da recaída como algo que faz parte do processo de tratamento e que pode ser algo importante para se trabalhar com o usuário no seu percurso foi contextualizado, conforme se verifica no trecho abaixo:

Mas depois, eu acho que nós, que trabalhamos nesta área, também temos que integrar que a recaída também faz parte do processo. E não encarar a recaída como uma perda, mas como um momento integrante do processo, que pode ser muito importante para continuar... não é? ...porque se houve uma recaída por que é que houve uma recaída, né? O que que aquela recaída significou? O que estava a acontecer na vida daquela pessoa? Por isso pode ser encarada como um momento de crescimento naquilo que é vida, e

naquilo que é continuação do tratamento daquela pessoa.  
(entrevistado 29)

O equilíbrio no uso das substâncias no caso dos usuários dependentes foi considerado como algo difícil de ser alcançado, mas a perspectiva da redução de riscos foi considerada como um modo de intervenção, de acordo com o entrevistado abaixo:

Obviamente que no caso de indivíduos com comportamentos aditivos esse equilíbrio é muito difícil de atingir e portanto, nós temos a noção que idealmente é... seria bom muitos deixassem de consumir de todo, né?... Agora, o que acontece é ter que ver qual gente, até que chegam a essa situação... quando chegam... há doentes que nunca chegam a atingir essa situação e que aí, estaríamos sempre a intervir com outros na perspectiva da redução de riscos... (entrevistado 1)

A diferenciação de intervenção enquanto tratamento (e consequente busca da abstinência) e redução de riscos foi abordada por outro entrevistado, embora ele considere na sua atuação uma relação de complementariedade entre ambas:

(...) temos técnicos que já vão trabalhando numa perspectiva de redução de riscos mais clara, e outros técnicos trabalham muito mais com a dimensão de tratamento, okay? (...) E eu acredito que existe aqui uma complementariedade de que ao fazer tratamento, se está a fazer também redução de riscos... (entrevistado 2)

A abstinência foi trazida como justificativa necessária para vários casos, pois a continuidade dos consumos é algo que pode levar à morte, conforme o trecho abaixo de um dos entrevistados:

E acho talvez, que se nós estamos muito centrados no modelo da abstinência não é, e talvez esse é o caminho para que a pessoa possa conseguir ter uma vida mais estruturada, ou às vezes fatores de ordem biológica envolvidos e a hipótese de que a pessoa possa continuar a viver... (...) há vários casos, quer do álcool, quer da heroína, quer da cocaína, se a pessoa não parar com seu comportamento aditivo a pessoa vai morrer não é?... (entrevistado 2)

O álcool foi abordado como uma questão muito específica. Os riscos envolvidos são de maior magnitude, assim como é mais difícil regular o consumo:

E eu acho que a questão do álcool é uma questão muito específica... ensinar entre aspas, uma pessoa a beber, uma pessoa que tem um padrão compulsivo de beber, é muito difícil. (...) chegam à sexta-feira à noite e acabam a beber até o outro dia às três da tarde, ou seja, correram risco de largo espectro, passaram a ser outra pessoa, riscos a nível da sua saúde física, da sua saúde psíquica, ou envolvem-se em comportamento criminal, ao nível da condução, dar uma

porrada... correram riscos imensos... (...) até essa pessoa conseguir perceber... (...) conseguir beber um copo às 10 da noite, um copo à meia-noite, um copo às 2 da manhã, um copo às 4 da manhã, esta é uma coisa muito complexa, não é? (entrevistado 2)

A construção de uma relação com o usuário deslocada da exclusividade com a droga foi considerada como um passo importante para a produção de autonomia por dois entrevistados. Essa perspectiva propõe o deslocamento do usuário para outras identificações que não somente de dependente. Essas reflexões podem ser identificadas nos trechos abaixo:

Não há autonomia sem uma relação que tenha por base o vínculo e uma relação interpessoal. Mas esse alguém tem sempre que ter conosco uma relação. Se não houver relação também não há propriamente uma autonomia porque não há uma interdependência, não é? O que há é dois seres isolados, ou atomizados. (...) Que de certa forma se isolou e de certa forma, num grau mais assim absoluto, está numa relação de total dependência com a droga, com a substância e que se projeta e se identifica completamente com ela. Esgota-se nela. E a lei é a substância. Isso seria digamos assim, o grau mais absoluto da coisa. Como cortar esse vínculo? A proposta é mesmo essa, a construção de uma relação de confiança que se baseia muito antes de tudo nas pequenas coisas, nos detalhes. E as pequenas coisas passa precisamente por falar de pequenas coisas isoladas, pequenos momentos do cotidiano que estão para lá da droga, não é? (...) mais do que da prevenção e do tratamento, somos da redução de riscos porque temos essa base mais comunitária e que problematizamos muito essa questão do discurso médico e da estigmatização que precisamente vem associada à esse discurso. Porque a minha questão é essa: o discurso médico cria um preconceito, cristaliza, fossiliza ou amarra, armadilha o consumidor de drogas a uma nova figura que é figura do doente que é sempre uma figura do dependente. És um doente, és sempre um dependente. E é sempre alguém que precisa de um cuidado que lhe é exterior externo. E um cuidado que lhe é exterior externo mas que é sempre de forma continuada e prolongada. (entrevistado 16)

A questão é quando cristalizamos a imagem do toxicodependente apenas doente e não percebemos que ele é muito mais coisas do que além de doente. Ele é produzido por um contexto, ele é produzido pelas violências institucionais, ele é produzido por esquemas de fragmentação da cidade que isola certas zonas e as estigmatizam. (entrevistado 24)

A concepção de tratamento focada na construção de um caminho que visa o corte do usuário com a droga, sem levar em conta a participação do mesmo no empoderamento do seu processo é redutor para um dos entrevistados. Indagar o usuário a respeito do que ele quer para si e possibilitar que ele processualmente consiga transformar suas escolhas pode ser um percurso interessante. Para esse entrevistado é fundamental tornar o sujeito mais participativo do seu tratamento. A diminuição no padrão de consumo de

drogas ou até mesmo o alcance da abstinência acaba por ser uma consequência do seu processo, de acordo com o entrevistado abaixo:

E há muitos médicos de saúde pública que há muito tempo falam que o bem-estar implica a autonomia do próprio sujeito que pode estar momentaneamente doente, não é? ou não! Pode estar ou não doente e a doença é vista mais como uma condição. É vista como algo que também tem uma influência cultural, política, social, econômica e por aí afora e em que parte dela pode ser resolvida pelo próprio sujeito. Ou seja, a noção do bem-estar e de promoção do bem-estar implica o empoderamento do outro. (...) Mas todo o resto que sejam, estas variáveis que eu falava culturais, políticas e econômicas e sociais e que são muito importantes para a promoção do bem-estar do sujeito e que podem produzir o desmame, não é? ... o corte absoluto com o consumo das drogas ou podem promover relações e vínculos que são simultaneamente tão importantes ou mais com o vínculo que tem com a droga são completamente esquecidos no ato médico e nessa visão de saúde que é ausência de doença. (entrevistado 16)

Dialogando com esse percurso, a linguagem e a maneira de nomear poderiam ser pontos de partida interessantes para transformar a postura dos profissionais com os usuários e vice-versa. A transformação das práticas e modos de nomear foram considerados pelos entrevistados nos trechos abaixo como uma possibilidade de transformação do doente em cidadão:

Há dois anos atrás o Portal chamava-se Portal do Utente. Nesse momento há uma alteração para Portal do Cidadão, cidadão com direitos e deveres, cidadão utente mas também utilizador. Nessa perspectiva de que não é um utente que está parado à espera. É um utente mais... que já interiorizou um papel activo que pode ter na sua saúde. Eu envolvo-me no meu processo de saúde e não só aguardar no meu processo de doença. (entrevistado 3)

Houve a evolução também do pensamento, acerca dessa problemática no país, não é? Os utentes brincavam, os toxicod dependentes é... que diziam: “eu já fui muitas coisas, comecei por ser drogado, depois passei a toxicod dependente e agora sou utilizador de substâncias” (entrevistado 9)

E o passo seguinte seria na ideia de promoção, do bem-estar e que implica uma coisa que é: o toxicod dependente deixa de ser criminoso, deixa de ser doente e passa a ser cidadão. E o cidadão, o modelo desenvolvimental baseado na cidadania e no respeito da cidadania do consumidor de drogas diz que ele tem deveres, mas também tem direitos. E mais que tudo, que nós técnicos temos a obrigação de lhe dar ferramentas para que ele possa construir a sua cidadania e possa redefinir o que é consumo de drogas para ele, num contexto mais alargado do seu projeto de vida, fazer isto é que é para mim o verdadeiro novo paradigma e a nova revolução que esse modelo aguarda e que está em transição. Nós estamos num momento de transição em Portugal e eu não sei se nesse momento de transição nós vamos ficar à beira, ao pé da fronteira e morrermos lá. A fronteira passou a ser um muro que passou a ser inultrapassável pra nós, porque não conseguimos saltar do paradigma da doença para o paradigma da cidadania ou se estamos a fazer a fronteira absolutamente disso. (entrevistado 16)



O trabalho numa perspectiva mais horizontal com os usuários, tornando-os mais participativos nos seus processos de tratamento, foi considerado por alguns entrevistados. Essa leitura pode ser identificada nos trechos abaixo:

Porque nos coloca no envolvimento na nossa saúde e não só na nossa doença, não é? (...) Se esse cidadão vai ao hospital ou vai a uma equipa na área das drogas ele será o utente. Mas esse cidadão estiver mobilizado enquanto utilizador de drogas para por exemplo, políticas de redução de riscos ou de um envolvimento nos autocuidados na sua utilização de drogas, será sempre numa ótica mais de usuário, de utilizador, com direitos e deveres, um cidadão. (entrevistado 3)

Que são os consumidores de drogas que se associam e que discutem os seus problemas e que dizem: nós queremos ter uma voz, uma voz política face às políticas públicas sobre as drogas. Nós também queremos ser ouvidos, nós também queremos intervir, nós também temos pensamento crítico e também temos um saber que é um saber experiencial e não só e queremos ter o direito a participar. E eu acho que é isso nesse momento que falta a Portugal. É dar o direito de participação aos toxicodependentes e aos consumidores de drogas, ou que que quer que queiram chamar. Mas não estamos a dar essa possibilidade de participar, não estamos a chamá-los. E podemos sempre usar o argumento de que fizemos tudo o que era possível, não concordo. Que a sociedade portuguesa não está preparada pra isso, também não concordo. A sociedade portuguesa ou qualquer sociedade nunca está preparada pra nada, não é? As sociedades aceitam ou não as novas dinâmicas que começam a imprimir. (...) O que é que eles esperariam diferente de um enfermeiro, de um médico ou de um psicólogo. O que é que vocês gostariam que nós fizéssemos de diferente, por exemplo. Nunca os colocaram essa questão e deveríamos fazer essa questão, não é? Pelo menos essa questão. (entrevistado 16)

E portanto, não vamos infantiliza-lo, não vamos reduzi-lo a um delinquente ou como faziam os polícias e os juristas, não vamos reduzi-lo a um doentinho como fizeram os clínicos, vamos pô-lo no lugar dele. Que é um sujeito de direito e que devemos pô-lo a pensar e que deve decidir também das políticas em torno de si, não é? (entrevistado 24)

A dimensão do cuidado como uma forma de “escapar” ao conceito de tratamento cristalizado na relação profissional-doente para o empoderamento do usuário no seu processo foi referida por outro entrevistado:

Tudo depende dos verbos que utilizamos. (...) ... eu estava pensando, não é tratar. É cuidar e empoderar. E se começamos a modificar os verbos e as palavras e com os verbos e as palavras modificamos os conceitos que estão por trás, então se calhar, eu acho que nós não tratamos mas acho que tentamos cuidar e tentamos empoderar. E acho que um médico, por exemplo, tá num lugar muito privilegiado para cuidar e para empoderar. O seu cliente, utente, doente, aquilo que quiser chamar, mas se eles pensar que mais tão importante do que o ato médico, o ato terapêutico estrito senso, for cuidar, empoderar, promover a cidadania do sujeito, o ato pode e deve ser. Se ele fizer isso, por exemplo, se ele questionar, se ele perguntar ou ao próprio utente; faz sentido isso que estou a

trabalhar contigo, fez sentido a prescrição médica que eu tenho passado, achas que faz sentido, queres procurar um outro profissional, queres continuar com teus consumos ou não, como é que posso... Flexibilizar, humanizar o seu cliente e então começar a cuidar e empoderar, mais do que tratar. Acho que tratar é... é muito redutor, diminui o outro. E isso é o que nos preocupa, a não diminuição do outro sujeito que está tão diminuído, que já está tão estigmatizado, já foi reduzido a uma condição tão mínima. Já confundimos o consumidor com a sua própria droga, não é? No entanto que o chamamos heroinômano, não chamamos a pessoa que consome heroína. Dizemos o heroinômano. O cocainômano. E ele confunde-se com a substância. E nós fazemos isso, somos nós com o nosso discurso que estamos a reproduzir à condição da sua própria substância. Já fazemos tanto isso. O que custa manter ainda esse tipo de conceitos e esse tipo de paradigma do tratar. Não gosto muito por acaso. É importante mas não gosto. (entrevistado 16)

A melhoria da qualidade de vida, o resgate saudável dos laços relacionais e a redução dos consumos de forma segura sem moralismos e sem necessariamente uma imposição da lógica da abstinência foram indicativos de sucesso no tratamento:

... sucesso no tratamento pode ser um monte de coisas, pode ser não consumir todos os dias, pode ser consumir menos, pode ser não criar problemas em casa, pode ser não fazer fitas em frente aos filhos, pode ser deixar as crianças terem um desenvolvimento minimamente normal, pode ser um monte, um monte de coisas. Mas claro que nós gostaríamos que os doentes ficassem sem consumos e completamente reorganizados, mas o sucesso no tratamento é ter um mínimo de retenção, é de facto os doentes reduzirem minimamente os consumos e manterem uma ligação saudável com o serviço e ir aprendendo a ter uma relação saudável com o mundo. (entrevistado 4)

Eu não gosto muito de tipo... de definições. Eu acho que o sucesso no tratamento é... pode ser... não se infectar, pode ser consumir menos, pode ser organizar e ter uma vida apesar de consumir haxixe quando vai ao concerto, é não termos também muitos moralismos, porque quando mais moralismos nós tivermos menos sucesso achamos que temos. Se eu acho que uma pessoa quando vai a um concerto fuma... que se eu acho que quem vai ao concerto e fumou um charro, teve uma recaída, está a consumir outra vez, então eu acho que nunca tenho sucesso, tô dando um exemplo, pronto. Se sobreponho uma parte moral nisto, minha porcentagem de sucesso é mínima. Sucesso é mais qualidade de vida, mais organização, mais saúde, a pessoa ser capaz de se cuidar melhor, ter mais autoestima. É tudo isso. Não é só não consumir. Pra mim é muito pra além disso. (entrevistado 8)

Portanto, o processo de pesquisa da área do tratamento demonstrou um modelo fundamentalmente ambulatorial, sem estabelecimento da abstinência como uma condição, porém com forte expectativa de alcance da paragem do uso por parte dos profissionais, mesmo que a longo prazo. Além disso, a interlocução das equipas de tratamento com as intervenções em RRMD com populações em situação da maior vulnerabilidade faz parte do cotidiano do

trabalho de intervenção com a população dependente. Embora a abstinência não seja condição para o acolhimento dos usuários nas equipes de tratamento, os profissionais identificam a RRMD mais como uma estratégia de saúde pública destinada para usuários ainda não mobilizados para cessar o uso de substâncias. Os profissionais ligados à área do tratamento estão mais distanciados da concepção da RRMD enquanto um princípio que concebe o tratamento não necessariamente conduzido para a meta da paragem dos consumos.

No próximo tema, abordarei as modalidades de internação e os principais pontos que estruturam o seu modo de funcionamento. Embora a internação dos usuários em diferentes serviços especializados na área dos CAD esteja destacada a seguir, faz-se necessário afirmar a sua estreita relação com o tema do tratamento descrito até aqui, ou seja, definida pelos entrevistados como mais uma resposta nessa área de intervenção.

### **As modalidades de internação e a composição com a dinâmica do tratamento**

Há três unidades públicas de referência para internação na área das dependências da DICAD da ARSLVT. A Unidade de Desabilitação das Taipas (UD) situada em Lisboa, a Unidade de Alcoologia (UAL) de Lisboa; unidade de internação e ambulatório incorporada em 2007 nos CAD e a Comunidade Terapêutica do Restelo (CT). Conforme abordado anteriormente, existe também uma rede de CT conveniadas, fruto das ações de expansão da rede desde o Projeto Vida, com considerável expansão na década de 90.

A internação foi mencionada como mais um entre outros recursos da rede de atendimento dos CAD e predominantemente voltado para pessoas que apresentam dependências de substâncias psicoativas. A desintoxicação ambulatorial foi referida por alguns entrevistados como a prática mais comum das equipes de tratamento, de acordo com as passagens abaixo:

Digamos assim, que nós privilegiamos o tratamento em ambulatório, não é? Privilegiamos o tratamento sempre em ambulatório... (entrevistado 8)

Não é problema e também é importante que se saiba que a maioria dos nossos utentes não são internados. A maioria. (...) Nós temos cerca de 15400 utentes ativos por ano e o internamento, eu posso

dizer que fizemos, foi à volta dos 900. Portanto é muito pouco. (entrevistado 15)

Entretanto, a internação pode ser indicada para os casos de histórico com fracasso na abordagem ambulatorial, de acordo, por exemplo, com o trecho abaixo:

É... e muitas vezes é trabalhada por nós quando houve vários fracassos pra trás com o ambulatório. E que nós não podemos nos basear com... não, não vamos repetir... mesmo erro, mas isso também é preciso deixar que corra mal para depois perceberem que é preciso arranjar um projeto terapêutico alternativo e que pode ser um internamento. (entrevistado 8)

A desintoxicação ambulatorial foi referida como uma prática, desde que haja condições para a sua realização, de acordo, por exemplo, com a fala do entrevistado a seguir:

Se é um caso em que é possível fazer a desabitação em casa, com o apoio da família, nossos médicos fazem esse acompanhamento em casa. Se não, de facto eles têm que ser encaminhados para a Unidade de Alcoologia ou para as Taipas para fazer essa desabitação em internamento, não é? (entrevistado 9)

A internação foi apresentada como uma estratégia ou recurso utilizado, na grande maioria das vezes, ao longo do processo de tratamento e não no seu início. Uma internação pode ser indicada quando se verifica a falta de condições adequadas para realizar a desintoxicação ambulatorial ou mesmo quando esse processo foi tentado em ambulatório e fracassou. A indicação de internação é baseada em critérios de padrão de consumo, tipo de substância consumida, análise da rede social de apoio e questões clínicas associadas. A internação é sempre em consenso com o usuário, ou seja, desde que haja a produção de um sentido, construído na relação com o mesmo.

Os critérios para a indicação de internação, independente da modalidade, foram mencionados em linhas gerais como forma de afastamento do meio onde vivem e das condições propícias ao uso da substância, de acordo com o entrevistado no trecho abaixo:

E depois muitas vezes há uma necessidade de contenção institucional, contenção no bom sentido, não contenção das prisões. Mas por vezes o doente pede, me interne porque em casa eu sou sozinho, ou com a minha mãe e eu saio porta afora e vou consumir. Às vezes é o próprio que percebe até uma certa vantagem em ter uma contenção institucional e nós, das equipas de tratamento também avaliamos isso... (entrevistado 8)

Além do afastamento do meio onde vive e das condições propícias para o consumo de substâncias, a abstinência num contexto de internação é a possibilidade de trabalhar outras questões:

A questão da... apesar de tudo, das substâncias e do internamento para dependência de substâncias tem a ver com várias razões, mas algumas têm a ver com afastar o sujeito também do círculo e das rotinas onde está. (...) Acorda para buscar a droga e vai aqui, vai ali, e portanto, interrompe-se isso. Às vezes para afastar do contexto familiar que por muito vezes, eles são tóxicos. E portanto, são patológicos e patologizantes. (...) Às vezes não se consegue trabalhar um utente se ele não fizer a paragem dos consumos. E se há essa vontade de parar os consumos, não é? Pode ser uma primeira etapa para trabalhar com ele, não é? E depois, fazer outro tipo de suporte terapêutico. (entrevistado 15)

O problema é assim... o problema nunca está tanto no consumo. O problema está na atitude que leva ao consumo. E é isso que é o objetivo do tratamento. Obviamente que a pessoa tem que deixar de consumir para conseguir pensar, organizar as ideias e quem sabe ser adulto, ser responsável, ser autónomo, independente e por aí afora, não é? O internamento é o passo zero. (...) O passo do internamento é começar a pensar na vida. Não é a grande questão, senão a maioria seria internado e resolveria essa questão, não é? É muito mais grave a dependência psicológica na parte das drogas e do álcool do que a química, a dependência química. (entrevistado 17)

Os dois entrevistados acima fizeram menção anterior à preferência do trabalho das equipas pela desintoxicação ambulatorial e, no contexto de internação, extrapolam a missão de exclusivamente promover a abstinência dos consumos. Por outro lado, explorar as outras dimensões presentes no percurso do consumo de substâncias é algo possível para eles a partir da abstinência, seja na internação, seja ambulatorialmente.

A desintoxicação ambulatorial no caso de dependentes de álcool foi uma dificuldade apontada, devido à falta de condições estruturais e a complexidade do risco em fazê-la. As questões clínicas associadas ao alcoolismo também foram consideradas agravantes no tratamento ambulatorial da abstinência e, quando os usuários são de faixa etária mais avançada, traz outras complicações. Essas particularidades da desintoxicação do álcool foram referidas, por exemplo, nos trechos abaixo:

... nós não temos os nossos serviços preparados pra isso (...) Em relação aos alcóolicos, eu acho que é uma coisa que tá definido, pronto, eu acho que pra toda... na cabeça de toda gente um dos primeiros passos será a desintoxicação física. Os doentes aparecem-nos de facto em situações que não é muito convencional fazer a desintoxicação em ambulatório. E nós fazemos logo a articulação com o internamento. (entrevistado 4)

Com os alcóolicos é muito raro em ambulatório. Tudo que lhe falei um bocado seria para outros consumos. Eu os alcóolicos, eu acho difícil, perigoso em termos médicos. (...) Ninguém morre numa privação de heroína mas morre numa privação de álcool. (entrevistado 8)

(...) sabemos que para fazer a desabitação de alcoologia tem alguns riscos para fazer em ambulatório e tem toda indicação para fazer internamento. (...) Há uma diferença ao nível do acompanhamento do alcóolico e do toxicodependente. O alcóolico que nos tem aparecido é muito idoso enquanto que o toxicodependente nos aparecia na fase dos 20, 30, atualmente o alcóolico aparece com 40 e tais, 60 e tais. (entrevistado 9)

Mesmo em contexto de internação para desintoxicação, foram exemplificadas situações prévias de intoxicações agudas e questões clínicas graves associadas que justificam o suporte do hospital geral. Esses aspectos são verificados no trecho do entrevistado abaixo:

(...) as desabitações tem que ser de pessoas que não tenham grave risco em termos de saúde física porque é uma Unidade à parte que não tem suporte hospitalar. E portanto, qualquer pessoa que tenha outras complicações físicas já do álcool e que estejam já devidamente avaliadas, porque normalmente são avaliadas antes. (...) Os psiquiatras preferem realmente internamento para desabitação física, não aceitam esse tipo de utente a ser internado lá pela questão de numa emergência, tem que ser transportado ao hospital. Não tem suporte hospitalar interno que um hospital pode ter. (entrevistado 18)

Alguns usuários, antes ou durante a internação, apresentam questões clínicas associadas. Um entrevistado trouxe esse recorte, fora do contexto da intoxicação aguda e da síndrome de abstinência, porém com dificuldades na avaliação clínica desses aspectos:

(...) há pessoas também que estão compensadas e quando começam a fazer o tratamento da desabitação, descompensam, nomeadamente a diabetes, hipertensão, são as coisas mais frequentes. Como é que lidamos aqui? Pois esse é mesmo dificuldade. É minha maior dificuldade porque sou psiquiatra como eu disse. (...) ... portanto, quando há um problema mais complicado ou quando eu não sou capaz de resolver aquela situação do ponto de vista médico eu mando à urgência. (entrevistado 25)

Após percorrer em linhas gerais os temas associados à internação, desenvolveremos algumas particularidades de cada unidade para posteriormente compreendermos alguma complementariedade possível entre elas na condução dos casos.

A Unidade de Desabitação (UD) surgiu como uma proposta de internação no final da década de 80, momento em que foi inaugurado o Centro das Taipas com posterior expansão dos Centros de Tratamento no país

ligados ao Ministério da Saúde, voltados para o atendimento de toxicodependentes.

A internação na UD tem um período de duração entre sete e dez dias, variável de acordo com a evolução do tratamento da abstinência dos casos e das substâncias de consumo. O tempo de internação menor foi citado como algo auxiliar na negociação com usuários mais resistentes à internação. Para a internação na UD não há nenhum tipo de restrição quanto ao histórico de substâncias de consumo dos usuários, diferente do momento do seu surgimento, restrita à desabilitação de usuários de heroína.

O trabalho na UD tem como objetivo central a *desabilitação*, ou seja, o tratamento das questões físicas relacionadas ao consumo de substâncias, inclusive para os casos de comorbidade psiquiátrica. Durante o trabalho de campo, os participantes fizeram críticas à perspectiva de trabalho focada nos aspectos físicos nessa metodologia de tratamento. Para os profissionais, de modo geral o foco está na abstinência e os componentes psicoterapêuticos estão em segundo plano. Alguns entrevistados questionaram, inclusive, o sentido de intervenções psicoterapêuticas, dado o tempo curto da internação e o fato dos usuários estarem sob o efeito de medicamentos.

Por outro lado, a Unidade de Alcoologia (como o próprio nome diz) é destinada ao tratamento de usuários de álcool e tem um modelo próprio derivado dos até então Centros de Alcoologia. Foi incorporada aos serviços da área dos CAD desde 2007 e sofreu algumas modificações ao longo dos anos. O consumo de álcool precisa ser um problema para a internação na UAL, porém o usuário pode ter associado o uso de outras substâncias para a admissão.

A Unidade de Alcoologia pressupõe um tempo maior de internação e apareceu como uma intervenção em que não se pretende exclusivamente a desintoxicação.

O modelo de intervenção mostrou-se estruturado próximo da proposta de intervenção cognitivo-comportamental, baseado em estratégias que visam a prevenção à recaída e a manutenção da abstinência no pós-alta.

Na UAL existem algumas regras durante o tempo de internação esclarecidas aos usuários, anteriormente à sua entrada no programa. Quando a quebra de regras ocorre por parte de algum usuário, o mesmo é desligado da internação.

O nível de exigência para internação na UAL foi explicitado durante o trabalho de campo como uma dificuldade para alguns casos, em especial aqueles em situação de maior vulnerabilidade.

Na UAL também é possível internar comorbidades psiquiátricas, desde que o usuário esteja compensado e não exista necessidade de contenção por agressividade ou agitação. No caso de necessidade de atendimento de comorbidade clínica aguda ou contenção diante de episódio agressivo ou agitação, a ambulância do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é acionada e o usuário é referenciado, respectivamente, para o hospital ou para os serviços de psiquiatria.

Tanto a Unidade de Desabilitação (UD) quanto a UAL realizam um trabalho específico em contexto de internação e, no pós-alta, os usuários são reencaminhados para as estruturas de acompanhamento ambulatorial de origem. Mas para alguns casos, essas duas unidades apareceram como possibilidade de desintoxicação dos usuários para posterior encaminhamento para uma Comunidade Terapêutica. Esse fluxo pode ser descrito, por exemplo, na fala do entrevistado abaixo:

Então na Unidade das Taipas pode-se dizer ao fim: “ah, já sei que o João vai para uma Comunidade Terapêutica. Pois, já me sinto bem, já percebi que seu eu for cá pra fora vou começar a consumir, então vou pra um sítio pra onde eu talvez possa mais tempo estar sem consumir”. Portanto, isso é tudo trabalhado com as diferentes instituições e ele, o João, sabe que o objetivo das Taipas é um. Sabe e vai conhecer, vivenciar, né? Que é aquele objetivo e não da Comunidade. (...) Ele primeiro vai para a desabilitação, dez dias nas Taipas. Logo a seguir vai pra Comunidade Terapêutica. Porque a gente já sabe. Se ele sair vai haver problema porque ele vai consumir. A probabilidade disso acontecer é elevadíssima. (entrevistado 11)

A Comunidade Terapêutica foi considerada como um recurso interessante, desde que seja laica, de adesão voluntária e com participação efetiva do usuário na vida dentro da Comunidade. Há uma intermediação possível entre o que seria o viés totalitário e o saber médico-psiquiátrico, de acordo com o trecho a seguir:

Eu pessoalmente, só para matar o que estou a dizer, eu pessoalmente tenho muita simpatia pelo modelo de Comunidade Terapêutica. Desde que ela seja de adesão voluntária, desde que seja laica, desde que seja um espaço em que o residente é um co-construtor da vida comunitária ali dentro. (...) o Estado pegou nisto e aperfeiçoou e criou o modelo laico, que eu pessoalmente considero muito interessante. Considero interessante, considero que não tem que estar nem sob a égide do totalitarismo religioso nem sob a égide



do totalitarismo psiquiátrico. Há um espaço de inteligência no meio disso que não é um totalitarismo nem outro. Eu acho que esse espaço de inteligência existe. Há várias em Portugal mas que são Comunidades Terapêuticas inteligentes e interessantes e onde há um trabalho feito em condições. (entrevistado 24)

A indicação para a Comunidade Terapêutica transitou entre muitos critérios. Dentre eles, a possibilidade de um trabalho mais intensivo a longo prazo e de difícil realização em meio ambulatorial, resgate de investimento relacional, preservação da vida em alguns casos, realização de um “trabalho interno”, reaprender a viver em sociedade e afastamento do meio onde vive. No trabalho de campo foi possível identificar a abertura para o acolhimento de usuários com comorbidade psiquiátrica na Comunidade Terapêutica do Restelo (uma CT pública). Mas no caso de indicação das equipes para a internação nessa CT, o caso deve ser discutido previamente para que sejam avaliadas conjuntamente as reais condições para a internação.

A reincidência no uso de drogas e um novo pedido de internação em Comunidade Terapêutica após um restrito período de tempo foram considerados no trecho do entrevistado abaixo:

Até porque isso é muito discutível. Nós temos indivíduos que fazem o programa de Comunidade Terapêutica por doze, quatorze meses, que correu bem, que teve alta clínica, que sai e tal. Três ou quatro meses depois estavam a bater à porta a pedirem internamento em outra Comunidade Terapêutica, porque isso é muito complexo. (entrevistado 10)

O trabalho de campo proporcionou identificar a diversidade de ofertas da internação como mais uma alternativa de resposta em meio a tantas outras para a atuação em especial com a população dependente de substâncias. Mesmo com todas as críticas com relação às frentes de internação existentes e o apontamento pelos profissionais da necessidade de reformulações, a internação foi considerada nas entrevistas uma estratégia importante no processo de tratamento dos usuários. Embora não se configure como ponto de partida, internar usuários dependentes de substâncias na política portuguesa não carrega a conotação negativa presente nas políticas públicas do Sistema Único de Saúde brasileiro. Um outro aspecto relevante identificado é a realização da internação sem medidas compulsórias para sua viabilização.

De acordo com o trajeto feito até aqui, é notório a expertise da rede de atendimento dos comportamentos aditivos e dependências portuguesa no

cuidado de usuários de drogas ilícitas com destaque para o uso de heroína. A seguir, apresentarei o tema do uso do álcool, as questões culturais envolvidas e os desafios identificados na prática dos profissionais, em especial no âmbito do tratamento ambulatorial.

## **O álcool: problema de grande magnitude e com um caminho longo a construir**

A oferta de cuidado às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool é uma prática mais recente na área dos comportamentos aditivos e dependências na DICAD da ARSLVT. A abordagem do uso e da dependência do álcool ainda é um desafio no cenário português, assim como é no Brasil e mundialmente considerado.

Os Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) mudaram sua designação para CRI com as equipas de tratamento (ET) e começaram a trabalhar com as drogas lícitas. Vários aspectos revelaram-se importantes (com avanços e obstáculos) no trajeto da integração do tema do álcool na rede da área dos CAD desde 2007.

O primeiro deles é a identificação das ET como espaços de tratamento de toxicodependentes, em especial de usuários de heroína, ainda no imaginário da população. Essa identificação e a cisão entre a figura do toxicodependente (drogado) e do alcoolista (bêbado) se verifica nos entrevistados abaixo:

(...) “eu não me drogo” e para o heroinodependente, toxicodependente clássico aqui em Portugal, o outro gajo é um bêbado, que também existe do ponto de vista da representação dos pares algo diferente. E eu acho que os serviços reproduziram isso, os terapeutas reproduziram isso... de alguma forma. (entrevistado 2)

É verdade que a tentativa da saúde pública, dos responsáveis da saúde trazerem o álcool como mais uma droga no meio das outras. E portanto, tratamos alcóolicos nos Centros que já estavam feitos para toxicodependentes. Essa tentativa tem sido complicada. (entrevistado 24)

Além disso, os Centros de Alcoologia, renomeados para Unidades de Alcoologia (UAL) em 2007 e incorporados no campo das políticas da droga são tradicionalmente reconhecidos como os lugares de tratamento da dependência do álcool. Até hoje a população costuma recorrer diretamente à UAL, referência para a cidade de Lisboa e região da ARS.

Um outro fator é a área do álcool estar historicamente ligada à política de Saúde Mental. Do ponto de vista da política pública, o IDT ter assumido as responsabilidades no tema do álcool também provocou uma desresponsabilização de outros atores nessa área, em especial, dos profissionais dos serviços da Saúde Mental. Essa referência à Saúde Mental e em alguns trechos, a consequência dessa transição, foram encontradas nos entrevistados e explicitada no trecho a seguir:

O álcool estava com respostas nas Unidades de Alcoologia. (...) E havia também nos hospitais no departamento, dos serviços de psiquiatria, todos os serviços de psiquiatria tinham uma consulta de alcoologia. (...) Inclusive tinha um hospital de dia para os alcóolicos, tinha a consulta em ambulatório, tinha o internamento, tinha tudo aquilo a funcionar como devia ser. (...) O álcool passou a fazer parte das funções e da intervenção do IDT. Eu penso que... eu estava a ver a lei, e que houve uma leitura ali não muito boa da lei. A lei dizia que as estruturas do álcool (referindo-se à Unidade de Alcoologia de Lisboa do Centro e do Norte) fossem integradas pelo IDT mas não diziam que o álcool por passar ao IDT deixassem de existir em outros lados. (entrevistado 8)

Embora com as dificuldades de identificação das ET como espaços de tratamento para toxicodependentes e a UAL reconhecida como o lugar de tratamento para o álcool, o atendimento dos usuários tem crescido na rede dos serviços especializados nesse processo de integração. A integração da UAL na área dos CAD ainda é um processo em curso. Existe uma “tecnologia” de cuidado e um acúmulo de experiência e que nesse momento tenta criar “porosidade” com a expertise na área das toxicodependências.

Em contraposição, o referencial de tratamento na UAL foi trazido como algo ultrapassado, com alto nível de exigência e pautado na abstinência, como se verifica no trecho abaixo:

(...) unidades específicas que dão respostas do álcool estão ultrapassadas, está ultrapassada... o modelo que é praticado na Unidade de Alcoologia é um modelo de abstinência, pronto. (entrevistado 2)

A incorporação do tema do álcool na área dos CAD proporcionou um processo de responsabilização das ET e outros profissionais de saúde no tema do tratamento da dependência do álcool.

Além disso, a aproximação com os Cuidados de Saúde Primários e expansão da capacidade de atendimento nas ET têm produzido um fluxo para os serviços especializados.

Embora haja inúmeros esforços para alargar o campo de atuação no tema do álcool, várias particularidades foram consideradas nessa abordagem, o que desenvolveremos a seguir.

O álcool foi representado como uma droga lícita, culturalmente aceita na sociedade e que faz parte dos rituais festivos, o que dificulta identificá-lo como um possível problema. Essas referências foram amplamente trazidas no trabalho de campo. As passagens abaixo ilustram tais perspectivas:

Uma substância lícita, socialmente aceita, tem integrador de rituais, fazendo parte dos rituais sociais, está perfeitamente integrado. (entrevistado 5)

É aceito culturalmente, pronto. (...) De facto há imenso alcóolicos, nós temos só uma pontazinha do iceberg, não é? (entrevistado 9)

(...) o álcool, é uma substância que está incrustada milenarmente no imaginário ocidental e sobretudo mediterrânico, isso não faz um problema. Portanto, as pessoas não olham pra isto como um problema. Olham pra isto como uma inevitabilidade. Enquanto olham pra heroína como um problema. Ou para a cannabis mesmo. (...) E porque o álcool do ponto de vista do imaginário profundo dos mediterrânicos, o álcool não é uma droga. O álcool é uma bebida! Da qual às vezes abusamos. Quer dizer, se tu chegares à grande região vinícola portuguesa, a região do mercado mais velha do mundo, a do alto Douro onde se faz o famoso vinho do Porto, se tu chegares lá e disseres a um lavrador que cultiva a planta do vinho que é a videira; “pá, o senhor viu que essa planta aí... Isso é droga! É uva!”. Ele vai olhar pra ti e vai rir, rebola-se a rir porque não tens pés nem cabeça, não é? Portanto, tu não convences nenhum português profundo, chamemos-lhes assim, da portugalidade profunda, da ruralidade onde se produz o vinho, não convence ninguém que o vinho é uma droga. Pelo amor de Deus. Da mesma forma que não vai convencer um cocaleiro boliviano de que folha de coca é uma droga. É o sustento dele, pá! E os ocidentais tem muita dificuldade em perceber isso. Pronto. (entrevistado 24)

O fato de ser uma droga socialmente aceita faz com que a tolerância aos problemas advindos da sua utilização seja maior. A tolerância com o uso do álcool pode ser identificada, por exemplo, nos entrevistados abaixo:

Há uma questão que torna diferente o problema do álcool em relação à heroína que é as famílias rejeitarem o consumo de heroína. No álcool as famílias tendem a se aturar, ser compreensivas com o consumo do álcool, não é? (entrevistado 21)

Esses países como o nosso que produzem muito vinho são altamente tolerantes, não é? (...) As pessoas só olham para o problema quando são apanhadas a conduzir com álcool ou quando fazem muitos desacatos... (...) Por essa tolerância, por essa permissividade, não é? (...) E se eles lhe perguntarem se o marido é um alcoólico; “não, que horror, não é nada!”. “Ah, eu bebo um copinho mas nada de especial”. Há essa complacência de toda a sociedade. Até dos que vão lá em casa beber e que eles próprios nem a verdade contam. Arranjam explicações para eles beberem. “Ah, eu vou lá pra cama...

não chateio ninguém”. Explicações e são o fundo tentar justificar consumos. Não tem justificação. Isso faz-se muito mais no álcool do que qualquer outro dependente. Muitos poucos tentam justificar que o indivíduo consome heroína, e coitado e acham que é assim a explicação e tentam culpabilizar isso. O alcoolico é quase que a sociedade desculpabiliza. (entrevistado 25)

Em contraposição, esse entrevistado sinalizou a diminuição da tolerância aos consumos excessivos do álcool:

(...) sobretudo na década, primeira década dos anos 2000 é... que cada vez mais foi evidente socialmente o álcool: que é uma doença e que o indivíduo que é alcóolico é... se deve tratar, e portanto, familiarmente, socialmente, laboralmente e tudo isso, começou a tolerar menos o consumo de álcool. (entrevistado 1)

Em Portugal, o consumo do álcool tem um significado muito próprio, dada a sua condição de grande produtor de vinho. As mudanças na legislação há alguns anos faziam a diferenciação do início de faixa etária permitido para diferentes tipos de álcool. O álcool fermentado era permitido a partir dos 16 anos e o destilado a partir dos 18. Essa diferenciação foi considerada na fala do entrevistado abaixo:

Decidiram aprovar que à partir dos dezesseis anos não podiam beber bebidas espirituosas, ou seja, as destiladas, de maior teor alcóolico, mas que se podia beber dos 16 aos 18 a cerveja e o vinho. E foi uma luta. Passamos a ter álcool bom e álcool mau. Quando a pessoa está a beber cervejas, está a beber o mesmo teor alcóolico. E o problema aí foi a força das cervejeiras, força das políticas das vinícolas. Depois se percebeu que a coisa não tinha resultado e que não dava resultado, então em 2015 passaram tudo para dezoito anos. (entrevistado 22)

No caso dos adolescentes, existe na legislação a venda de álcool somente para maiores de 18 anos. Na contramão, o adolescente a partir dos 16 anos responde criminalmente pelos seus atos. Essa nuance do ponto de vista da responsabilidade cidadã pode ser identificada no trecho do entrevistado a seguir:

O argumento da mudança da idade do álcool foi a lógica da saúde. Nós em 2013, quando se tentou mudar a lei em que ficou ainda 16 a 18 a possibilidade de beber cerveja e vinho, não sei se tens noção... A nossa lei do álcool estava tudo a dezesseis anos até 2013. Até aos dezesseis anos ninguém podia beber. À partir daí podia tudo e mais alguma coisa. Em 2013 fez-se uma tentativa por parte da saúde para passar a lei para os dezoito anos. Há uma orientação da Organização Mundial de Saúde para isso mesmo. A OMS orienta para que os países façam essa logística até idealmente para os vinte e um, por causa da maturação do fígado. A nossa lei tutelar-educativa na minha opinião começa a ficar também desatualizada, porque a maturidade dos nossos jovens, se calhar também com estas logísticas é mais

tardia. E mais, se a nossa maioria é aos 18, a nossa lei da maioria é aos dezoito anos também. Ou seja, eu só sou maior de idade para tomar decisões a outros níveis da vida, com exceção do crime. Do crime começa aos dezesseis, depois todo o resto aos dezoito. Eu só posso começar a votar aos dezoito anos em Portugal. Qual é o sentido de sermos maiores pra umas coisas numa idade...? (entrevistado 22)

Dada a sua condição de produtor de vinho em grande escala, Portugal enfrenta consequências em lidar com os problemas de saúde associados ao uso de álcool. Os interesses de ordem econômica envolvidos e o baixo custo do álcool para os cidadãos portugueses foram referidos pelos entrevistados:

Do ponto de vista legislativo, aquilo que me parece verdadeiramente eficaz é a política do preço. Pronto. Agora isso é bem mais complicado. Se a gente conseguir lidar, quer a nível da União Europeia, isso era importante, se tivessem uma uniformidade, uma estratégia consertável ao nível da política dos preços e ao nível da economia. Nós, desde que temos... como lhe disse nós temos uma estrutura de Coordenação Nacional em que estão presentes onze Ministros. Houve dois que vieram com o álcool que foi o Ministro da Economia e o Ministro da Agricultura. Então enquanto toda a gente está numa postura de saúde pública e dos impactos da saúde, eles vêm com os números da economia e os impactos que qualquer medida legislativa pode ter na economia nacional que é muito ligada à produção de vinho. Mas não faz muito sentido e o nosso ponto de vista que é o valor absoluto da saúde, nos faz muito sentido que haja contrapontos. E a história, a política é a arte do possível... E há coisas em que se pode fazer num determinado momento e outras não. Mas aquilo que me parece importante... aquilo que seria ao nível se se pretende de facto diminuir as quantidades de álcool a consumir, fenómenos como o *binge drinking*<sup>85</sup>, a política de preços poderia ser a melhor. (entrevistado 26)

Consideramos até aqui o lugar cultural do álcool na cultura, a tolerância advinda dessa aceitação, a acessibilidade ao consumo devido aos baixos preços e o fato de Portugal ser um produtor de vinho em larga escala. Esses fatores apareceram associados com um outro aspecto: a legitimação do uso do álcool no contexto familiar e fazendo parte dos rituais coletivos da cultura portuguesa. Essas particularidades foram destacadas pelos entrevistados abaixo:

(...) agora há uma consciência um bocadinho diferente, mas até há poucos anos até as crianças bebiam um bocadinho e não tou a falar daquela questão muito tipicamente portuguesa de se dar álcool aos miúdos ou para dormirem ou porque não havia mais comida. E davam uma coisa que não sei se ouviu alguma vez falar, que são as sopas de cavalo cansado. Pronto. Então, é uma coisa muito típica portuguesa, não só do norte ou do sul e que são as sopas de cavalo cansado, que é pão duro embebido em vinho que as pessoas produziam e com um bocadinho de açúcar... que as pessoas davam

---

<sup>85</sup> beber esporádico em excesso.

um pouco aos filhos no *pequeno almoço*<sup>86</sup>. Tirar a fome, dar-lhes supostamente alguma energia e sempre houve muito dessa filosofia que o álcool dava energia e não fazia mal. Havia também uma tradição de por um bocadinho nas chucas dos bebês para lhes acalmar e pra dormirem, isso mais nas zonas rurais. De qualquer maneira eu lembro que quando eu era ainda míuda, numa festa, davam um bocadinho de vinho ou champanhe assim, para eu provar e também brindar. (entrevistado 4)

Ou quando nós nos viramos em cerimoniais coletivos nos emborrachamos<sup>87</sup> todos e achamos isso genial. (...) Tudo bem, somos assim, qual é o problema... Os gauleses também apanhavam grandes bebedeiras. No Asterix. No Asterix se andavam todos a dar porrada no fim da refeição, não é? É nosso lado ordálico<sup>88</sup>... (entrevistado 24)

Um dos entrevistados faz referência à uma obra sobre o álcool de um autor chamado *Eduardo Menendez* intitulada *La Parte Negada de La Cultura* para expressar o quão forte *o beber é* na cultura portuguesa:

O Eduardo Menendez tem um trabalho que se chama *La Parte Negada de La Cultura*. É sobre o álcool. E a questão é um bocado esta. Nós negamos o álcool como um problema. É parte negada da cultura. Nós negamos várias coisas na cultura. Por exemplo, os brasileiros não assumem com facilidade o racismo, nem os norte-americanos. Nós não temos muito que nos preocupar com isso porque não somos uma sociedade multiracial... O problema aqui não é tão sério mas os brasileiros ou os norte-americanos não assumem o racismo, como os portugueses não assumem o alcoolismo, como os franceses não assumem o chauvinismo, como os alemães não assumem que as duas grandes guerras que aconteceram na Europa no século XX foram por causa deles. E se houver uma terceira parece-me que também vai ser. Portanto, cada cultura tem uma parte negada. Uma parte que não está disposta a reconhecer. E isto tem a ver com o nosso inconsciente profundo que conforme qualquer um de nós não gosta de admitir as fraquezas, não é? (entrevistado 24)

O consumo do álcool faz parte da cultura mediterrânea e a grande questão é saber conviver com ele, assim como com as outras drogas, de acordo com o entrevistado abaixo:

Nós vivemos numa cultura mediterrânea aqui na Península Ibérica que contacta com o álcool desde muito tenra idade e aprendemos a viver com o álcool. Não quer dizer que não façamos muitas asneiras com ele. Mas aprendemos a viver com ele. Todos, qualquer português tem álcool em casa. Às vezes álcool muito forte, aguardente, runs, vodkas e não é por isso que anda a beber, que anda a sair para o trabalho aos tombos, não é por isso que os filhos se metem no álcool. Por que? Porque aprendemos a viver com ele. E... e eu acho que isso pode se passar com as outras drogas também. Aprender a viver com elas. Sendo certo de que haverá sempre indivíduos que cometem excessos. Mas isso, como é natural nos excessos, uns por causa da festa e outros quando o fazem os

---

<sup>86</sup> Café da manhã.

<sup>87</sup> Tornar borracho ou bêbado, embriagar-se, embebedar-se.

<sup>88</sup> Práticas repetitivas assumidas por pessoas e que comportam algum tipo de risco.

excessos fora da festa, quando os fazem em estado de solidão ou seja lá o que for, são indivíduos que tem algum sofrimento e que experimentam mal esse sofrimento. (entrevistado 24)

Segundo os entrevistados, os dependentes de álcool demoram mais tempo para reconhecer o problema e a chegar para o tratamento. Essa leitura pode ser identificada no trecho abaixo:

São casos em que estão em maior tempo de negação da sua doença. (...) Até porque eles assumirem que tem o problema, leva bastante tempo. Porque enquanto nas toxicodependências, nas drogas ilícitas, a degradação é muito rápida. Mais rapidamente eles vem à consulta. Com o álcool não. (...) Muito mais crônicos e portanto, com muito mais déficit cognitivo. Em termos da compreensão, a intervenção é muito mais complicada nesses casos. (...) Esses indivíduos começaram muitas vezes o consumo na juventude. (entrevistado 9)

Além disso, o agravamento da “saúde física” foi considerado um disparador para o início de tratamento do álcool. Outro fator apontado como motivo de chegada de dependentes de álcool para tratamento são as famílias. Geralmente elas percebem o problema antes do usuário e procuram ajuda.

Conforme já abordado, há situações em que os usuários chegam por intermédio dos Tribunais e das Comissões de Proteção a Crianças e Jovens (CPCJ). Situações de violência doméstica, violação de regras de trânsito e acidentes de trabalho estão entre os motivos mais comuns desses encaminhamentos.

O alcoolismo é uma questão complexa não somente para os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários. Durante o processo de transição, a dificuldade dos profissionais das ET com o tratamento dos usuários de álcool foi considerada, de acordo, por exemplo, com os trechos a seguir:

Os psicólogos, e eu diria, a maior parte dos terapeutas, estavam muito confortáveis em tratar somente os seus heroinodependentes... estavam na sua cadeira de conforto... uma substância identificada, okay?... uma problemática identificada, riscos identificados, caminhos identificados, políticas identificadas, metadona, internamento, Comunidade Terapêutica, a coisa tava, já é... e portanto, as pessoas ficaram, ou foram ficando em Portugal, muito habituadas a fazer e fazendo bem, não é? ...a questão, mesmo que existisse um consumo problemático de álcool, associado a uma dependência de heroína, aquilo que é considerado a partida como prioritário é o consumo de heroína. (entrevistado 2)

Foi feita alguma formação aos nossos técnicos, mas de facto teve qualquer coisa que veio enxertar nossos serviços para o qual muitos técnicos não se sentiam muito preparados. E não se sentiam muito motivados. Os nossos técnicos em geral, gostam, gostavam da área das dependências, das toxicodependências com drogas ilícitas, heroína, cocaína, etc. Mas para o álcool não estavam de facto muito



motivados nem sequer gostavam muito desses doentes também, não é? (entrevistado 21)

Além disso, o uso de álcool foi considerado como muito próximo da realidade dos profissionais, o que contribuiu para revelar alguma dificuldade nesse campo de atuação.

O alcoolismo foi considerado difícil de tratar pelos profissionais. A idade mais avançada dos usuários que chegam para tratamento, as dificuldades de reinserção e as questões clínicas graves associadas foram referidas nos entrevistados abaixo:

O álcool é muito perigoso. O alcóolico requer um manejo muito cuidadoso. (entrevistado 10)

Eu acho que do ponto de vista da reinserção é muito mais difícil trabalhar um alcóolico do que alguém que foi dependente de heroína ou mesmo até de cocaína. (...) E eu acho que exige um bocadinho mais em termos médicos o álcool do que as outras substâncias. (...) O dano físico é muito maior do que o dano provocado pela heroína ou mesmo pela cocaína. (entrevistado 18)

Os que nos chegam aqui são geralmente pessoas mais velhas, de cinquenta anos pra cima, já muito degradadas, difícil de tratar, já com muitos danos a nível de saúde. (entrevistado 21)

A dificuldade de composição com outros serviços de saúde para os cuidados clínicos associados ao consumo foi referida por um entrevistado:

(...) temos conseguido uma boa articulação com os serviços de infecto e os serviços de hepatologia, pronto. E com relação ao álcool? Não! É um problema muito grave. Os alcóolicos têm uma patologia muito acentuada. No nosso serviço logo somos essencialmente psiquiatras e portanto, já não estamos muito vocacionados para aquela parte física muito intensa e nem é a nossa especialidade. (entrevistado 4)

O uso do álcool socialmente aceito foi outro fator apontado como dificuldade nos processos de tratamento ao longo da investigação. A larga oferta do álcool a usuários abstinentes faz com que fiquem mais suscetíveis a uma recaída, conforme descrevem os entrevistados a seguir:

E parar os consumos também é muito difícil porque manter depois a abstinência, enquanto que nós, pronto, obviamente numa família, enfim, tradicional, normalmente não se costuma partilhar heroína num batizado, num casamento, num aniversário, não é? como eu costume dizer, não há essa tradição. O álcool está sempre presente nos festejos em Portugal e as pessoas tem muita tendência em dizer: "é, pra tomar um copinho só que santo faz mal?" e muitas vezes o enquadramento também não ajuda. Embora haja já alguma consciência maior disso porque alguns doentes já me dizem que os amigos no café já dizem, já não oferecem, já percebem que a pessoa

não pode beber até há pouco tempo e ainda muito generalizado o que as pessoas dizem é que: “pá, um copinho também não te faz mal, tejas com mariquices...”. Beber é ser forte. (entrevistado 4)

É de facto um grande problema. É difícil de tratar... tá à disposição. Se você vai à casa dos amigos jantar, não oferecem heroína, mas oferecem um bom vinho, um bom porto, um bom qualquer coisa... mas não lhe oferecem um bocadinho de heroína nem um charro no jantar não é? (...) Depois há a pressão social. Eu costumo dizer que eu sou vítima disso, porque eu sou umas das poucas pessoas que nunca bebei, nunca bebei nada. (...) Uma pressão terrível e que até hoje; “isso é porque não conheces um licor que comprei agora e que trouxe do país não sei de onde, do oriente, e que tem sabor de café e que é doce, ou que é de menta, e você adora menta e não pode não gostar desse licor de menta e é impossível, experimenta...”. E isso é uma pressão, e estou a falar de pessoas que me conhecem, amigos, e portanto, pressão social. Quanto mais pra alguém que há sempre aquela coisa de alcóolico a tratar, qual é o problema que se tem em beber um copo no almoço, como toda a gente. Não há noção de que nunca vão poder beber um copo ao almoço, um copo ao jantar, isso nunca vai acontecer porque quando se tem um problema, uma dependência de álcool, isso nunca vai acontecer. (...) E as recaídas são também... há pressão social. E é permitido. Pode se comprar, no café, no restaurante, as pessoas oferecem, vai lá em casa. Não é a mesma coisa que consumir droga e comprar do traficante. Portanto, é como o jogo. Como quem joga em casa no seu computador. Até esses acham que é diferente daqueles que vão ao casino. Aquele que está em casa acha... não! Aquele que vai ao casino gastar uma fortuna na máquina é que é o dependente, não sou eu aqui que estou a jogar poquer on line 24 horas sem dormir, sem comer, sem tomar banho. (entrevistado 8)

Embora a idade mais avançada e a chegada tardia para tratamento tenham sido mencionadas no trabalho de campo, o uso de álcool na população jovem é uma preocupação. Situações de abuso de álcool em contextos recreativos têm sido comuns entre jovens de acordo com os trechos abaixo:

Quase todas as universidades têm isto. (...) É um concurso pra ver quem consegue chegar ao fim de um percurso bebendo mais em várias tascas<sup>89</sup>. E isso é uma coisa instituída enquanto integração. Portanto, é um padrão cada vez maior. (entrevistado 13)

Ninguém nunca está a olhar para os mais jovens. Para as pessoas que bebem socialmente, bebem muito nos fins de semana. O padrão de consumo mudou muito. Essas gerações mais jovens só tem uma forma completamente diferente de consumir das gerações mais antigas. Enquanto que o padrão do alcóolico comum em termos culturais é visto como o sujeito que bebe todos os dias e começa a beber no pequeno almoço, o padrão do alcóolico do futuro não vai ser este. Vai ser dos jovens que agora bebem aos fins de semana de forma intensa, o chamado binge drinking, mas não bebem no resto dos dias. (entrevistado 21)

---

<sup>89</sup> Estabelecimento onde se serve vinho e refeições ligeiras a baixo preço; taberna.

A compreensão restritiva do dependente de álcool como aquele que bebe todos os dias e outros mitos com relação ao uso de bebida alcóolica foram apontados nas falas dos entrevistados a seguir:

Aquela pessoa que é alcóolica é aquela pessoa que é encontrada todos os dias em coma alcóolico caído na rua. Esse é que é o alcóolico, não é? (risos...). (entrevistado 6)

Enquanto nas substâncias há menos mitos associados, no álcool é muito fácil tipo, apanhar as pessoas que dizem que o álcool aquece, que a ressaca passa com uma cerveja no dia seguinte. (entrevistado 13)

(...) elas não se assumem como doentes e nem as famílias as veem como doentes e portanto, os próprios técnicos também ainda não se dão conta dum jovem que possa estar a beber em excesso nas ruas. (...) E estes jovens da forma como bebem é de uma forma altamente tóxica. Provavelmente estão a desenvolver lesões muito mais rápidas. (entrevistado 21)

Portanto, inúmeras nuances na compreensão do uso do álcool e tratamento dos dependentes foram explorados nesse percurso. Um dos entrevistados coloca, por exemplo, pontos de interrogação com relação ao tema no trecho abaixo:

É uma questão que temos que fazer uma reflexão interna, porque é que as pessoas não nos procuram. Será que não nos procuram porque tem receio de vir cá, será que não nos procuram porque nós não respondemos adequadamente, será que esse tipo de resposta não está suficientemente divulgada, pronto. É uma coisa em que nós temos que pensar. Com relação ao álcool há muito trabalho a fazer ainda. (entrevistado 6)

Portanto, ficaram claras as dificuldades e os desafios da política pública de saúde portuguesa com relação às intervenções com usuários de álcool. Somado à forte cultura do uso do álcool, foi possível identificar a dificuldade dos profissionais na condução das intervenções nessa problemática. Mesmo com a incorporação das responsabilidades nas intervenções no tratamento do álcool pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) em 2007, tal dificuldade estabelece forte relação com o fato de a política pública de saúde portuguesa ter feito um percurso de maior êxito nas intervenções com a população dependente de ilícitas. Além disso, ficou evidenciada a falta de estrutura e o receio dos técnicos no manejo das complicações advindas da abstinência do álcool em meio ambulatorial, recorrendo em grande parte dos casos, à internação como ferramenta para compor a condução do tratamento dos usuários.

A seguir, abordarei a Lei da Descriminalização, um ponto de destaque no reconhecimento internacional da política portuguesa no campo das drogas. Ao contrário do tema do álcool, ainda com grandes dificuldades nos campos de prática, poderemos identificar o quanto a aprovação da Lei contribuiu para potencializar o trabalho com usuários de drogas ilícitas.

## **A Lei da Descriminalização**

A lei da descriminalização do uso e porte de drogas ilícitas é um diferencial internacionalmente reconhecido da política pública portuguesa no campo das drogas.

Desde meados da década de 70 falava-se em descriminalização em Portugal e havia uma defesa do consumo de drogas ser tratado como questão de saúde. A fala do entrevistado abaixo faz referência a esse período:

Aliás, a primeira vez que isso foi falado em Portugal foi em maio de 1976 feita pelo Almeida Santos. (...) Que foi presidente do PS, que foi presidente da Assembléia da República, que foi Ministro de várias coisas e ainda no início... no início destas questões serem tratadas pelo poder, em 76 há um Decreto que foi por ele e que ele diz que o consumo de drogas não pode ser tratado como crime, é um problema de saúde que deve ser tratado como tal e que não faz sentido ser criminalizado. Deveria ser de mais-valia que fosse substituído pelo sistema das contravenções. As contravenções no direito português é o que existia antes das contra-ordenações. Só se passaram a chamar assim a partir de 1982. Bom, isso foi dito em 76 como eu lhe referi e foram precisos vinte e cinco anos para que se convertessem a lei. (entrevistado 12)

Por outro lado, havia uma defesa do consumo de drogas na esfera criminal por conta do seu valor simbólico. Mas esse posicionamento não perdurou muito tempo e perceberam que a criminalização servia somente para desencadear a prisão dos toxicodependentes:

(...) durante algum tempo havia a posição que alguns de nós defendíamos e que era a posição atual. E havia a posição de se manter a proibição porque a proibição tem um valor simbólico e a defesa era fundamentalmente essa. Não era a eficácia repressiva, defendia-se o valor simbólico da criminalização. E havia as pessoas que tinham oposição completa isso, as pessoas que diziam não, que devia haver uma regulamentação do fornecimento de drogas. O que eu acho que sucedeu foi que, eu diria assim: por um lado, as pessoas que defendiam, apesar de tudo, o caráter simbólico, foram percebendo que o caráter simbólico não tinha nenhum efeito. E foram percebendo também que a criminalização só criava problemas porque os toxicodependentes eram presos e depois ficam soltos à espera de julgamento durante imenso tempo. A máquina judicial era ocupada com processos de consumo completamente inúteis. Depois

quando chegavam à presença do juiz eram condenados mas uma pena de prisão que podia ser convertida em multa e portanto, emperrava a máquina judicial sem nenhuma eficácia. (entrevistado 20)

Até a aprovação da lei houve um percurso complexo e de muita resistência das concepções mais conservadoras.

A descriminalização foi em muitos momentos confundida com a liberalização do uso de drogas. De acordo com alguns entrevistados, havia a preocupação de aumento do consumo e de Portugal se tornar uma área livre para o uso de drogas ilícitas:

Quando no governo do José Sócrates se implanta essa lei de 2001, a direita conservadora e alguma esquerda, porque também a esquerda tem problemas de falta de inteligência, assim como a direita, a falta de inteligência está distribuída estatisticamente por vários lados, não é? risos... (...) tiveram o discurso que após a lei Portugal iria ter um aumento brutal do consumo de drogas, que seríamos o país que viria gente de fora só pra fazer turismo, o narcoturismo, etc. Não se passou nada disso. E portanto, essas vozes que anunciaram o apocalipse já caíram todas. Não se passou nada de especial, passou-se até a uma diminuição carcerária presa por conta da droga, passou-se, ou seja, não se passou nada das catástrofes anunciadas. Isso é importante, penso que para a comunidade internacional é um dado importante. Porque essas vozes que depois em outros países dizem: “não podemos fazer como Portugal senão vai aumentar muito o consumo”. Aqui não se passou isso. (entrevistado 24)

Além disso, existia uma preocupação de ruptura com as convenções internacionais estabelecidas com relação às drogas ilícitas. Descriminalizar o uso de drogas carregava um sentido de liberalização.

De acordo com o percurso revisitado da história no campo da política pública da droga, a *Lei* foi mais um entre todos os aspectos da *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*. A lei foi aprovada no ano seguinte da versão final do documento que recomendava, entre outras medidas, a descriminalização. A aprovação da lei foi descrita por entrevistados como um ato de brilhantismo, coragem e de raridade dentro de contextos políticos muitas vezes conservadores. Os trechos selecionados abaixo ilustram essa situação:

Isso é determinante, foi um rasgo de brilhantismo em 2000 com as pessoas que pensaram aquele documento, foi muito útil... eu não sei se você sabe mas o que está antes do documento, o que está antes da lei, é um documento que é a Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga, que eu sugiro a leitura e que é um documento criado por pessoas por todos os espectros da sociedade. (...) E o Alexandre Quintanilha encheu esse grupo com enfermeiro, psiquiatra, advogado, jurista e disse: “agora vamos pensar uma estratégia”. E na estratégia vem a dizer que as pessoas tem que ser olhadas do ponto de vista do direito, dos direitos humanos. (entrevistado 3)

Peçam um parecer a um jurista ou pessoa do direito... (...) Houve de facto nesse período feito ao Professor Freire Costa, atual provedor de justiça, houve uma Comissão que foi nomeada com especialistas e a comissão recomendou a descriminalização. Uma coisa que é rara é que gostam de fazer como o poder quer, o Sócrates pediu uma opinião e fez uma Comissão disto. (...) Vamos tirar isto do contexto criminal e portanto, descriminalizar significa tirar da cena, do código jurídico criminal. Vamos colocar no espaço das contra-ordenações. E a lei da descriminalização foi feita .... (...) Era arriscar e se fazer o que nunca se tinha feito. O que nunca se tinha feito que era: descriminalizar. Foi tarde. Foi tardíssimo. Isso devia ter sido feito há... mais tardar nos anos 80. Mas fez-se quando se pôde. Depois se encontra reações reativas, você encontra reações reativas em Portugal. (...) Às vezes eram necessários enfrentar os interesses instalados e essa lei teve essa coragem. (...) Porque mais do que mudar a lei, foi uma mudança de atitude. (entrevistado 12)

A primeira contribuição direta da aprovação da lei foi retirar o consumo do campo da criminalidade e oficializar a responsabilidade do tema no contexto do Ministério da Saúde. Essa mudança impediu que os consumidores de drogas fossem abordados e enviados para a prisão. A dependência de drogas ilícitas deixa de ser punida e passa a ser vista como algo que precisa ser tratado.

A mudança proporcionou transformar o olhar estigmatizado existente até então para o toxicodependente como um criminoso que deve ser penalizado. Mais do que a necessidade de tratamento, produziu uma compreensão de doença, um doente que precisa ser tratado. Essa transição pode ser ilustrada, por exemplo, no trecho das falas dos entrevistados abaixo:

Eu acho às vezes que um bocadinho a sociedade portuguesa, desde a aprovação da lei, até hoje, num sentido, e para isso contribuíram os responsáveis e profissionais dessa área de uma mudança do toxicodependente como criminoso, do toxicodependente como um delinquente, para uma pessoa doente. Essa foi a mudança de paradigma com a lei. Deixa de ser um caso de justiça para ser uma situação de doença, de cuidados ao nível da saúde. E essa doença foi brutal eu acho e marcou a sociedade portuguesa. Não sei se há em concreto um estudo que mostre isso. Mas hoje olham-se as toxicodependências de maneira diferente. (entrevistado 15)

(...) há uma questão que é a liberdade, há os direitos humanos, a liberdade individual, não vamos moralizar, né? Nem classificar as condutas das pessoas a partir de um momento em que... temos problemas e eles são problemas no âmbito da saúde, as dependências são problemas de saúde, né? E portanto, não vamos criminalizar um doente, não é?... Vamos tratá-lo. Esta que é a grande nuance da lei da descriminalização, né? (entrevistado 28)

Por outro lado, a leitura de doença se entrecruza com o olhar do uso de drogas como algo a ser tratado como questão de saúde. A doença existe mas

há usuários fora desse registro. Essa ponderação foi identificada na fala do entrevistado a seguir:

(...) há sujeitos que usam drogas e não doentes. E para nosso discurso chegar a todos e para todos se sentirem incluídos nessa comunicação em saúde, se eu vou por tudo na ótica da doença, esse não chega cá, não é? Por exemplo, estes todos que somos nós, vamos à feira, à festa, ao, sei lá, andar na rua, não nos revemos no discurso da doença, portanto nosso discurso tem que ser o discurso da saúde. Tem que ser na saúde mesmo nos que estão doentes. (entrevistado 3)

A lei proporcionou desviar o crime do uso de drogas, que ora aparece como doença, ora como uma questão de saúde. O foco na doença deixa de englobar consumidores de drogas fora dos padrões de uma dependência. E também afasta a possibilidade de aproximação de usuários em uma condição não tão degradada por conta dos seus consumos, de acordo com o trecho abaixo:

E portanto, quando eu falo numa mensagem, eu tenho que falar de saúde, eu não posso falar de doença. Mas eu mudei meu discurso. (...) As nossas equipas de tratamento, são magníficas, eu acho que o que elas fazem, fazem muito bem. Mas foi preciso evoluir disso pra outras coisas, né? É preciso ir ao mundo. E esse discurso é um discurso muito... que tem que ser aberto senão a gente vai excluir todos os outros sem querer, não é? Porque se eu acho que lá é um sítio onde só vão estes, eu não vou lá. Porque não tem dentes, porque eu não uso drogas, porque eu trabalho, então eu não vou lá. (entrevistado 3)

Alguns entrevistados referiram a maior procura dos usuários por tratamento como um ganho após a aprovação da lei. O medo, o receio e a fantasia de serem entregues à polícia por fazerem consumo de drogas ilícitas impedia a chegada de usuários, de acordo, por exemplo, com os trechos abaixo:

A descriminalização permitiu que as pessoas perdessem a estigmatização. A Associação droga-crime que era uma coisa dos imaginários sociais, alimentada por uma imprensa de faz de conta era uma coisa dramaticamente visível no nosso país e isto levava que frequentemente as pessoas se encasulassem e fossem incapazes de pedir ajuda. (entrevistado 12)

Com receio de serem referidos à polícia. Isso advém do tempo da ditadura. Havia alguma paranoia relativamente a isso. Eu vou ali e eles depois dão a lista dos doentes à polícia e a polícia vai e os apanha. A descriminalização veio desmontar também isso. (entrevistado 26)

Por outro lado, alguns entrevistados relativizaram o efeito da lei como motivo de uma maior procura dos usuários por tratamento. Os Centros de Tratamento existiam antes da aprovação da lei e os profissionais tinham uma visão diferenciada do problema, preservando o sigilo e atendendo o usuário numa perspectiva da saúde, sem julgamento e sem uma postura punitiva. A interface do consumo com o crime não impedia a chegada dos usuários, como se verifica, por exemplo, na passagem a seguir:

Eu acho que não... E acho que houve da parte... Goulão disse isto, muitas outras pessoas disseram isto, que foi o facto de a lei ter mudado que fez com que muitas pessoas chegassem ao serviço. (...) pra mim isso não corresponde. (...) do meu ponto de vista fez okay, com que algumas pessoas chegassem ao serviço... é verdade... mas não foi isso que fez com que as pessoas no grosso modo chegassem ao serviço. (entrevistado 2)

Nas entrevistas, a aprovação da lei também foi mencionada como uma forma dos usuários se sentirem mais protegidos com relação ao consumo:

Eu acho que eles ficaram menos preocupados, menos preocupados não tem que ser mal. Menos preocupados no sentido de perceber que se lhes acontecesse o mesmo... é... a consequência seria ir para uma equipa de tratamento. Não seria uma medida judicial. Não quero eu com isso dizer que tenham começado a consumir mais... ou que tenham achado que... agora a lei não me toca se eu tiver só essa quantidade. Não! Não aumentou os consumos. (entrevistado 8)

Para um dos entrevistados, a lei não transformou a relação dos usuários com os serviços, porque inclusive a maioria deles a desconhece. A mudança da relação dos usuários com os serviços está atrelada às mudanças do fenómeno da droga:

A lei não alterou grande coisa. Que que eu quero dizer com isto... Muitos utilizadores não conhecem o estatuto legal das drogas. Não sabem, se é proibido, se não é e também acho que muitos não estão preocupados com isso. Porque consumiriam de qualquer maneira. O que tem alterado a relação com os serviços ou com as equipas de tratamento, o que tem alterado a relação com eles, ao meu ver, não é fruto da lei da despenalização. É fruto da própria dinâmica do fenómeno droga. (entrevistado 24)

Para o entrevistado acima, a heroína dominou o cenário das drogas por aproximadamente vinte anos do ponto de vista do mercado e da mídia. A cannabis ou haxixe eram difíceis de conseguir. No final dos anos 90 iniciou-se uma mudança desde panorama e não foi por conta de mudanças nas políticas. O uso de heroína ficou identificado com a degradação, conforme descrito no trecho abaixo:



Agora, este panorama começa a mudar no final dos anos 90' e começa a mudar não por vontade de alguma política, de algum ato legislativo muito importante, mas porque esses fenômenos são geracionais e a geração que protagonizou a heroína, uma parte dela que foi a que não largou a heroína, porque ficou agarrada<sup>90</sup>, adicta e depois já tinha quarenta anos, e depois quarenta e cinco, já eram os outros, e às vezes já eram pais e filhos, encarregaram-se de criar uma imagem da heroína que era a de desgraça, de ruína, de a heroína corrompia o corpo e o espírito, a heroína era coisa dos relegados, do bairro social degradado, portanto, houve toda a criação de uma imagem da heroína que lhe retirou todo o glamour que ela tinha quando apareceu. Quando apareceu na década de 70', no final da década de 70' havia um certo glamour ligado a figuras até do pop rock que tinham sido vítimas da heroína, como a James Joplin, ou Jimmy Hendrix, algumas figuras do jazz que tiveram agarradas à heroína. (...) E este charme da heroína que é responsável no início por atrair muitos jovens, depois perdeu-se completamente. (entrevistado 24)

As grandes festas eletrônicas com o advento das drogas sintéticas começam a expandir-se em Portugal. O LSD começa a ressurgir e surge o *ecstasy* utilizado em grande escala:

São as drogas associadas aos novos contextos de glamour. As festas que são os contextos de música eletrônica, da pista, da dança, da disco, que tem correntes mais duro techno, tem as mais soft<sup>91</sup>, o house, o trance, pronto. Eu vou designar todas estas tendências em torno da música eletrônica, eu vou designar por party people, as pessoas da festa. E estas festas, umas in door, outras out door, que ainda hoje continuam a existir um pouco por todo o lado, há todos os circuitos de festas, há uma alteração do padrão psicotrópico. Eu diria que reabilitou drogas que tinham praticamente desaparecido, os psicodélicos por exemplo, desde o LSD aos cogumelos, chamados cogumelos mágicos que é basicamente a psilocibina, até depois uma droga que apareceu em força, o êxtase, o MDMA. (entrevistado 24)

A partir desse novo cenário, começa a existir um novo padrão de uso. A heroína já não é a droga mais utilizada e a procura por ajuda é decorrente dos efeitos posteriores às experiências com outras substâncias:

(...) o padrão psicotrópico alterou-se profundamente por causa da dinâmica da própria droga. A heroína, eu diria que a heroína cavou a sua própria sepultura, não é? E depois outras drogas surgiram. Nós dois vemos surgir as primeiras consultas nas equipas de tratamento, não é um miúdo de dezoito ou de vinte anos que está a picar heroína, a chutar. Vemos surgir indivíduos que estão, que não aterram, que estiveram em LSD há 48 horas ou três dias, ou que estiveram em MDMA durante nos fins de semana seguidos e que de repente tem uma crise de exaustão dessa droga e entrou em falência mental. E entrou em crise de agitação. Às vezes coletam psicoses. (entrevistado 24)

---

<sup>90</sup> Apegada.

<sup>91</sup> Leve

No decorrer do trabalho de campo foi ficando clara uma leitura dos profissionais sobre a Lei enquanto uma consequência de um trabalho anterior do grupo de trabalho da *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga* e decorrência de um conjunto de práticas dos profissionais de saúde. Segundo alguns entrevistados, a lei da descriminalização não foi o ponto central das transformações e não alterou profundamente a lógica do cuidado dos profissionais da área dos CAD. Essa leitura pode ser constatada no trecho a seguir:

Esse modelo não é um modelo criado em gabinete. Esse modelo é um modelo é... defendido por quem estava no terreno e por quem de facto fez uma caminhada nesses serviços e foi-se apercebendo o que era preciso fazer mais e o que era correto fazer. (...) Tudo isso foi uma coisa que se foi construindo, e eu acho que a lei, eu sempre digo a lei, acabou por vir a dar de alguma maneira uma consistência àquilo que nós vínhamos dizendo no nosso discurso e na nossa mensagem. (entrevistado 9)

A aprovação da Lei não foi isoladamente a grande responsável pelas transformações. A mudança de posição da população com relação ao uso de drogas e a chegada dos usuários aos serviços foram atribuídos ao aumento da capacidade de respostas para o problema da toxicodependência e os respectivos resultados. Essa reflexão é encontrada, por exemplo, no trecho do entrevistado a seguir:

Eu acho, e pra isso que de facto contribuiu a lei... (...) As pessoas passaram a chegar aos serviços porque começou a haver resposta, porque se tu acompanhares o crescer epidemiológico em Portugal você estará a perceber e está escrito na literatura, que até os anos 90 do ponto de vista epidemiológico, tu tinhas um conhecimento que não era sustentado pela criação de resposta. Então tu chegavas no início dos anos 90 às Taipas e eras atendido, tinha urgência etc etc mas eram atendidos daqui a 7 meses.

(...) conseguimos muito controlar a visibilidade daquilo que era a degradação física e social da heroinodependência, eu acho que isso que mudou muito a perspectiva da sociedade civil, não é? (entrevistado 29)

Porém, mesmo com a diminuição significativa da preocupação da população com o uso de drogas e maior tolerância com os utilizadores, os entrevistados referem a manutenção do toxicodependente como alguém que incomoda na sociedade. Esses posicionamentos podem ser encontrados nos trechos a seguir:

Eu acho que é um bocado fantasioso, do meu ponto de vista, dizer que as pessoas agora na sociedade por causa da mudança da lei, veem os consumidores como doentes... não veem! As pessoas veem os consumidores como alguém que só dá trabalho e que criam ruído social, roubam... eu não acho que exista do ponto de vista social em Portugal uma assimilação da lei majoritariamente por não técnicos, tá a perceber? (entrevistado 2)

Eu acho que a sociedade está mais tolerante mas continua a não querer a carrinha da metadona parada na porta da sua casa. Continua a ser... os ingleses tem uma expressão que diz: *Nothing in my back yard*<sup>92</sup>... “Eu até sou amigo dos toxicodependentes, mas metadona na minha rua não”. (entrevistado 3)

A aproximação com outros atores importantes para o alargamento das ações contribuiu para uma maior aproximação com a sociedade no debate sobre o consumo de drogas amparado pela lei, como se verifica nas falas a seguir:

A mudança e atitude da comunidade, em geral, face à questão das dependências e dos comportamentos aditivos e dos usuários das substâncias. Aí houve, aí refletiu-se uma mudança mais... mais generalizada. Nós tínhamos que fazer muito esse trabalho com nós dizíamos, uma revolução cultural, quase... nosso papel também é muito juntos dos nossos parceiros, juntos das famílias, com quem lidamos por perto, temos muita responsabilidade de desmontar o que é que isso. E portanto, mudando o olhar das pessoas sobre esses utentes. E da sociedade em geral, então fazíamos muito isso, quer com os serviços da rede social, da rede judicial, da educação... (entrevistado 9)

Mas acima de tudo teve uma dimensão simbólica muito importante e mudou a forma como a sociedade olha para estas pessoas, as pessoas que consomem. E na sociedade, dentro da sociedade não podemos esquecer estão: os polícias, ia escrever médicos, mas os profissionais, todos esses são sociedade e os utilizadores de droga, eles próprios estão dentro da sociedade. (entrevistado 10)

Além da aproximação com os atores indispensáveis para as ações nesse campo, os entrevistados reforçaram um aspecto já descrito historicamente na construção da política: a transversalidade do consumo de drogas. Era comum um familiar ou alguém próximo estar envolvido com o uso de heroína e era uma situação que atingia todas as classes sociais. Segundo os entrevistados, essa particularidade contribuiu para uma maior assimilação por parte da população quanto às medidas para transformar o cenário crítico do uso de heroína em Portugal:

Há um caminho bastante grande a percorrer. Deu um bom contributo, mas acima de tudo do que deu, deu o maior contributo... e não é por acaso que essa lei surge nos anos 90, mas as pessoas, a sociedade

---

<sup>92</sup> expressão inglesa que significa “nada no meu quintal”

de uma forma geral, também teve a sua experiência na sua relação com a droga. Houve um fenómeno em Portugal de transversalidade do consumo de drogas em termos sociais, ou seja, era possível encontrar dentro de uma família, do Ministro que aconteceu, ter um filho toxicodependente. Todos os extratos sociais. E isso permitiu, e que não foi só a lei 30. A lei 30 de alguma forma também encontra substrato, é possível saltar pra lei 30 e a massificação da troca de seringas porque as próprias famílias começaram a perceber: ups, isto também é uma coisa que toca a mim. E isso permitiu, construiu uma boa vontade junto das pessoas para acolherem o consumo de substâncias numa forma mais amigável. (entrevistado 10)

O conjunto de transformações que incluíram a Lei proporcionou uma melhoria na postura dos profissionais de outras áreas, de acordo, por exemplo, com os trechos abaixo:

Globalmente eu acho que nos Centros de saúde por aí afora, já não há atitude tão alérgica, digamos assim (risos) com relação à toxicodependência como havia antes. Não quer dizer que lá está a partir por completo, mas não é uma coisa tão violenta como antes, não é... hoje em dia é possível fazer uma articulação com os Centros de Saúde. (entrevistado 1)

Mas os outros profissionais então de saúde, os outros profissionais de saúde, eu acho que teve algum impacto. (...) Nós conseguimos inverter isso, com o trabalho das equipas da redução de riscos, da troca de seringas, mas também porque de alguma forma os profissionais do contexto hospitalar, que trabalha na infecciólogia, a hepatologia e por aí afora, por força desse clima que se criou na sociedade, eles se abriram muito mais ao tratamento de toxicodependentes. E acho que é esse um bocado que a lei vem trazer, pronto. (entrevistado 10)

Em contraposição, outros entrevistados discordaram de um efeito positivo da Lei na postura dos profissionais não especializados na área dos CAD. Esse posicionamento pode ser ilustrado nos trechos a seguir:

Há muitos serviços de saúde mental e física que não querem a população dependente ou com comportamentos aditivos nos seus serviços, tá a perceber? (entrevistado 2)

Eu acho que aí não foi tanto a lei que... eu acho que isso tem muito a ver com a carga negativa que esses doentes transportam. Eu acho que... não adiantou muito a lei (risos...), quem não tem sensibilidade para tratar essas pessoas ou para lidar com essas pessoas, continuam a ter comportamentos de uma... exclusão, não é? (entrevistado 6)

A lei de facto é muito bem vista dentro desse contexto, nos congressos internacionais isso nota-se mas fora desse contexto, em outros serviços da saúde, esses continuam a não nos desejar de que estejamos perto. (entrevistado 21)

A desconstrução do preconceito é algo ainda a ser trabalhado na relação com os profissionais de saúde de outras áreas. A lei pode até não ter

provocado uma mudança direta na postura dos profissionais de saúde de maneira geral, mas possibilita embasamento para a aproximação e a construção do trabalho em rede com conseqüente mudança de mentalidade. Os trechos abaixo contribuem para situar essa possibilidade:

(...) se eu disser que nesse momento tem uma esquadra em Lisboa que tem um contentor para receber seringas, mas uma esquadra de polícia, isso não acontecia há vinte anos, isso era impensável. Mas nós tivemos uma reunião e eu dizia: não queres seringas no chão porque há muitas crianças no bairro e podem se picar. Mas muito bem! E eu digo: então se virem uma seringa no chão, o que é que faz? E ele diz: agarro e coloco num caixote de lixo. E eu digo: tá errado, é risco, porque quando você agarra, não tem luvas, não está protegido. Põe no caixote de lixo, vem o Senhor da recolha do lixo e podes se picar e ficar em risco. Então vamos por um contentor na esquadra, quando a autoridade vir a seringa, põe com luvas. Isso é um senso de saúde pública. (entrevistado 3)

Eu não diria liberdade, mas mais legitimidade, não é? ... Há uma sustentação, até porque, mas isso é só uma curiosidade, é aquilo que eu acho mesmo, que com... houve inicialmente essa ideia, uma dificuldade em fazer a distinção entre descriminalização e despenalização, quem tinha alguma... quem tinha mais resistência a uma lei desta, situou ou ouviu muito mais despenalização. E quando a lei era aplicada, reagia de uma forma "ah, é sério? Não era assim que eu pensava que seria aplicada" e percebia-se que as coisas estavam muito mais limitadas, balizadas não é? (...) ... é mais nessa legitimidade de dar... tornar a coisa séria, não é? (entrevistado 5)

A lei da descriminalização também foi mencionada entre os entrevistados como uma função importante porque delimitou os papéis dos diferentes atores na abordagem dos usuários de drogas:

Eu acho que eventualmente... contribuiu, eu posso estar a dizer uma asneira é a minha apreciação, mas eu acho que a polícia tem contribuído para mudar o olhar da polícia e então a intervenção que a polícia faz, não é?... Quando desconstruir algumas... alguns mitos que a polícia teria relativamente aos utilizadores mesmo até em diferentes contextos, em contextos escolares até né... nós temos a polícia de proximidade nas escolas e até pelo fato da lei poderem enquadrar, quando nós vamos às escolas é mais fácil enquadrar o papel, que papel que cada ator pode. A lei serve também para nos... pra nos ajudar, ou pra legitimar se calhar, uma melhora de atuação de cada ator, da polícia, do professor... (entrevistado 5)

E depois clarificou muitos dos nosso aspectos da relação com a Justiça. Portanto, nós fazemos o tratamento e eles fazem a parte judicial. Nós não temos nada a ver com isso e eles não tem nada a ver com o tratamento. (entrevistado 6)

A lei vai de facto por as coisas no sítio, não é? ...vai regulamentar isso. (entrevistado 17)

A capacidade dos Centros de Atendimento aos Toxicodependentes foi um aspecto importante juntamente com a lei da descriminalização porque

desencadeou respostas e transformações, refletindo na forma da população lidar com o tema do uso de drogas.

A vigência da lei da descriminalização trouxe um ganho sequencial: a aprovação da lei da redução de riscos e minimização de danos (RRMD). Essa lei teve papel fundamental em vários aspectos para alguns entrevistados.

O primeiro deles foi conferir legitimidade e enquadramento jurídico ao trabalho da RRMD já realizado na rua mesmo antes da aprovação da lei da descriminalização. A lei da descriminalização possibilitou a aprovação do Decreto-Lei 182/2001 que formalizou e ampliou as ações da RRMD. Esse aspecto se verifica, por exemplo, na fala do entrevistado abaixo:

(...) mas uma coisa que eu acho que a Lei trouxe de interessante, e porque isso faz parte de um todo foi a alteração ao nível da redução de riscos e minimização de danos. (...) O trabalho que... não é por acaso que a grande Lei da redução de riscos é de 2001. Portanto, o Decreto-Lei 183/2001 diz o que se pode fazer em termos de redução de riscos e tem equipas de rua, programas de metadona de baixo limiar de exigência, ele próprio só é passível de ser implementado porque há a lei 30/2000. Só porque há essa lei que descriminaliza e que dá, que cria esse caldo de cultura, do meu ponto de vista é que é possível passar a ter mais, porque nós já tínhamos algumas, mais equipas nas ruas a trocar seringas. (...) A experiência da troca de seringas é anterior à Lei, mas amplia, permite ampliar. (entrevistado 10)

A ampliação das ações e projetos na área da RRMD proporcionou aprofundar o trabalho de proximidade com os usuários que não chegavam às estruturas formais de tratamento. Houve um ganho importante à medida que os profissionais puderam ir ao encontro dos usuários para ampliar a capacidade de respostas com novas estruturas, como por exemplo, as equipes de rua e as unidades móveis.

As equipes da área da RRMD tiveram um papel importante porque iam a territórios muito vulneráveis e associados ao uso de heroína. Além da troca de seringas, houve um trabalho de alteração para o consumo fumado e o barramento na transmissão das doenças infectocontagiosas. A Lei da descriminalização associada à área da RRMD proporcionou a diminuição dos usuários presos por consumo, assim como diminuiu o uso de drogas no padrão injetável. Essa mudança se verificou no trabalho de proximidade e também por exemplo, nas prisões. O entrevistado abaixo citou dois inquéritos realizados nas prisões, o primeiro em 2001 e o outro em 2007, para exemplificar essa transformação:

Nós temos um primeiro inquérito nas prisões feito em 2001, que é um inquérito importante conduzido por uma equipa em Lisboa. Foi financiado pelo IDT mas foi feito por investigadores fora do IDT. Investigadores universitários. E eles fizeram uma triagem de qual eram as drogas nas prisões e verificaram que perto de 70% da população reclusa portuguesa, isso em 2001, estava reclusa por causa das drogas ou por pequeno tráfico, ou por crime de consumo, porque estávamos em 2001 e estavam presos por consumo, ou por o chamado crime conexo, que é a pequena delinquência que acontece para roubar dinheiro pra comprar droga, não é? (...) enfim, tínhamos 70% das pessoas reclusas por conta ou do consumo, ou do tráfico ou do crime conexo. E os indivíduos que eram consumidores, a grande maioria, injetava dentro da própria prisão. Volta-se a fazer esse inquérito em 2007. O mesmo inquérito. E mostra-se que há uma queda enorme de consumo intravenoso, portanto, os reclusos, quer dizer... os toxicodependentes que estavam a ser presos depois de 2001 começam a cada vez menos serem injetores e cada vez mais indivíduos que ou fumam heroína ou já nem sequer fumam heroína. (...) E portanto, temos o pessoal da base de coca, o pessoal da cannabis e portanto, o grau de problema das prisões que era o consumo intravenoso entrou em queda também. (entrevistado 24)

O ganho significativo com o trabalho no meio prisional citado em outros trechos de entrevistados também foi aprofundado pelo entrevistado abaixo:

Nós retiramos o consumo de drogas das cadeias. Que é muitíssimo importante. Isso não quer dizer que não haja consumidores de drogas na cadeia ou porque traficaram, ou porque roubaram ou não sei quê. Mas como nós tínhamos em 1976 um Conselheiro de Estado que depois foi Ministro da Justiça veio dizer que... (interrupção). Veio dizer que em 76' cerca de 70% dos presos eram consumidores de drogas. (...) Temos estado a trabalhar sobretudo e o SICAD tem feito isso, o Dr. João Goulão, a trabalhar no reforço da prevenção. Todos os seus níveis: primária, secundária, terciária. Tratar. A droga impõe tratamento, impõe a prevenção. (...) Ou seja, acabar com o estigma mas acabar também com uma coisa desgraçada que era e ainda é a exclusão que tudo isso acarreta. (entrevistado 12)

Aprofundar o trabalho na área da prevenção foi outro ganho mencionado com a aprovação da lei. O tratamento é uma área importante, mas a lei proporcionou ampliar o escopo da prevenção, sobretudo numa outra perspectiva, de acordo com a fala do entrevistado a seguir:

A prevenção primária não pode só incidir no consumo de drogas e tem que abranger tudo. (...) Prevenção de comportamentos de risco, de situações de risco. (...) Para trabalhar com isso não basta ser psicólogo, é preciso ter uma formação mais integrada com as questões do desvio. (...) Porque tem que se perceber a exclusão social e que a prevenção tem que ser muito precoce, mas abranger por exemplo, o abandono escolar, o insucesso escolar, tudo que sejam desvios, a transversalidade, seja comportamento criminal, seja comportamento desviante, tudo isso tem que ser abrangido na prevenção. (...) Você não faz prevenção esperando que se bata à porta. Você tem que ir à rua onde os miúdos estão, os adolescentes, seja de manhã, seja à tarde, seja à noite. (...) Onde é que os miúdos estão a fumar charro, onde é que os miúdos estão a injetar. (...) Porque as drogas não são só nosologia, são também estilos de vida.

E é importante intervir aí pois as drogas na cadeia, as drogas sem cadeia, as drogas ligadas ao crime e a droga mesmo sem crime, colocavam sempre o sujeito consumidor, o toxicodependente particularmente, presos meios às linhas de fronteiras com a exclusão social. (...) O problema não é punir, o problema é prevenir. (entrevistado 12)

Conforme pudemos verificar ao longo da exploração do tema da lei da descriminalização, a sua aprovação acaba por ser a consequência de um conjunto de práticas em curso e do trabalho da Comissão que deu origem à Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga. Mesmo com uma lei atrelada a uma série de outras iniciativas, foi possível identificar a importância de se retirar o consumo de drogas da esfera criminal e trata-lo como uma questão de saúde, proporcionando a expansão da rede de cuidado e legitimidade das práticas em curso anteriores à sua aprovação, com destaque para a área da RRMD.

A seguir, exploraremos o tema das Comissões para a Dissuasão das Toxicodependências (CDT), os seus desdobramentos no cotidiano dos profissionais dos serviços de atendimento, a interface com as forças policiais e outros temas surgidos na exploração do tema da Lei da Descriminalização.

### **As Comissões para a Dissuasão das Toxicodependências, a Polícia e as interfaces surgidas em torno do tema das drogas ilícitas.**

As CDT surgiram como um desdobramento da Lei da Descriminalização. O uso e o porte de drogas ilícitas, desde que dentro das quantidades especificadas por lei, deixaram de ser considerados crime. Uma das particularidades de Portugal foi descriminalizar o uso de todas as drogas ilícitas e estabelecer os limites de quantidades, de acordo com os entrevistados abaixo:

O nosso modelo da descriminalização tem algumas originalidades. Uma delas é uma criação de um limite, de um *cut off*<sup>93</sup>, digamos assim, relativamente à criminalização ou não de posse para uso pessoal. Evidente que esse limite é arbitrário e é discutível mas existe um limite. Nós em Portugal descriminalizamos. (entrevistado 26)

E portanto, a Lei da descriminalização vai precisamente que... isto, ou ainda outra coisa, para enquadrar a questão de por que é que se descriminalizaram todas? Descriminalizaram-se todas porque não se

---

<sup>93</sup> Valor de corte.



coloca o enfoque na substância e sim no comportamento, né? Todas são psicoativas, todas... (entrevistado 28)

O uso e o porte de drogas dentro de certos limites deixam de ser considerados crimes, mas são algo proibido que passa a ser enquadrado no regime das contra-ordenações. Esse entendimento pode ser melhor descrito, por exemplo, no trecho da fala do entrevistado a seguir:

E voltando às convenções: a Lei da descriminalização, como descriminaliza o consumo de todas as substâncias, o que é que faz? Faz com que se mantenha... a ilicitude mantém-se, né? Continuam-se a ser substâncias ilícitas, que é proibido possuir e ter, né? Mas não é um crime. (...) a lei também define que nós temos que andar com cinto de segurança, mas se não andarmos estamos a cometer uma infração, mas não é um crime, não temos um processo-crime, não entra no âmbito da jurisdição penal... percebe? É esta a nuance grande aqui. (entrevistado 28)

Para um entrevistado, a CDT foi uma forma simbólica de dar uma resposta à sociedade portuguesa de que o consumo não estava liberalizado:

As Comissões da Dissuasão das drogas, as CDT para abreviar, elas foram criadas na mesma Lei de 2001, como um sinal a dar à sociedade portuguesa de que agora não era tudo facilidades. Quer dizer, não é uma lei que descriminaliza e toca e pra ir consumir drogas. Qualquer dia estamos aí a vender isto no supermercado. Não! Quer dizer, a ideia foi criar uma estrutura que não fosse uma estrutura da alçada do penal e do criminal, mas que mesmo assim desse um sinal à sociedade da censurabilidade do consumo. Pronto. Esse era o papel simbólico das CDT. (entrevistado 24)

A criação das CDT também foi uma forma de operacionalizar a Lei 30/2000. A função de uma CDT não é se tornar um mini tribunal. As CDT não são instâncias jurídicas e o objetivo não é punir usuários de drogas ilícitas abordados pela polícia. As CDT são instâncias *jus-psicológicas*. Embora a vertente jurídica acabe por ser suavizada por uma vertente mais psicológica e da área da saúde, a parte jurídica está inerente ao funcionamento da CDT. A CDT advém de uma base que é jurídica a partir da Lei 30/2000. Mesmo a CDT caracterizada como uma das intervenções possíveis no campo das dependências e de competência do Ministério da Saúde, o fundamento para a existência da Comissão é ser a consequência da Lei e da sua aplicação. Para os entrevistados, o foco da atuação das CDT é no comportamento dos usuários, no olhar para a saúde. Essa perspectiva está ilustrada no trecho abaixo:

Quando o Vitalino Canas me pediu para fazer o Decreto-Lei que regulamentava o funcionamento da CDT eu habitei a me pegar naquela estrutura e criar uma forma mais psicológica. Eu não sei se as Comissões todas estão a funcionar psicologicamente. Às vezes tenho dúvidas, e digo aqui como eu já disse em várias rodas: porque eu acho que há muitos juristas nas Comissões e os juristas eu acho que disse que os juristas só servem pra atrapalhar. Portanto, eu falo de questões de comportamento, não em questões de direito. Haverá uma questão contra-ordenacional, okay sim senhor, há um aspecto formal em que o jurista se deve encarregar dele mas a questão é de comportamentos de drogas. (entrevistado 12)

As CDT fazem parte do Ministério da Saúde no que diz respeito à dissuasão, tratamento e reinserção social, ou seja, assim como as quatro áreas de intervenção, a CDT é tida como mais um dos eixos de ação no campo do uso e dependência de drogas ilícitas.

O trabalho na CDT é consequência da aplicação da Lei pela polícia a partir das apreensões realizadas diariamente das pessoas com porte de substância. A fala do entrevistado abaixo exemplifica como pode ocorrer da abordagem policial até o usuário chegar a CDT:

Imagine que alguém está na rua e que é abordado por um agente policial e tem na sua posse substância ou está a adquirir ou está a consumir. O que a polícia tem que fazer é apreender a substância, fazer a pesagem, se tiver até determinada quantidade que é... que tá numa tabela anexada à lei e que diz que até determinada quantidade não constitui um crime mas constitui um ato ilícito, ou seja, continua a ser punido após a aquisição e consumo de substância continua a ser um ato que é ilícito, não é? Portanto, o que a polícia vai ver é qual a quantidade para saber para onde vai encaminhar aquela pessoa que está ali na posse de substância. Se tiver até a quantidade limite, virá pra cá porque estará a conter naquela altura um ato ilícito. Se ultrapassar essa quantidade já constitui presumivelmente um crime por... poderá ser por suposto tráfico. (entrevistado 7)

O agente policial faz um auto de ocorrência com o relato da quantidade de substância, detalhando se era posse ou se a pessoa estava consumindo na rua. Esse auto é entregue à pessoa abordada com uma data para se apresentar à CDT após no mínimo 72 horas do ocorrido. A situação com a polícia esgota-se no momento da abordagem e com o envio do auto à CDT. A partir daí a polícia não tem nenhum retorno do desdobramento das ações da CDT, ou seja, torna-se um processo sigiloso. Segundo os entrevistados, a notificação é feita sempre pela polícia:

Nós somos a Comissão que aplica a lei 30/2000, não somos quem apreende a substância, não somos quem notifica, portanto, é diferente: notificamos se as pessoas não vierem cá depois de terem sido notificadas pela polícia, não é? Mas não somos a primeira parte do processo, não é? (...) As quantidades, como eu disse, estão

naquele tabela, temos por exemplo, cinco gramas pro haxixe, uma grama pra heroína, duas pra cocaína, o que os agentes fazem é de fato pesar a substância pra saber pra onde é que irão encaminhar o expediente e a pessoa. (...) Eles tem que notificar as pessoas para virem cá no espaço mínimo de setenta e duas horas. (entrevistado 7)

Mas o que acontece se a pessoa não comparece após a notificação? Na maior parte das vezes as pessoas abordadas pela polícia comparecem após a notificação policial. Caso a pessoa não compareça, a própria CDT encarrega-se de fazer mais duas novas notificações, via correio, e-mail ou telefone. Caso a pessoa mesmo assim não compareça, a última notificação é feita via agente policial. Nota-se nestes casos uma nova participação da polícia, porém sem qualquer consequência no âmbito jurídico. No caso de notificação do agente policial na residência da pessoa, caso a mesma não compareça, o processo segue e há uma decisão da Comissão na ausência das pessoas, com outras medidas previstas na Lei 30/2000, como por exemplo, o pagamento de multa ou prestação de serviço à comunidade. Embora nesta situação, novamente notamos a atuação de um agente policial, as providências ficam totalmente a cargo da CDT.

O procedimento da CDT quando a pessoa se apresenta é uma conversa com o objetivo de identificar o tipo de consumo, a situação laboral, familiar e a motivação para rever os consumos. A perspectiva da CDT é fazer com que as pessoas pensem a respeito dos seus consumos, a fim de motivá-las e direcioná-las para estilos de vida mais saudáveis. Visa com isso fazer as pessoas perceberem as consequências do uso para o organismo e do ponto de vista legal. A CDT também tenta encaminhar as pessoas para consultas, caso avaliem que haja riscos associados aos consumos. Tudo depende da construção do entendimento de tratar-se de um uso pontual ou uma dependência. Esses encaminhamentos somente ocorrem em total acordo com a pessoa. Não há encaminhamentos obrigatórios. A não obrigatoriedade foi considerada, por exemplo, na fala do entrevistado a seguir:

Não há uma obrigatoriedade, há uma indicação que se deve ir e normalmente a pessoa querendo... a pessoa pode dizer: "eu não quero ir", e ninguém é obrigado a ir e dizer: "eu não vou". (entrevistado 3)

Nesse sentido, a CDT procura sempre trabalhar a motivação para adesão aos encaminhamentos. Nos casos em que a CDT entenda o benefício da continuidade do tratamento, mas a pessoa não se mostre motivada, outros

atendimentos são combinados e realizados com o objetivo de suscitar alguma motivação. A perspectiva da CDT é abrir alguma via de cuidado em saúde. A abstinência não é uma condição colocada aos toxicodependentes para o seguimento indicado e pactuado com a CDT. No caso de um usuário não dependente, o padrão de uso de droga também não é o único critério para indicar um encaminhamento.

Esse procedimento de identificação da diferença entre o uso esporádico com possíveis riscos associados e situações que caracterizam uma dependência, foi descrito por grande parte dos entrevistados. Os trechos abaixo selecionados ilustram essa perspectiva:

Manter um seguimento não implica abstinência, manter um seguimento pode ser em Unidade Móvel, por exemplo. Para a Comissão também é válido que a pessoa mantenha contacto com a Unidade Móvel. Porque aquilo que se pretende de facto é abrir a porta da saúde, seja por que via for, não é? É... se se trata de um consumidor não toxicodependente, então ou tem a indicação porque tem algum tipo de problema que às vezes não é uma coisa ligada diretamente ao consumo, mas pode ser, sei lá, estar deprimido e com ideação suicida. E, portanto, achamos que devemos fazer um encaminhamento. (entrevistado 5)

Nós temos que diferenciar sempre em termos de decisão se é um consumidor dependente ou um consumidor não dependente, porque aí a decisão poderá, será diferente certamente é... essencialmente no sentido em que isso for um consumidor dependente nós iremos sempre propor um encaminhamento para uma estrutura de tratamento ou a manutenção se já estiver integrado e se for uma recaída, não é? desse tratamento. Portanto, aí será sempre a nossa opção. E o processo aí só poderá ser suspenso se o próprio aceitar essa... essa adesão ao tratamento ou essa continuação do tratamento em que está. (entrevistado 7)

E a CDT funciona como uma plataforma de atendimento em que deve preocupar-se em perceber a história de vida do sujeito. Onde é que está o ... que deu início ao consumo de drogas. Que se deve preocupar não só com o diagnóstico social mas com diagnóstico social e também de exclusão, porque muitas vezes os drogados estão em exclusão social, mas também um diagnóstico, ou em termos de personalidade, tentar perceber se há comorbilidade com outras patologias, tentar perceber se existe por exemplo, codependência porque muitas vezes jovens e adolescentes aparecem com quadro de codependência, parental e familiar. (entrevistado 12)

O papel que elas desempenham na prática: não são um órgão jurídico e portanto, não podem penalizar. São um órgão essencialmente de prevenção do risco. (...) Se o grau já for elevado é aconselhado a dirigir-se a uma estrutura de tratamento. Se o grau é baixo ou quase irrelevante, é lhe dito uma coisa do gênero: "veja lá, tem uma experiência de consumo que você fez mas essa experiência se forem repetidas pode começar a criar-lhe habitude...". (entrevistado 24)

Os indiciados, nome que se dá a quem tem um processo, ficam durante cinco anos arquivados num registro central, exclusivo das CDT. Portanto, trata-se somente de um registro sem consequências na esfera criminal, ou seja, não traz qualquer consequência direta na vida da pessoa, como por exemplo, ser um obstáculo na procura de um emprego.

No caso de reincidência na CDT o processo anterior, suspenso temporariamente, dessa vez não é suspenso. Quando isso acontece, a CDT tenta empreender um trabalho a fim de entender se os consumos aumentaram e o que tem ocorrido durante esse período desde que a pessoa compareceu à CDT pela primeira vez. Além disso, aplica outros tipos de medidas sancionatórias para os não toxicodependentes, como por exemplo, apresentação periódica, trabalhos a favor da comunidade ou coima<sup>94</sup>. Mas essa medida é algo sempre conversado com a pessoa e o objetivo é fazer com que os usuários possam tirar alguma coisa da medida, algo mais pedagógico e que novamente os coloque a pensar sobre seus consumos.

A perspectiva pedagógica e moral das CDT foi considerada por um dos entrevistados. O mesmo não vê mal na sua existência, pela faceta de poder alertar alguns usuários para os riscos relacionados, conforme o trecho a seguir:

Há todo um discurso pedagógico ali e o indivíduo é mandado na santa paz do senhor pra casa dele. É isso. Por isso que elas são Comissões essencialmente morais. Não vejo que venha mal ao mundo delas existirem porque tem um papel simbólico na sinalização de que o consumo não é isento de riscos e quando elas funcionam bem. (entrevistado 24)

Os encaminhamentos da CDT não são exclusivamente dentro da esfera de consultas em estruturas de tratamento. Muitas vezes, ao ouvir as situações de vida das pessoas que se apresentam, percebe-se outras ações que poderiam contribuir indiretamente para a mudança dos hábitos de consumo. Alguns encaminhamentos podem diminuir a frequência de exposição a situações de risco que envolvem o consumo de drogas. Nesse sentido, a CDT tenta compreender como está a vida daquela pessoa de forma global, para além do consumo de drogas. E muitas vezes as intervenções podem gerar, principalmente no caso de não dependentes, encaminhamentos para outras áreas fora do campo direto da saúde. Dentre eles, a retomada dos estudos, cursos profissionalizantes, encaminhamento laboral para o Centro-Emprego ou

---

<sup>94</sup> Pena, multa.

para agências de emprego. Assim como as demais medidas, não há obrigatoriedade. Há na CDT uma base de dados atualizada sistematicamente e que permite acessar os meios para fazer os encaminhamentos. Posteriormente, nesses casos, a CDT também realiza contato para saber se deu certo, se a pessoa gostou e como ocorreu a busca por trabalho ou realização de algum curso na área escolar e/ou profissionalizante.

No caso de recusa ou aceitação com posterior não adesão, alguma sanção precisa ser aplicada. Normalmente, poderão ser sancionados com apresentações periódicas num Centro de Saúde, numa perspectiva mais de saúde pública e para rastreio de doenças infectocontagiosas, como por exemplo, hepatite e HIV. Nessas ocasiões, há uma chance de o profissional de saúde conseguir motivar o usuário para um tratamento futuro. A coima e trabalhos gratuitos à comunidade não são medidas aplicadas aos dependentes, pois há a leitura pela situação dessas pessoas da dificuldade em cumprir esse tipo de medida.

Existem pessoas que vão de certa forma “contrariadas” e pessoas que não comparecem. Mas isso parece ser rapidamente ultrapassado quando os profissionais explicam a preocupação com os aspectos da saúde e que a proposta não é punir. Geralmente, os usuários acabam por entender que a perspectiva da CDT lhes faz algum sentido. Há também um componente informativo no trabalho sobre as consequências das substâncias consumidas, para um uso mais consciente em eventuais consumos futuros. O trabalho na CDT, mais do que uma avaliação e um encaminhamento, busca construir uma relação com o usuário e ser mais uma porta de entrada de procura por ajuda. O que se procura é a construção de algum vínculo numa relação individualizada, sem teor punitivo, de acordo, por exemplo, com as falas dos entrevistados abaixo:

(...) as pessoas ficam com essa ligação, que podem falar com a Joana, podem lá aparecer, e se de facto aquele consumo tornar-se problemático, se começar a usar cocaína todas as semanas pode ir lá falar com a Joana e a Joana vai encaminhar para outros serviços. (...) Porque depois, essa Comissão está articulada com todos esses serviços. O programa de metadona, a equipa de tratamento, a equipa de rua, todos eles falam, todos eles sabem quem são as pessoas que trabalham nos sítios e por isso esse método é perfeito, não é? Porque não manda, uma coisa é mandar um sujeito numa situação de fragilidade, vá falar ali, você é um número, é o 114, vai esperar na fila, do que vai falar ali com a Joana às 10 da manhã e ela está à tua espera. Isso é diferente porque a pessoa vai se sentir muito mais acolhida, não é? (entrevistado 3)

Eu diria que o aspecto principal da CDT nem são as CDT. São os técnicos que lá estão. Se os meus técnicos de admissão forem como o João que é psicólogo, a Maria que é psicóloga... (...) Você hoje em Lisboa não se vê cenas tristes que viam até 2000, 2001, 2002, as maltas pelos cantos a injetar-se... quer dizer, depois há alguma discrição. Apesar do consumo de drogas ter vindo a aumentar em Portugal ao longo dessa década mal fadada crise do vandalismo e do FMI<sup>95</sup>, que criou pobreza e desemprego e falta de oportunidades e foi esta ditadura<sup>96</sup> financeira, mas apesar disso, eu diria que nós temos acentuadamente resistido a uma coisa muito importante que é: o toxicodependente não receia procurar tratamento, pedir ajuda, não receia ir à CDT... (entrevistado 12)

De acordo com os entrevistados, as CDT se constituíram como a possibilidade de abordagem de uma população dependente que não chegava aos serviços ou mesmo de usuários com história de abandono do tratamento. Além disso, foi possível acessar usuários não dependentes junto dos quais era possível fazer outro tipo de intervenção na perspectiva da redução de riscos. Outro aspecto trazido pelos entrevistados foi o aumento da chegada de consumidores de canabinóides com destaque para a prevalência da população jovem, aproximando os profissionais de outras realidades.

A prevenção para o consumo com menor risco e o foco da abordagem policial com usuários aparentemente não dependentes foram aspectos considerados por um dos entrevistados:

Aliás nós acertamos com a polícia que haja uma intervenção muito mais dirigida a usuários ocasionais do que a dependentes. Os dependentes sabem onde se dirigir. Sabem e se quiserem ajuda, sabem onde podem procurar. Os não dependentes, que em lua de mel com substâncias, que estejam a brincar com elas e que muitas vezes não tem consciência do perigo, da real importância que os consumos têm na sua vida e a identificação que pode ser feita nessa confrontação da Comissão ao discutir os meus consumos com profissionais e ao identificar alguns fatores que possam coexistir. (entrevistado 26)

A maior parte da população que chega à CDT é jovem e usuária de cannabis. Somente usuários a partir dos 16 anos podem ser encaminhados. No caso da CDT de Lisboa, entre os 16 e 18 anos é solicitado que o adolescente compareça acompanhado dos pais ou responsável, embora do ponto de vista legal não haja essa obrigatoriedade. Na abordagem, o adolescente é respeitado e num primeiro momento o mesmo é ouvido individualmente. Só após esse primeiro momento, o responsável que acompanha é chamado para falar em conjunto, mas sempre na presença do adolescente. Existe a avaliação

---

<sup>95</sup> Fundo Monetário Internacional.

<sup>96</sup> Ditadura.

de que o padrão de consumo de cannabis muitas vezes faz com que os adolescentes se desliguem da escola e fiquem sem motivação para outras atividades. De modo geral, os jovens costumam aceitar as indicações da CDT após a sensibilização posterior à abordagem policial. Dificilmente os jovens identificam seus consumos como algo problemático, mas aceitam os encaminhamentos.

A indicação da CDT muitas vezes apresenta uma interface com a prevenção indicada. Embora não esteja identificada uma dependência, nas entrevistas foram apontados riscos associados aos consumos e o que se busca é uma entrada preventiva:

(...) a articulação, no nosso caso, por exemplo da prevenção, a articulação com as Comissões de Dissuasão é também uma vertente importante. Porque permite sinalizar casos de pessoas com consumos, muitas vezes alguns serão com consumos problemáticos já... e já dependência, mas também outros com consumos... não dependentes ainda. E isso permite-nos uma intervenção também mais precoce. (entrevistado 27)

Algumas situações de encaminhamento da CDT para atendimento nas equipes de tratamento revelaram a oportunidade de se trabalhar outras questões com os usuários que não necessariamente o uso de drogas. Essa abordagem deslocada do uso de droga pode melhorar adesão ao tratamento. Esse ganho foi considerado nos entrevistados e pode ser identificado no trecho a seguir:

E o psicólogo, o que é que faz? Porque há uma medida a tomar que tem que ir 3 sessões. (...) “Está aqui porque tem que vir três vezes. Podemos tirar partido dessas três sessões. Podemos conversar aquilo que você pretende conversar. Vamos aproveitar essas três sessões de modo que possa ser o mais agradável pra si possível. Não quer falar sobre a experimentação de substâncias, podemos falar de outras coisas, das suas aulas, dos seus amigos, podemos falar da sua família, o que quiser conversar”. Muitas vezes, ao mostrar essa disponibilidade, evidente que muitas vezes vai se tocar áreas mais frágeis daquele adolescente que no fundo ele pensa: “ainda bem que eu vim aqui”. E agarra perfeitamente o adolescente. Outras vezes são três sessões e é a medida tomada, não é? Pronto. (entrevistado 9)

Por outro lado, os encaminhamentos das CDT para as equipes de tratamento às vezes têm outros tipos de desdobramentos na prática. Alguns usuários aceitam o encaminhamento para evitar algum tipo de sanção, mas não aderem ao tratamento e comparecem somente para o cumprimento da medida, conforme descrito, por exemplo, no trecho a seguir:



Por outro lado, depende de como a pessoa chega. E sim... ter que vir cá duas vezes por mês durante seis meses, suponhamos. E a pessoa vem, mas não está, está numa posição... tá aqui ó, aqui me tens, agora escreva pra Comissão que eu cá apareci hoje. Epa... (risos...), isso não é fazer tratamento algum. E ele cumpriu as presenças todas... ele pode até comparecer semanalmente, não quer dizer que ele tenha feito um tratamento. (entrevistado 8)

De acordo com os entrevistados, existe por vezes um descompasso entre a indicação avaliada pela CDT e a realidade encontrada pelos técnicos das equipas de tratamento na relação com os usuários. Embora exista uma concordância do usuário com o encaminhamento, por vezes há resistências no processo de adesão ao tratamento. Em algumas situações são os próprios técnicos a fazer outro tipo de avaliação com relação aos casos encaminhados. As medidas com números de vezes estabelecidas para comparecimento e até a avaliação de que o encaminhamento não se justifica também são questionáveis para alguns entrevistados. Essas nuances foram descritas nos trechos abaixo:

O que que é isto, de eu receber o Manoel, e o Manoel ter de facto 3 vezes comigo... que isto? Pra que? Porque se calhar até tem de facto 300 vezes comigo, e eu com ele. Ou se calhar, eu posso avaliar, e muitas vezes avalio mal, pra entender de facto que não tem sentido essa consulta. (...) ... tu recibes a pessoa e vais tentar construir alguma coisa com ela. (...) ... ao fim da primeira seção com a pessoa: enfim, o que estás aqui a fazer? Não tens que ter acompanhamento nenhum aqui e escrever uma carta para a CDT a dizer: no âmbito do processo xxx neste momento, não tem sentido que essa pessoa esteja aqui. Tás a perceber? Pronto. São doentes? Pode ser qualquer um de nós (...) O que tem sentido é: Se a CDT entende, através da sua avaliação que esta pessoa deve ser encaminhada para uma equipa de tratamento, então é no âmbito da relação estabelecida com a pessoa da equipa de tratamento é que se constrói alguma coisa, okay? (entrevistado 2)

“Eu fumei haxixe porque estava há três dias no concerto, não sou dependente e agora obrigam-me a estar aqui. Não tenho que comparecer, eu não sou doente. Eu não sou como aqueles que estão na sala de espera”. Pronto. Isso acontece. (...) A Comissão pode deliberar que... um acompanhamento de 1 ano, 6 meses, qualquer coisa. Mas nós temos uma palavra a dizer, quer para dar uma alta mais cedo, quer para prolongar o tratamento, não é? (entrevistado 8)

E tem a possibilidade de entrar em contacto com a Comissão e dizer: “pa, definiu na sua avaliação que esse Sr. precisava vir aqui cinco sessões. Mas na minha avaliação e no meu parecer que não haverá um limite de sessões, até porque é um indivíduo que aderiu facilmente ao processo” ou então o jovem chega à consulta e diz: “porque é que tô aqui, porque que é que a Comissão mandou pra qui, mas eu não tenho problema nenhum”. Portanto, motivação zero. (...) Também temos a noção nesse nível da intervenção... que aquele indivíduo se calhar, não tem nenhum comportamento de risco, ele só fez uma experimentação, um charro e... quer dizer, aquilo parou ali de paraquedas na vida daquele indivíduo. (entrevistado 9)

A avaliação equivocada por parte da CDT ocorre em algumas situações para um entrevistado. O mesmo critica em alguns momentos a lógica “prescritiva” e de “rotulagem” da CDT com relação a alguns usuários, de acordo com o trecho a seguir:

(...) aquilo que tem sentido é assim: Se a CDT entende, após o seu esquema de avaliação, que é standard, eu não sei se tu tiveste oportunidade de ver, mas tem gralhas, que a pessoa sai de lá toda gralhado, okay? (...) Então, agora quando tu vais ao médico e se o médico não passas o remédio certo: Mas porra, o que eu vim fazer ao médico, mas se não me passou um medicamento e a CDT... a CDT tava a passar receitas, simbólicas né, tava a carimbar as pessoas. (...) “Tu”, com base nisto, 3 consultas... “Tu” com base nisto, 6 meses, era uma coisa entre a receita e a pena, tás a perceber? (entrevistado 2)

Além disso, o entrevistado acima questiona de alguma maneira o encaminhamento de usuários não dependentes para tratamento e refere o risco da inversão do criminoso para o doente, em alguns casos em que essa relação não se justifica:

As pessoas deixam de ser vistas como criminosos e passam a ser vistas como alguém que precisa de ajuda. E pelo menos, as CDT vão precisamente avaliar isto. Deixas de ser um criminoso e podes passar a ser doente... ou não... Mas que... é perigoso, não... isso é muito perigoso, isso do meu ponto de vista é muito perigoso. (...) E o gajo foi ao bar, que ele nem conhece muito bem, chega ao bar e compra uma quarta, sai do bar é mandado parar pela polícia: Encosta, o que tu tens aí? Resposta: coca! Então esse gajo é doente... esse gajo vai ser enviado para a CDT, porque não é criminoso, não é? É uma quarta, substância também... um pouquinho, mas não importa. Mas o gajo é visto como doente, e o gajo por cheirar um risco de coca é doente? Mas existem... e as pessoas tem que ser cuidadosas no olhar e isso tem a ver com a forma como olham para a questão dos comportamentos aditivos não é? Ou pela forma como olham pro comportamento da pessoa. A pessoa não é de facto criminosa, mas não tem que ser necessariamente doente... não é? (entrevistado 2)

A CDT realiza um acompanhamento de todas as pessoas encaminhadas para algum lugar, sendo ou não dependente de drogas. Essa proposta visa exclusivamente saber se a pessoa está em acompanhamento e se cumpriu com o que se comprometeu com a CDT. Essa medida não visa saber o andamento do projeto terapêutico e as questões a serem trabalhadas com a pessoa. No caso de interrupção do encaminhamento realizado, a CDT encarrega-se de entrar em contato com o usuário e saber o motivo do abandono para trabalhar a adesão novamente.

De acordo com o percurso realizado até agora torna-se perceptível a indissociabilidade entre a lei da descriminalização e o trabalho das CDT. Primeiramente, porque se trata de uma contra ordenação. É proibido, mas não é crime. As CDT estão voltadas para a abordagem em saúde e não para a punição. Por outro lado, o paradigma continua a ser proibicionista. Algumas críticas e entradas foram realizadas pelos entrevistados quanto a alguns aspectos da lei e o uso de drogas ilícitas.

A primeira delas se refere à descriminalização do consumo e a incoerência de que para consumir é necessário se submeter às contingências do crime e alimentar o mercado do tráfico. Além disso, o desconhecimento da composição de uma droga de consumo não regulamentada coloca o usuário em risco, por exemplo, com o aumento dos atuais níveis de THC<sup>97</sup> ou mesmo com substâncias de corte altamente prejudiciais e tóxicas para o organismo.

Em abril de 2016 aconteceu em Nova Iorque a UNGASS<sup>98</sup> para a discussão do problema mundial das drogas. Os países se reuniram para discutir as principais diretrizes sobre drogas no mundo e os resultados foram frustrantes para os ativistas que tinham a expectativa de derrubar o proibicionismo e a guerra às drogas. A UNGASS foi abordada por dois entrevistados nos trechos abaixo:

A Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga. (...) Tás a ver como a linguagem mudou... Eu não sei se tu sabes mas houve uma Assembléia extraordinária das Nações Unidas, a UNGASS, o paradigma ainda é esse, de luta contra as drogas. E os nossos colegas da redução de riscos, foram lá fazer o outro lado da frente e dizer: vamos mudar o paradigma. (...) ... figuras da política internacional que tem debatido para introduzir a nomenclatura redução de riscos, dentro das estratégias internacionais e portanto, mais uma vez correu mal, porque o problema é quando dizemos que temos que ter a redução de riscos lá. É preciso, mas depois nós temos que negociar com a Coréia do Norte, com a China, com a Rússia, e não há maneira de entrar aí, não é? (entrevistado 3)

Para quem tinha grandes expectativas que na UNGASS fosse haver um salto qualitativo e uma mudança de paradigma, pra quem tinha essa expectativa, admito que tenha sido frustrante. Para quem não a tinha, pudemos constatar progressos muito significativos. Cada uma das regiões do mundo e várias organizações regionais levavam as suas próprias propostas, mais ou menos harmonizadas. Nós União Européia levávamos uma proposta consensualizada a nível da União Européia e que defendia alguns princípios, como fosse, a abolição de pena de morte para crimes conexos com drogas ou consideração das políticas de redução de danos. Só que não foi possível depois obter o

---

<sup>97</sup> Tetra-Hidrocanabinol.

<sup>98</sup> Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU)

consenso. Os países asiáticos, os países enfim... e essas expressões ficaram pelo caminho. (entrevistado 26)

A responsabilidade na UNGASS foi contribuir para o reforço do compromisso com posturas mais humanizadas e um olhar para as novas experiências em curso, tentando em especial aproximar os países com posição mais enrijecida quanto ao consumo de drogas ilícitas. Essa reflexão foi feita por um dos entrevistados:

Eu penso que a grande responsabilidade assumida na UNGASS é: vamos ajudar os países que ficaram pra trás, ou seja, os que ainda tem pena de morte, a aproximarem-se de posturas mais humanistas. Não vai haver saltos pra frente. Vamos tentar... agrupar forças, digamos assim, e olhar com muita atenção para as experiências que estão a ser levadas à prática. O que está a acontecer no Colorado, o que está a acontecer em Washington, afinal legalização da cannabis, tudo aquilo que está a funcionar. (...) ... nos estados americanos, está a haver digamos, um saltar para um novo paradigma, já não um paradigma proibicionista no qual ainda nos inserimos nós. Embora descriminalizamos, estamos no paradigma proibicionista. Estamos hoje a saltar para um paradigma da regulação. Como está a acontecer no Uruguai, que está a acontecer em alguns estados dos Estados Unidos, Canadá... e saltar para um novo paradigma. (entrevistado 26)

Por outro lado, outro entrevistado também fez referência à Convenção das Nações Unidas em Nova Iorque, mas criticou fortemente o modelo proibicionista celebrado nesse encontro e a necessidade de aprofundamento do modelo português:

Por isso que eu digo que o modelo português tem que ser aprofundado. Porque é muito bonito andar a passear o modelo português no estrangeiro, como eu vi agora na Convenção das Nações Unidas em Nova Iorque. Pronto, se fez mais uma vez um convênio de celebração do proibicionismo e onde inclusivamente, pelo que eu soube, por gente que lá esteve, houve países a dizer que Portugal era um bom exemplo de como realmente proibir funcionou, porque nós tínhamos descriminalizado, tínhamos... descriminalizamos o consumo mas mantivemos a censura e tal e portanto, Portugal continua na via proibicionista e é um bom exemplo! Nas já fomos assimilados, não é? Mas isto é outra conversa... (...) No que veio na sequência dos convênios anti-drogas, os convênios proibicionistas que começaram em 1909 em Xangai, já liderado pelos Estados Unidos e que a seguir à Segunda Guerra Mundial com a formação do órgão, passam para a ossada da ONU e basicamente tem sempre mantido esta política proibicionista e conservadora e que é responsável por uma parte, que é de combater uma parte do problema em que ela própria cria. Basicamente isso. (entrevistado 24)

A falsa distinção entre drogas “leves” e drogas “duras” foi outro aspecto abordado no trabalho de campo. O uso que se faz de cada droga (o que inclui as drogas lícitas) é que pode ser leve ou duro. O problema não está na

substância, mas na relação que se estabelece com a droga. Essas ideias foram apresentadas pelos entrevistados e são ilustradas nos trechos escolhidos a seguir:

Felizmente essa designação foi abolida. Mas durante muito tempo o haxixe era a droga leve e todo o resto eram drogas duras. Não há leves nem duras, não é? É a forma como tu usas... o álcool é uma droga dura se tu usares de forma abusiva e dependente. (entrevistado 13)

Portanto, eu não consigo ter um discurso condenatório das drogas. Pela simples razão de que as drogas não são boas nem más, são neutras. Depende do que fizermos com elas. Há uma frase inglesa que diz: *“people take drugs, not drugs take people”*<sup>99</sup>. Pronto, aí, é isto. (entrevistado 24)

E acho que foi importante também nós termos descriminalizado todas as drogas. E eu acho que a história das drogas leves versus drogas duras faz cada vez menos sentido. Insisto na ideia do que pra mim o que faz verdadeiramente a diferença é a relação que o indivíduo estabelece com a substância e não ela própria. (entrevistado 26)

Dentro das perspectivas acima, um entrevistado defendeu, no caso de regulação das drogas, um processo a ser feito com todas as substâncias:

E daí penso que o estatuto conferido a uma substância deve ser pra todas, isto é, se pensarmos em regular, vamos regular a coca, vamos regular a heroína. Compete depois ao cidadão supostamente informado fazer as suas escolhas. (entrevistado 26)

Outro aspecto abordado pelos entrevistados foi a atuação da força policial. As CDT não realizam um trabalho cotidiano com as forças policiais. A relação das CDT com a polícia se restringe aos encaminhamentos e a espaços de formação. Embora o consumo de drogas tenha deixado de ser crime, são os policiais os responsáveis pela abordagem dos usuários, mesmo que a consequência seja o encaminhamento para uma CDT dentro dos domínios do Ministério da Saúde. Alguns entrevistados reconheceram a mudança de postura dos policiais na abordagem dos usuários. A menor repressão com os usuários por parte da polícia está descrita, por exemplo, no trecho abaixo:

(...) as polícias mudaram muito a sua forma de atuar e portanto de alguma forma, libertaram muito mais, distenderam muito mais a relação com os utilizadores de drogas. (...) Eu acho que isso é um grande impacto da lei. (entrevistado 10)

Em contraposição, alguns entrevistados relativizaram essa melhoria de relação com os usuários e apontaram a necessidade de se aprimorar a

---

<sup>99</sup> Pessoas tomam drogas, drogas não tomam pessoas.

atuação policial. Para um dos entrevistados, a relação é muito pessoalizada com a polícia e falta “massificação” do processo:

Tem-se tentando muito e acho que tem-se verdadeiramente tentado... nomeadamente os projetos de redução de riscos que estão mais próximo do ponto de vista social, tem tentado intervir, tem tentado ter uma série de estratégias de proximidade, com as forças locais, tentar promover, mesmo do ponto de vista formativo e assim, eu diria que tem a ver mais com os comandantes de esquadra... é uma coisa que ainda está... como não está viabilizada, está pessoalizada, percebes? (...) Mas isso é um caminho longo, longo mesmo, que esbarram coisas mesmo... pa, tens um comandante ou comissário da esquadra com quem tu estás a trabalhar um anos, dois anos, três anos, quatro anos, que está envolvido de certa forma na problemática etc etc... Portanto, falta assim, digamos, corpo, massificação do processo, okay? Acho que é fundamental que exista... (entrevistado 2)

A postura mais pedagógica por parte da polícia também foi considerada como uma possibilidade de surtir outros efeitos na abordagem e encaminhamento para a CDT, de acordo com o entrevistado abaixo:

Eu acho que isso é uma realidade muito pouco disseminada no país, um trabalho que não foi feito com profundidade, que eu diria desejável, com formação das forças de segurança, para que as forças de segurança realizassem um trabalho que não tivessem uma iniciativa repressiva para tender um bocadinho para pedagógico de certa maneira, que nesse caso se consubstanciaria muito com os encaminhamentos para a Comissão de Dissuasão. (entrevistado 1)

Os policiais não prendem mais os toxicodependentes porque a partir da Lei foram obrigados a reconhecer a retirada do consumo da esfera criminal e a orientação do encaminhamento para a CDT como resposta. Os usuários não são mais presos por crime, mas ainda há pouco compromisso em alguns bairros no enfrentamento do tema como uma questão de saúde que poderia ser remetido às CDT. Essa reflexão é encontrada, por exemplo, na fala do entrevistado abaixo:

As CDT's têm menos movimentos do que eu esperaria... quando a lei foi aprovada eu estava à espera que fossem apanhados muito mais indivíduos a consumir e que portanto, seriam referenciados às Comunidades, perdão (risos...), às Comissões de Dissuasão e que por sua vez referenciam para o tratamento. (entrevistado 1)

Outro aspecto considerado é a polícia portuguesa ter menos poderes do que a polícia brasileira. Em Portugal, a polícia não pode instruir processos. Essa observação foi feita pelo entrevistado abaixo:

A polícia no Brasil tem mais poderes do que cá, não é? A começar porque pode, suponho eu que pode instruir processos, abrir processos. Por exemplo, pode ser o delegado de polícia a decidir que esse processo vai a tribunal e que vai ser julgado. Em Portugal não pode. Quer dizer, a polícia não tem esse poder. A única coisa que pode é reportar ao Ministério Público a situação e o Ministério Público decide se há ou não há processo. Mas é muita clara a idéia de que o poder judicial não confere ao poder policial... graves poderes. Ou seja, o poder policial é um poder de controle da república, de repressão do tráfico por dissuasão, pela permanência na rua, mas não pode imiscuir-se na esfera judicial. É o delegado do Ministério Público que decide se abre ou não abre processo. Pronto. Ponto final. Isso limita logo muito a ação da polícia. A polícia tem pouco poder. O poder é judicial, não é? (entrevistado 24)

De acordo com o entrevistado acima, a polícia brasileira tem uma tradição militar. Para ele, existe uma diferença importante da impunidade existente no Brasil decorrente de algumas ações policiais:

Por exemplo, um polícia em Portugal se matar um jovem ou um adulto quando tá numa ação policial, se matar um jovem, tem uma vida muito complicada. Tem uma vida muito complicada, porque é imediatamente suspenso de funções pra abertura do inquérito e o inquérito vai apurar se ele precisou mesmo de matar... pra se defender. Se o inquérito apurar que a morte não foi em legítima defesa ou em defesa de um cidadão, terceiro, esse polícia provavelmente vai ser suspenso das atividades um ano, dois anos, sem salário. Vai servir de exemplo para outros polícias de que não se pode disparar uma arma sem razão. Portanto, essa é uma das grandes diferenças entre a Europa Ocidental pelo menos, a ocidental e a América Latina. (...) É que a polícia na América Latina tem uma tradição do poder militar muito mais forte e uma tradição de uma certa impunidade, que também havia em Portugal até o *25 de abril*. A polícia portuguesa também era impune, matava. Não tanto a polícia de segurança pública mas a polícia, a política. Matava... à ordem do projeto político. (entrevistado 24)

Além disso, a polícia militarizada, muitas vezes associada ao tráfico de armas e de drogas, foi apontada como um entrave importante para mudanças significativas no Brasil. Proporcionalmente, a polícia no Brasil mata muita mais do que a portuguesa. A descriminalização pode ser uma medida importante, mas para alguns entrevistados, existe a necessidade de uma reforma na polícia, como se verifica no trecho a seguir:

Por exemplo, o estado do Rio de Janeiro tem cerca de mil vítimas diretas da ação policial por ano. Quer dizer, a ação policial quando entra nas favelas, quando faz ações de rua e há troca de tiroteio. Nós temos aqui vítimas diretas da violência policial. No estado do Rio, ao longo, desde o final dos anos 90' até agora, ano pós ano, nós temos cerca de mil vítimas diretas da polícia. Vítimas que podem dizer que não são traficantes, todos são consumidores, mas muitos são crianças, a população civil que é apanhada nos tiroteios. Quer dizer... ora, se o estado do Rio de Janeiro tem à volta de dez milhões de habitantes é a população equivalente à portuguesa. Estamos a falar da mesma base populacional e em Portugal tu tens vítimas de ação

direta da polícia em Portugal por ano, vítimas mortais, duas, três e já é um barulho na comunicação social. Aqui há de facto uma diferença enorme. E que estou convencido de que não... o quadro no Brasil não altera enquanto não se desmilitarizar a polícia. (...) São práticas de estar a recolher informações de traficantes e a vender armas. (entrevistado 24)

A lei da descriminalização não é somente o que garante a postura policial diferenciada com os usuários de drogas. Após o fim da ditadura de Salazar, nomeada pelos portugueses como o “25 de Abril”, houve uma série de mudanças na polícia portuguesa, o que conferiu outra forma de operar:

Agora, e esta tradição da polícia custou, quer dizer, foi preciso fazer uma grande mudança nas polícias. Essa mudança até veio naturalmente, porque à medida em que foram envelhecendo os polícias antigos, os que vieram de novo eram pessoas já muito mais informadas. Por exemplo, para se ter um cargo de chefia policial em Portugal é preciso ter um curso superior agora, não é? Há uma faculdade em Lisboa que é um Instituto Superior de Ciências Policiais e Criminais que é um curso superior de cinco anos. Onde o indivíduo estuda direito, estuda psicologia criminal, estuda a sociologia não sei quê, estuda direito internacional, estuda línguas. Portanto, tu tens polícias que saem desta escola com cinco anos de formação. Claro que também tem uma formação de tiro, treinos de tiro, artes marciais, logicamente, tem tudo isso, treino de defesa, treino de tática militar, não sei quê, mas tu falas com polícia que sai de uma escola destas e é alguém que tem de facto nível. Consegues ter uma discussão sobre teorias do crime com ele ou qual é o percurso desenvolvimental do delinquente. E são esses indivíduos que estão à frente da polícia. Portanto, eu acho que de facto houve um processo de civilização da polícia. Civilização no sentido de a tornar civil, de desligada da ideologia militar. Um processo de civilização, neste sentido, mas também no sentido mais laico do termo. Os polícias hoje são muito mais cultas do que eram há 20, há 30 anos. E isso produziu uma mudança, evidentemente. (entrevistado 24)

Por outro lado, isso não significa a ausência de violência policial com os usuários de drogas, mesmo com as reformulações após o “25 de Abril” e a aprovação da Lei da Descriminalização. A violência policial não é generalizada, mas ainda existe. Há um esforço significativo em aprimorar a relação com as forças de segurança e existem parcerias interessantes em curso, mas ainda precisam ser aprimoradas. Os usuários não são presos, mas algumas vezes são violentados, em especial em alguns bairros de consumo. Alguns entrevistados fizeram essa reflexão ilustrada na passagem abaixo:

(...) o modelo português tem que aprofundar é encarar seriamente o problema da violência sobre os consumidores de drogas (...) É preciso consciencializar a polícia para a forma como intervém nesses lugares e a forma como tem que respeitar as regras de Estado de Direito. Eu repito que não é generalizado de uma prática policial violenta mas ainda demasiado frequente para um país que se quer... um país da primeira linha em termos de direito. (...) Agora, isso não



significa que não haja violência policial. Claro que há! É um corpo armado. É um corpo que às vezes atua sem testemunhas. Ou as únicas testemunhas são os toxicodependentes que estão na rua. E os testemunhos deles não valem nada. Portanto, assistimos a muitas arbitrariedades. Acho que a polícia, claro, é obrigada a respeitar a lei de 2001 e da redução de riscos. A polícia tem que respeitar as equipas que estão na rua, a conviver com toxicodependente e a fazer troca de seringas. Não pode chegar lá e proibir. Tem que passar ao lado e fazer de conta que não vê. Mas há muitos polícias que não gostam disto. Que dizem que aquele trabalho é estar a incentivar os drogados a continuarem a drogar-se. (entrevistado 24)

A transversalidade social do problema em Portugal foi um motivo importante para a sociedade ficar mais permeável à descriminalização e ao conjunto de mudanças que foram implementadas concomitantes à Lei. No Brasil, existe a segregação social que dificulta avançar associada à ação polícia, de acordo com a opinião do entrevistado abaixo:

Do meu ponto de vista isto acontece (referindo-se às mudanças em Portugal) exatamente pela transversalidade social. Não era um problema da favela. Era um problema de todos, de todas as famílias. E era completamente diferente. Aquilo que é construído... para a classe média por exemplo. Vamos imaginar uma mãe de classe média a discutir com o padre que vinha a dizer: meu filho não é um criminoso. É um doente que precisa de ajuda. E isto faz o seu caminho e prepara a sociedade para aceitar uma proposta deste tipo. Enquanto em sociedades onde as coisas estão muito confinadas à margem é muito mais difícil fazer esse movimento inclusivo. Eu penso que umas das dificuldades de teses progressistas nesta área vingarem no Brasil tem a ver com isso. Acaba por ser um instrumento de dominação. Tá na favela. É lá que deve ficar. Chuta pra lá invés de trazer e fazer um movimento inclusivo daquelas pessoas que tem esses problemas. (entrevistado 26)

Atualmente o problema da heroína está mais controlado e não existe a transversalidade na população como se assistiu no momento de aprovação da Lei. Um dos entrevistados faz um contraponto à fala do entrevistado acima, sinalizando o risco de retrocesso da posição da população com relação ao uso de drogas:

Porque a memória é curta! E portanto, neste momento corremos o risco de começar a haver uma leitura de que isto é um fenómeno de gueto, só de um extrato específico. Se nós pensarmos, houve uma altura nos anos 90', enquanto se perguntava à sociedade portuguesa, como nesse inquéritos: "qual é sua principal preocupação?", o consumo de droga era... vinha à cabeça. Não era a falta de dinheiro... a sociedade estava muito preocupada e neste momento, se forem lhes perguntar isso, o consumo de substância vai lá para oitavo, décimo, tem outras preocupações e acham que isso já não é um problema. E portanto, isso também pode, por um lado, levar a um desinvestimento, e pode por outro lado, levar à uma leitura do ponto de vista social de que isto já é um fenómeno circunscrito aos bairros sociais. E nós sabemos que isso não é verdade. Nós continuamos a

ter consumidores de heroína em todos os extratos sociais, não é? Mas não é tão visível. (entrevistado 10)

Enfim, ao longo da investigação do tema e das práticas das Comissões para Dissuasão das Toxicodependências foi possível identificar o seu surgimento enquanto um desdobramento da aprovação da Lei da Descriminalização. Os encaminhamentos para essas Comissões passam a ser a consequência no terreno das contra-ordenações à medida que o consumo deixou de ser considerado crime. Mais do que uma medida aplicada aos usuários abordados pela polícia, as CDT, mesmo com diferentes modos de operar e leituras diversas dos profissionais quanto à sua existência e maneira de funcionar, têm como missão maior provocar a aproximação com os usuários e realizar um trabalho que apresente aos encaminhados as diversas possibilidades de cuidado na rede portuguesa.

No tema a seguir, apresentarei a perspectiva do trabalho em rede, atrelada não exclusivamente à área do tratamento, mas a todas as vertentes de intervenção do modelo português.

### **A construção do cuidado na rede de saúde**

As problematizações realizadas até agora permitiram minimamente identificar as articulações dos serviços e projetos na área dos CAD com a rede de saúde e as possíveis interlocuções no âmbito intersetorial com as parcerias nos territórios de atuação. Conforme abordado anteriormente, a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga possibilitou a ampliação da rede de respostas nessa área e a aprovação da Lei da Descriminalização foi um avanço importante, mas que por si só não garantiria efeitos significativos no cuidado a essa população. As quatro áreas de intervenção e se quisermos considerar uma quinta; as Comissões para a Dissuasão das Toxicodependências, devem trabalhar integradas, tanto para acolher as demandas institucionais surgidas nos territórios, como os usuários encaminhados. As ações de cuidados não devem esgotar-se na relação dos utilizadores de drogas com os serviços na área dos CAD, sejam eles encaminhados para as equipes de tratamento ou abordados nas estratégias de proximidade.

Pudemos compreender os fluxos de encaminhamentos para os serviços e projetos na área dos CAD. A seguir retomaremos o “contra-fluxo” de alguma

forma já abordado nos eixos temáticos anteriores. Tentaremos reativar a interface dos serviços e projetos na área dos CAD, com o destaque para quatro eixos assistenciais: a Urgência, os Cuidados de Saúde Primários, a Saúde Mental e os serviços das chamadas “especialidades”.

Ao longo da execução das políticas tem havido o esforço de integrar o cuidado dos usuários no Sistema de Saúde, sem a preocupação exclusiva com o uso de drogas.

Embora com muito avanços, a interface do tratamento dos usuários com os Centros de Saúde depende do caso em questão. No trabalho de campo foi possível identificar a existência de um monitoramento para viabilizar a relação do usuário no Centro de Saúde, mas nos casos mais graves, as articulações do cuidado ocorrem mais próximas com as especialidades.

A articulação historicamente construída com os Centros de Saúde para a sensibilização dos profissionais, visando ao aprimoramento do manejo e acolhimento dos usuários, foi abordada pelos profissionais durante o trabalho de investigação. Ao longo dos anos, tem sido realizado um trabalho com os profissionais do Centro de Saúde no sentido de ajuda-los a mudar de atitude, diminuindo a resistência e o medo de acolher a clientela usuária de substâncias psicoativas.

O atendimento no Centro de Saúde foi sinalizado como uma forma de não centralizar as ações de cuidado nas equipes de tratamento e resgatar nos usuários a sua condição de pessoas, antes de serem toxicodependentes. Obviamente ainda existe alguma dificuldade de atuação por parte dos profissionais em alguns Centros de Saúde, mas de maneira geral esses avanços no trabalho em rede foram mencionados.

Havia em Portugal um acordo de cooperação do Ministério da Saúde com a Associação Nacional de Farmácias. Essa parceria teve grande contribuição no acompanhamento dos usuários de heroína. Muitos usuários moravam distantes das equipes de tratamento e o envolvimento dos farmacêuticos do território era um aspecto que potencializava o contato frequente com os usuários.

Ao término dessa cooperação, a responsabilidade pela troca de seringas e dispensação das doses de metadona de forma descentralizada passou a ser dos Centros de Saúde. Essa mudança fez com que as equipes de tratamento se aproximassem ainda mais dos Centros de Saúde.

Outra frente de aproximação com os Centros de Saúde é o tratamento de usuários dependentes de benzodiazepínicos. Esse alinhamento e cooperação com os profissionais dos Centros de Saúde pode ser descrito, por exemplo, na fala do entrevistado abaixo:

Ou por exemplo, nós tivemos casos... uma das problemáticas presentes na nossa população são as benzodiazepinas e podem ser prescritos em qualquer outro serviço. E numa primeira fase havia muito... eles aproveitavam esta clivagem entre os dois serviços para ir pedir ao colega do lado, não é? E também coube a nós fazer esse trabalho de sensibilização dos colegas de outras áreas para que se possa de alguma forma trabalhar de uma forma mais articulada. (entrevistado 5)

Enquanto na relação com os Centros de Saúde ainda se faz necessário algum aprimoramento do acolhimento, escuta e manejo dos usuários de substâncias psicoativas para potencializar a identificação precoce de problemas relacionados em especial ao uso do álcool, a relação dos serviços da área dos CAD revelou-se altamente potente com as especialidades. A boa articulação com as especialidades estão claramente identificadas nas falas dos entrevistados abaixo com diferentes exemplos:

Eu falaria que a relação com algumas especialidades nesse campo é diferente. Infectologia nós temos uma relação fantástica, eu acho que nós temos em Portugal, em Lisboa, a realidade que eu sei falar, eu acho que nós em Lisboa temos uma excelente relação, acho que nós trabalhamos muito essa rede e algumas coisas que vieram desse grande boom do VIH, hepatite “C”, a questão também da tuberculose, foi uma exigência da realidade... (...) Bons canais de acesso, boa relação com os médicos, e essa relação fez com que, essa proximidade fez com que algumas especialidades começassem a olhar nossos clientes de uma forma diferente, certo? Pronto. (entrevistado 2)

Imagine uma toxicodependente grave. Ela tem que ter a criança no hospital. Automaticamente nós articulamos com o hospital e fazemos toda a preparação daquela grávida para passar ao hospital. Para que quando ela tiver aquela criança de facto nós possamos fazer o acompanhamento da criança em casa, de intervenção em casa a ter com a criança, os cuidados a ter, os cuidados médicos, os cuidados todos, e fazemos a articulação com essas unidades todas de saúde. (entrevistado 9)

Temos protocolos mesmo, protocolos preferenciais com os serviços de infectologia aqui do hospital de Gaia, com o Centro Diagnóstico e Epidemiológico de Tuberculose com o CDP em Vila Nova de Gaia, para VIH/SIDA. O que é que nós temos feito? Trabalhado muito com os médicos a questão da relação com os utentes. A maior parte das vezes os médicos deixam de estar presentes com os utentes na consulta, mas por momento mantemos sempre a triangulação médico, técnico comunitário e utente, para nos informarmos o que é que se passa. Ou seja, vamos ter feedbacks para que possamos traduzir também a linguagem que o médico tem técnica para o utente,

de forma que ele compreenda. Usar aquele momento em que se vai por exemplo, fazer um diagnóstico de TB, da tuberculose, usar aquele momento para continuar a trabalhar com o utente outras questões e outras vertentes. (entrevistado 16)

Entretanto, a relação com os serviços de Saúde Mental é muito diversificada. Alguns entrevistados referiram um trabalho de articulação dos casos. Em contraposição, outros entrevistados falaram da dificuldade da relação com a Saúde Mental.

O tratamento de usuários com comorbidade psiquiátrica tem sido cada vez mais comum nas ET. A perspectiva com a Saúde Mental é de conseguir alguma parceria para manejar situações de crise ao longo do processo de tratamento e não de uma recusa do acolhimento desses usuários nas ET. O serviço na área dos CAD tem assumido o tratamento dos usuários com comorbidade, cada vez mais comum na interface com o uso de drogas.

A compreensão de que o tratamento das questões do consumo de drogas e psiquiátricas devem ocorrer na lógica de parceria entre profissionais e serviços pôde ser encontrada, por exemplo, na fala do entrevistado abaixo:

Pronto. Há sempre aquela coisa de o doente é vosso, e eu acho que doente é nosso. Dado o paradigma do doente é vosso para o doente é nosso, ainda falta um bocadinho. (entrevistado 8)

Os serviços da área da Saúde Mental em Portugal são oferecidos predominantemente em meio hospitalar ou em ambulatórios dentro do próprio hospital. Essa característica foi referida pelos entrevistados e podem ser exemplificada no trecho abaixo:

Não é que estejam fechados em pavilhões. De qualquer maneira... há pouco apoio dos projetos nessas unidades... locais, pronto. Se eles têm um utente que precisa de uma consulta na psiquiatria, pronto, tem que ser no hospital. Não tem que ser num hospital psiquiátrico, é no hospital geral, no departamento de psiquiatria, okay? (...) Tem a urgência e a consulta. Mas é hospitalar, respondendo à sua pergunta é muito feito em meio hospitalar. E ainda não há uma grande intervenção comunitária, a nível da saúde. (entrevistado 8)

Se por um lado há a dificuldade de reconhecimento dos serviços de saúde mental de que a droga pode ter uma interface com as questões da psiquiatria, por outro existe uma tendência dos dirigentes da área da Saúde Mental desejarem a incorporação dos serviços da área dos CAD com o entendimento de que o uso de drogas é uma patologia mental. Além disso, há uma disputa de recursos com destaque para o tema dos médicos psiquiatras.

Essa análise apareceu durante o trabalho de investigação e está descrita, por exemplo, no trecho da fala do entrevistado abaixo:

Existe um Programa Nacional de Saúde Mental. O seu coordenador tem dito publicamente que o tratamento da droga era dentro da Saúde Mental. Eles próprios tem uma apetência grande por nos ter lá dentro. Dizem algumas pessoas que esta apetência tem mais a ver com facto de nós termos muitos psiquiatras nos nossos serviços e eles terem muita falta de psiquiatras. Não tanto pela leitura técnica que eles fazem. Eu quero acreditar que é pelas duas coisas. Colegas da Saúde Mental farão uma leitura de que há uma grande parte de comorbilidade e que até... mesmo quando não há comorbilidade psiquiátrica isto é uma patologia mental e que eles deveriam trata-la. (entrevistado 10)

As situações de intoxicação aguda são encaminhadas para a Urgência. Esse fluxo com os serviços da Urgência foi mencionado no entrevistado a seguir:

Quando temos uma situação dessas, tentamos sempre que a pessoa seja encaminhada para a Urgência Hospitalar. Isso pra mim é urgência hospitalar. Nós imediatamente pedimos para ele ser transportado para uma urgência porque tem um risco de vida e... nós aqui não intervimos. Intervimos só nesse sentido de o encaminhar. Nós não tratamos esses casos agudos... esses casos de intoxicação aguda. (entrevistado 6)

Além disso, o histórico de tratamento dos usuários dependentes de heroína não deflagrava essa necessidade na maioria dos casos atendidos, de acordo com o entrevistado abaixo:

Eu acho que se vai trabalhando, mas tem sido... há um hospital novo alí e isso está a ser trabalhado um bocadinho, os caminhos mais de urgências, nós temos muito poucas urgências, né, nesse sentido, porque a heroína não tem essa característica e que como foi essa a nossa base sempre houve esse entendimento de que não há urgências. (entrevistado 5)

A articulação do trabalho em rede é algo permanente e, com todos os avanços, existem muitas barreiras a ultrapassar. Em contraposição aos relatos de experiências exitosas, a centralidade do cuidado nas equipes de tratamento e a dificuldade geral de abertura por parte de alguns serviços de saúde também foi referida e pode ser ilustrada com a fala do entrevistado a seguir:

Eu acho que na realidade nós centralizamos esses cuidados muitas vezes aqui, e somos nós a fazer a articulação e os encaminhamentos. E os encaminhamentos são tão mais eficazes e mais tranquilos quando há relações estabelecidas, devia se calhar haver caminhos abertos e portas abertas. E elas não existem. Nós estamos aqui um bocadinho sempre à parte. Nós, que somos saúde,

estamos separados da saúde mental, como muitas vezes estamos separados da saúde. (entrevistado 29)

De acordo com o percurso realizado no tema do trabalho em rede, a política portuguesa avançou no campo das articulações com os serviços e com dificuldades a serem superadas. Existe preconceito e o usuário de drogas ainda é estigmatizado. Além de um fluxo com os serviços de saúde é necessário trabalhar a mudança de postura dos profissionais na relação com o usuário. Mais do que uma consulta, o acolhimento do usuário sem julgamento pode contribuir para a sua mudança de postura na relação com o tratamento. Abre-se a possibilidade de acessá-lo de outras maneiras e trabalhar outras dimensões da vida fora da exclusividade da relação com a droga. Essa perspectiva foi abordada no entrevistado abaixo:

E ao receber o utente de uma outra forma tá criando uma nova plataforma, um novo terreno em que o utente adere mais facilmente aos Cuidados de Saúde Primários. E nos Cuidados de Saúde Primários vai ter ganhos pra si, não é? Porque por exemplo, se ele tinha cáries a nível dentário e deixa de ter dores de dentes e fica gratificado com isso, ele vê na cara do dentista e nos dispositivos, eles querem nós, cuidou e tratou realmente dele, que aparou, que lhe retirou a dor. E claro que isso aumentou o vínculo. Por isso permitenos trabalhar outras dimensões da sua vida. Ele sente-se mais confiante face a nós. Porque ele no início resistia muito ir ao hospital. “Sempre fui mal tratado, já não vou lá há dez anos, os médicos não gostam de mim, são preconceituosos, eu não vou. Estão sempre a me insultar, a dizer que não devo consumir, não sei quê”. Se de repente ele for recebido por um médico que não estigmatiza, trata e cuida, dá-lhe um ganho imediato em termos de saúde física, corporal ou até psicológica, dá-lhe aquele alívio, logo aqui construímos para uma relação de base mais forte. Criamos confiança. (entrevistado 16)

A necessidade de formação dos profissionais e a desconstrução do preconceito em torno da dependência também foi considerada por outro entrevistado no trecho abaixo:

Na saúde porque o pessoal da área da saúde, médicos e enfermeiros que trabalham tanto na rede hospitalar quanto nos Cuidados de Saúde Primários, são os chamados Centros de Saúde, das consultas nas comunidades e tal, tem ainda uma formação muito deficiente no campo das drogas. Precisam de saber muito mais e precisam de trabalhar preconceitos que ainda estão muito instalados. Esse trabalho tem que ser feito comandado pelo SICAD, comandado pelas Administrações Regionais de Saúde, as ARS's e com ajuda das universidades, das ONG's, estarmos todos nessa rede. Mas ainda é preciso fazer esse trabalho. Porque há ainda muito preconceito dos profissionais de saúde. E ainda há muita ignorância. Sobre o que é isso de ser dependente. (entrevistado 24)

Os projetos na área dos CAD e a melhoria do fluxo entre os serviços de saúde têm sua importância. Porém, há prevalência de metodologias quantitativas para a elaboração de estratégias e a posterior avaliação dos seus efeitos. A necessidade de aprimorar a elaboração e avaliação das ações agregando a análise qualitativa dos impactos foi considerada na fala do entrevistado abaixo:

(...) agora deixamos de fazer isso e agora queremos voltar a recuperar. Durante muito tempo nós tínhamos o que chamamos de diários antropológicos e etnográficos. E então nós íamos tentando recolher, recolhíamos de forma sistemática de acordo até com alguns critérios da etnografia e íamos colhendo informação sobre as dinâmicas territoriais e da comunidade. E depois, todos os anos enviávamos um pequeno resumo, por exemplo, para o SICAD ou para a Direção Geral de Saúde com indicadores objetivos de caráter objetivo explícito que tínhamos formulários do próprio poder público, das instituições públicas. E pediam por exemplo, número de seringas trocadas, número de exames de VIH feitos, número de referências feitas para o hospital, tudo tic tic tic tic (...) O que nós estávamos enviando era uma avaliação qualitativa dessas medidas, que o próprio poder público não nos pedia, mas que mandávamos sempre. Baseados nesses diários de observação, nesses diários de campo. Desde aquele tempo pra cá deixamos de fazer isso porque a carga burocrática é tão grande sobre as equipas que nós passávamos o tempo todo a é: a discutir e responder aos formulários. (...) Mas o que eu esperava é que a entidade pública, ou nesse caso os organismos tentassem valorizar a análise qualitativa da nossa resposta com uma análise quantitativa. (entrevistado 16)

O modelo português é uma experiência de sucesso pela variedade de respostas produzidas no campo das drogas e sobretudo pela capacidade em ousar há mais de quinze anos com a aprovação da Lei da Descriminalização.

Por outro lado, o enfrentamento do tema do controle social (e da violência a que os usuários ainda estão submetidos) e a qualificação do trabalho em rede com diminuição do preconceito foram anteriormente abordados como desafios a serem superados. O modelo português teve grande êxito nos anos das suas mudanças, mas para um dos entrevistados é preciso avançar:

Não tem nada de exemplar. Teve um momento de coragem no início do milênio e daí pra cá estagnou. Por muito que o que eu to a dizer agora custe... aos indivíduos que gerem esse modelo e aos muitos dos quais eu tenho excelentes relações e enfim, tenho um grande respeito pelo trabalho deles mas realmente eu acho que está na hora de pormos algumas coisas em causa e irmos mais longe... (entrevistado 24)

Além da crise institucional e as nuances entre a defesa ou não de se retomar a proposta de um Instituto das Drogas, mesmo que em outro formato,



existe a falta de financiamento e consequências para a recomposição do quadro de profissionais.

A falta de investimento tem uma relação estreita com a superação do problema da dependência em larga escala da heroína, atualmente não tão visível como foi no advento das transformações no campo das políticas da droga. A preocupação com a dependência de heroína está diminuída, mas a necessidade de ampliar a intervenção precoce com jovens e adolescentes foi considerada pelos sujeitos da pesquisa. Além do uso do álcool e da cannabis, a interface crescente do uso de substâncias com os comportamentos aditivos relacionados aos jogos e à internet, principalmente entre crianças e jovens, foi considerada como uma forma de reavivar a importância do trabalho na área dos CAD.

Ao longo do eixo temático da articulação do trabalho em rede identificamos a potência da rede portuguesa na relação com as especialidades e os desafios presentes na composição com os Cuidados de Saúde Primários e os serviços da Saúde Mental. A expansão da rede de cuidado mais significativa com a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a consequente aprovação da Lei da Descriminalização não garantiram por si só a maior permeabilidade dos profissionais de saúde ao cuidado dos usuários de drogas. Os avanços identificados são fruto do trabalho cotidiano dos profissionais e ainda com desafios a serem superados.

Logo a seguir, abordarei aspectos trazidos por membros de uma Associação de usuários. Identificaremos nesse tema alguns pontos de tensão com a atual política portuguesa na área dos comportamentos aditivos e desafios para as políticas e práticas em curso.

### **O que os membros de uma Associação têm a dizer das políticas e as intersecções com “alguns” do “outro lado”**

A C.A.S.O. (Consumidores Associados Sobrevivem Organizados) é uma associação de usuários de drogas criada em 2007 e formalizada em 2010 com o apoio da APDES<sup>100</sup> e a colaboração de um holandês chamado Gerard Theo Van Dam que contribuiu para a fundação de mais de cinquenta associações na Europa. Na visita à Associação foi possível entrevistar dois membros.

---

<sup>100</sup> Agência Piaget para o Desenvolvimento

Tentaremos retratar a seguir o trabalho da Associação, os seus posicionamentos quanto às práticas de cuidado a usuários em curso na rede, o que eles têm a dizer sobre o trabalho de educadores de pares e o papel dos utilizadores na formulação das políticas das drogas.

Um dos eixos de atuação da Associação é a tentativa de garantia de direitos dos usuários de drogas. Após a aprovação da lei da descriminalização houve uma melhora significativa na abordagem policial dos usuários de drogas. Mesmo com os avanços e a diminuição da prisão de usuários enquadrados no tráfico, ainda há muita violência, não generalizada, por parte das forças de segurança. A Associação tenta sensibilizar os usuários para denunciar essas situações de violência, mas ainda há muito receio de um posicionamento:

(...) a gente tenta e tentamos muitas vezes quando há ações policiais, se as pessoas quiserem apresentar queixa, nós temos contactos com o Observatório de Direitos Humanos que são juristas e advogados que denunciam esta situação. Não levam a Tribunal mas põem a público, mostram a público. E temos essa dificuldade das pessoas terem coragem de testemunhar contra a agressão policial, que ainda existe, apesar da descriminalização. (entrevistado 23)

A aprovação da Lei da Descriminalização e a reformulação das políticas foram reconhecidas como grandes avanços pelos membros da Associação. Os usuários passaram a acessar mais os dispositivos de cuidado e os profissionais de saúde transformaram a sua postura nessa relação.

Por outro lado, a aprovação da lei retirou o consumo de drogas da área criminal, mas ainda há muitos usuários de drogas presos e enquadrados como traficantes. O questionamento das quantidades estabelecidas pela Lei e a prisão de usuários foram contextualizadas pelos membros entrevistados e pode ser ilustrado no trecho a seguir:

(...) porque sabemos que há algumas lacunas no nosso ponto de vista na questão da quantidade. Por exemplo, a pessoa que consome heroína, a quantidade é uma grama de heroína e isso é muito pouco para uma semana, para dez dias porque há pessoas que consomem heroína duas gramas por dia. Portanto, se uma pessoa for apanhada na posse de duas gramas já pode ser considerado tráfico. (entrevistado 23)

As situações de abuso das autoridades de segurança na violência empreendida contra os usuários mais vulneráveis e a violação de direitos não é o único aspecto problemático após a aprovação da Lei da Descriminalização. O estigma e o preconceito em torno dos usuários de drogas por parte dos profissionais de saúde diminuíram, mas ainda precisam ser melhor trabalhados

segundo os membros da Associação. Para eles, ainda há um modelo cristalizado com dificuldade de outras perspectivas de abordagem, com atuação muito diferente entre as equipes de tratamento com relação aos horários de funcionamento e as dificuldades de vinculação de usuários que trabalham.

A não verticalização da relação profissional-usuário e a importância da negociação com o médico quanto à utilização da medicação também foi abordada no fala de um dos entrevistados:

(...) e sempre em negociação com os meus médicos, eu pedia aos meus médicos para reduzir e os meus médicos diziam; isso não é assim e eu agradecia e dizia, você é meu médico mas o corpo é meu... (...) No momento geri essa negociação com meu médico e depois passado um ano e meio deixei de tomar metadona. (entrevistado 23)

Os programas pautados na abordagem do usuário sem a exigência da abstinência e de viés moralista, respeitando a decisão de quem opta pelo consumo, foram abordados como de grande importância.

Para os membros da Associação, a RRMD, mais do que uma área de intervenção, deveria operar de forma transversal em todas as áreas. Essa reflexão pode ser encontrada, por exemplo, na fala do entrevistado abaixo:

O modelo português se assenta na prevenção, na redução de riscos e minimização de danos, no tratamento, reinserção e dissuasão. São os pilares. E se calhar, por causa deste discurso de censura ou de mostrar que o objetivo último é o tratamento e a abstinência, o não reconhecimento do consumo recreativo, sei lá, por vários motivos penso que alguns destes pilares não comunicam o que deveriam comunicar com os outros. Eu acho que a redução de riscos, enquanto abordagem, enquanto filosofia, devia ser quase mais uma parte transversal do modelo que depois se manifesta na prevenção, na prevenção indicada de alguma forma específica e tal. (entrevistado 19)

A redução de riscos no consumo é uma medida importante para os usuários que não desejam ou não conseguem alcançar a abstinência. Além disso, alguns usuários podem sair da relação de exclusividade com a droga sem necessariamente caminhar para a abstinência. Os dependentes têm dificuldades em gerir seus usos de drogas, porém não é de uma total impossibilidade. A questão que se coloca é conseguir gerir um consumo sem excessos, conforme explicita a fala do entrevistado a seguir:

E eu consigo gerir isso e porque eu aprendi muito em relação a isso e hoje me dá é o que eu faço. (...) Mas eu não sou o único. Tenho

alguns colegas que fazem isso. (...) É uma questão de percebermos também, não sei, o nosso, a nossa... como é que eu ia dizer... de nos conhecermos a nós próprios, os nossos limites. Se a gente não tiver um limite na vida, é claro, como tudo faz mal. Não posso estar todo dia a beber café ou todos os dias a fumar vinte cigarros, portanto, há que haver limites e esses limites são possíveis. Claro que são possíveis. (entrevistado 23)

O trabalho do educador de pares em contexto prisional em alguns momentos já provocou o debate da auto-gestão do uso de drogas. O que esteve em questão numa situação desse tipo não foi uma apologia ao consumo, mas a problematização da relação cristalizada consumo-dependência que coloca o usuário em um “beco sem saída”, sem a possibilidade de controle dos seus consumos. Esse tipo de situação já contribuiu para alargar o campo de conversa na intervenção, de acordo com o entrevistado abaixo:

Eu de vez em quando tenho que ter cuidado quando vou... por exemplo, já fui à cadeias, às prisões, dar formação sobre Educação de Pares, trabalho que eu faço, e por vezes quando eu digo que consumo esporadicamente eles não se acreditam. “Ah, não pode ser, não pode ser!”. E muitas vezes cria-se ali uma discussão. (entrevistado 23)

Para os membros da Associação, o uso de drogas não se encerra exclusivamente nos seus malefícios. Algumas pessoas passam pela experimentação e até um uso atrelado a alguns contextos específicos, mas não caminham para um padrão de dependência. Nesse sentido, o direito de usar drogas e o respeito à escolha do usuário deve ser parte fundamental dos processos de intervenção.

As salas de consumo seguro foram outra lacuna apontada pelos membros da Associação na política pública portuguesa. Se a abstinência não é a condição exclusiva para a vinculação aos dispositivos de cuidado, as salas de consumo assistido podem propiciar o uso de droga de forma mais segura evitando situações de overdose.

A Lei trouxe uma outra lacuna quando descriminalizou o consumo sem regulamentar o comércio, fazendo com que os usuários tivessem que recorrer ao tráfico para conseguir a substância. O tema da regulamentação das drogas para driblar a lacuna da lei e trazer proteção daquilo que se consome foram abordadas da mesma maneira que alguns profissionais ao longo da investigação. Esse apontamento pode ser identificado no trecho a seguir:

A questão que não é crime mas ainda é proibido, ou seja, não é crime mas pra gente consumir tem que recorrer ao crime. Também é umas das lacunas. (...) nós estamos a consumir uma coisa que não sabemos o que é. (entrevistado 19)

Outro aspecto abordado foi a deficiência de programas e alternativas na área da reinserção social. Existe o reconhecimento de que cada usuário faz as suas escolhas e tem uma responsabilidade na construção dos seus caminhos, mas a falta de perspectiva após um período de tratamento é uma falha do modelo português que deveria ser aprimorada, de acordo com o entrevistado abaixo:

(...) o que falta aqui em Portugal é a verdadeira reinserção. (...) E o que é certo, a maior parte dos meus amigos estiveram lá durante um ano e saíram e ficaram com uma mão atrás e outra na frente sem saber o que faziam e voltavam outra vez a consumir. (...) Não tinham onde se dirigir, é mais fácil para eles era entrar outra vez no mundo da droga. Porque sempre viveram aquilo, durante muitos anos e pra eles é muito fácil. “O que é que eu vou fazer agora?”. (entrevistado 23)

Além da falta de recursos para o funcionamento mais estruturado de programas de reinserção, o tema da falta de financiamento dos projetos das ONG foi considerado na fala do entrevistado a seguir:

E portanto, são equipas, ora bem, o financiamento é aqui depois de um diagnóstico de território, o SICAD financia, mas financia uma percentagem. No fundo o Estado está a comprar um serviço mas a dizer que só paga uma percentagem desse serviço. Isto para uma ONG, para uma associação sem fins lucrativos, não é? implica um esforço muito grande. (entrevistado 19)

Para os membros da Associação, os usuários de drogas são o público-alvo das intervenções construídas no campo das políticas públicas. Nesse sentido, os usuários são parte importante dessa construção, apropriados da realidade e das necessidades em cena. A luta pela participação na discussão e formulação das políticas foi abordada como importante na fala do entrevistado a seguir:

(...) temos estado sempre a batalhar para que possamos estar presentes nas discussões políticas, porque faz toda a diferença. Antes desse plano nacional dos comportamentos aditivos e das dependências era o plano nacional contra as drogas e as dependências, no qual a gente tinha muitas críticas e depois mudaram o nome. A gente até congratulou com a mudança do nome. Mas inicialmente e não quiseram chamar-nos para estarmos presentes. (entrevistado 23)

A falta de sintonia entre as decisões tomadas no campo das políticas e a comunicação com os usuários foi abordada por um dos entrevistados. O rompimento com a Associação Nacional de Farmácias no Programa de Troca de Seringas teve um impacto importante na dinâmica dos usuários que faziam o uso de drogas injetáveis de forma mais segura. A transferência do Programa para os Centros de Saúde não foi devidamente informada e trabalhada com os usuários. Além disso, o acesso ficou prejudicado, distante dos locais de uso e tráfico de drogas. Essa transição e seus efeitos problemáticos estão descritos no trecho a seguir:

(...) em 2013 parou nas farmácias e a CASO foi para o terreno. Parou nas farmácias e o Ministério da Saúde quis que esse programa continuasse nos Centros de Saúde e nós fomos para o terreno perceber como é que estava a correr o programa. Reparámos que ninguém, nenhum utilizador de drogas ascendia, ia lá ao Centro de Saúde pra trocar seringas... (...) E elas na altura nem sabiam que os centros de saúde trocavam, porque houve muita falta de informação. (...) Porque o Centro de Saúde ainda por cima que estavam a fazer as trocas de seringas ficavam muito distantes dos locais de uso e tráfico de drogas. (entrevistado 23)

Os espaços nomeados como científicos e de domínio exclusivo dos técnicos provoca a cisão com um saber existente do usuário, útil para compor na construção do conhecimento e subsidiar a criação de novas políticas e práticas. Essa perspectiva foi abordada nos trechos dos entrevistados abaixo:

Há o eles e nós. Há a criação de estereótipos. Depois cada um vai construindo os seus fantasmas e projetando no técnico. O próprio técnico projeta preconceitos e alguns receios na população de utilizadores, portanto há um caminho na formação e no relacionamento, pontos há muito a fazer ainda. (...) somos os melhores especialistas nisso. Somos nós que aprendemos a enganar os médicos e enganar as mães, os pais e os amigos. Portanto, pra nós é uma... é muito mais rápido esse processo de perceber quais são as necessidades e o que está a acontecer. (...) desde quase abril e não via ainda nenhuma organização de base comunitária, nenhuma organização da sociedade civil ser chamada para contribuir com essa reflexão. Portanto, logo aqui vejo que algo vai mal, quando precisamos que uma elite de sábios se fechem num sítio qualquer para saber o que é preciso mudar para mudar o mundo. (entrevistado 19)

(...) aquela conferência é uma conferência muito científica e não política, e nós até achamos aquilo um ataque pessoal que... por ser científica não quer dizer que a gente não tinha direito ao acesso, à questão científica. Nós não somos loucos, não é? E apesar de andarmos fora da vida social, depois da gente criar este grupo, tivemos que aprender durante pouco tempo políticas, técnicas, rever a literatura, para estarmos também a par do que estava a passar e das políticas que estavam a fazer em prol, do nosso bem. (...) Por muito que as pessoas façam políticas para melhorar a nossa qualidade de vida, não nos faz muito sentido fazerem estas políticas

sem a nossa participação. Porque nós aqui somos as pessoas afetadas, somos as pessoas alvo, nada como nós sem nós, ou seja, também estamos envolvidos para dizer as necessidades que nós sentimos no terreno. (entrevistado 23)

Entretanto, o esforço de aproximação ao longo dos anos e a evolução para alguma escuta do que os usuários têm a dizer sobre as necessidades de transformações na política pública foi considerada pelos membros da Associação:

Ultimamente fomos convidados para participar num grupo de trabalho do próprio SICAD que estamos a participar de um grupo de trabalho que é um manual de minimização de riscos e redução de danos, no qual a CASO tem feito seus contributos e portanto, aos poucos agora estamos a sentir o reconhecimento e importância e eles nos chamarem também para participar ativamente da questão... (entrevistado 23)

O protagonismo dos membros da Associação não se restringe exclusivamente ao conhecimento da realidade na condição de usuário ou ex-usuário de drogas. Além da importância no debate e formulação das políticas, o trabalho do educador de pares é uma via de composição importante com os técnicos nos contextos de intervenção com os usuários de drogas. Segundo os membros da Associação, existe uma luta pela regulamentação dessa profissão e a necessidade de pesquisas que possam comprovar os efeitos da atuação do educador de pares nos campos de intervenção e o reconhecimento do saber produzido com os outros campos de saber.

A Associação também tem se envolvido com a formulação e execução de pesquisa no contexto dos comportamentos aditivos e dependências. Uma nova pesquisa pretende investigar após dezessete anos da implementação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga os aspectos superados no campo das políticas e as perspectivas futuras, ouvindo usuários e profissionais dos serviços, acadêmicos e responsáveis pela formulação e condução das políticas públicas. O escopo geral dessa pesquisa foi descrito no trecho a seguir:

Mapear o que é que os diferentes atores do mundo das drogas em Portugal dizem sobre o modelo português hoje, portanto teremos trinta entrevistas com utilizadores de drogas e trinta com entrevistas com técnicos e investigadores, pessoas ligadas à administração da Saúde em Portugal, decisores políticos. (...) A nossa questão é perceber quais são as apreciações atuais destes atores sobre, se o modelo já resolveu o que tinha que resolver, para onde vai evoluir no futuro, um pouco a volta disso. (...) É um projeto específico da CASO financiado pela rede europeia de associações de pessoas que usam drogas. (entrevistado 19)

A parceria da C.A.S.O. com outras Associações de utilizadores de drogas foi referida como elemento fortalecedor nas campanhas e na defesa dos direitos dos usuários. Além disso, o investimento nas associações comunitárias locais foi apontado como uma saída para o fortalecimento na participação política para o planejamento e aproximação com o tema das drogas. Entrevistar membros de uma Associação de usuários possibilitou identificar em que medida há concordância com as práticas em curso e ao mesmo tempo, levantar críticas daqueles que representam o público-alvo das intervenções. Além disso, criticaram a exclusão em momentos importantes em que eles teriam algo a dizer sobre as transformações propostas no campo das políticas públicas.



## DÍALOGOS DO MODELO PORTUGUÊS COM A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

### Ponderações importantes entre as experiências

Terminada a narrativa da análise do material do trabalho de campo em eixos temáticos, fruto das observações e das entrevistas, retomarei a seguir as questões da presente pesquisa.

Mas antes de realizar esse trajeto, esboçarei algumas considerações importantes entre as realidades portuguesa e brasileira como pano de fundo para sustentar as respostas às questões da pesquisa e o aprofundamento da discussão.

Primeiramente, poderíamos questionar as diferenças significativas em termos geográficos e populacionais entre Portugal e o Brasil. Portugal tem aproximadamente a população da cidade de São Paulo<sup>101</sup> e a extensão geográfica do Estado de Pernambuco<sup>102</sup> da região Nordeste do país.

Embora exista uma diferença significativa da dimensão geográfica e populacional, o presente estudo tentou estabelecer alguns diálogos com o paradigma português e com as práticas em curso na rede de cuidado. Nesse sentido, não se trata de um estudo comparativo *stricto sensu* entre as duas realidades tão distintas do ponto de vista político, cultural, econômico, social e jurídico. Trata-se de uma investigação do modelo de cuidado português na área dos comportamentos aditivos e dependências para pesquisar possíveis contribuições para a transformação das políticas públicas e práticas em curso no Brasil. Nesse sentido, pretendeu identificar os possíveis impactos da aprovação da Lei da Descriminalização, realizar o aprofundamento da estruturação da política pública de saúde e investigar os arranjos técnico-assistenciais existentes para a condução do cuidado em rede.

Entretanto, a investigação nasceu das inquietações vividas nas práticas do trabalho do pesquisador em uma rede de cuidado com distintas modalidades de serviços em um município de grande porte do Estado de São Paulo. Obviamente que o pesquisador, atravessado pela sua experiência,

---

<sup>101</sup> Cidade de São Paulo e Portugal, 11.253.503 e 10.284.343 habitantes, respectivamente.

<sup>102</sup> Estado de Pernambuco e Portugal, 98.311 km<sup>2</sup> e 92.212 km<sup>2</sup>, respectivamente.

tentava estabelecer algumas conexões com as estruturas de cuidado existentes nas suas práticas no Brasil ao longo da investigação.

Outro aspecto importante a ser considerado é a estruturação proposta pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas no Brasil não corresponder à realidade encontrada em grande parte dos municípios do território nacional. Mesmo com todos os avanços de ampliação do número de serviços, com destaque para os CAPSad, ainda é muito comum no Brasil a ausência de respostas para os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e as práticas de muitos municípios brasileiros estão restritas à internação como resposta. A implementação de CAPSad e outros projetos na área também depende de um parâmetro mínimo populacional para o repasse de verbas e o cadastramento dos serviços pelo Ministério da Saúde. Além disso, a implementação de CAPSad e outros projetos na área dependem da implicação e vontade política dos governantes municipais. A experiência de trabalho do pesquisador no Brasil é de certa forma privilegiada quando se leva em conta os serviços existentes, embora a cobertura seja ainda insuficiente para um município de mais de 1 milhão de habitantes. Portanto, a análise sobre a dinâmica dos processos de trabalho dos CAPSad abordada mais à frente diz respeito à minha experiência singular na rede de cuidados de um município de grande porte no Brasil, o que não necessariamente corresponde à realidade de boa parte desses serviços existentes no país.

Em Portugal a cobertura com os Centros de Respostas Integradas (CRI's) e suas respectivas equipes de tratamento demonstrou ser um pouco mais uniforme, porém as estruturas conveniadas da área da RRMD não são encontradas em todos os territórios. Esse aspecto reflete a necessidade das equipes de tratamento dos CRI organizarem-se nos seus processos de trabalho para a avaliação das necessidades do território e a execução das ações nas quatro áreas de intervenção na sua área de abrangência.

Encerradas essas ponderações, agora podemos retomar as questões da pesquisa e adentrar nas possíveis contribuições para o modelo brasileiro. As reflexões a seguir não pretendem entrar numa rota avaliativa. Alguns aspectos identificados durante a investigação também foram úteis para provocar reflexões no pesquisador e até aventar propostas não encontradas nem no Brasil, nem em Portugal.

## **A aliança possível entre a Saúde Mental e a Saúde Pública**

Portugal tem uma trajetória de construção da política pública completamente distinta do Brasil. De acordo com o material pesquisado e analisado, no final da década de 80 a criação do Centro das Taipas em Lisboa e consequente expansão de outros Centros no país impulsionaram o processo de mudanças no cenário português. Conforme tivemos a oportunidade de constatar, esse acontecimento proporcionou a ligação desses serviços ao Ministério da Saúde e logo a seguir, a incorporação das experiências de tratamento ligadas ao Ministério da Justiça, o que deu origem ao Serviço de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências (SPTT).

A primeira diferença da política portuguesa em relação à realidade brasileira foi a construção de uma política centrada em estratégias voltadas para o cuidado em especial de usuários dependentes de heroína. Portugal inicia o seu conjunto de transformações com foco nas drogas ilícitas, momento em que a intervenção com usuários de álcool ainda estava ligada aos Centros de Alcoologia. O aumento do número de pessoas com doenças infectocontagiosas, o crescimento da criminalidade associada aos consumos, o número significativo de mortes por overdose e a degradação dos espaços públicos em que ocorria o uso injetável trouxeram para a cena a necessidade de criação de respostas para o problema.

Outro aspecto foi a particularidade da criação desses Centros numa perspectiva de intervenção de Saúde Pública com uma estruturação própria e separada do campo da Saúde Mental. Ao contrário do Brasil, que teve a expansão da rede de cuidado com a criação dos CAPSad ligados à Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, os entrevistados situaram a dificuldade histórica de diálogo com os serviços de psiquiatria para o tratamento dos toxicodependentes. Havia uma experiência de consultas no Serviço de Psiquiatria do Hospital Santa Maria em Lisboa, porém com enorme relutância em internar os toxicodependentes. Além disso, a performance dos usuários de drogas acentuava a recusa da psiquiatria com percurso de experiências de tratamento das doenças mentais no sentido mais clássico do termo.

As doenças infectocontagiosas associadas ao consumo de drogas injetáveis também foi outro ponto destacado para a abordagem clínica

tradicional perder o seu peso e a dimensão de Saúde Pública nas intervenções ganharem mais força. Além disso, a ampliação da intervenção no campo das toxicodependências contou com a participação não somente de psiquiatras, mas de médicos de diversas especialidades, o que no trabalho de campo revelou-se como uma contribuição para retirar as ações do saber exclusivo psiquiátrico.

Somada às contingências históricas da implementação das políticas, os entrevistados estabeleceram vantagens da criação de uma política pública separada do campo da Saúde Mental.

Para alguns entrevistados, a abordagem dos comportamentos aditivos e dependências numa lógica do campo da Saúde Mental poderia trazer um risco de fragmentar o usuário com foco em um saber “psi”. Essa postura poderia reforçar um olhar para os comportamentos aditivos e dependências enquanto patologias mentais ou até produzir a identificação do uso de drogas como algo atrelado ao imaginário da “loucura”.

Além disso, o percurso próprio da política propiciou, segundo os entrevistados, a construção de um modelo próprio de intervenção, com a construção de um saber específico e de uma identidade que deu visibilidade à necessidade de criar-se respostas para os problemas advindos do fenômeno do uso de drogas e a produção de eficácia nas suas intervenções.

Deste modo, temos até aqui uma contribuição para o modelo brasileiro: a intervenção enquanto Saúde Pública com a prática do rastreio de doenças infectocontagiosas e outros problemas de saúde que possam estar relacionados ao consumo de drogas é uma prática de redução de riscos enquanto estratégia de proximidade dos projetos da área da RRMD e das equipes de tratamento. A relação da rede de atendimento dos comportamentos aditivos e dependências mostrou-se uma boa integração com os demais serviços de saúde, em especial no tema das especialidades, porém não sem dificuldades e da necessidade de interlocução permanente.

No Brasil, os CAPSad estão muito mais focados nas questões clínicas agudas advindas dos sintomas de intoxicação e abstinência do que propriamente em monitorar e construir estratégias de cuidado para reduzir riscos e acompanhamento sistemático das questões clínicas crônicas associadas. A própria gênese dos CAPSad no campo da Saúde Mental provocou uma dinâmica de trabalho nas equipes mais focada na

problematização com o usuário da sua relação com a droga. Ao longo da experiência do trabalho de campo em Portugal foi possível perceber o amplo trabalho com outras áreas da saúde. Um aspecto que inspira agenciar o cuidado dos usuários de álcool e outras drogas com uma perspectiva mais sistematizada de saúde pública é a possibilidade, a partir do monitoramento das ações e composição com os demais serviços de saúde, o que poderia proporcionar o estreitamento do vínculo com os profissionais e a maior implicação do usuário no seu processo de saúde.

O cuidado das questões clínicas nos CAPSad despertou, desde a sua implantação, dúvidas sobre a missão desses serviços encarregarem-se das questões de saúde associadas ao uso de substâncias. Esses processos de questionamento têm relação com duas vertentes. A primeira delas é a proposta dos CAPSad realizarem um trabalho em rede e tentarem co responsabilizar os demais níveis do sistema de saúde pelo cuidado compartilhado dos usuários. A outra vertente é tentar fomentar a criação de autonomia dos usuários e não concentrar todos os processos de cuidado nos CAPSad.

Por outro lado, a avaliação da dificuldade dos usuários geralmente se implicarem com as suas questões de saúde dentro da sua dinâmica de uso diário de drogas deve ser um aspecto a ser levado em conta. A criação de serviços especializados como os CAPSad reforçou a postura dos Centros de Saúde se desresponsabilizarem pela proposta de cuidado compartilhado dos usuários. Ainda há muito estigma envolvendo o acolhimento desses usuários. Essa dificuldade é notada no contexto brasileiro inclusive com os usuários dependentes de álcool. Desse modo, o acompanhamento e tratamento de questões clínicas dos usuários, direta ou indiretamente ligadas ao consumo de substâncias, poderia ser aprimorada no contexto brasileiro. A melhor sistematização dos projetos terapêuticos com o mapeamento das questões clínicas e o monitoramento dos encaminhamentos para os Centros de Saúde e serviços da especialidade poderiam ser úteis para o aprimoramento da condução dos processos de cuidado. Um olhar mais apurado para os cuidados clínicos poderia contribuir para a melhor vinculação ao tratamento, além de funcionar como medidas de redução de danos, incentivando o autocuidado dos usuários.

Entretanto, a análise do material do trabalho de campo apontou como consequência de um eixo próprio de intervenção uma maior desarticulação

com os serviços de psiquiatria no cuidado dos casos com comorbidade psiquiátrica. Esse é um outro aspecto interessante. O campo da Saúde Mental parece operar no Paradigma Psiquiátrico no contexto português. Embora exista a internação psiquiátrica em contextos de hospital geral, os serviços de saúde mental ainda operam numa lógica distante da intervenção comunitária, sustentado por um formato ambulatorial, em grande parte funcionando dentro das instalações dos hospitais.

No Brasil, o surgimento dos CAPSad foi um ponto importante no tema das políticas públicas de saúde destinadas ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas. A continuidade dos processos de desinstitucionalização advindos da Reforma Psiquiátrica no final da década de 80 e a criação dos CAPS como serviços de atendimento regionalizado para o tratamento dos transtornos mentais influenciou diretamente na criação dos CAPSad.

Nesse sentido, o que está proposto com o Paradigma da Atenção Psicossocial é a superação do Paradigma Psiquiátrico. Isso significa privilegiar o tratamento em liberdade, na e com a comunidade, intersetorialmente, deslocado do paradigma doença-cura e com o olhar para a existência/sofrimento, visando o resgate da cidadania e a participação efetiva dos usuários no seu processo de cuidado.

Por outro lado, a criação dos CAPSad também refletiu no questionamento dos CAPS (para “transtornos mentais”) quanto ao seu papel de cuidar dos usuários de substâncias psicoativas. No cotidiano de trabalho é muito comum a necessidade de discussão dos casos para a pactuação do melhor espaço de tratamento para os casos com comorbidade psiquiátrica. A criação dos CAPSad enquanto serviço especializado para o tratamento de usuários de substâncias psicoativas no campo da Saúde Mental parece facilitar a possibilidade de diálogo mais estreito com os CAPS destinados ao tratamento dos transtornos mentais. Existem dificuldades na articulação dos casos de comorbidade, mas o fato de estarem ambos o serviço dentro da área da Saúde Mental coloca a necessidade de diálogo entre os profissionais para a produção de alguns consensos de parceria para o cuidado dos usuários. No início de implementação dos primeiros CAPSad no meu campo de trabalho, houve grande recusa inicial e grande fluxo de encaminhamento de casos de comorbidade por parte dos CAPS com a missão de cuidado dos usuários com “transtornos mentais”. Esse fluxo demonstrava o quanto era difícil para as

equipes desses serviços compreenderem o uso de drogas como algo secundário no caso de usuários com um diagnóstico psiquiátrico, com uma performance muito diferente dos alcoolistas e toxicômanos com um discurso cristalizado na identidade de “dependente químico”. Ao longo dos anos, os próprios usuários têm nos ensinado a possibilidade de constituir parcerias entre os CAPS e os CAPSad eles mesmos escolhendo seus locais de tratamento.

Agora podemos adentrar num outro aspecto importante do modelo português. Os locais de tratamento desconstruíram o olhar para o uso de drogas como crime, deslocaram-se do saber psiquiátrico. Mas nesse deslocamento, foi reforçada a toxicodependência como uma doença e o usuário como doente tratado dentro de um modelo ambulatorial com a lógica de consultas, horários e regras estabelecidas.

Com relação ao tema do tratamento, foi possível identificar várias nuances. No geral, as equipes de tratamento não estabelecem a abstinência como uma obrigatoriedade e nem como ponto de partida. A prioridade é propiciar condições de vinculação dos usuários com os serviços.

Entretanto, a compreensão de tratamento para vários entrevistados parece estar vinculada à idéia do usuário que está motivado a construir caminhos e estratégias para a abstinência. Trabalhar com os usuários a meta da abstinência foi algo marcante no discurso dos entrevistados. Na Unidade de Alcoologia o tratamento com a meta da abstinência foi claramente identificado.

Alguns entrevistados criticaram o modelo clínico tradicional com preponderância do modelo médico. A postura ainda moral e da abstinência nos técnicos das equipes e na política foi considerada, porém não de forma generalizada.

No caso dos usuários em acompanhamento e que prosseguem com seus consumos, a redução de riscos foi considerada uma estratégia importante, mas restrita ao sentido de trabalhar comportamentos de uso de drogas mais seguros associada à motivação do usuário para a abstinência.

Com base no percurso sobre o eixo do tratamento e nas experiências de trabalho do pesquisador no Brasil, poderíamos agora levantar algumas questões da área do tratamento no modelo português. Existiria dentro da população atendida nas equipes de tratamento, usuários que se beneficiariam de um cuidado mais intensivo nos moldes de um “Centro-Dia”? Seria a abordagem ambulatorial com significativo espaçamento temporal de consultas

suficiente para a vinculação e o cuidado de usuários mais graves? As características de um Centro-Dia estariam mais indicadas somente para os usuários com comorbidade psiquiátrica e com dificuldades de se reintegrar no mercado de trabalho, pergunta feita por dois entrevistados? A maior frequência do cuidado poderia beneficiar usuários em situação de maior vulnerabilidade social mesmo sem apresentar comorbidade psiquiátrica? A oferta de outras atividades poderia gerar uma maior abertura subjetiva dos usuários mais vulneráveis e que não necessariamente são acessados pelas estruturas de RRMD em contexto de rua? A redução de riscos na área do tratamento poderia ser compreendida dentro de uma lógica que extrapola medidas e orientações do uso de drogas de forma mais segura?

Em Lisboa há duas experiências um pouco mais próximas ao trabalho dos CAPSad no Brasil. O Centro de Dia das Taipas é uma delas, mas que não é porta aberta e tem uma capacidade limitada de atendimento. O IN-Mouraria é uma outra proposta e embora trabalhe em conjunto com os serviços da rede dos comportamentos aditivos e dependências, está à parte dos serviços geridos pela DICAD. O IN-Mouraria não tem como missão a proposta de tratamento e está mais próximo das características de um Centro de Convivência com teor ativista.

Uma vantagem na criação dos CAPSad “inspirados” nos CAPS como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico foi a variedade de ofertas possíveis na intervenção no campo do tratamento. Nesse sentido, o formato ambulatorial na lógica de consultas e atendimentos é ampliada para uma oferta de cuidado que lança mão de algumas ferramentas utilizadas no campo da saúde mental. Além dos atendimentos no formato ambulatorial, os CAPSad oferecem diversas atividades que podem contribuir para a produção de sentido na vida dos usuários e possam provocar algum efeito terapêutico. Os CAPSad trabalham com oficinas, que lidam com culinária, esportes, cinema, música, literatura, autocuidado (higiene e beleza), artes, escrita, jogos, entre outras ofertas criadas de acordo com os interesses dos usuários. Além das oficinas, os ateliers abertos com terapeutas ocupacionais é uma vertente interessante e produtora de efeitos terapêuticos e com potencial possibilidade de gerar mudança na posição subjetiva dos usuários.

Os usuários mais graves e com projeto terapêutico intensivo pactuado com a equipe de profissionais podem passar o dia no serviço que oferece



alimentação e cuidados de enfermagem associados às atividades propostas. Esses dispositivos têm se mostrado interessantes porque potencializam o vínculo dos usuários com os profissionais, possibilitando resgatar outras identificações que não somente a de “dependente químico”. Eles oferecem um ambiente mais “protetor” aos usuários, na medida em que deslocam a permanência exclusiva em locais que reforçam o comportamento ininterrupto do uso de drogas.

A proposta de processo de trabalho construído nos CAPSad na rede de cuidados de trabalho do pesquisador no Brasil leva em conta o uso intensivo, o que significa de partida considerar a dificuldade em romper essa relação de repetição do consumo. Em outras palavras, significa reconhecer no mínimo dois aspectos: é extremamente difícil parar de usar drogas e o trabalho é realizado de forma processual, com pequenos acordos e contratos com o usuário, respeitando a forma como ele consegue se apresentar e se movimentar na relação com o espaço de cuidado. A meta para a abstinência não é o ponto de partida e nem a via privilegiada de diálogo na relação técnicos-usuários. A abstinência pode ser a consequência de um processo construído com o usuário, um resultado indireto, digamos assim.

A rotina dos CAPSad na minha experiência também é diferente das equipes de tratamento em Portugal. Nos CAPSad é comum a chegada de usuários intoxicados e existe uma relação importante com o serviço de urgência/emergência para um fluxo de cuidado no pronto-socorro. Existem dois leitos em cada serviço para os casos que apresentam abstinência leve a moderada. Há uma farmácia no CAPSad que faz a dispensação de medicação para os usuários e um posto de enfermagem com insumos e medicações para o cuidado das questões clínicas agudas.

Entretanto, essa forma mais aberta e intensiva de trabalhar traz para a cena algumas dificuldades. Faz parte do dia a dia dos CAPSad na minha vivência singular uma série de mediações: conflito entre usuários, situações de uso de substâncias dentro do serviço, conversas com a vizinhança, ameaça de usuários a profissionais, permanência-dia sem envolvimento com as atividades propostas, ida ao CAPSad para exclusivamente almoçar, usuários com comorbidade psiquiátrica em crise que demandam o fechamento do portão de modo a tornar o ambiente continente, falta às consultas médicas e tensionamento com a equipe para a retirada de medicação sem a avaliação

profissional, pressão familiar ou do próprio usuário para internar, casos com questões clínicas agudas referenciados pelos pronto-socorros ainda em risco clínico, pressão por parte dos serviços da Assistência Social para internar, situações de furto no serviço, divergências entre os profissionais quanto às condutas com alguns casos, entre outros fatores.

Esse modo aberto, acolhedor (e que não significa ser permissivo, colocando limites) e altamente dinâmico, exige da equipe de profissionais dois vértices importantes. O primeiro deles é a interlocução permanente com os serviços do sistema de saúde e com a rede social de apoio dos usuários. O segundo é o manejo dos usuários nas situações adversas que surgem. A relação de confiança e o diálogo constante entre os profissionais são pontos fundamentais para que, sem desconsiderar alguns limites importantes, os mesmos possam construir contratos terapêuticos com os usuários. Essa proposta visa a nossa atenção permanente para escapar de uma lógica punitiva que possa resultar no afastamento dos usuários se houver a quebra da relação de confiança com o seu espaço de cuidado.

Para lidar com tais adversidades e aprimorar o modo de cuidar, os CAPSad contam com algumas estratégias. Enumerarei a seguir algumas delas para ajudar o leitor a visualizar um pouco melhor o trabalho realizado.

Primeiramente, acontecem reuniões de equipe semanais. Nas reuniões são discutidos os temas cotidianos que atravessam as práticas dos profissionais no CAPSad. Dentre eles: a rotina das atividades e as dificuldades surgidas com posterior proposição de estratégias para melhorar a adesão e convívio no espaço coletivo que o CAPSad oferece, discussão de artigos ou textos combinados a partir das necessidades colocadas pela equipe e com a leitura prévia dos materiais e a possibilidade de supervisão clínico-institucional para aprimorar o trabalho em equipe ou aprofundar as estratégias de intervenção em casos com dificuldades de condução.

Além desses eixos trabalhados em reuniões gerais com todos os profissionais, o coletivo se organiza em equipes de referência com o objetivo de aprimorar a gestão dos projetos terapêuticos singulares. A construção dos projetos terapêuticos é muito dinâmica, de acordo com a evolução do processo de cuidado dos casos e da avaliação de como é construído o percurso de tratamento de cada usuário. Essa dinâmica visa tornar o usuário mais participativo no seu tratamento e produzir responsabilização e autonomia no

seu cotidiano. Segundo Oliveira (2008), o Projeto Terapêutico Singular é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade.

Os projetos terapêuticos singulares (PTS) são melhores definidos após algum tempo de inserção no serviço. O propósito é tentar evitar a elaboração de projetos terapêuticos em que se propõe um “pacote” de atividades sem a produção de sentido para o usuário. Preferencialmente o que se busca é estreitar a relação com um profissional de referência definido em acordo com o usuário definido a partir do tempo inicial de acolhimento e inserção. O usuário com frequência acaba por indicar o profissional da equipe com quem ele se identifica e pode ser o psicólogo, o terapeuta ocupacional, o técnico de enfermagem, o monitor, o médico, o enfermeiro ou até mesmo o vigia. O vínculo e a identificação do usuário com os profissionais são a base para a definição do profissional de referência. O profissional de referência realiza a gestão dos projetos terapêuticos e discute com os usuários as questões mais cotidianas e práticas da sua vida. Nesse sentido, a pactuação com o usuário sobre a relação com o serviço e o seu processo de cuidado e a mediação de possíveis conflitos e descompassos surgidos também faz parte dessa perspectiva.

Outra estratégia importante são as chamadas “passagens de plantão”. Nos CAPSad elas ocorrem duas ou três vezes ao dia. Esse espaço visa contribuir para a melhor condução das questões coletivas envolvidas na dinâmica do serviço naquele período e “sintonizar” entre os profissionais a particularização de manejos e condutas com os usuários mais graves. Também visa a discussão diária dos casos entendidos como prioridade para o encaminhamento para os leitos-noite e que aprofundaremos mais adiante.

As assembleias com usuários, profissionais e familiares também se constituem como eixo operativo do trabalho dos CAPSad. São realizadas semanalmente e o que se pretende é acolher as demandas trazidas pelo coletivo de pessoas implicadas com o cotidiano de funcionamento do serviço, procurando a pactuação e construção de estratégias para o aprimoramento das ações em curso. As assembleias são espaços coletivos que podem ser excepcionalmente chamados fora do seu dia comum de realização, como ferramenta para propiciar o diálogo, em especial nas situações de difícil condução no serviço e que implicam de alguma forma todos os presentes.

Com base no processo de trabalho sucintamente descrito, como poderíamos situar a proposta desenvolvida pelos CAPSad? Esta proposta inicia-se com o acolhimento do usuário com uma escuta atenta ao seu sofrimento e às suas necessidades, tendo como “pano de fundo” a perspectiva da redução de danos. Este modelo visa, no caso a caso, um “para além” do abuso/dependência de substância psicoativa, podendo incluir, mas não priorizando de forma estreita, a abstinência. Busca-se propiciar que o usuário possa formular uma demanda de tratamento e as perguntas iniciais sobre o papel do uso em sua vida e, tendo os profissionais ao lado, construir um percurso de cuidado. Aqui podemos retomar uma das questões realizadas na conclusão da dissertação em 2005 a partir do meu percurso de prática. Essa perspectiva permite responder a uma das questões colocadas no início da presente pesquisa advinda do meu trabalho de conclusão do mestrado em 2005. Poder escutar o sujeito intoxicado é, ao invés de priorizar a desintoxicação, entender que o tratamento pode ser construído em etapas, ou seja, que se deve escutar desde o primeiro momento e que os eventos da vida ocorrem em paralelo, o que não impede de colocar a abstinência como meta final, porém construída com o usuário e não como uma expectativa lateral do profissional de saúde (SANTOS, 2005).

A redução de danos nessa perspectiva vislumbra além do uso de drogas de forma segura. Essa reflexão amparada por um percurso de prática permite responder a uma outra indagação realizada ao término da minha dissertação de mestrado em 2005. Seria a estratégia da redução de danos uma medida de saúde pública o limite da Psiquiatria Psicossocial?

A redução de danos tem se demonstrado ao longo do meu cotidiano de trabalho muito mais do que uma estratégia de saúde pública, à medida que o trabalho de um CAPSad nessa lógica propicia alguma interferência na relação do sujeito com a droga, sem o imperativo da abstinência como ponto de partida nem necessariamente como uma meta. Essa forma de atuar tem proporcionado a criação de caminhos para problematizar com o usuário os efeitos do uso de drogas na sua vida e tem provocado movimentos que favorecem a saída dos usuários do registro de exclusividade dessa relação, apresentando-lhes outros elementos da ética social e de vida.

Encerrado esse percurso do tema do cuidado dos usuários de álcool e outras drogas nas suas interfaces entre a Saúde Mental e a Saúde Pública, agora podemos arriscar algumas reflexões.

A inclusão dos serviços especializados destinados ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas na área da Saúde Mental é sem sombra de dúvidas algo que interfere na condução das práticas e no diálogo com a rede. Essa correlação reforça estereótipos e reitera uma concepção de que para acolher e cuidar são necessários saberes e técnicas especializados em estreita ligação com a psiquiatria, entendida muitas vezes como sinônimo de Saúde Mental. A derivação dos CAPSad das experiências dos CAPS que surgiram como substitutivos ao hospital psiquiátrico traz o risco de reforçar nos profissionais da rede de saúde a identificação do usuário de substâncias como aquele que têm uma “patologia mental”. A associação direta entre o CAPSad e a Saúde Mental pré-estabelece concepções que rotulam o usuário como aquele que foge à norma e “não é capaz” de responder por si próprio, com perda do controle e que está fora de si. Esse desvio para a “Saúde Mental” pode despotencializar a força da intervenção enquanto uma questão de Saúde Pública voltada para as amplas e diversas questões do cuidado em saúde associadas ao uso de drogas e o direito de escolha dos usuários.

Além disso, o planejamento e a coordenação própria das ações, projetos e serviços poderia proporcionar uma identidade que não se confunde com um olhar preponderante das políticas e práticas da área da Saúde Mental circunscrita na temática da “loucura” e dos transtornos mentais. A criação de mecanismos no processo de trabalho para a ampliação de uma atuação mais ampliada enquanto saúde integral poderia surtir efeitos interessantes nas práticas em curso no contexto brasileiro. A dimensão mais ampliada de Saúde Pública (que engloba a área da Saúde Mental), valorizando os componentes de saúde e a melhoria da qualidade de vida sem ênfase das intervenções com o saber “psi”, poderia contribuir para potencializar a construção de projetos terapêuticos mais articulados a outras dimensões do cuidado, como por exemplo, o autocuidado, as questões gerais de saúde, o trabalho, o lazer e o resgate de laços sociais.

Entretanto, a vinculação da política e a gestão dos serviços especializados destinados ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas à

Coordenação de Saúde Mental não deve ser confundido com os modos de cuidado de outros “transtornos mentais”.

O surgimento dos CAPSad inspirados nas experiências e modos de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial surgidos no final da década de 80 proporcionou a utilização de saberes, ferramentas e práticas de cuidado produzidos no campo da Saúde Mental para acolher e singularizar o atendimento dos usuários de drogas. Essas influências contribuíram para proporcionar dinâmicas particulares de cuidado nos CAPSad e permitir o caráter processual inerente ao cuidado com essa população, com pequenos contratos, idas e vindas, respeitando a maneira como os usuários podem e conseguem chegar para o “tratamento”.

Por outro lado, as práticas e os modos de funcionamento dos CAPSad carecem de especial atenção para a construção das suas ofertas de acordo com as necessidades da população atendida. O acolhimento e o livre acesso não podem ser confundidos com a dinâmica mais protetiva e de certo modo, mais institucionalizante, muito presente nos CAPS, especialmente com os pacientes mais graves e em situação de crise. Os CAPSad devem construir particularidades no seu modo de atuar, sem reproduzir stricto sensu o cotidiano e modo de funcionamento dos CAPS. Os atores nesses serviços têm total responsabilidade de sempre colocar questões com relação às suas práticas. Há uma linha tênue entre os profissionais dos CAPSad reproduzirem o “formato” de trabalho dos CAPS e o risco de instaurar um trabalho duro, normativo, exclusivamente com consultas e fluxos que podem privilegiar uma vertente alinhada ao Paradigma Psiquiátrico. Um serviço tipificado como CAPSad não significa, necessariamente, a garantia de um trabalho no Paradigma da Atenção Psicossocial alinhado com a ética da redução de danos.

Cabe lembrar que a prática e a experiência concreta dos CAPS implementados desde o final da década de 80 criou uma perspectiva ético-política nomeada de Atenção Psicossocial. Essa dimensão ético-política está para além de uma relação de identificação simplista entre os serviços tipificados como CAPS ou CAPSad. Ela deve extrapolar o espaço físico-institucional do cuidado e se articular no território intersetorialmente. O diálogo com a comunidade e a desconstrução dos estigmas em torno dos usuários de substâncias ainda é um trabalho a aprofundar e avançar. O estigma do usuário doente que está em tratamento em um serviço de Saúde Mental, em especial

entre os profissionais da rede de saúde e assistência social está presente, porém não é o único. É comum na população de modo geral a associação do usuário de drogas com a delinquência e a criminalidade. Embora a atuação dos CAPSad e o Consultório na Rua tenham como pano de fundo o paradigma da Atenção Psicossocial e a redução de danos, a psiquiatria tradicional, a mídia, a moral religiosa e a justiça reforçam os estigmas em torno do usuário de drogas.

Por fim, outro aspecto interessante na minha realidade de trabalho no Brasil é a ampliação da rede de cuidado destinada ao cuidado do usuário de álcool e outras drogas, porém ainda insuficiente do ponto de vista da cobertura populacional. Essa desproporção de cobertura se relaciona com dois aspectos. Um deles é a implementação tardia de políticas públicas voltadas ao cuidado de usuários de drogas. O outro aspecto é a supremacia numérica dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico para o tratamento de pessoas com outros transtornos mentais. Em termos epidemiológicos, o uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas é significativamente maior quando comparamos com a incidência de outros transtornos mentais graves na população em geral. Historicamente ainda é notada a preponderância de destinação de recursos para os serviços identificados com a loucura e todo o processo de desospitalização e desinstitucionalização advindos do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

### **A internação como mais um recurso na dinâmica do tratamento**

A realidade portuguesa demonstrou ter uma constituição diversificada de ofertas no tema das internações. A internação foi contextualizada não como um ponto de partida no tratamento, mas como mais um recurso pactuado com o usuário no seu processo de cuidado. A internação obviamente pressupõe um traço comum nas experiências brasileira e portuguesa: a abstinência.

Conforme verificamos, a Unidade de Desabituação tem uma proposta de internação breve de 7 a 10 dias e o que se propõe centralmente é a desintoxicação (mas com amparo hospitalar para possíveis complicações e questões clínicas agudas). Alguns entrevistados criticaram essa perspectiva apontando a necessidade de ampliar o tempo de permanência e agregar outras terapêuticas que extrapolem a intervenção medicamentosa.

Na Unidade de Alcoologia o tempo de internação é maior do que na UD (média de seis semanas), porém as regras colocadas como condição para a permanência e o imperativo de um tratamento que se desdobra na lógica exclusiva da abstinência foram pontos criticados por alguns entrevistados.

Já as Comunidades Terapêuticas foram frentes de internação legitimadas pela grande maioria dos entrevistados. O tempo de permanência tem uma média de nove meses e a desintoxicação deve ser uma etapa anterior à admissão dos usuários nessa vertente. Ao longo do trabalho de análise do material colhido em campo pudemos constatar as raízes históricas do surgimento de Comunidades Terapêuticas públicas desde a década de 70.

No contexto de trabalho do pesquisador no Brasil existem as seguintes ofertas de leitos: o hospital psiquiátrico (com atualmente vinte leitos para internação de quadros de “transtornos mentais” e de “dependência química” ), a enfermaria de Saúde Mental em um hospital geral (com doze leitos e mesmo critério de entrada utilizado pelo hospital psiquiátrico), as Comunidades Terapêuticas (que não fazem parte da rede de cuidados sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde no contexto do SUS, mas tem parceria com a prefeitura) e os leitos de dois CAPSad tipo III<sup>103</sup> (um com oito leitos e outro com dez leitos).

Com base nos serviços de internação citados acima e os leitos disponíveis nos CAPSad é necessário esclarecer alguns aspectos e na sequência apresentarmos algumas problematizações.

Primeiramente, os usuários menores de 18 anos são atendidos por 4 CAPS infanto-juvenil. Os CAPSad não atendem adolescentes e a retaguarda para internação dessa faixa etária com transtornos mentais ou não, associados ao uso de substâncias, tem se mostrado incipiente.

Outro aspecto é que, até o final do primeiro semestre de 2016, o número de CAPSad III e a retaguarda noturna se configurava de outra maneira e com particularidades importantes que merecem destaque. Dos 3 CAPSad existentes, existia somente 1 CAPSad III (desde 2012). Um quarto CAPSad II<sup>104</sup> deveria ser implementado no ano de 2015 pela prefeitura e estava previsto para ser um serviço tipo III, porém isso não ocorreu e permanece com uma

---

<sup>103</sup> CAPSad III são serviços 24h com até dez leitos de permanência noturna.

<sup>104</sup> CAPSad II são serviços com funcionamento de segunda a sexta-feira e não possuem leitos próprios.



equipe incompleta, até o presente momento trabalhando nas instalações físicas de um outro serviço. Os outros 2 CAPSad também não eram tipo III e dividiam a retaguarda de 10 leitos-noite no hospital psiquiátrico, com distribuição diária junto a Central de Regulação do município.

No segundo semestre de 2016 um dos dois CAPSad II foi transformado em CAPSad III. Nessa transição, a pactuação realizada foi a retaguarda do seu total de 10 leitos ser dividida com outro CAPSad que permaneceu tipo II. Os 10 leitos-noite no hospital psiquiátrico foram extintos e a retaguarda de leitos para o outro CAPSad tipo II que deveria ser criado e previsto para ser tipo III ainda está em discussão.

Recentemente, a contar do mês de junho de 2017, no prazo máximo de 4 meses, os leitos de internação do hospital psiquiátrico serão fechados, os leitos na enfermaria de saúde mental se manterão os mesmos numericamente e o CAPSad II mencionado anteriormente se transformará em CAPSad III com 8 leitos e fechará a Unidade de Acolhimento Transitório sob sua gestão.

As descrições realizadas acima revelam, por um lado, o avanço das políticas com a implementação e transformação do alcance de alguns serviços. Por outro lado, demonstram a insuficiência de cobertura em que não é possível sustentar a defesa de uma rede territorializada com serviços com seus leitos próprios de retaguarda noturna. Esse é um primeiro ponto que merece discussão. Os CAPSad adotaram na política pública a mesma direção dos CAPS III (para os “transtornos mentais”) em que o objetivo era o fechamento de leitos dos hospitais psiquiátricos e o cuidado à crise no serviço de base territorial. Além da insuficiência de CAPSad no município, os dois CAPSad tipo III estão sobrecarregados porque devem referenciar os outros territórios onde não existem CAPSad, tampouco leitos de retaguarda próprios.

Outro ponto importante nessa discussão é a forma como as equipes dos CAPSad construíram ao longo do tempo os critérios para a ocupação dos leitos-noite, tanto no CAPSad III quanto nos leitos-noite existentes até meados de 2016 no hospital psiquiátrico. Os leitos de retaguarda noturna nos CAPSad III destinados ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas não estão necessariamente a serviço da promoção da abstinência, o que é condizente com a proposta de trabalho desses serviços. Dentre as indicações podem estar situações de vulnerabilidade, como por exemplo, transtornos psiquiátricos associados ao uso de substâncias, risco de suicídio, oferta de ambiente

protegido após o período de atividades diurnas no CAPSad e que possa contribuir para o fortalecimento da vinculação do usuário no seu processo de cuidado, cenário familiar conflituoso, diminuição da exposição associada ao tráfico, diminuição da violência e dos riscos associados na população em situação de rua, ambiente protegido do uso de drogas para a introdução de alguma medicação e seu monitoramento, entre outros. Os encaminhamentos para os leitos-noite são sempre de comum acordo com os usuários e outras justificativas trazidas pelos mesmos podem sustentar o acolhimento das equipes para o cuidado de retaguarda noturna. Desse modo, os leitos-noite não estão exclusivamente a serviço da promoção da abstinência e nem do acolhimento à crise nos casos com comorbidade psiquiátrica.

Por outro lado, o leito-noite tem se mostrado como uma ferramenta importante para alguns casos em que a partir do movimento e vinculação do usuário, pode ser associado ao tratamento da abstinência no trabalho ambulatorial.

Mas há uma exceção que pode ser um impedimento para o encaminhamento do usuário para os leitos-noite. A existência de risco de morte por conta dos sintomas possíveis de abstinência com base na avaliação dos profissionais. Na existência de risco de síndrome de abstinência, antes de acolher no leito dos CAPSad III, esses usuários devem ser encaminhados para o pronto-socorro onde há suporte clínico para o cuidado de sintomas agudos clássicos que possam surgir, em especial, nos usuários de álcool.

A internação integral para a promoção da abstinência é polêmica. Com o surgimento dos CAPSad enquanto um desdobramento do processo da Reforma Psiquiátrica e conseqüente direção da política para transformar nos municípios de grande porte os CAPSad II em CAPSad III, a internação integral de usuários de álcool e outras drogas carrega um sentido de má performance dos serviços. O indicador baixo do número de internações dos CAPSad tem sido sinônimo de que o serviço realiza um bom trabalho.

No contexto do hospital psiquiátrico esse questionamento faz sentido à medida que a dependência de substâncias psicoativas não deve ser encarada como uma “doença mental” e deve ser vista muito mais no viés de um problema de Saúde Pública, salvo os casos com comorbidade psiquiátrica. Nesse sentido, o que está em questão não é a manutenção de leitos no hospital psiquiátrico, mas quais outras medidas devem ser adotadas enquanto

propostas de cuidado a essa população. Somada à insuficiência de CAPSad e leitos nesses serviços que poderiam também ser utilizados para a promoção de abstinência, está em cena a particularidade dessa população com os riscos físicos e problemas clínicos associados ao uso de substância. Além disso, estamos falando de uma dependência com ingestão de uma substância em que o sujeito em alguns momentos aponta a impossibilidade de parar e uma internação pode estar a serviço da preservação da vida. A pausa no uso propiciada por uma internação pode retirar o usuário de um risco iminente de morte. Caso os profissionais envolvidos nesse cuidado não considerem a complexidade das questões físicas advindas do prolongado tempo de uso e alto padrão de consumo, a dificuldade do que significa mudar os comportamentos relacionados ao uso de substâncias ou mesmo o sofrimento que comporta transitar para a abstinência, o acolhimento e a construção conjunta de uma trajetória de cuidado com os usuários se tornam muito complexos.

Se por um lado existe a defesa que faz todo o sentido no contexto brasileiro do fechamento dos hospitais psiquiátricos, o encaminhamento dos usuários dependentes de substâncias para a internação em uma enfermaria de Saúde Mental no hospital geral traz questões semelhantes. Primeiramente porque é preciso considerar a dificuldade para um dependente de substâncias permanecer num ambiente fechado em que além dos sintomas de privação da droga, os mesmos apontam imensa dificuldade em tratar-se no mesmo ambiente de usuários com transtornos mentais em crise internados. Além disso, a internação em uma enfermaria de Saúde Mental pode ser, assim como no hospital psiquiátrico, da mesma forma centrada no discurso médico, no tratamento medicamentoso e com práticas completamente manicomial. A prática de uma enfermaria de Saúde Mental pode ser guiada exclusivamente pela remissão de sintomas e pelo isolamento. O usuário é retirado de um circuito intenso de uso de substâncias e de repente se vê restrito a não poder fumar, ter regras duras para a sua permanência durante a internação e com tempo rígido pré-estabelecido para a alta por questões do faturamento e das pactuações conveniais que trazem a exigência de rotatividade dos leitos. A internação de curta permanência e referência para a continuidade do tratamento nos serviços territoriais tem sido distorcida em alguns momentos para uma lógica administrativa. O fluxo sem a construção do processo de alta

com os serviços do território tem prevalecido na realidade de trabalho do pesquisador. Acrescenta-se a isso a cobrança na maioria das vezes de que os profissionais dos serviços regionalizados se desloquem para a discussão dos casos no espaço hospitalar e a equipe de internação permaneça “enclausurada” sob o argumento de estarem em um espaço (muito questionável) de maior complexidade. Enfim, o deslocamento do usuário de substâncias psicoativas do hospital psiquiátrico para a enfermaria de Saúde Mental de um hospital geral, por conta das particularidades dessa população e a leitura de não serem pessoas com uma “doença mental”, não parece transformar muita coisa.

Até o presente momento, discutimos a incorporação de leitos em alguns dos CAPSad e a internação integral oferecida na lógica de cuidado dos transtornos mentais. Na ARSLVT a internação psiquiátrica se revelou com algumas dificuldades para os casos com comorbidade (embora tenha sido possível identificar experiências exitosas nas parcerias com a Saúde Mental). Na realidade do pesquisador essa interface flui com maior tranquilidade. O fato de os serviços de internação das dependências de substâncias psicoativas estarem nas políticas do campo da Saúde Mental (inclusive porque são as únicas ofertas de internação integral existentes) proporciona uma interlocução mais fluída com menor resistência para a admissão dos casos com comorbidade psiquiátrica que necessitam de internação.

Por outro lado, temos três pontos importantes nesse debate. O primeiro deles tem a ver com as necessidades de internação integral para usuários de substâncias psicoativas. As ofertas de internação no contexto de trabalho do pesquisador no Brasil estão dentro da lógica da saúde mental, com intervenções sob forte influência do saber psiquiátrico que privilegia a remissão de sintomas em um espaço privilegiado de cuidado a pessoas com transtornos mentais em situação de crise e, no caso dos usuários de substâncias, com discurso orientado para a manutenção da abstinência. O outro ponto diz respeito à necessidade de internação para essa população ser amplamente questionada e confundida com a militância do movimento da Luta-Antimanicomial que protagoniza o fechamento dos hospitais psiquiátricos e tenta evitar a hospitalização dos usuários. Mesmo que a internação dos usuários ocorra em uma enfermaria de saúde mental no hospital geral, a quantidade de internações da população usuária de álcool e outras drogas é

com frequência questionada, em especial pela gestão. Além disso, a atual rede de cuidado do pesquisador no Brasil carece de abertura para a internação no hospital geral fora do escopo de uma enfermagem de saúde mental para responder às questões clínicas apresentadas com frequência nos usuários atendidos.

O terceiro ponto é a discrepância de oferta de vagas quando se leva em conta os dados da epidemiologia. O percentual de dependência de álcool e outras drogas na população é significativamente maior quando comparado aos transtornos mentais. A internação psiquiátrica tem o seu número total de vagas destinado em igual grau de prioridade para o atendimento de pessoas com transtornos mentais em situação de crise e para usuários dependentes de substâncias psicoativas. Um estudo que pudesse abordar a proporção do total de vagas reguladas para referenciar as necessidades de internação dos usuários de álcool e outras drogas, poderia contribuir para aprofundar essa reflexão e adotar novas medidas.

Outra questão bastante polêmica no contexto brasileiro é o tema das internações compulsórias. As internações na ARSLVT são de caráter voluntário. No Brasil, a determinação das internações compulsórias com destaque para os usuários de crack e os projetos higienistas associados a esse modo de intervenção tem sido um complicador importante por no mínimo três motivos<sup>105</sup>. Primeiramente, no que diz respeito à violação dos Direitos Humanos nessas intervenções forçadas com os usuários. O direito à dignidade humana não depende de qualquer previsão legal para sua existência. (ONU, 1948). Segundo Coelho & Oliveira (2014), a internação compulsória requerida por órgãos do Poder Executivo, e corroborada pelo Poder Judiciário, viola frontalmente os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da saúde. Outro aspecto é a ampliação do tempo de permanência que fica nas mãos da Justiça e acaba por prejudicar a autonomia do serviço para a alta, a rotatividade dos leitos e o encaminhamento de usuários com necessidades condizentes de acordo com a construção do projeto terapêutico com as equipes dos serviços. E por fim, a constatação amplamente defendida na literatura da ineficácia de intervenções forçadas com usuários de substâncias

---

<sup>105</sup> A polêmica intervenção na cracolândia na gestão do prefeito João Dória na cidade de São Paulo exemplifica a temática da intervenção compulsória. É importante considerar que ao referir a atual política da cidade de São Paulo não é possível tomá-la como sinônimo do que está preconizado na política nacional.

psicoativas. A probabilidade de retomar o uso de drogas após uma internação sem o consentimento do usuário é alta.

Por fim, não podemos esquecer as questões de saúde envolvidas no tratamento de usuários de substâncias psicoativas. Na realidade brasileira o fato de o tratamento estar identificado com o processo de construção das políticas tendo o hospital psiquiátrico como resposta e posteriormente centrado nos CAPSad enquanto serviços ligados à coordenação de Saúde Mental, produziu um efeito importante. Distanciou cada vez mais a Atenção Básica, os serviços de especialidades e de internação em leitos do hospital geral das suas corresponsabilidades de cuidado dessa população. Aqui podemos revisitar outras questões apresentadas no presente trabalho advindas da conclusão do meu trabalho de mestrado. Por que distinguir, a priori, o uso de drogas das compulsões em geral? Não serão apenas os perigos iminentes associados ao objeto droga que permitem isola-la de uma série de problemáticas presentes de forma intensa no contexto social atual? A manutenção de equipamentos destinados a tratar exclusivamente dos problemas advindos do uso de drogas não estaria reforçando processo de identificação do usuário de drogas e todo o imaginário social a respeito da questão? A Reforma Psiquiátrica demonstra o quanto as práticas e os discursos ainda estão centrados na atenção ao “louco” e nesse sentido caberia indagar: na atenção aos usuários de drogas o que se pretende é “importar” o modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)?

Atualmente, a partir do meu percurso de trabalho por cinco anos na gestão de um CAPSad ou mesmo na minha relação corrente com os 3 CAPSad do município, eu resignificaria tais questionamentos. Dada a intempestividade e o caráter processual do cuidado com a população usuária de drogas sem ter como ponto de partida necessariamente a abstinência, entendo que os serviços especializados são necessários. A grande questão que se coloca é o seu simbólico de pertencer à Saúde Mental. Essa “tipificação” reforça erroneamente o uso de substâncias psicoativas como uma “patologia mental” e de responsabilidade, mais do que da área da Saúde Mental, da psiquiatria. O problema não é ter serviços especializados de cuidado a essa população, mas o centralismo das intervenções para dentro desse espaço institucional para uma questão que não se encerra na saúde mental (porque é um problema antes de mais nada, de saúde pública) e de caráter multicomponente, de natureza intersetorial. Logo após a criação do

segundo CAPSad em Campinas (momento em que ainda não existia na política ministerial a possibilidade de CAPSad III), houve uma experiência exitosa de leitos clínicos no hospital geral, diferente da proposta da enfermaria de saúde mental muito identificada com o discurso e práticas da psiquiatria. Essa experiência proporcionou uma articulação mais próxima entre os profissionais do hospital geral e dos CAPSad. Havia um profissional de cada CAPSad trabalhando em alguns períodos da semana no hospital, mas foi uma experiência de curta duração por falta de investimento político associado a problemas de repasse de verbas para o hospital conveniado. Embora fosse notado um efeito positivo da inserção dos profissionais dos CAPSad no hospital para compor no cuidado e com a articulação para o pós-alta, ainda havia resistência dos profissionais do hospital que alegavam a falta de preparo para trabalhar com “saúde mental”.

Dessa maneira, por mais esforços que existam dos profissionais das equipes dos CAPSad, podemos listar o complexo pano de fundo existente na rede de serviços disponíveis para o tratamento dos usuários. Primeiramente, os processos de trabalho dos serviços de internação integral para essa população estão muito identificados com o campo da Saúde Mental. Associada ao restrito número de vagas para internação integral, a insuficiência de CAPSad e de leitos nesses serviços (utilizadas inclusive como ferramentas para a redução de danos) produz dificuldades de acesso e vinculação dos usuários e restringe a possibilidade de alcance das equipes realizarem outras ações no território. Além disso, a identidade produzida e cristalizada do uso de substâncias identificada com o tema da “doença mental” e da desospitalização com consequente fechamento dos hospitais psiquiátricos protagonizado pelo movimento da Luta-Antimanicomial muitas vezes se confunde com a dura defesa da não internação dos usuários de álcool e outras drogas. Por outro lado, a internação na modalidade compulsória atravessa muitas vezes a relação de confiança dos usuários com os técnicos. A intervenção forçada interfere no direito do usuário da sua decisão por tratamento e mais do que isso, reforça uma lógica de cuidado mediada necessariamente pela abstinência. Por fim, um outro aspecto que faz parte do pano de fundo presente na rede de atendimento é a forte estigmatização dos usuários e a associação frequente do uso de álcool e outras drogas com a Saúde Mental, provocando forte indisponibilidade dos hospitais gerais em acolher os usuários

para tratamento de questões clínicas associadas ao consumo.

Portanto, o imperativo da “não internação” não parece fazer sentido numa população tão vulnerável em que uma internação pode fazer uma função interessante. Não se trata aqui de defender a abstinência e nem a internação como ponto de partida em um processo de cuidado, mas de visualizá-la como uma ferramenta dentro de um contexto construído com cada usuário.

A realidade encontrada na ARSLVT da composição com as Comunidades Terapêuticas está dentro de um contexto muito distinto da realidade brasileira. A quantidade de serviços territoriais necessários sob a lógica da redução de danos e preconizados na política ainda não foram implementados. Deste modo, o financiamento de Comunidades Terapêuticas pelo Sistema Único de Saúde é um tema polêmico. Além disso, as Comunidades Terapêuticas de forma geral no Brasil estão isoladas da conexão com a lógica de cuidados da rede do SUS e muitas vezes operam numa lógica de violação dos Direitos Humanos com maus tratos, permeadas por ideários religiosos que ferem a defesa do Estado laico.

Na UAL o trabalho da internação demonstrou ser estritamente direcionado para a manutenção da abstinência com o modelo da prevenção da recaída, o que não faz sentido dentro da lógica de trabalho dos CAPSad que podem até comportar a abstinência como uma meta, mas que tem como pano de fundo a vinculação dos usuários na ótica da redução de danos.

Para finalizar esse eixo temático, agora podemos arriscar algumas questões. Poderíamos considerar que, num determinado momento do tratamento, uma internação que propicie uma pausa no uso da droga, de modo que não esteja exclusivamente vinculada ao tratamento da abstinência e ao confinamento, poderia produzir uma abertura subjetiva dos usuários e uma adesão diferenciada no pós-alta? A leitura do uso de substâncias psicoativas, agora mais deslocada da sua exclusividade do campo da Saúde Mental e ampliada para a compreensão de uma questão de Saúde Pública, chama para a necessidade de pactuação com os hospitais e invenção de novas estratégias de intervenção mais particularizadas com essa população? O alcance da abstinência (mediada ou não por uma internação) não seria uma direção que depende da decisão do usuário? Pensar a abstinência como uma expectativa dos profissionais das instituições incorreria em um erro? A internação não



poderia para alguns casos estar a serviço de uma pausa no uso da droga com vinculação ao tratamento no pós-alta em uma outra posição subjetiva, não necessariamente em favor da manutenção da abstinência? Portanto, com base nas reflexões realizadas, agora podemos retomar uma das questões da pesquisa. O fato de Portugal ter implementado uma política pública de saúde para a intervenção nos CAD sem a ligação direta com a área da Saúde Mental trouxe resultados positivos? A análise do trabalho de campo demonstrou algumas dificuldades de articulação dos serviços de intervenção nos CAD com os serviços de saúde mental para os casos de comorbidade psiquiátrica. O histórico da existência de saberes ligados ao “psi”; a psicanálise, a experiência do Serviço de Psiquiatria do Hospital Santa Maria de Lisboa e dos Centros de Alcoologia ligados à Saúde Mental são outros indicativos, mesmo que indiretos, de alguma influência da Saúde Mental na política portuguesa das drogas. Mesmo com todos esses fatores, o caminho independente percorrido em Portugal no auge do processo de transformação das políticas e práticas nessa área foi altamente positivo. O fato de não identificar o uso de drogas como um problema “mental”, a criação de Unidades de Desabilitação deslocadas do centralismo no discurso do saber psiquiátrico, intervenções articuladas com as demais questões de saúde pública com lógica de um cuidado mais próximo da perspectiva da integralidade são aspectos interessantes da política portuguesa nesse campo. A produção de uma identidade e visibilidade própria não tornou o campo de intervenção nos comportamentos aditivos e dependências secundarizado, como é o caso do Brasil. Na realidade brasileira a Reforma Psiquiátrica privilegia a política do tratamento da “loucura” e distorce a possibilidade do entendimento da internação como uma ferramenta que pode ser importante no processo de condução do cuidado (descolado da visão estreita de evitar a internação, como fazemos no Brasil por conta da militância do Movimento da Luta Antimanicomial). Além disso, a modalidade da internação compulsória prevista na Lei nº 10216 na lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil parece ser paradoxal, dentro de um cenário de duras críticas ao encaminhamento para internações voluntárias.

Cabe reiterar que, mesmo constituída como uma área de intervenção separada da Saúde Mental, durante o trabalho de campo houve críticas quanto ao modo ambulatorial e hierarquizado de trabalho de algumas equipes de tratamento e das propostas de internação da UD e da UAL. Outro aspecto

importante é o reconhecimento dos ganhos notórios dos CAPSad se utilizarem de saberes e ferramentas do campo de práticas da Saúde Mental advindos do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Por outro lado, esses ganhos não podem ser confundidos com o entendimento desses serviços como locus de tratamento do uso de substâncias, identificados de forma estreita com a “doença mental”.

### **As áreas de intervenção e o risco da captura na lógica do tratamento**

A investigação da organização de intervenção do modelo português em quatro áreas demonstrou a preponderância de utilização dos recursos no eixo do tratamento. Mesmo com tal prevalência, a experiência da rede portuguesa demonstrou não só uma organização em áreas, mas também uma multiplicidade de respostas no tema dos comportamentos aditivos e dependências. Os profissionais transitam da sua experiência nos serviços especializados de tratamento dos CAD para vários espaços de intervenção e estabelecem parceria com outras instâncias fora do campo da saúde. Embora exista essa organização, os entrevistados demonstraram a inevitabilidade da intersecção entre os saberes envolvidos em cada área nos projetos específicos de intervenção, construídos com base no diagnóstico “do e com o território”.

A rede de serviços no Brasil está muito focada nas intervenções na área do tratamento e assim como em Portugal, existe a convocatória de respostas nesse eixo, impedindo a movimentação dos profissionais e a capilarização de outras ações no território. Embora os CAPSad desenvolvam um trabalho com pano de fundo da redução de danos e ações de reinserção social, a perspectiva do cuidado estabelece forte relação com a lógica de tratamento dos usuários dependentes.

A organização do processo de trabalho dos CAPSad em áreas de atuação poderia contribuir tanto para o aprimoramento das ações no eixo do tratamento como para construir outros espaços de atuação “na e com a comunidade”, não necessariamente com populações enredadas dentro de um contexto de dependência. Os CAPSad trabalham em parceria com os serviços da rede de Saúde Mental e tentam construir uma relação cotidiana com os prontos-socorros e Centros de Saúde para aprimorar o fluxo e cuidado compartilhado. Mesmo assim, poderíamos considerar que essas articulações

operam mais no registro do tratamento das dependências do que numa lógica mais alargada de intervenção nos comportamentos aditivos com estratégias voltadas para a promoção de saúde.

Os CAPSad contribuíram muito para deslocar o eixo do tratamento do Paradigma Psiquiátrico e têm se mostrado exemplar na singularização do cuidado.

Por outro lado, a Atenção Psicossocial tem se confundido com o que se constituiu como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Se por um lado avançamos numa lógica de cuidado que não tem como ponto de partida a abstinência, a internação e a medicalização, as ações com os usuários estão muito centralizadas nesses serviços e os profissionais pouco têm conseguido fazer no sentido de desconstruir os mitos e estigmas em torno do usuário de substâncias psicoativas junto à sociedade civil.

Nesse sentido, a investigação dos trabalhos nas áreas da prevenção, da RRMD e da reinserção social em Portugal trouxeram algumas propostas interessantes, úteis para pensar o modelo e o maior alcance das intervenções no contexto brasileiro.

Na área da prevenção identificamos na análise do trabalho de campo um saber teórico-técnico construído com métodos e ferramentas de intervenção próprios. O trabalho nessa área demonstrou um investimento maciço de atuação em ambiente escolar e o indicativo de que os seus princípios e modos de operacionalização estão cada vez menos moralistas. O que se procura fazer é um acompanhamento de crianças e adolescentes, trabalhando o desenvolvimento de competências e a promoção de saúde em parceria com as equipes de saúde escolar dos Cuidados de Saúde Primários. O objetivo não é a abordagem direta do tema do uso de substâncias psicoativas, mas sim e de acordo com a aproximação com os professores, diretores e agentes da escola, construir uma clareza sobre as reais necessidades de intervenção e desenvolver diálogo e metodologias de condução.

A interlocução com a área escolar no Brasil ocorre no máximo com algumas iniciativas dos CAPS infantis (CAPS i) e que na maioria das vezes tem como foco a intervenção a partir de uma demanda específica de uma escola do território. E quando surge essa demanda, existe a preponderância de queixa dos professores com a disciplina, a suspeita ou relato do uso de drogas ou

questões relacionadas à dificuldade de aprendizagem. A tentativa das escolas é com frequência o encaminhamento para os serviços de saúde (equipes de Saúde Mental dos Centros de Saúde ou para os CAPSij) investido da questão diagnóstica e de um desvio de comportamento que precisa ser tratado. A diferenciação entre as prevenções universal, seletiva e indicada parece ser um caminho interessante para modular questões de saúde e de hábitos saudáveis e, no caso de alguns grupos com riscos específicos, viabilizar intervenções mais direcionadas. A prevenção indicada poderia ser considerada a intervenção mais próxima da abordagem dos consumos nessa área. Ela pressupõe a identificação individual do problema (e não necessariamente uma intervenção individual) em que há o consumo de substâncias, mas ainda não está caracterizado como uma dependência.

Nesse sentido, a prevenção em contexto escolar trouxe três eixos interessantes para subsidiar um possível alargamento do trabalho dos CAPSAd e demais serviços de saúde da rede nas escolas: a componente ambiental, a implicação dos profissionais da educação nesse processo e o deslocamento do cuidado dos casos em que se verifica a experimentação de substâncias para espaços intersetoriais menos identificados com a doença e a lógica do tratamento.

Na componente ambiental o interessante foi verificar a construção de respostas para as questões surgidas na escola com os profissionais que ali atuam. Nesse sentido, o que se procura é revisitar as perguntas e demandas iniciais e mais do que construir respostas, fazer novas perguntas que possam orientar o balizamento de soluções. Nessa vertente, a abordagem visa fazer o adolescente participar da formulação de questões numa relação menos hierarquizada e sem teor punitivo.

Outro aspecto importante na intervenção em contexto escolar é a formação de multiplicadores e a desconstrução da intervenção direta dos profissionais de saúde com os alunos como encaminhamento para as ações. O caminho não é a organização de atividades por profissionais de saúde com foco no uso de drogas. A idéia é proporcionar ferramentas aos profissionais da educação para que o educar não esteja cindido das questões de comportamento e do pano de fundo comunitário da atuação escolar na relação com o entorno e atores que possam ser parceiros nas questões cotidianas.

No caso da prevenção indicada, a parceria com o Instituto Português da Criança e da Juventude (IPCJ) proporcionou pensar a necessidade em aprofundar a parceria dos serviços que atendem crianças e adolescentes no Brasil com espaços intersetoriais. Além de espaços desse gênero não estarem identificados com a doença, verificou-se a possibilidade de uma intervenção em que se torna possível pensar outros eixos de cuidado em que o uso de substâncias indiretamente pode perder seu forte peso. A interface do cuidado em saúde com ações que propiciem aos adolescentes a experimentação de outras coisas parece valioso. Envolve-los com outras atividades e promover a convivência com outros adolescentes com educação para a saúde, profissionalização, informática, leitura, arte e prática de esportes pode ser uma via interessante de ação, deslocada do discurso proibicionista, e fértil para que possam fazer suas escolhas de forma mais consciente.

Os projetos da prevenção não se utilizam da abordagem diretiva do uso de drogas para as suas intervenções, porém o que ainda se pretende é reduzir os consumos e até a abstinência. Isso significa reforçar que a prevenção é cada vez menos moralista, mas ainda carrega, mesmo que indiretamente, o objetivo de abandono dos consumos. Uma evidência de uma expectativa de não experimentação é o argumento da criação de competências para quando o adolescente se deparar com uma situação de oferta de uso estar mais preparado para a tomada de decisão. Obviamente que desconstruir esse ideário com uma população adolescente é polêmico, até porque além das drogas ilícitas, existe a regulação da venda de bebidas alcólicas e tabaco para menores de 18 anos, o que não necessariamente impede a experimentação e também não significa a atuação eficiente dos agentes de fiscalização.

Nesse sentido, seria interessante pensar que, independente das leis, existem adolescentes que iniciam os consumos numa idade mais precoce? Um dia eles se tornarão adultos e nessa via, mais do que consumir ou não substâncias, o mais importante é, a partir das suas escolhas, experimentações sem excessos e de forma mais segura? Nesse viés, a prevenção universal orientada para hábitos de vida mais saudáveis e escolhas responsáveis com menos riscos não seria a grande contribuição dessa área?

Durante a exploração do tema da prevenção, chamou a atenção a existência de poucas ações da intervenção dessa área na relação com os

Cuidados de Saúde Primários. A intervenção na área da prevenção pressupõe o evitamento da experimentação. Essa perspectiva parece ultrapassada, pois ela mesma propõe a modalidade da prevenção indicada em que a experimentação está claramente identificada. Como seria pensar uma lógica de prevenção com populações adultas frequentadoras dos Centros de Saúde em quem se verifica o uso de substâncias? Seria possível aqui estabelecer uma aliança da área da prevenção com o papel dos Centros de Saúde para a promoção de saúde? Mais do que a prevenção, qual seria a relação possível com a redução de danos, identificando consumos e fazendo composição para comportamentos de menos excesso e consumo de substâncias de maneira mais segura?

Particularmente no contexto brasileiro, os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm ficado cada vez mais enclausurados nas Unidades de Saúde. O caráter da intervenção em saúde de orientação comunitária tem se perdido e os projetos das unidades estão cada vez mais orientados para consultas, no fluxo queixa-conduta e fragmentada por áreas e programas específicos. É comum a ida à Unidade de Saúde e identificar uma série de projetos que têm sua importância, mas que por outro lado, têm esvaziado cada vez mais a perspectiva da integralidade do cuidado. Então a pessoa atendida é o diabético, o hipertenso, a gestante, o vacinado, o depressivo, o alcoolista, o drogado e daí por diante. O trabalho das Unidades de Saúde atualmente está muito identificado para o tratamento de doenças crônicas. Trabalhar na direção da promoção de saúde não seria uma forma de fazer prevenção, mesmo nos casos em que há experimentação de uma forma recreativa ou no registro de um consumo em padrão de abuso? Os clínicos, os generalistas, enfermeiros e os agentes comunitários de saúde (ACS) poderiam identificar usuários e territórios de vulnerabilidade na sua atuação e produzir alternativas de intervenção com os CAPSad e o Consultório na Rua? Os serviços especializados no cuidado de usuários de álcool e outras drogas poderiam contribuir para a formulação de propostas e caminhos de intervenção na área da prevenção em parceria com os profissionais das Unidades de Saúde?

Tendo as questões acima disparadoras para a interface dos serviços “ad” com os Centros de Saúde, agora podemos adentrar nas contribuições da área da RRMD do modelo português e aspectos do seu modo de organização

que provocaram no pesquisador o questionamento de alguns arranjos para uma proposta de alargamento das suas ações no Brasil. A área da RRMD é o eixo de intervenção que mais tem protagonizado o debate da intervenção com usuários de álcool e introduzido o debate das drogas sintéticas. Essa área tem expandido seu discurso e suas práticas sem privilegiar os dependentes de heroína, motivo inicial que impulsionou a modificação e ampliação das intervenções na política portuguesa.

Nas experiências do modelo português, a intervenção da redução de riscos se constitui em dois eixos principais: a atuação com populações em situação de vulnerabilidade no registro das dependências e a intervenção em contextos recreativos em que o público dependente não é, via de regra, o foco das ações. A partir desses aspectos tentaremos desenvolver alguns diálogos com a experiência brasileira e aventar algumas propostas mais alargadas de intervenção.

O Consultório na Rua (Cnar) é a frente de cuidado mais próxima de trabalho dentro do viés do uso de drogas enquanto uma questão de saúde pública. Essa frente foi uma estratégia da Política Nacional de Atenção Básica em 2011 e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. O foco do trabalho do Consultório na Rua é oferecer atenção integral a essas pessoas em condições de vulnerabilidade, com fragilidade ou ruptura dos vínculos familiares. (BRASIL, 2011). Dentre as atribuições desse serviço, estão o desenvolvimento de ações itinerantes e preferencialmente em parceria com as Unidades Básicas de Saúde, assim como com os CAPS e demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A abordagem na rua com o cuidado das questões clínicas tem propiciado a construção de alguma abertura subjetiva dos usuários atendidos e a aliança mais estreita com os CAPSad do território para um possível desdobramento na área do tratamento.

O Cnar é um serviço que faz referência para todo o município e desenvolve ações na periferia, mas sua atuação preponderante é na região central da cidade. O seu surgimento ocorre enquanto uma alternativa de intervenção com a população em situação de rua diante de direções higienistas e de confinamento dessa população pela prática das internações compulsórias, no contexto da falsa epidemia do crack no Brasil. De acordo com um estudo realizado por Bastos & Bertoni (2014), o uso regular de crack em 26 capitais

brasileiras e no Distrito Federal corresponde a 0,8% da população desses municípios. Além disso, um outro estudo sobre o perfil de usuários de crack e/ou similares no Brasil demonstrou a situação de policonsumo dos usuários de crack e a associação em mais de 70% dos casos com o uso de tabaco (92,8%), álcool (83,8%) e maconha (76,1%) (CASA CIVIL/FIOCRUZ, 2013). Esses estudos referidos desmontaram a ideia de uma falsa epidemia de crack no Brasil.

Em Lisboa, as equipes de rua e a Unidade Móvel despertaram a seguinte reflexão: a intervenção acontece na rua, o que inclui, mas não se restringe à população em situação de rua. O trabalho das estruturas da área da RRMD está associado com as populações vulneráveis e em grande parte, dentro do enquadre da dependência de substâncias.

Tendo como base os achados da pesquisa nos projetos da área da RRMD em Lisboa e o Consultório na Rua no Brasil, tendo como orientação central a intervenção com a população em situação de rua, suscitou as seguintes indagações: seria útil pensar a ampliação da intervenção do Consultório na Rua para além da população em situação de rua e/ou em contextos de maior vulnerabilidade? Seria interessante problematizar a diferença entre a intervenção “na rua” daquela “com a população em situação de rua”? O trabalho de campo da pesquisa e a interface produzida com o trabalho do Consultório na Rua existente na rede de cuidado do pesquisador no Brasil propiciou a reflexão sobre uma lacuna na intervenção existente entre a população em situação de maior vulnerabilidade (em situação de rua ou não) e aquela que poderia ser atingida em contextos recreativos. A intervenção do Consultório na Rua que extrapolasse abordar a população em situação de rua ou mesmo com usuários em contextos de maior vulnerabilidade (moradores de imóveis abandonados ou lugares isolados dos espaços mais urbanizados, como terrenos e mocós<sup>106</sup>), poderia ser uma maneira de acessar a população, não necessariamente no enquadre da dependência e que estão fora de situações recreativas e/ou festivas. Poderíamos, nessa perspectiva, adotar a redução de riscos para a população em geral, não somente em contextos de festas, discotecas, bares e festivais onde há predominância da população jovem que frequenta a vida noturna. Nessa linha de raciocínio, o Consultório na Rua poderia ampliar o seu raio de intervenção e desenvolver um trabalho em

---

<sup>106</sup> Gíria utilizada para designar esconderijo, lugar não visível.



parceria com os ACS em contextos vulneráveis em que o uso de substância se verifica, mas que não necessariamente está no registro das dependências. O trabalho dentro de uma lógica móvel, ao encontro da população nos bairros, poderia acessar um outro público não necessariamente em um contexto de dependência e fora do contexto recreativo. Esse tipo de intervenção poderia sensibilizar a população para o consumo de forma mais segura, com menos riscos, integrado com as questões de saúde de maneira mais abrangente.

Outro ponto interessante de problematizar é a intervenção das frentes da RRMD 7 dias na semana nos mesmos lugares, com diferentes campos no mesmo dia. Aumentar a frequências dos campos realizados pelo Consultório na Rua poderia potencializar o trabalho de proximidade e a sua vocação enquanto uma medida de Saúde Pública. Com campos diários no mesmo local, o Consultório na Rua poderia acompanhar de forma mais sistemática os usuários acessados. Essa perspectiva tornaria possível o acompanhamento mais intensivo das questões de saúde presentes na população em situação de maior vulnerabilidade, dada a dificuldade de uma parcela dos usuários em acessar a rede assistencial ou mesmo o preconceito e falta de preparo de parte dos profissionais dos serviços de saúde não especializados no atendimento a essa população.

Por outro lado, assim como se verificou nos Centros de Respostas Integradas em que não há estruturas específicas da área da RRMD a necessidade de organização das respectivas equipes de tratamento para a intervenção no território, os CAPSad têm ainda pouca interface com o trabalho na rua. Embora existam muitos usuários em situação de rua em acompanhamento nos CAPSad, raramente os profissionais da equipe se organizam para a intervenção em lugares isolados de uso de drogas dentro da área de abrangência do serviço. Os redutores de danos são uma exceção nos CAPSad e realizam campos em áreas identificadas como espaços de uso de drogas, sem a preocupação direta de interferência na escolha e direito dos usuários de consumir. Esse tipo de arranjo operativo faz constantemente questão para dentro das equipes dos CAPSad. Fica, por um lado, a atuação dos redutores de danos enquanto uma estratégia de intervenção de Saúde Pública advinda das experiências do campo das DST/AIDS e a equipe técnica dos CAPSad conduzindo uma prática de cuidado sem a preocupação direta com a abstinência, porém muito voltada para o saber psi; a clínica do

alcoolismo e das toxicomanias. Esse modo clínico de operar despotencializa o sentido originário da redução de danos que problematiza junto aos seus usuários suas práticas e comportamentos de consumo, assim como o rastreio das doenças infectocontagiosas. Além desse sentido clínico, em que a abstinência pode ser uma meta a ser construída com o usuário, a redução de danos nesses serviços está mais voltada para os efeitos da intervenção que podem provocar a diminuição do padrão do consumo e melhoria da qualidade de vida do ponto de vista dos recursos ligados aos processos de reabilitação dos usuários. A redução de danos poderia ampliar o sentido mais “clínico” que ganhou quando se afastou de certa forma das estratégias iniciadas no campo das DST/AIDS. A saída dos profissionais dos CAPSad para ações nos campos de maior vulnerabilidade e enquanto medida de saúde pública poderia contribuir para a inovação no modo de atuar nesses serviços.

Mesmo com algumas diferenças na composição da equipe de profissionais, recursos e metodologias, as experiências da RRMD com populações vulneráveis são muito próximas das práticas desenvolvidas pelos redutores de danos e o Consultório na Rua no Brasil.

Entretanto, a intervenção da redução de riscos em contextos recreativos foi uma frente de trabalho muito inovadora quando comparada às demais intervenções na realidade do meu campo de trabalho<sup>107</sup>. O trabalho da redução de riscos em contextos recreativos parece interessante e pode inclusive contribuir para ressignificar o posicionamento dos profissionais nas abordagens mais ligadas ao tratamento e à prevenção. Essa linha de trabalho reconhece além dos prejuízos envolvidos na saúde, o prazer buscado no uso de substâncias. O que se pretende não é a atribuição de juízo de valor, trabalhando fora do regime alarmista e proibicionista. O usuário faz uma escolha informada e a decisão de usar ou não a substância cabe ao sujeito diante do seu direito de opção pelo consumo. As estratégias de proximidade com populações vulneráveis da RRMD respeitam a decisão do usuário em não buscar tratamento, porém há sempre uma expectativa de gradativamente sensibilizar o mesmo para além dos cuidados em saúde e desencadear a procura de ajuda com vistas à abstinência. Na intervenção da redução de riscos em contextos recreativos, além de não interferir na decisão do usuário, o

---

<sup>107</sup> No Brasil existem experiências próximas dessa vertente, porém isoladas e com nuances, como por exemplo, o projeto *ResPire*, do *Centro de Convivência É de Lei* na cidade de São Paulo, voltado para a redução de danos sociais e à saúde associados ao uso de drogas.

interessante é o “como” se realiza a aproximação, sempre de maneira informal, discreta e sem rótulos. O material informativo nessas intervenções nada mais é do que um canal para a comunicação, conforme pudemos constatar no trabalho de análise do material coletado em campo.

A gestão dos prazeres, maneira informal como o projeto Check!n tem nomeado essa intervenção, também oferta a possibilidade da testagem da composição da substância. A possibilidade de saber a composição da droga que se utiliza, num cenário em que a descriminalização do uso e porte de drogas ilícitas aconteceu há mais de quinze anos foi um achado relevante, mas que ainda assim fica juridicamente mantida a sua proibição. Nessa intervenção o que se visa não é a interferência na relação com a droga e na escolha por sua utilização, mas um uso de forma mais segura, ciente dos seus efeitos e tentando minimizar os excessos, em especial com substâncias a princípio desconhecidas que podem gerar efeitos adversos que se sobrepõem ao prazer.

Nesse sentido, a forma de nomear (Redução de Riscos e Minimização de Danos), embora não tenha sido apontada com grande relevância pelos entrevistados, produziu questões no pesquisador: seria o limite da redução de danos a atuação enquanto medidas de Saúde Pública para reduzir os riscos relacionados ao uso de álcool e outras drogas na população “dependente” em situação de maior vulnerabilidade? O trabalho da RRMD em contextos recreativos mostrou-se uma vertente de atuação em que a decisão do consumo não deve ser necessariamente colocada como um problema. A análise do trabalho de campo demonstrou uma maior preocupação com a falta de segurança no modo de utilização de drogas e o seu uso excessivo, envolvendo questões de saúde mais amplas nas abordagens. O fato da intervenção da redução de riscos em contextos recreativos reconhecer que o uso de drogas lícitas e ilícitas existe e respeitar a decisão do consumo a torna uma potencial forma de atuação para mudar o imaginário social em torno da temática, especialmente das drogas proibidas.

Durante o processo de investigação, a intervenção em contextos recreativos enquanto eixo da área de redução de riscos da política pública trouxe algumas indagações que carecem de investigação: o fato de existir uma intervenção com o objetivo de levar saúde às pessoas, proporcionando a escolha de um uso mais seguro, com menos excessos e sem intervenções com

teor proibitivo, reduziria em uma parcela de utilizadores a possibilidade de entrarem numa relação de exclusividade/dependência com a droga? A intervenção da redução de riscos em contexto recreativo proporcionaria uma modulação do uso da substância, de modo que pudesse esvaziar o sofrimento que se sobrepõe ao prazer, muito comumente encontrada nos usuários caracterizados como dependentes?

Outro aspecto que merece reflexão é a estratégia da RRMD como uma maneira de estabelecer uma relação de proximidade com aqueles que não chegam para os espaços de tratamento dos serviços gerais e/ou especializados de saúde. Com base nessa assertiva, poderíamos levantar mais algumas questões: a redução de riscos em contextos recreativos não tem como carro-chefe a intervenção com usuários dependentes, mas no cenário de intervenção poderíamos encontrar pessoas num registro abusivo da substância com potencial percurso para a dependência? Se sim, qual seria a diferença no contexto português da chegada de usuários não dependentes, abordados pela polícia e encaminhados para as Comissões de Dissuasão e aqueles que supostamente seriam acessados no contato das intervenções em contextos festivos? No Brasil, o seguimento das pessoas que em um dado momento chegaram no CAPSad e abandonaram o acompanhamento não se beneficiariam de algum tipo de estratégia de proximidade fora do espaço físico de cuidado tradicional?

Da mesma forma, a nomenclatura comportamentos aditivos e dependências parece apresentar coesão com as intervenções da prevenção e da redução de riscos em contextos recreativos. Isso não significa a ausência de usuários em acompanhamento nas equipes de tratamento fora do registro das dependências. As equipes de tratamento em Portugal e os CAPSad no Brasil têm como missão “dar conta” de uma demanda que bate à porta e são usuários de difícil manejo.

Entretanto, pensar os comportamentos aditivos e incluir aqueles não mediados pela ingestão de substâncias é uma outra contribuição para a invenção de novas práticas de cuidado, a produção de reflexão, a maior flexibilidade das equipes de tratamento e a diminuição de expectativas dos profissionais, diante do investimento também do usuário para um possível alcance da abstinência. Não se trata de desconsiderar as operações neuroquímicas presentes nos comportamentos aditivos e nem banalizarmos os

sintomas de abstinência. Os CAPSad e o Consultório na Rua têm centralizado suas ações no cuidado dos usuários dependentes de substâncias psicoativas. Problematizar a ênfase da atuação atual poderia produzir enriquecimento nos processos de trabalho dos serviços e subsidiar a criação de estratégias para a intervenção com outras populações e em outros contextos.

No cotidiano da rede de atendimento é bastante comum os usuários se atribuírem o rótulo “sou dependente”, o que parece estar em consonância com o discurso médico que define como dependência química essa relação de exclusividade com a droga, uma “doença crônica”, “tratável” e “incurável”.

Sendo assim, poderíamos interrogar: essa correlação entre a fala dos usuários e a abordagem médica tradicional carregariam um reducionismo, de forma que ambos estão congelados no mesmo discurso? A nomeação “sou dependente” reforça um posicionamento de algo previamente determinado geneticamente ou biologicamente, de forma a “naturalizar” sua condição? Essa perspectiva não conduziria o sujeito a um processo de desresponsabilização pelo ato de drogar-se?

Por outro lado, esse traço de identidade “sou dependente” poderia ser um ponto de partida interessante numa escuta, e ao invés de “negar essa condição”, conduzir o sujeito a se deslocar do lugar exclusivo de doente, de forma a tornar possível produzir outras identificações que não somente “sou dependente químico”? Mais do que o discurso da doença e doente, o que pode ser um alerta são as questões relacionadas ao “biológico” se tornarem os únicos pontos de partida ou até mesmo privilegiados das intervenções. O que impediria uma escuta de um usuário que mantém o uso da droga? O usuário estaria num “fora de si” a ponto de uma escuta não produzir algum efeito de vinculação com o profissional e provocar um efeito mínimo de abertura subjetiva para se colocar no lugar de interrogador da sua própria condição?

As questões físicas envolvidas nos comportamentos aditivos e dependências e a importância de se produzir respostas dentro da perspectiva da abstinência são aspectos importantes. Por outro lado, a necessidade de produção de outras ofertas e estratégias fora da abstinência ou da formatação rígida de consultas, inclusive nos espaços de oferta de tratamento, podem provocar um sentido importante para os que apontam a dificuldade de cessar o uso ou que não têm como meta a paragem dos consumos.

Na área da reinserção social as intersecções com as demais frentes de atuação e a sua importância em especial no âmbito do tratamento foram significativas no trabalho de análise do material do campo de pesquisa.

O tema da reinserção social foi criticado por alguns entrevistados enquanto uma área muitas vezes identificada com a inserção profissional. A reinserção social foi situada como um eixo de conexão com o restabelecimento dos vínculos familiares e a importância de retomada de outros espaços da vida social na comunidade. Além disso, a inclusão social com a participação efetiva do usuário no processo de transformação da sua rotina de vida aprisionada até então ao uso da droga, foi diferenciada da caridade e da identificação dos espaços de tratamento como provedores das necessidades de subsistência via instâncias que representam o Estado.

Por outro lado, a compreensão da atuação da área da reinserção social associada às necessidades básicas como alimentação, transporte e moradia também foram eixos representativos das ações.

O tema da reinserção social no seu trânsito entre o que seria uma postura mais assistencialista dos serviços e ao mesmo tempo, a dificuldade de se trabalhar com o usuário sem a garantia mínima de condições dignas de vida tem uma linha muito tênue dentro dessas dinâmicas. Poderíamos levantar algumas questões que ilustram esses impasses, muito comum também na realidade brasileira em que a questão da desigualdade social e da pobreza de uma parte significativa dos usuários atendidos nos CAPSad nos atravessam cotidianamente. A oferta da alimentação no serviço traz em si uma lógica exclusiva de aplacar a fome ou pode ser uma via que compõe com a vinculação ao tratamento? Como pensar a locomoção dos usuários desempregados para a chegada ao espaço de tratamento numa clínica de difícil vinculação? Por que o serviço deveria oferecer a medicação gratuitamente sendo que o usuário se organiza para comprar a substância que utiliza? Um usuário em situação de rua poderia tomar um banho no serviço ou esse tipo de concessão revela algo deslocado da missão do serviço? Deveríamos conceder o uso do telefone quando nos é solicitado?

As perguntas acima podem surtir respostas interessantes dentro um princípio importante no Paradigma da Atenção Psicossocial: a particularização das decisões construída na relação com o usuário. Esses tipos de ações precisam fazer sentido dentro do processo de construção do projeto

terapêutico singular, sem uma relação estrita de “uso” com o serviço. Isso demanda muita negociação e acolhimento para que esse tipo de ações não obedeça uma lógica rígida de regras e fluxos pré-estabelecidos. Além disso, não podemos estar a satisfazer uma necessidade “tida como básica” por si só. Se um usuário sempre chega ao serviço exclusivamente para almoçar e não se envolve no seu processo de cuidado, precisamos indagá-lo sobre isso. Mais do que indagá-lo, colocá-lo no lugar de interrogador acerca da sua própria atitude. Não se trata somente de um “sim” ou de um “não”. Se um usuário vai ao serviço somente para exigir na porta da farmácia a sua medicação (que é um direito do usuário no SUS) e nem ao menos tem conversado com o seu médico, isso precisa ser pensado, porque a medicação é gratuita, mas não é por isso que temos a obrigação de fornecê-la sempre na hora e do jeito que o usuário exige. A medicação está a serviço do quê naquele caso? De tratar os sintomas da abstinência? De apaziguar a fissura da droga? Da relação de abuso do usuário da medicação? É possível fazer uma gestão autônoma da medicação de forma unilateral? Precisamos refletir! E o movimento contrário? Não seria interessante a negociação da medicação do usuário com o seu médico? Se ele vai para o atendimento, mas faz uso de substâncias escondido no banheiro ou sai para ir ao bar da esquina, isso precisa ser acolhido, ressignificado. É processual! Se ele pode tomar um banho e perceber o prazer de se olhar no espelho após fazer a barba, isso pode reavivar o seu desejo de mudar e viver de uma outra maneira. Se ele usa o telefone porque alí ele consegue fazer uma mínima aproximação com a sua família, pode ser um ganho. O vale-transporte concedido está a serviço da ida para o tratamento, para procurar trabalho, para se envolver no resgate do prazer no âmbito do lazer? Ou o vale-transporte é concedido e depois de esgotado o usuário volta ao serviço para fazer nova solicitação em tom de uma exigência? É preciso mais do que ouvir. É preciso estar disponível para escutar. O usuário solicita o leito-noite. Tudo bem, mas por que você acredita que ficar no leito essa noite pode te ajudar? Internar? Por que? Ou ao contrário. Não quer o leito-noite? Mas não poderia ser importante internar? Algumas vezes os usuários recusam a indicação de internação do profissional que o atende. E isso precisa ser respeitado. Mas problematizado. Hoje ele não aceitou, mas amanhã essa posição pode mudar. A negociação precisa ser uma via de mão-dupla. É importante o usuário transitar de posição, mas também faz-se necessário

escutar e sairmos das nossas certezas, tornando o usuário participativo do seu processo de mudança. Um percurso não linear e sempre que possível, negociado.

Com base nas reflexões acima, poderíamos estabelecer um “meio-termo” entre uma leitura extremista do assistencialismo e o movimento do usuário em busca da reconstrução da sua vida. É preciso levarmos em conta a complexidade do cuidado com a população mais vulnerável e com baixa ou nenhuma rede social de apoio. Sem um teto para morar, sem trabalho, com fome, em más condições de higiene, vítima da exclusão que pode ser um ingrediente importante que a direcionou para uma situação de dependência. A exclusão social tem uma parte importante no que leva as pessoas a cair na dependência. Pode não ser a causa, mas é significativamente relevante nos casos mais vulneráveis.

Entretanto, existem pessoas que se tornam dependentes, mas têm uma rede de apoio mais estruturada. Esse é mais um motivo para enquadrar o tema da reinserção social de forma ampliada, para além de recursos. A reinserção social está intrinsicamente ligada ao campo das relações e à possibilidade de o usuário resgatar ou fazer novos laços sociais. O trabalho não pode ser uma porta de entrada somente para receber o salário no fim do mês e ter algum poder de consumo (que pode ser da própria droga). O trabalho pode ser reabilitador, uma via de produção de sentido. A escola não é somente um espaço de formação para ao final do processo ter um diploma na mão. Ela deve ser um espaço relacional, do resgate do interesse do usuário por outras coisas além da própria droga.

Mas se o usuário está numa condição extremamente vulnerável, a dificuldade em produzir movimentos de mudança aumenta nesses contextos mais complexos em que o uso de substâncias é somente mais um entre tantos outros aspectos. O cuidado das necessidades básicas não pode estar a serviço de exclusivamente suprir uma carência, mas ela tem que produzir um sentido. É muito difícil transformar o padrão de relação do usuário com a droga se ele não pode sentir uma transformação que seja mínima da sua dignidade e com alguma qualidade de vida.

Por outro lado, a deficiência de recursos não pode ser um motivo para nos fecharmos a uma escuta. Não há um cenário perfeito e as transformações devem acontecer processualmente, lado a lado, profissionais e usuários,



profissionais-usuários-família, família e usuário, comunidade e usuário, comunidade e equipe, equipe-comunidade-usuário. Os arranjos são múltiplos, mas é necessário construí-los numa lógica relacional gradativa.

Na experiência pesquisada, as estruturas de acolhimento da população em situação de maior vulnerabilidade (o que contempla a população em situação de rua, mas não só) existem somente em Lisboa. Em outras regiões de atuação da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), as Santas Casa de Misericórdia têm um papel fundamental no acolhimento dessa população. Além dessas iniciativas institucionais, existem algumas alternativas de suporte (como os cacifos, descritos na análise de entrevistas), a internação em Comunidade Terapêutica (não somente guiada por questões sociais e de outras vulnerabilidades, mas que tem um componente importante dentro dessa indicação) e um projeto inspirado na experiência do *Housing First*.

A investigação demonstrou a crítica de alguns entrevistados quanto ao tamanho e ao nível de exigência dos Centros de Abrigo e Centros de Acolhimento, com destaque para as dificuldades do acolhimento de usuários de álcool. Mesmo com tais críticas, esses Centros têm uma capacidade significativa de acolhimento do ponto de vista numérico. Eles funcionam como estruturas de acolhimento para a população em situação de vulnerabilidade em que a estratégia da redução de danos é o princípio fundamental. Nem a adesão a programas de baixo limiar de exigência é condição para o acolhimento nessas estruturas.

Entretanto, identifiquei no trabalho de campo e na sua posterior análise uma outra proposta de reinserção inspirada na experiência do *Housing First*. A proposta dessa experiência também se mostrou inovadora por três aspectos centrais: a reinserção social individual e particularizada de usuários que estavam em situação de rua, o seu caráter de continuidade (não tem uma proposta de tempo delimitado e de transitoriedade) e o acompanhamento dos profissionais acontece em horários combinados, sem caracterizar as casas como equipamentos de saúde no sentido estreito da intervenção, ou seja, constituídas com uma equipe de profissionais dentro dessas residências envolvidos em tempo integral no cuidado.

Conforme pudemos identificar no trabalho de análise de um dos temas dos eixos temáticos, o seu ponto de partida é o “morar” e realizar a inserção dos usuários na vida comunitária. As preocupações com as questões de saúde fazem parte do projeto, mas o que se busca é a construção de autonomia e o resgate da cidadania. A preocupação não é construir uma proposta de inserção na busca pela abstinência. A redução do padrão de consumo é vista como um ganho importante no percurso dos casos, mas que mesmo assim não se tem a preocupação de interferir diretamente na relação dos usuários com a droga. Nesse projeto, o processo de reinserção social está identificado de uma forma muito próxima do Paradigma da Atenção Psicossocial com um pano de fundo da redução de danos, em que além do consumo de forma mais segura e as questões de saúde envolvidas, a abstinência não é uma meta e caso seja alcançada, trata-se de uma consequência do trabalho construído na relação com o usuário.

Na experiência do pesquisador no seu campo de trabalho no Brasil, as dificuldades com os serviços de suporte destinados ao acolhimento das populações em situação de vulnerabilidade (em especial os usuários em situação de rua) são notórias. Existe um grande albergue no município, mas ele não é específico para usuários de álcool e outras drogas. É uma estrutura grande e gerida pela Secretaria Municipal de Assistência Social com muitas dificuldades em acolher a população vulnerável em sintonia com os serviços de saúde. A falta de profissionais de saúde para a condução do trabalho, a queixa com relação aos comportamentos dos usuários e a presença do tráfico são alguns, entre outros motivos, referidos como dificuldades. É comum no relato dos usuários a ocorrência de episódios de violência e a precariedade da estrutura oferecida. O tempo de permanência é muito restrito e existe um nível alto de exigência para o fluxo dos encaminhamentos. Com exceção do albergue municipal, existem algumas poucas experiências de Casas de Acolhimento ligadas à Secretaria de Assistência Social. Mas o alcance de estruturas desse tipo é reduzido quanto ao número de vagas e os critérios de inserção são muito específicos e as vagas têm baixa rotatividade, o que dificulta a inserção de novos usuários.

Há no campo de experiência profissional do pesquisador no Brasil uma experiência denominada Unidade de Acolhimento Transitório (UAT). Porém, essa Unidade encerrará suas atividades em outubro de 2017 e não tem mais

acolhido novos usuários. Dentre os argumentos para o fechamento, estão a insuficiência de recursos financeiros para mantê-la em funcionamento concomitante à transformação de um CAPSad II em CAPSad III e as dificuldades advindas desde o seu processo de implementação. Essa experiência nasceu da ampliação das políticas públicas na área da saúde e faz parte dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. A UAT foi uma casa de referência para todo o município com capacidade para acolher 10 usuários. A equipe era multidisciplinar e integrada com o trabalho de um CAPSad II, responsável pelo cuidado e articulação das ações de reinserção social, com tempo previsto de permanência de no máximo seis meses. Os critérios centrais para a inserção eram o usuário ter iniciado tratamento em um dos CAPS do município (não necessariamente em um CAPSad) e ter problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Da mesma forma que os Centros de Abrigo e os Centros de Acolhimento da experiência portuguesa, a UAT estava voltada para o acolhimento de usuários em situação de vulnerabilidade, não necessariamente em situação de rua. O trabalho da UAT nos seus poucos anos de atividade tinha registro de algum êxito no processo de reinserção social de alguns usuários e o fortalecimento da vinculação ao cuidado nos CAPS e CAPSad do território. Alguns usuários conseguiram um trabalho e até alcançaram a abstinência. Outros resgataram seus laços familiares e extrapolaram o eixo da reinserção profissional, voltando para a escola e produzindo outros sentidos para a sua vida. Outro grupo de usuários não conseguiu se recolocar profissionalmente e nem cessar o uso de drogas, mas produziu outra relação com a família e com seu espaço de tratamento.

Por outro lado, alguns usuários inseridos não se envolveram com as propostas do projeto e foram “desligados”. Situações de agressividade com outros usuários da casa e mesmo com profissionais foram razões para o desligamento. A proposta não era a de um espaço exclusivamente de moradia para suprir uma necessidade de saída da rua, mas pressupunha um convívio entre os moradores e alguma composição com a gestão da casa, cada um com os seus projetos de vida que extrapolavam o cuidado exclusivo em saúde.

Nesse sentido, a UAT não era um serviço porta-aberta e se propunha enquanto um trabalho integrado com o projeto terapêutico dos usuários nos

CAPS, CAPSad e outros serviços de saúde do município. Essa perspectiva de trabalho tem alguns pontos que merecem destaque.

Para a entrada era necessária a discussão prévia do caso e o usuário precisava estar envolvido com o seu processo de cuidado no serviço de saúde. Além disso, dada a sua transitoriedade, fazia-se necessário mapear a real condição do usuário de se envolver na proposta intersetorial da UAT para que futuramente ele pudesse sair e reconstruir sua vida com alguma autonomia. Esse aspecto trazia dificuldade porque alguns usuários indicados pelas equipes tinham necessidade posterior de inserção em serviços com uma proposta maior de institucionalização e até tutela. Outras vezes, alguns profissionais indicavam o acolhimento de usuários como um ponto de partida para sair da rua, apostando em um posterior movimento de mudança e envolvimento com o seu tratamento. Esse tipo de indicação provocava muita resistência e dúvidas, mais uma vez pelo caráter transitório com tempo definido (não rígido) para a permanência. Nessa perspectiva, era necessário levarmos em consideração o percurso de um usuário que tinha anos de história de vida na rua e de repente se via numa nova realidade, com regras, compromissos e a necessidade de conviver com os demais moradores.

A abstinência não era condição para a permanência na casa. Mas ao contrário do que se constrói de forma geral no trabalho realizado nos CAPSad, o cessar do uso de drogas é, mesmo que indiretamente, um orientador para a UAT. Mas por quê? Porque um usuário dependente de substâncias tem muita dificuldade em aderir aos recursos do ponto de vista intersetorial se não caminhar para a abstinência ou ao menos, reduzir os seus episódios de crise associados ao consumo.

A UAT era um espaço de cuidado na rede de cuidado do pesquisador que ainda buscava a partir da experiência e a discussão dos seus impasses, construir a sua missão. Por tratar-se de um serviço da área da saúde, a equipe de profissionais se estruturou até meados de 2016 com monitores no período diurno e com técnicos de enfermagem e enfermeiros no período noturno. A função desses profissionais era operar como facilitadores para a condução da rotina da casa, a organização das atividades com os usuários no território e até acompanhá-los quando se verifica tal necessidade.

O CAPSad responsável pelo projeto ficava próximo à UAT e se constituía como rede de ajuda de segunda à sexta-feira para manejar algumas

possíveis situações adversas na casa e amparar questões que possam surgir do ponto de vista clínico. Desde a sua implementação, a UAT contou com profissionais da enfermagem no período noturno, decisão tomada como uma medida de cautela, dada a gravidade clínica dos usuários e as situações de uso de substâncias eventualmente não estarem desamparadas quando os sintomas de abstinência nessas circunstâncias pudessem ocorrer para permitir a avaliação de risco e a necessidade de interlocução com o serviço de urgência. O CAPSad que referencia a UAT não era um serviço de funcionamento 24h, o que dificultava o acompanhamento das questões clínicas no período noturno e aos sábados e domingos em que o CAPSad não estava em funcionamento durante o dia para oferecer suporte.

No segundo semestre de 2016 essa composição de equipe mudou. Ao longo dos anos o debate quanto a esse equipamento ser um “entre” a saúde e a reinserção social provocou controvérsias. Por um lado, questionou-se a dificuldade de manter o trabalho, em especial no período noturno, somente com monitores, ponderados os riscos clínicos numa população que após terminar suas atividades diárias, a abstinência não era uma exigência para a entrada na casa. Por outro lado, o acolhimento exigia uma avaliação do ponto de vista clínico, manejo, escuta e às vezes a problematização de algumas situações nesse espaço comum de convívio. O questionamento da UAT ser um serviço caro quando se leva em conta a composição da equipe com enfermeiros noturnos impulsionou esse processo de mudança. A UAT passou a contar no período noturno somente com monitores, como uma proposta de experimentação para posterior avaliação. Além disso, a composição com enfermeiros no período noturno em que ocorriam situações de maior dificuldade na relação com os usuários provocava ruptura e gerava discordâncias com os processos de cuidado do período diurno. Essa composição com enfermeiros trouxe como vertente avaliativa a preponderância das questões clínicas associadas ao consumo e a discordância desses profissionais sobre a permanência de alguns usuários com mais dificuldade de adesão às regras da casa. O desligamento de alguns usuários da casa não era feito de forma unilateral pelos enfermeiros, porém se instaurava um movimento de tensão entre os profissionais. A articulação das ações com os casos em tratamento em outros CAPS e CAPSad trazia maior complexidade, dada a distância geográfica envolvida e a dificuldade de um cuidado compartilhado

com opiniões diferentes quando às direções adotadas para a condução dos casos.

Nesse sentido, a UAT se mostrou como mais um recurso para a composição do cuidado com as populações em situação de maior vulnerabilidade. Por outro lado, o imperativo da sua missão inicial quase que forçosa de reabilitar com tempo delimitado os usuários foi sempre um eixo de problematização. As experiências dos Centros de Abrigo, dos Centros de Acolhimento (com o foco no usuário de heroína e com críticas de alguns entrevistados quando à necessidade de revisão para o acolhimento dos usuários de álcool) e do *Housing First*, embora com propostas e enquadres muito distintos entre si, têm um aspecto interessante em comum de investimento. Essas frentes da experiência portuguesa levam em consideração o caráter processual da mudança de posição dos usuários nas suas relações com o uso de substâncias psicoativas. Esse aspecto parece reforçar a necessidade incessante dos profissionais de frentes de trabalho no Brasil voltadas para o acolhimento e reinserção social se autoquestionarem quanto ao seu nível de exigência.

A expectativa de acolhimento de alguns usuários em situação de rua na UAT logo após uma internação também se revelava um ponto de tensão. E para além disso, durante algum tempo havia pedidos recorrentes de prolongamento do tempo de internação até que se estruturasse alguma proposta de acolhimento para esses usuários em situação supostamente mais privilegiada de adesão à UAT por conta da abstinência de substância. Esse aspecto faz mais uma vez refletirmos o quanto uma internação promove a abstinência com a expectativa dos profissionais da sua manutenção no pós-alta. Existe aí um ponto paradoxal a ser enfrentado. O retorno do usuário para o tratamento no CAPSad quando mediado por uma internação não exclusivamente a favor da abstinência pode produzir outros sentidos e formas de se envolver com o seu processo de cuidado. Se o usuário começa a despertar para outros interesses ou eventualmente utiliza a substância de forma mais segura e/ou com diminuição do padrão de consumo, talvez esse já seria um ganho muito significativo. O grande problema é que os serviços de internação estão muito voltados em trabalhar para o imperativo de o usuário renunciar à droga e perpetuar o discurso de uma doença crônica e incurável em que é preciso, por exemplo, evitar o “primeiro gole”. A expectativa dos

profissionais precisaria ser diminuída na crença de que a partir da internação nasce um “novo sujeito”. Não é assim, nessa linha de orientação, que o usuário com o histórico de uma vida marcada pelo uso de drogas vai obrigatoriamente mudar radicalmente. O tratamento da dependência de substâncias pode até levar a uma situação de perpetuação da abstinência, mas precisamos esvaziar nossa onipotência de uma decisão que está nas mãos do próprio usuário. Ofertar recursos é uma direção importante, porém não é uma garantia da manutenção da abstinência nos casos atendidos.

Talvez a ampliação da capacidade de acolher um maior número de usuários e a ausência de expectativas identificadas de forma estreita com a abstinência poderia reconfigurar o trabalho das frentes de trabalho voltadas para o acolhimento de populações em situação de maior vulnerabilidade. Essas perspectivas poderiam produzir uma verdadeira lógica de redução de danos em que os processos esperados de reinserção social acabam por ser uma consequência e não a moldura fundamental desse serviço.

O *Housing First* pareceu ser muito interessante porque singulariza as experiências de moradia, não coloca a abstinência como condição para a permanência na casa e não possui profissionais escalados presencialmente e 24 horas por dia para monitorar o cotidiano dos moradores. Mas a avaliação dos custos dessa experiência precisa ser melhor estudada em uma realidade como a brasileira. Em complemento, podemos situar a dificuldade de implementar novas experiências, não tipificadas enquanto políticas públicas de saúde e sem contrapartida do governo federal com os municípios para a sua implementação. A experiência mais próxima do *Housing First* na realidade brasileira são os Serviços Residenciais Terapêuticos. Mas essa perspectiva tem três nuances importantes. A primeira nuance é o seu nascimento dentro do contexto de desinstitucionalização de pessoas que viviam nos grandes hospitais psiquiátricos e com ênfase nos transtornos mentais. Algumas experiências de acolhimento de usuários de substâncias psicoativas com comorbidade psiquiátrica nesses serviços têm se mostrado um desafio para os profissionais que trabalham nessas frentes, somado à insuficiência de vagas. Outro aspecto é a sua operacionalização em tempo integral com profissionais de saúde e o claro processo de envelhecimento com complicações clínicas da população assistida nesses serviços. E por fim, as casas são organizadas com base em critérios de tipificação estabelecidos pela Portaria nº 3090 de

dezembro de 2011. As moradias tipo I têm assistência profissional no período diurno, com capacidade máxima para 8 usuários e as tipo II têm profissionais 24h na casa e capacidade máxima para 10 usuários. Há alguns anos, havia algumas experiências mais personalizadas de usuários que viviam sozinhos em pequenas casas ou até de casais em edículas, mas que por conta da tipificação atrelada ao argumento do alto custo de tais arranjos pela Secretaria Municipal de Saúde deixou de existir.

Com base na exposição das ofertas existentes, podemos afirmar que as respostas para acolhimento das populações em situação de vulnerabilidade são insuficientes no contexto de trabalho do pesquisador. Não se trata aqui de criar expectativas ilusórias de esgotar o fenômeno da população vivendo em situação de rua, porque alguns recursos são finitos e esse cenário é fruto da exclusão e outros fatores muito mais complexos envolvidos nessa temática.

Por outro lado, isso não significa recuar da defesa da ampliação da capacidade de acolhimento dessas estruturas e da reinvenção nas suas formas de operar. Nesse sentido, algumas indagações parecem úteis para conduzir alguns processos de mudança: essas estruturas de acolhimento estão a serviço do quê? Estariam a serviço do investimento em um processo de transformação gradativo ou de uma certa normatização desses usuários? O uso de substâncias produz exclusão ou seria o sofrimento social um fator importante que conduz alguns usuários ao aprisionamento no uso de drogas? Qual o limite dos serviços de acolhimento enquanto estruturas de saúde em conduzir os seus processos de cuidado com os seus usuários sem um processo de “monitoramento” das questões de saúde envolvidas e que podem trazer o risco de morte? Seria importante os profissionais envolvidos nessas frentes de trabalho se despirem de grandes certezas e suportarem a ambivalência presente no comportamento dos usuários acolhidos? Qual o risco de cisão entre as ações de cuidado realizadas nos CAPSad e o desenho dos projetos terapêuticos apartados do cuidado nesses serviços de acolhimento? O Consultório na Rua e os CAPSad não deveriam produzir um enlace permanente na condução dos casos com história de vida no espaço da rua?

O tema da inserção profissional é um outro desdobramento importante. A falta de oportunidades no universo do trabalho é um tema que não atinge especificamente usuários de substâncias psicoativas. A dependência de substâncias pode até ser um dificultador para o cumprimento das



obrigatoriedades colocadas no universo profissional. Por outro lado, vincular-se a um tratamento e abster-se da substância não é uma relação de causa-efeito para se recolocar no mercado de trabalho. Há um abismo importante no contexto brasileiro quanto à desigualdade social existente e as notórias dificuldades de inserção no mercado de trabalho na população de modo geral.

É muito comum a crença de que o uso de drogas, em especial o crack no caso do Brasil, seja a causa do processo de exclusão social. Na verdade<sup>108</sup><sup>109</sup> os contextos de pobreza<sup>110</sup><sup>111</sup>, da violência<sup>112</sup> gerada pelo tráfico<sup>113</sup>, o desemprego e a falta de ofertas de saúde, cultura, lazer e educação nas partes periféricas das grandes cidades (que não são periferias pequenas) tem um alto teor de responsabilidade na condução das pessoas a uma dependência. Ser pobre e excluído não é a causa do problema, mas tem um peso grande nesse cenário. As pessoas usam substâncias para conseguir prazer. Mas no caso dos dependentes, o uso de substâncias se torna um prazer sentido como necessidade para lidar com o sofrimento. Um prazer ilusório, pois, quando o efeito da substância passa, o sofrimento retorna e a busca de novas doses vem como solução para produzir uma espécie de alívio.

Embora a área da reinserção social tenha uma conotação muito mais ampliada do que a lógica de amparar o usuário com recursos básicos para a sobrevivência ou mesmo contribuir para o processo de reinserção profissional, estratégias paralelas ao tema do trabalho no mercado formal precisam ser criadas. As pessoas precisam de alguma fonte de sustento e os usuários abandonarem a sua relação de exclusividade com a droga sem a oferta de vinculação a outros elementos da ética social e de vida, como o trabalho, a família, a escola, a comunidade, o acesso a bens de consumo, entre tantos

---

<sup>108</sup> *Pesquisa Nacional sobre o Crack*, desenvolvida pela Fiocruz, coordenada pelo pesquisador Francisco Inácio Bastos, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz).

<sup>109</sup> RAUPP, Luciane; ADORNO, Rubens de C. F.. Uso de crack na cidade de São Paulo / Brasil. **Toxicodependências**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 29-37, 2010.

<sup>110</sup> Em pesquisa coordenada pelo professor titular Jessé Souza, professor titular do Departamento de Ciência Política da Universidade Federal Fluminense, a relação entre exclusão social e uso de crack foi apontada como fundamental para a construção de políticas e linhas de cuidado para pessoas com problemas com drogas. Além disso, a pesquisa apontou o forte estigma e a exclusão social como fortes elementos nos contextos de vida dos usuários.

<sup>111</sup> O estudo referido na nota de rodapé acima identificou 370 mil usuários regulares de crack nas capitais, sendo aproximadamente 80% deles homens, negros, de baixa escolaridade e renda, com média de idade de 30 anos.

<sup>112</sup> ADORNO, R. de C. F. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, 2008.

<sup>113</sup> ANDRADE, T. M. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 16 (12): 4665-4674, 2011.

outros aspectos é complexo. Mas é preciso reforçar: não são processos separados. A reinserção, associada ou não a ofertas de recursos, pode ser construída em paralelo à escuta e à movimentação do usuário para pequenas mudanças. Da mesma forma, o relato de uso de drogas por parte do usuário não deve impedir um processo de escuta do profissional que possa produzir efeitos terapêuticos. É um emaranhado em descontinuidades.

O Programa Vida-Emprego foi um programa de êxito na experiência portuguesa e que acabou por ser substituído por medidas gerais de emprego. Mesmo com tal retrocesso, esse Programa estava mais voltado para usuários que caminharam para um processo de abstinência, dada as exigências do mercado formal. Mesmo assim era uma iniciativa interessante porque tinha um conjunto de profissionais em interlocução permanente com as empresas parceiras e davam um suporte importante para o usuário inscrito numa nova realidade, assim como para a empresa no manejo de possíveis situações críticas que pudessem ocorrer no contexto de trabalho.

Além desse projeto de grande visibilidade, uma experiência de inserção profissional na região norte do país em contexto agrícola e pecuário foi mencionada por um entrevistado, mas que segundo ele, terminou por falta de investimento governamental nessas parcerias. Outra iniciativa interessante é o Gabinete de Inserção Profissional abordada por outro entrevistado. Essa proposta visa mapear as necessidades de trabalho mais pontuais do território, no eixo da prestação de serviços e fora do formato do mercado formal, o que pode estar em consonância com as características de uma população com formação profissional deficitária e que podem se enquadrar em regimes de trabalho sem uma obrigatoriedade da abstinência.

No contexto profissional do pesquisador, existe uma experiência de geração de renda com base no eixo da Economia Solidária. São oficinas destinadas a produzir alguns produtos e prestar serviços na comunidade. Dentre algumas oficinas, poderíamos destacar a culinária, vitral, gráfica, mosaico, artesanato, jardinagem, agrícola, serralheira, marcenaria, ladrilho hidráulico, entre outras. O trabalho funciona nos moldes de uma cooperativa social em que parte do rendimento da produção é dividido entre os usuários de acordo com a produtividade da oficina e a frequência de participação dos usuários nas atividades.

Essa iniciativa tem suas raízes no conjunto de transformações no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira, destinadas a acolher usuários com transtornos mentais e que historicamente tem incluído os usuários de álcool e outras drogas atendidos em serviços da área da Saúde Mental. A geração de trabalho e renda nessa vertente acolhe os usuários dentro das suas limitações, crises, compreendendo os avanços e recuos nos seus processos de tratamento. Além da geração de renda para esses usuários, as oficinas de trabalho têm se mostrado dispositivos interessantes de produção de sentido e são uma parceria muito importante com os serviços de cuidado do território.

O que se busca é ofertar uma possibilidade de trabalho de acordo com os interesses e aptidões dos usuários. As oficinas acabam por ser tornar espaços de formação profissional e em alguns casos, a vinculação dos usuários nesse dispositivo se desdobra para a conquista de trabalho no mercado formal.

Mesmo com essa iniciativa inovadora, essas frentes de geração de renda têm seus impasses. Ainda é um passo a ser dado o maior protagonismo dos usuários na gestão dos processos e recursos. Essas oficinas são lideradas por profissionais da saúde que acompanham o processo de trabalho e estão à frente da administração dos recursos.

O exemplo dado nas Comissões para a Dissuasão das Toxicodependências (CDT's) em Lisboa quanto ao tema da inserção profissional também foi uma pista importante. A CDT tem uma ligação importante com agências de emprego governamentais e privadas com um banco de dados atualizado com as oportunidades de trabalho disponíveis na cidade. No meu contexto de trabalho no Brasil, os CAPSad têm alguma dificuldade em instituir essa parceria com o Programa de Atendimento ao Trabalhador (PAT) ou mesmo com iniciativas de profissionalização que poderiam ser úteis para os usuários. Essas iniciativas acontecem, mas numa dinâmica muito mais do caso a caso do que em um fluxo relacional permanente com esses espaços. E muitas vezes o usuário precisa de ajuda. Para preparar um currículo, se organizar para uma situação de entrevista e para localizar possíveis oportunidades.

Portanto, para finalizar as contribuições dos achados da investigação no tema das quatro áreas de intervenção da política portuguesa, não poderíamos deixar de destacar o trabalho de educadores de pares e a importância do

protagonismo dos usuários na formulação das políticas de cuidado dos comportamentos aditivos e dependências.

Visitar a Associação C.A.S.O. foi extremamente interessante para compreender o ativismo, embora ainda incipiente, no campo das políticas das drogas no cenário português. Na realidade do pesquisador no Brasil, o restrito protagonismo dos usuários ainda está muito atrelado à Luta Antimanicomial e à militância. Mais uma vez, ainda há pouca problematização dos usuários quanto ao direito de usar drogas e alguns temas relacionados, como por exemplo, a redução de danos, a descriminalização, a regulamentação, a dinâmica do tráfico e o fracasso da guerra às drogas. Isso não significa dizer que na realidade portuguesa os usuários atendidos na rede de cuidados têm protagonizado esse debate. Foi possível identificar esse protagonismo nessa Associação e no IN-Mouraria, espaços deslocados da perspectiva de tratamento e da abstinência como uma meta.

O trabalho do educador de pares no contexto português também trouxe contribuições em especial nas frentes não identificadas necessariamente com a abstinência. O usuário de drogas tem um saber acerca da realidade de intervenção, com contribuições importantes na desconstrução do aparato técnico-científico calcado em grandes certezas e fluxos, sustentado pela lógica da doença.

No Brasil é sentido cada vez mais o corporativismo oriundos dos Conselhos de Classe<sup>114</sup> e a argumentação de profissionais em serviços de saúde com afirmativas do tipo “não pode fazer isso” ou “não é minha função fazer aquilo”. O rigor das leis trabalhistas (com a descrição de cargo e funções muito delineadas) e dos processos de trabalho tem reforçado a postura dos profissionais nos seus núcleos de saberes. Esse enrijecimento tem despotencializado a movimentação para ações não diretamente previstas nas suas atribuições profissionais. Nesse sentido é preciso atenção ao risco do endurecimento e fragmentação das práticas com consequente desresponsabilização e empobrecimento dos seus papéis de atuação.

O trabalho do educador de pares é uma pista importante do quanto temos que ouvir o que os usuários têm a dizer das ações que são alvo. A parceria com esses atores mais permeáveis às transformações e potentes para

---

<sup>114</sup> Principalmente com o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e Conselho Regional de Farmácia (CRF).

olhar para o uso de drogas com outras “lentes” pode retirar os profissionais dos processos de captura nos seus cotidianos pesados de trabalho e contribuir na desconstrução de procedimentos rígidos e institucionalizados dos processos de cuidado.

Mesmo com os avanços na política pública brasileira a partir do alargamento da rede de cuidados no início do século XXI e a redução de danos como um pano de fundo importante e orientador das ações no campo assistencial, ainda há a supremacia do saber médico e profissionais de outras áreas operando na mesma frequência. O saber médico tem sua importância, mas por vezes parece constituir-se como forma de produção de certezas e de autoproteção dos profissionais frente às demandas trazidas pelos usuários. O educador de pares está menos contaminado com a linguagem técnica, com os jargões e a lógica procedimental na área da saúde.

Outra contribuição é o Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) dentro da formulação de propostas da política portuguesa. Construir um diagnóstico das necessidades do território “na e com a comunidade” pareceu ser uma via interessante de intervenção. Esse tipo de construção tenta identificar na integração das quatro áreas de intervenção, quais são os eixos de prioridade. A rede de cuidados de trabalho do pesquisador ainda está muito cristalizada na tipificação dos serviços e no tratamento. Assim como a realidade portuguesa, há serviços e projetos em funcionamento que sustentam o eixo central da política. Porém a particularização das intervenções ainda é um percurso inacabado. A regionalização dos serviços ainda é uma lógica que se sobrepõe à territorialização. Para Lima & Yasui (2014), o território deve ser pensado como espaço dentro uma processualidade e como relação, de modo a provocar ruptura com a delimitação social em áreas de abrangência identificadas com o mapa da cidade e consideração da multiplicidade de sentidos que recobrem o território. Da mesma forma, o fluxo entre os serviços é a lógica dominante em detrimento da construção do cuidado em rede.

A rede de cuidado da ARSLVT também tem seus problemas e dificuldades, mas o PORI parece ser uma estratégia interessante e menos massificada para estruturar e personalizar as intervenções. Enquanto um desdobramento do PORI, podemos problematizar processos de avaliação das ações com indicadores quanti-qualitativos. Alguns entrevistados fizeram a crítica aos indicadores numa lógica estritamente quantitativa. Essa metodologia

de avaliação carece de instrumentos e metodologias de avaliação qualitativa das ações. Infelizmente, na rede de atenção brasileira problematizada na pesquisa, a lógica quantitativa tem sido geralmente a via formal de avaliação dos serviços. Os indicadores estão associados ao número de usuários atendidos, à quantidade de Centros de Saúde acessados para discussão e composição do cuidado e ao volume de internações solicitadas pelos serviços.

Além da importância de critérios que possam aprimorar a avaliação qualitativa das ações, estes não deveriam ser estruturados unilateralmente. Retomar o diálogo com os sujeitos e as comunidades alvos da ação é de extrema importância para avaliar os seus efeitos. Se por um lado, o diagnóstico territorial para delinear projetos e ações no cenário português é uma realidade, alguns entrevistados sinalizaram críticas quanto à falta de avaliação qualitativa com esses mesmos atores que contribuíram para a etapa diagnóstica.

Para finalizar, não podemos deixar de considerar o protagonismo das ações da área da RRMD na problematização das dificuldades da política portuguesa e as suas contribuições para desconstruir as práticas mais cristalizadas, com destaque para os processos de cuidado no âmbito do tratamento. Estar em contato com as pessoas que utilizam substâncias, em um contexto recreativo ou em situação de maior vulnerabilidade, parece tornar os profissionais mais palatáveis a outras formas de abordagem menos tradicionais e imbuídos do seu papel de profissionais de saúde independente da sua categoria profissional.

Portanto, podemos agora retomar uma outra questão da pesquisa. A organização das intervenções do modelo português em quatro diferentes áreas e suas respectivas formas de atuação alargam os campos de intervenção e contribuem para repensar práticas dos serviços de cuidado/tratamento no território de prática do pesquisador para outras estratégias de ação? Sim, a organização das intervenções em quatro áreas mostrou-se inventiva para ventilar as minhas práticas no Brasil muito voltadas para a área do tratamento. Embora seja preciso considerar a redução de danos e a reinserção social como eixos importantes na composição do cuidado nos CAPSad e o grande esforço das equipes em manter interlocução com a rede setorial e intersetorial, a organização em áreas de intervenção poderia ser útil. A organização do trabalho em áreas não estaria a serviço de uma fragmentação, mas da ampliação de locais de atuação, do acesso a diferentes perfis populacionais e

modos mais diversificados de produzir intervenção. O cotidiano marcado por encontros com profissionais de projetos setoriais e intersetoriais para a discussão de casos e articulação dos projetos terapêuticos singulares é uma marca de excelência dos trabalhos em andamento na minha realidade de trabalho. Por outro lado, a articulação para a construção do cuidado dos casos em rede é algo diferente dos CAPSad terem protagonismo e alcance de intervenções em espaços da comunidade. O centralismo provocado com a criação dos CAPSad como um serviço de cuidado a usuários de álcool e outras drogas fez com que o trabalho na área das adições na minha realidade de trabalho ficasse muito restrito à lógica do tratamento com populações dependentes e na grande maioria das vezes, com elevada condição de vulnerabilidade. Esse arranjo tem produzido como consequência uma relação massificada com o entorno, sem a construção de diagnósticos que possam subsidiar intervenções mais precisas e particularizadas com as necessidades não de indivíduos, mas de grupos populacionais específicos do território. Há a nítida dificuldade dos CAPSad em realizar intervenção na área da prevenção ou mesmo de redução de danos com populações fora do contexto de dependências e outros comportamentos aditivos sem a ingestão de substâncias.

### **A Lei da Descriminalização: desdobramentos, avanços e desafios**

A Lei da Descriminalização foi um dos pontos centrais do meu interesse no modelo português. Essa Lei tem um papel fundamental no reconhecimento e visibilidade da experiência portuguesa no cenário internacional.

Para continuarmos o trabalho de reflexão, faz-se necessário retomar uma outra questão da pesquisa: teria a lei da descriminalização provocado efeitos na transformação das práticas de cuidado em saúde destinadas aos usuários de drogas? A lei contribuiu para a mudança de posicionamento dos usuários na busca por tratamento? A sociedade civil e em especial, a polícia, mudaram a sua maneira de lidar com o tema do uso de drogas ilícitas?

Anteriormente à aprovação da Lei, tivemos a oportunidade de constatar uma série de experiências em curso. Nesse sentido, não foi a lei que transformou as práticas. Foi ao contrário. As práticas deram sustentação para a

aprovação da Lei e puderam ter maior legitimidade, o que conduziu à expansão das ações reconhecidas como políticas públicas de saúde.

A grande maioria dos entrevistados retrataram a Lei como mais um aspecto dentre várias medidas transformadoras da política pública portuguesa e atribuíram as inovações ao conjunto de medidas advindas da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga. Essa Estratégia permitiu uma série de transformações numa lógica global de intervenção, ou seja, impulsionou a participação de vários atores nesse processo de mudança. Conforme pudemos verificar, a descriminalização estava apontada como uma das medidas para a transformação no modo de cuidar dos usuários de drogas e a Lei foi consolidada no ano seguinte porque dependia de outras instâncias para a sua aprovação.

Um dos aspectos pretendidos na investigação era identificar se a aprovação da lei transformou a demanda dos usuários de drogas na relação com os serviços. Segundo alguns entrevistados, a aprovação da Lei, ao retirar o consumo da esfera criminal diminuiu o receio de alguns usuários buscarem ajuda nos espaços de tratamento. Além disso, a sua aprovação e a mudança da consequência para as situações de uso abordadas pelas autoridades policiais produziram um sentimento de proteção dos usuários com relação aos seus consumos.

O imaginário social com relação ao uso de drogas ilícitas e a relação da sociedade civil com os usuários foi outro ponto investigado. A população mudou o seu posicionamento e não foi uma consequência da aprovação da Lei. De acordo com a análise das entrevistas, pudemos constatar o quanto era comum as famílias terem algum ente envolvido com o uso de drogas. Essa transversalidade do fenômeno na população de modo geral e os efeitos positivos provocados pelo conjunto de mudanças com consequente produção de resultados foram os responsáveis por alguma mudança de posição da sociedade com relação ao uso de drogas ilícitas.

Se por um lado, a aprovação da Lei não foi a única responsável por alguma mudança de posição da população com relação ao uso de drogas ilícitas, ela propiciou a aproximação com a sociedade e as instituições para amparar as discussões de uma outra perspectiva. O enquadre do uso de drogas ilícitas como uma questão de saúde e não mais como crime proporcionou a aproximação com a comunidade e a busca de respostas sem



teor punitivo para os problemas relacionados ao consumo. Muitos dos profissionais dos serviços de saúde não especializados no atendimento dos comportamentos aditivos e dependências desconhecem a existência da Lei. Mas a sustentação jurídica para o cuidado dos usuários com foco na saúde, proporcionou maior legitimidade para as tentativas de interlocução dos serviços na área dos comportamentos aditivos e dependências com outros equipamentos de saúde e o atendimento dos usuários de maneira mais integral.

Da mesma forma, a Lei não interferiu no sentido de mudar a forma dos profissionais acolherem os usuários e produzir outras práticas inventivas no modo de cuidar nos dispositivos de tratamento. De acordo com o trabalho de pesquisa, os profissionais da área dos comportamentos aditivos e dependências já tinham anteriormente uma postura de não criminalizar os usuários.

Outro ganho e esse sim, sentido como mais significativo por alguns entrevistados, foi a aprovação da Lei da RRMD como um desdobramento da descriminalização do consumo. Essa Lei deu mais legitimidade para o trabalho dos profissionais em contextos de rua, com o enquadramento jurídico das ações em curso e financiamento de novas frentes de intervenção reconhecidas como medidas de saúde pública.

As relações com as forças de segurança também foram aprimoradas com a aprovação da descriminalização do consumo. E não foi somente por evitar a prisão dos usuários de drogas ilícitas. Segundo os entrevistados, a descriminalização delimitou formalmente o papel de cada um dos atores no tema das drogas ilícitas e “forçou” a polícia a agir com maior tolerância. Nesse sentido, produziu mais clareza do papel da polícia no combate ao tráfico e ao seu papel na abordagem de usuários de drogas ilícitas encerrada no momento em que os mesmos são encaminhados para a Comissão de Dissuasão da Toxicodependência (CDT). A área da Justiça, segundo a análise das entrevistas, passou a ser mais parceira e menos punitiva com os usuários de substâncias psicoativas, não somente com o uso de drogas ilícitas, mas também com os usuários de álcool. Nesse sentido, a aliança entre a Saúde e a Justiça ficaram mais estreitas e ao invés de punir, o que se procura é a oportunidade de sensibilizar o usuário para o envolvimento com a sua saúde.

Entretanto, os entrevistados trouxeram alguns aspectos referentes à necessidade de aprimoramento do modelo português. Mesmo com a descriminalização do consumo de drogas ilícitas ainda há violência policial e a abordagem poderia ser aprimorada, não só resultando no encaminhamento para a CDT, mas no envolvimento das forças de segurança para a sensibilização das questões de saúde. Embora a abordagem não tenha como consequência a prisão, o seu modo de fazê-la poderia ser aprimorado para além de uma medida administrativa, com efeitos que já poderiam ser sentidos antes da chegada dos usuários à CDT.

Outro aspecto problematizado nas entrevistas foram as quantidades estabelecidas pela Lei. O número de usuários presos diminuiu significativamente com a descriminalização, porém ainda há situações de consumidores enquadrados como traficantes. No Brasil, a definição de parâmetros quantitativos para distinguir o usuário do traficante, mesmo com o questionamento das quantidades estabelecidas no modelo português por alguns entrevistados, seria de grande valia. Atualmente no Brasil a falta de um parâmetro permite o abuso das autoridades policiais e fica a cargo da interpretação das forças de segurança a definição do enquadramento como usuário ou traficante.

Mesmo com todas as nuances de compreensão das contribuições da Lei e suas falhas trazidas pelos entrevistados, a realidade brasileira ainda está muito atrasada com relação à portuguesa. Embora ainda exista preconceito e estigmatização dos usuários, a polícia portuguesa está menos identificada com a repressão e não tem tanto poder como se verifica no contexto brasileiro.

A descriminalização no Brasil seria uma conquista muito importante. A violência provocada contra os usuários de drogas ilícitas e a prisão da população em geral pobre enquadrada como traficante são distorções brutais do fenômeno do consumo. As cadeias estão superlotadas com usuários de drogas ilícitas e as más condições dos estabelecimentos prisionais ferem a dignidade e os Direitos Humanos.

Além da criminalização do consumo de drogas ilícitas, um grande problema no Brasil é a militarização da polícia. A polícia é geralmente truculenta nas suas ações. No Brasil há uma parte das forças de segurança

envolvidas com o tráfico de armas e drogas, sendo uma das polícias que mais mata no mundo e com registro de alto índice de policiais assassinados.<sup>115 116</sup>

A descriminalização do consumo também daria mais legitimidade ao trabalho das ações da redução de danos. Ainda há um abismo grande para o reconhecimento da importância do trabalho do Consultório na Rua e dos redutores de danos dos CAPSad. Esses profissionais são menos valorizados por atuarem com uma população vulnerável e que provoca incômodo social.

No Brasil a atuação dos profissionais na perspectiva da redução de danos é quase um paradoxo. Existem políticas de governo muito reacionárias, empenhadas em ações de “limpeza” dos centros urbanos, recorrendo para esse objetivo ao tratamento forçado por meio das internações compulsórias e desrespeitando a construção das políticas públicas. Um exemplo atual é a ação da prefeitura de São Paulo na chamada “cracolândia”. A intervenção maciça da polícia, demolição de imóveis na região central de São Paulo fortemente ligada aos interesses do mercado imobiliária e medidas compulsórias de abordagem via internação são marcas desse tipo de política de governo. As questões de saúde pública envolvidas no cuidado dos usuários e os processos de reabilitação psicossocial estão muitas vezes tamponados por medidas de segregação e acirramento da exclusão social.

Outras problematizações dos entrevistados quanto às necessidades de avanço do modelo português foram identificadas como medidas importantes após a descriminalização do consumo, úteis para pensar o tema das drogas ilícitas no cenário internacional. Os entrevistados reconheceram a importância da Lei e do conjunto de medidas que acompanharam a sua aprovação, porém não demonstraram acomodação e fizeram algumas reflexões interessantes. A descriminalização trouxe avanços, mas não resolveu alguns paradoxos com relação ao consumo de drogas ilícitas.

Primeiramente, Portugal deixou de considerar crime o consumo, mas para tal, se utilizou do argumento da doença. Nessa vertente, descriminalizou

---

<sup>115</sup>No mínimo nove pessoas morrem em ações policiais por dia no Brasil, de acordo com os dados do 10º Anuário de Segurança Pública. No Brasil, os policiais também são alvos de assassinatos. Segundo o anuário, elaborado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ao menos um é morto diariamente durante o expediente ou fora dele. A cada seis dias, o número de mortos pela polícia no Brasil se iguala a essa marca atingida em duas décadas e meia no Reino Unido, de acordo com levantamento feito pelo jornal britânico “The Guardian”.

<sup>116</sup>Segundo os estudos de Paul Hirschfield, professor de sociologia na Universidade Rutgers (EUA), uma das explicações para a baixa mortalidade por disparos policiais na Europa se deve ao fato de que parte das forças de segurança não estão armadas nesse continente.

mas aprisionou o usuário em uma outra identificação. Conforme verificamos na análise das entrevistas, existe uma parcela dos usuários abordados pela polícia e que não se configuram como dependentes. Alguns entrevistados defenderam intervenções que levam em consideração a mobilização para as questões de saúde e do uso seguro de drogas. Perpetuar uma lógica da doença pode ser algo que desconstrói o usuário como um criminoso. Por outro lado, o uso de drogas como algo muito identificado com a ideia de doença pode afastar as pessoas, especialmente as não dependentes. As ações e suas mensagens poderiam ser mais orientadas para o envolvimento das pessoas com a sua saúde.

Além disso, Portugal descriminalizou o consumo de todas as drogas. Dessa maneira, colocou em questão o comportamento de uso e a relação que se estabelece com a droga e não o privilégio do olhar para a substância de consumo. Mas a descriminalização inicialmente provocou muita confusão. Portugal descriminalizou, mas não legalizou o consumo de drogas. O uso de drogas deixou de ser crime, mas é uma contra ordenação. O seu uso continuou proibido e as CDT apareceram como uma forma de operacionalizar a lei. Além de ser proibido o consumo, os usuários são obrigados a recorrer ao tráfico para adquirir a substância. Essa é uma outra lacuna da lei apontada por entrevistados.

Os usuários de drogas abordados pela polícia não são mais criminalizados, mas são encaminhados para a CDT. As CDT operam na lógica da prevenção e de sensibilização para o consumo mais seguro, caso ele volte a se repetir. No caso dos usuários dependentes, existe um trabalho de sensibilização para o tratamento. Nada é obrigatório na CDT, mas é questionável a aceitação de alguns usuários das medidas de tratamento propostas, uma vez que no caso de recusa, outras sanções podem ser aplicadas. Em vários momentos a descriminalização foi considerada sinônimo de despenalização. Embora a ideia da pena esteja relacionada com o aparato jurídico, de alguma maneira o encaminhamento para a CDT constitui-se como uma forma a princípio, simbólica de punição, carregada de juízo de valor. O usuário fez algo que está errado.

A não implementação das salas de consumo prevista logo após a descriminalização em Portugal é um outro exemplo trazido pelos entrevistados sobre a necessidade de o modelo produzir avanços e as leis que o sustentam

serem formatadas. Atualmente existe em Lisboa uma posição bastante favorável dos profissionais da área da RRMD para a sua implementação. Mas a Lei que sustenta a sua implementação sinaliza a dupla pactuação do parecer técnico (no caso do SICAD) e das esferas políticas. Ao passo que a visibilidade negativa existente com relação aos dependentes de heroína foi equacionada, atualmente a política não tem conseguido avançar para a sua implementação. A revitalização de antigas áreas de grande incidência de consumo também coloca em questão o local para sua possível instalação e demonstra o quanto o estigma ainda está presente no uso de drogas ilícitas. As salas de consumo assistido estariam a serviço dos usuários que fazem consumo na rua e não necessariamente para as pessoas em situação de rua. Esses espaços de consumo seguro estão muito identificados com a população dependente, mas a rigor qualquer pessoa que desejasse fazer uso e fosse um consumidor esporádico poderia utilizá-la. Aqui seria possível fazer alguns paralelos com a redução de riscos, incluindo a sua atuação no eixo do tratamento e formular algumas questões: por que nos contextos recreativos em que supostamente os utilizadores de drogas não são dependentes é possível orientar para o uso seguro de drogas ilícitas e as salas de consumo assistido encontram tantas barreiras para a sua implementação? Seria pelo fato de que se almeja que os dependentes, assim como nas estratégias de proximidade, não tenham como ponto de partida o cessar do uso de drogas mas tenha como meta a abstinência? Instalar salas de consumo assistido transmitiria a mensagem do incentivo ao uso de drogas? Mas a sala de consumo assistido não seria outra estratégia de proximidade? Sabendo que os consumos acontecem, não seria uma estratégia de redução de danos, proporcionando um consumo mais seguro em defesa da vida? Não seria uma maneira de ampliar essa estratégia de cuidado já estudada, assim como a prescrição da metadona que também é uma droga e há estudos que comprovam a sua importância para a vinculação do usuário? Os interesses políticos e a conotação negativa que o uso de drogas ilícitas mantém parecem ser determinantes para o barramento dessa estratégia de intervenção.

A falsa distinção entre droga leve e dura também foi abordada pelos entrevistados. Comumente, drogas lícitas e mais aceitas socialmente (como por exemplo, o tabaco, o álcool e os psicotrópicos prescritos) ou mesmo a cannabis (uma droga ilícita) são vistas como substâncias menos prejudiciais à

saúde. Especialmente as substâncias ilícitas identificadas com a “degradação”, como por exemplo, a heroína e o crack são com frequência consideradas drogas “duras” e altamente perigosas. Essa falsa distinção entre droga leve e dura é ainda muito restrita entre uma parcela de profissionais da área dos comportamentos aditivos e dependências. O que se tem discutido é o uso que se faz. A droga por si só não é leve ou dura. A droga é utilizada porque dá prazer e traz prejuízos para a saúde. O uso é leve ou duro e tem relação com a gestão do consumo, buscando sair do registro dos excessos, somada à informação que se tem da composição da droga que pode ter substâncias de corte. Nessa problematização é possível levantar novas questões: se não há droga leve e droga dura e o que se leva em conta é a relação que se estabelece com a droga, por que há um combinado com as forças de segurança abordarem preferencialmente os usuários não dependentes? Quais seriam as diferenças sentidas nos usuários entre os efeitos de encaminhamento para a CDT após uma abordagem policial e a intervenção realizada pela redução de riscos em contextos recreativos? Se o uso é que se torna leve ou duro, qual o sentido de se manter a guerra às drogas e a manutenção do tráfico? E o álcool? Existe a mesma proporção de abordagem de jovens utilizadores de álcool pelas autoridades policiais, em especial com os menores de 16 anos, assim como tem acontecido com os jovens consumidores de cannabis abordados e que compõem uma parcela significativa dos usuários encaminhados para as CDT?

O álcool é um grande problema de Saúde Pública e durante a investigação foi possível constatar o foco da política portuguesa no tema das drogas ilícitas com destaque para a heroína. Esse percurso também parece destoar com a perspectiva da falsa ideia da droga leve e dura. O álcool já era um grande problema de Saúde Pública quando o alastramento do uso de heroína impulsionou o processo de transformação em Portugal, principalmente com a sua dinâmica de uso que ficou identificada com a degradação e associada à criminalidade para a sustentação dos consumos. A investigação demonstrou um conjunto de razões e explicações para a dificuldade do enfrentamento do alcoolismo.

Mesmo com todos os avanços identificados na diversidade de respostas do modelo português ao consumo de álcool e outras drogas no campo da saúde, muitas substâncias mantêm seu status ilícito em consonância com as

convenções internacionais. As drogas lícitas e ilícitas proporcionam prazer e prejuízos à saúde. Se a relevância dos consumos está na relação que se estabelece com a droga, independente do tipo utilizado, a distinção entre lícito e ilícito teria num limite um componente que é moral? A descriminalização do consumo e a manutenção da proibição parecem reforçar a ideia de que as drogas ilícitas são mais danosas do que por exemplo o álcool, ou mesmo os psicotrópicos prescritos em larga escala para a população em geral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho realizou um estudo exploratório das políticas e práticas na área dos comportamentos aditivos e dependências do modelo português. Teve como objetivo identificar possíveis contribuições para a inovação das práticas em saúde e reflexão sobre as políticas públicas em curso no Brasil. Para a formulação das questões de pesquisa sobre o contexto português, o pesquisador teve como base indagações no seu campo de prática no Brasil. Embora a experiência do pesquisador não possa ser tomada como sinônimo da realidade e da diversidade de intervenções no contexto brasileiro, não podemos deixar de considerar a rede de trabalho do mesmo como uma das referências no Brasil no que se refere à complexidade da composição de serviços e projetos em curso. Mesmo o pesquisador tendo como base para as suas indagações uma das maiores redes de Saúde Mental do Brasil, faz-se necessário reconhecer ao longo do trabalho de discussão os limites entre o que era universal da realidade brasileira e o que estava adscrito à minha experiência.

Entre as questões formuladas na investigação, pretendi abordar a existência de possíveis efeitos da aprovação da Lei da Descriminalização em Portugal na transformação das práticas de cuidado em saúde destinadas a usuários de álcool e outras drogas. Além disso, tentei identificar como a vigência da Lei repercutiu na mudança de comportamento dos usuários, da polícia e da sociedade civil. Ficou claro que a descriminalização do porte e uso de drogas por si só não garantiu profundas alterações nos modos de produção de cuidado e a sua importância se estabeleceu acompanhada de políticas públicas adequadas que potencializaram o alcance da intervenção com a população usuária de drogas. Mas antes de chegar a esse ponto de entendimento, fazia parte da pesquisa compreender a organização da rede de cuidado e investigar as práticas em curso, construídas dentro de uma política específica da droga, não circunscrita ao campo da saúde mental. Essas considerações reforçam para o presente estudo a indissociabilidade entre a política pública de saúde, as práticas de cuidado e a legitimação das mesmas com a mudança do regime jurídico que deixa de comportar o uso de drogas na esfera criminal. O entrelaçamento entre esses três eixos foi fundamental para atingir os objetivos da pesquisa, embora uma política pública não



necessariamente produza práticas de cuidado uniformes e/ou condizentes com as diretrizes da política, nem uma Lei transforma por si só práticas de cuidado e nem tampouco práticas de cuidado estejam enquadradas de forma rígida na maneira como a política preconiza. Supor efeitos da Lei desacompanhados de políticas públicas ou mesmo não reconhecer que muitas políticas públicas são antecedidas por experiências exitosas e que deram base para a sua criação incorreria em um erro.

De acordo com todo o percurso do trabalho de campo e posterior análise do material coletado, ficou evidenciado que o êxito das intervenções no campo da droga em Portugal significou muito mais do que somente o porte e o uso de drogas ter deixado de ser considerado crime e entrada para o regime das contra-ordenações com criação das CDT como uma resposta no âmbito da saúde. A denominada *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga* e as práticas de cuidado em curso desde o final da década de 80 foram os pontos chave dos processos de transformação das políticas públicas de saúde portuguesa na atenção a usuários de drogas ilícitas. A Lei fez parte do conjunto de indicações da Comissão que participou da construção da referida estratégia e que trouxe contribuições para a ampliação dos tipos de respostas para os problemas associados ao uso de drogas. Esse aumento de modalidades de respostas foi possibilitado, em grande parte, pela aprovação pouco tempo depois da Lei da Redução de Riscos que deu legitimidade às práticas já desenvolvidas. Além disso, a Lei da Redução de Riscos ampliou o escopo e o alcance de serviços e projetos na área dos comportamentos aditivos e dependências, mas que só foi possível graças à aprovação anterior da Lei da Descriminalização.

Conforme tivemos a oportunidade de comprovar ao longo do trabalho de análise, o modelo português tem uma infinidade de respostas para o tema dos comportamentos aditivos e dependências. Por outro lado, depois de mais de 15 anos do “boom” de mudanças nas políticas públicas de saúde, coincidentes em 2000 com a descriminalização do consumo, a experiência portuguesa tem levantado novas questões e enfrentado muitos problemas, em especial no desinvestimento de recursos e da diminuição de visibilidade sobre a importância de inovação e revisão necessária no campo das drogas.

Além disso, a organização da rede de cuidado portuguesa é diferente da estruturação em curso no Brasil e as equipes de tratamento pertencentes aos Centros de Respostas Integradas, mesmo que tivessem um potencial

interesse, não têm estrutura e recursos adequados, ao menos do que pude observar, para revisitar o modo estritamente ambulatorial de condução do trabalho atualmente em curso. O trabalho das equipes de tratamento mostrou-se exemplar no conhecimento e tecnologias criadas para o tratamento de usuários de heroína e outras drogas ilícitas, mas o tema do cuidado de usuários de álcool, por exemplo, ainda é um desafio a ser enfrentado. Mesmo tendo transformado a sua designação para comportamentos aditivos e dependências, as equipes de tratamento ainda estão muito identificadas com os toxicodependentes tidos em grande parte dos profissionais como sinônimo dos usuários de heroína.

Mas independente desses aspectos e da preponderância do tratamento sob um paradigma médico em detrimento das outras áreas de intervenção, o modelo português trouxe contribuições para subsidiar propostas de transformação de políticas no contexto brasileiro e algumas práticas em curso na rede de cuidado de trabalho do pesquisador. A abordagem dos comportamentos aditivos e dependências como questões de saúde pública, com forte interface com as especialidades, intervenções com base no diagnóstico territorial e o grande leque de respostas de atuação em vários espaços da comunidade com usuários dependentes ou não de substâncias foram de grande contribuição para a pesquisa e merecem reconhecimento. Além disso, o modelo português prevê práticas inovadoras, como por exemplo, a testagem das drogas garantindo segurança da informação ao usuário da composição das drogas, dos efeitos e interações entre elas frente ao direito da decisão de consumir, assim como salas de consumo assistido próximas da implementação, realidades impensáveis no contexto brasileiro. Nesse sentido, cabe reforçar o caráter não avaliativo da investigação com relação aos serviços e projetos, como por exemplo, considerar taxa de adesão ao tratamento, números de internação, número de serviços e projetos com referência de cobertura populacional, entre outros indicadores. O pesquisador estava muito mais interessado no modo como as práticas ocorriam e conseqüentemente, nos paradigmas que as sustentavam. O que estava em cena era a relação entre os princípios norteadores de tais políticas e as práticas de cuidado. A grande questão não era saber o que era apropriável para a política brasileira, mas ter elementos para o debate das políticas e das práticas em curso no Brasil. Além disso, devemos considerar as particularidades das histórias

brasileira e portuguesa nesse campo. Nesse sentido, cabe destacar as intervenções brasileiras no campo da AIDS no final da década de 80 e as experiências da Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica como determinantes dentro de um contexto de abertura política com o surgimento de vários movimentos. A incorporação desses movimentos no aparelho de Estado e a aproximação das políticas da AIDS e da Saúde Mental resultou em uma proposta metodológica: os CAPSad. A política pública de saúde destinada ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas no Brasil estar vinculada à área da Saúde Mental pode ser questionada. Por outro lado, é preciso reconhecer o protagonismo dos profissionais, gestores e usuários da área da Saúde Mental, importante para alavancar a expansão da rede de cuidado e a inversão paradigmática do cuidado no campo das drogas no Brasil. Consideradas as particularidades de cada modelo ao longo do presente estudo torna-se importante destacar a existência de aspectos a localizar entre as experiências e a maneira como as práticas de cuidado se articulam entre si, o que se diferencia de transpor um modelo institucional e um desenho de rede que envolvem tipificação e financiamento.

A experiência da pesquisa proporcionou ao pesquisador revisitar o modelo centrado nos CAPSad. Esses serviços qualificam a atenção a usuários de álcool e outras drogas no Brasil, produzem condições para transformar as práticas de cuidado para além da internação, medicalização e a perspectiva restrita da abstinência, porém permanecem ainda muito identificados com a saúde mental e o saber “psi”. A clínica individualizada tem ainda grande força no modo de intervir desses serviços. Isso não significa dizer que a clínica tradicional não tenha sua importância. Mas é preciso atenção permanente para evitar a postura dos profissionais aprisionados em relações hierarquizadas, ações fragmentadas, prescritivas, de “aconselhamento” ou de moralismo com os usuários. Além disso, as ações carecem de uma perspectiva comunitária mais ampliada, com maior alcance do diálogo com a sociedade civil e processos de cuidado construídos mais intersetorialmente. Embora ao longo do estudo a lógica de manutenção de serviços especializados foi defendida, precisamos ter algum cuidado. A ideia da especialidade não deve estar calcada na figura do especialista que tem mais poder de intervenção. A clínica do cuidado de usuários de álcool e outras drogas tem suas particularidades e o diálogo permanente com o tema da vulnerabilidade, da baixa adesão e com os

fatores que envolvem o dinamismo do percurso de consumo do usuário são pontos a considerar. Por outro lado, a especialidade deve ser considerada no sentido de sua profundidade e prática, reconhecendo o conhecimento acumulado que inclusive nos dá base para indagar e transformar. A constituição de uma rede especializada não pode confundir-se aqui com o raciocínio do “especialismo”, o que poderia reforçar a fragmentação do cuidado em rede e reforçar a figura do especialista que se sobrepõe ao usuário. O desafio colocado é considerar a singularidade dos usuários nos processos e práticas de cuidado, sem que para isso se recaia no “especialismo” e no centralismo do cuidado nos “dispositivos ad”.

A performance dos profissionais e gestores que trabalham em um CAPSad ou em serviços especializados nessa área são cruciais para que se efetivem práticas com rupturas das lógicas hegemônicas de cuidado. As ferramentas e tecnologias advindas do movimento da Reforma Psiquiátrica são interessantes, mas é preciso dar um passo a frente, encarando o problema do uso de álcool e outras drogas em uma dimensão mais ampla de saúde pública. O trabalho de investigação possibilitou a reflexão entre o uso recreativo e a intervenção com populações em situação de maior vulnerabilidade. A existência de um nicho populacional expressivo com problemas relacionados ao uso de substâncias que não chegam aos serviços especializados de tratamento e nem são acessados pelas equipes que trabalham na rua se beneficiariam de intervenções de proximidade. Há que considerar a falta de alcance dos CAPSad para ampliar seu escopo de ações, devido ao centralismo que a criação desses serviços provocou, com consequente desresponsabilização de outros atores do sistema de saúde e da rede intersetorial. Por outro lado, pode torna-se um complicador a acomodação nesse fluxo estabelecido e ser uma boa justificativa o excesso de demanda para não repensarem suas práticas e outros possíveis campos de ação e estratégias.

A temática da internação acaba por ser um desdobramento das questões trabalhadas acima. O imperativo do fechamento dos hospitais psiquiátricos no Brasil precisa ser veemente mantido, dada a sua estrutura rentável, com proposta de internações de longa permanência, centradas no isolamento, no discurso psiquiátrico e associada a grupos de interesse na sua manutenção. Por outro lado, a política pública de saúde brasileira reforçou o

imaginário do uso de álcool e outras drogas muito identificado com a saúde mental com o surgimento dos CAPSad. O tema da internação de usuário de álcool e outras drogas é tido muitas vezes como sinônimo da modalidade psiquiátrica e vem carregado de uma conotação negativa, muito identificada com a desospitalização e militância pelo fechamento dos manicômios. Essa correlação estreita com a Saúde Mental faz com que os condutores políticos e grande parcela de profissionais deixem de perceber que a internação pode ter um papel importante, não como ponto de partida, mas dentro de um processo de cuidado que pode propiciar uma pausa no uso, desde que seja voluntária e de curta permanência. Uma internação, desde que não seja no hospital psiquiátrico (mas que pode ser em uma enfermaria de Saúde Mental ou em outras modalidades de leitos no hospital geral) e não esteja a serviço do confinamento, pode para alguns casos, produzir oportunidade de reposicionamento, mesmo que no pós-alta o usuário não reitere a condição de abstinência mas possa estabelecer outra relação com seu processo de cuidado.

A adoção de práticas radicais, como as internações compulsórias com abstinência forçada, demonstra de partida o seu fracasso (RODRIGUES, 2017; COELHO & OLIVEIRA, 2014). A internação compulsória não funciona na promoção de abstinência a longo prazo e nem demonstra ser uma medida que favoreça a vinculação do usuário ao tratamento no pós-alta. Infelizmente o uso de substâncias psicoativas, em especial as ilícitas, é reforçado no imaginário social como exclusivamente prejudicial à saúde, com negação de que elas produzem prazer. Geralmente, a interrupção do uso de drogas é processual e a radicalidade somente produz efeito se protagonizada pelo usuário e, mesmo assim, pode produzir uma resposta de curta duração, o que pode ou não implicar novas tentativas de abstinência, a depender da movimentação de cada um e suas escolhas. A necessidade de estratégias de autocontrole por parte dos usuários e abordagens que privilegiam a abstinência podem e devem existir. Porém, poderíamos considerar dois grupos com dificuldade de adesão em propostas centradas na produção de abstinência. Primeiramente, aqueles em que o prazer se sobrepõe às perdas advindas da relação de exclusividade com a droga e nota-se claramente a dificuldade em fazer uma renúncia que os levem ao abandono definitivo da droga. E um outro grupo em que o uso de drogas aparece preponderantemente como uma maneira de lidar com o

sofrimento e sua dificuldade de abandonar o consumo a partir de estratégias muito identificadas com a abstinência, podem mais afastá-los do que propriamente aproximá-los de intervenções em saúde com redução dos danos associados.

Por fim, faremos algumas considerações em torno do tema da Lei das Drogas no Brasil. A Lei de 2006 é boa, porém o que se verifica é um descompasso entre a intenção e a forma como ela opera na prática. Após 10 anos da sua criação, permanece como desafio aprimorar critérios para a produção de uma interpretação menos subjetiva. Um dos grandes problemas dessa Lei no Brasil é a indefinição de quantidade como um critério concreto, sem parâmetros seguros para diferenciar usuários de pequenos, médios e grandes traficantes, problema recorrente desde a Lei 6368 de 1976. Com a aprovação da atual Lei de Drogas não houve a descriminalização do consumo. O consumo continua caracterizado como crime, porém a prisão foi substituída por medidas alternativas, dentre elas, o encaminhamento para tratamento, desde que não seja reincidente, o que pode mudar as consequências previstas em lei aplicáveis a usuários. O artigo 28 da Lei despenaliza a conduta relacionada ao uso e pode encaminhar o usuário para tratamento, muitas vezes chamado de recuperação. Essa forma de nomear a medida da Lei reforça um viés de tratamento identificado com a abstinência e pode enquadrar pessoas que não apresentam problemas relacionados ao consumo de drogas e para quem não faz sentido ser conduzido a tratamentos obrigatórios.

No trabalho de investigação apareceu a necessidade de se problematizar a regulamentação das drogas ilícitas. Além de proporcionar o consumo que reconhecidamente já existe, esse tipo de medida traria como consequência a extinção dos problemas associados à ilegalidade das drogas, como por exemplo, a movimentação do mercado de armas, mortes e a retirada do usuário da zona de risco que o tráfico ocasiona. Além disso, a regulamentação das drogas hoje ilícitas traria a possibilidade de os usuários consumirem substâncias de forma mais segura, conscientes da sua composição, das suas escolhas e enquanto um direito. Os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) têm avançado na construção de estratégias que buscam acolher o usuário no seu tempo e na sua singularidade, no cuidado compartilhado com os atores do território. Mais do que a descriminalização do consumo, a regulamentação das drogas ilícitas poderia produzir um efeito

interessante para desconstruir os mitos e estigmas relacionados ao seu consumo e contribuir para o aumento do alcance da ética da Atenção Psicossocial que não deve se restringir à atuação dos serviços especializados nem somente com a população “dependente”.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, R. de C. F. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, 2008.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

\_\_\_\_\_. Manicômio e loucura no final de século e do milênio. In: FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI, I.; COSTA, E.S. (orgs). **Fim de Século: ainda manicômios?**. São Paulo: IPUSP, 1999.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JUNIOR, I; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

BASTOS, F.I.; BERTONI, N. (Orgs). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICIT/FIOCRUZ, 2014.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Clínica e Biopolítica na Experiência do Contemporâneo. In: **Psicologia Clínica.** Rio de Janeiro. PUC/RJ. CTCH, Departamento de Psicologia, v.13, no. 1, 2001, p. 91.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Afinal, é possível uma outra política de drogas para o Brasil? In: LIMA, E. A.; NETO, J.L.F.; ARAGON, L.E. (orgs). **Subjetividade contemporânea: desafios teóricos e metodológicos.** Curitiba: Ed. CRV, 2010.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Diário de Bordo de uma Viagem Intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2009.

BERTOLETE, J. M.; KNAPP, P. **Prevenção da Recaída.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

BITTENCOURT, L. M. **Do Discurso Jurídico à Ordem Médica (Os descaminhos do Uso de Drogas no Brasil).** 1986. Dissertação. Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

BRASIL. Governo do Estado de São Paulo. **Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009.** Disponível em: <http://www.leiantifumo.sp.gov.br/usr/share/documents/legislacao.pdf>.>. Acesso em: 15 de janeiro de 2017.



\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN)- Dezembro 2014**. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Política Nacional sobre Drogas**. Disponível em: <<http://obid.senad.gov.br/obid/pessoas-sujeitos-drogas-e-sociedade/politicas-e-legislacoes>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, no 12**. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>. (acesso em 29/10/2015).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 24 de setembro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 122 de 25 de janeiro de 2011**. Brasília, 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>. Acesso em: 05 de julho de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7179, de 20 de maio de 2010**. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/textoerd\\_site13111.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/textoerd_site13111.pdf)>. Acesso em: 11 de janeiro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1.190 de 4 de junho de 2009**. Plano Emergencial de Ampliação do acesso ao usuário de Álcool e outras Drogas. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)>. Acesso em: 12 de janeiro de 2013.

\_\_\_\_\_. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas. **Decreto lei nº 11343/06, de 23 de agosto de 2006**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>. Acesso em: 02 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final III Conferencia Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2002.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei 10.216, de 04 de junho de 2001**. Lei da Reforma Psiquiátrica. Brasília, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em 14 de junho de 2013.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 1.904, de 13/5/1996**. Institui o Programa Nacional de Direitos Humanos, que ineditamente atribui aos direitos humanos o status de política pública governamental, contendo propostas de ações governamentais para a proteção e promoção dos direitos civis e políticos no Brasil.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. **Tratado de Saúde Coletiva**. (orgs). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23 (2): 399-407, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria PAIDEIA e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARBALHO, Y.M. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CARVALHO, H.B., SEIBEL, S.D. Crack Cocaine use and its relationship with violence and HIV. In: **Clinics**. 64(9): 857-66, 2009.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A Gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARBALHO, Y.M. **Tratado de Saúde Coletiva**. (orgs). São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CASA CIVIL; FIOCRUZ. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <[http://www.mpdft.mp.br/saude/images/saude\\_mental/Perfil\\_usuarios\\_crack.pdf](http://www.mpdft.mp.br/saude/images/saude_mental/Perfil_usuarios_crack.pdf)>. Acesso em 07 de julho de 2017.

COELHO, I.; OLIVEIRA, M. H. B. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. In: **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, nº 101, p. 359-67, 2014.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (org). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das praticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (org). **Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

DESLANDES, F. S. O Projeto de Pesquisa como Exercício Científico e Artesanato Intelectual. In: MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2009.

DOMOSTAWSKI, A. Traduzido por Nunes Capaz Portugal. **Política da Droga em Portugal: Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas**. Warsaw: Open Society Foundations, 2011.

DONNANGELO, M. C. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

FIORE, M. (Coord.). **Dossiê Descriminalização STF 2º edição. Argumentos pela Criminalização e Evidências**. 2015. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wordpress/>>. Acesso em 14 de fevereiro de 2016.

FIORE, M. **O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas**. Novos Estudos CEBRAP. São Paulo, v.92, p. 9-21, 2012.

FIORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R P & CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005. p.257-290.

FLACH, L.M. Saúde e AIDS. Boletim da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas. Julho 1996 – no 32. apud POLLO-ARAUJO, M.A.; MOREIRA, F.G. Aspectos Históricos da Redução de Danos. In: NIEL, M. & SILVEIRA, D.X. (orgs). **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: Proad, Unifesp, Ministério da Saúde, 2008.

GOMES, R. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2009.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E. Pesquisa-intervenção como método, a formação como intervenção. In: CARVALHO, S. R, FERIGATO, S., BARROS, M. E (orgs). **Conexões: Saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.;

CARBALHO, Y.M. (orgs), **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LIMA, E.M.F.A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. In: **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, nº 102, p. 593-606, 2014.

LOURAU, R. *René Lourau na UERJ - Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MACHADO; A.R. **Uso Prejudicial e Dependência de Álcool e Outras Drogas na Agenda da Saúde Pública: Um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde no Brasil para usuários de álcool e outras drogas**. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, (Dissertação de Mestrado), UFMG, 2006.

MACHADO; A.R.; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.14, nº 3, p. 801-821, 2007.

MALAGÓN-OVIEDO, R.A.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. In: **Interface**. Botucatu, vol. 19(53), p. 237-49, 2015.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(3), p. 621-626, 2012.

\_\_\_\_\_. (org). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. Trabalho de Campo: O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. Trabalho de Campo: Contexto de Intervenção, Interação e Descoberta. In: MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 9(3), p. 239-262, 1993.

MUSUMESCI, B. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, A (org). **Drogas e Cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

NIEL, M. & SILVEIRA, D.X. (orgs). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: PROAD, UNIFESP, Ministério da Saúde, 2008.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: GUERREIRO, A. P; CAMPOS, G.W.S. (orgs). **Manual de Práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, nº 5, p.1053-1062., 2006.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em 06/07/2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. OMS, Genebra, 2001.

PAIM, J.S. 1980. “As Ambiguidades da Noção de Necessidade em Saúde”, in **Planejamento**. Salvador. 8 (1/2). Pp. 39-46.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. In: **Psicologia & Sociedade**. Porto Alegre, v.17, nº 3, 2005.

PICONEZ E TRIGUEIROS, D.; HAIEK, R.C. Estratégias de Redução de Danos. In: SILVEIRA, D.X; MOREIRA, F.G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 355-358.

PLATAFORMA BRASILEIRA DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Dossiê STF – Questões sobre a descriminalização do porte de drogas para uso pessoal: síntese de evidências**. Disponível em: <[http://pbpd.org.br/wordpress/?page\\_id=3387](http://pbpd.org.br/wordpress/?page_id=3387)>. Acesso em 14 de fevereiro de 2016.

POIARES, C. Descriminalização construtiva e intervenção juspsicológica no consumo das drogas ou recuperar o tempo perdido.... In: **Toxicodependências**. Lisboa: Ministério da Saúde, v.6, nº 2, pp. 7-16, 2000.

POLLO-ARAUJO, M.A.; MOREIRA, F.G. Aspectos Históricos da Redução de Danos. In: NIEL, M. & SILVEIRA, D.X. (orgs). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: PROAD, UNIFESP, Ministério da Saúde, 2008.

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. Disponível em: <<http://www.arslvt.min-saude.pt>>. Acesso em: 06 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Serviço Nacional de Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Disponível em: <<http://www.sicad.pt/pt/Paginas/default.aspx>>. Acesso em: 06 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Serviço Nacional de Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Decreto-Lei nº 17/2012 de 26 de janeiro. Disponível em: <<http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Serviço Nacional de Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Decreto-Lei nº 124/2011 de 29 de dezembro. Disponível em: <<http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Serviço Nacional de Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Decreto-Lei nº 183/2001 de 21 de junho. Disponível em: <<http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>>. Acesso em: 11 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Serviço Nacional de Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Decreto-Lei nº 130-A/2001 de 23 de abril. Disponível em: <<http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>>. Acesso em: 11 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Serviço Nacional de Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Lei nº 30/2000. Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica. Disponível em: <<http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>>. Acesso em: 11 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Serviço Nacional de Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Lei nº 7/97 Alarga a rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção de toxicodependentes de 8 de março. Disponível em: <<http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>>. Acesso em: 11 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Serviço Nacional de Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Lei da Saúde Mental nº 2118 de abril de 1963. Disponível em:

<<http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>>.

Acesso em: 11 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Serviço Nacional de Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Rede de Referência / Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências. Disponível em:

<<http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/Home%20Page.aspx>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2017.

RAUPP, L.; ADORNO, Rubens de C. F.. Uso de crack na cidade de São Paulo / Brasil. In: **Toxicodependências**, Lisboa , v. 16, n. 2, p. 29-37, 2010 .

RODRIGUES, C.C.O. **Uma Genealogia dos Anormais na Contemporaneidade: ensaios sobre alguns processos de judicialização que atravessam a rede de atenção psicossocial no contemporâneo**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, (Dissertação de Mestrado), UNICAMP, 2017.

SANCHÉZ, A.I.M; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? In: *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 12, nº 2, p. 319-324, 2007.

SANTOS, C.E. **A Reincidência na Drogadição a Partir da Visão do Adicto**. Assis: Faculdade de Ciências e Letras, (Dissertação de Mestrado), UNESP, 2005.

\_\_\_\_\_, C.E. Uma breve reflexão sobre o tratamento da drogadição. In: MERHY, E.E. & AMARAL, H. **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

\_\_\_\_\_, C.E.; COSTA-ROSA, A. A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. In: **Estudos de Psicologia**. Campinas, vol. 24, nº 4, p. 487-502, 2007.

\_\_\_\_\_, C.E.; YASUI, S. Muito além do CAPSad: o cuidado no território e na vida. In: SOUZA, A. C.; SOUZA, L.F.; SOUZA, E.O.; ABRAHÃO, A.L. **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 2016.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. In: **Revista Saúde Pública**. 43(4): 721-25, 2009.

SILVEIRA, D.X. (orgs). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: PROAD, UNIFESP, Ministério da Saúde, 2008.

TEDESCO, S., SOUZA, T. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: CARVALHO, S. R, FERIGATO, S., BARROS, M. E. (orgs). **Conexões: Saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2009.

TEIXEIRA SANTOS, J.A.; FELIX DE OLIVEIRA, M.L. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. In: **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, vol. 4, nº 1, pp. 82-89, 2013.

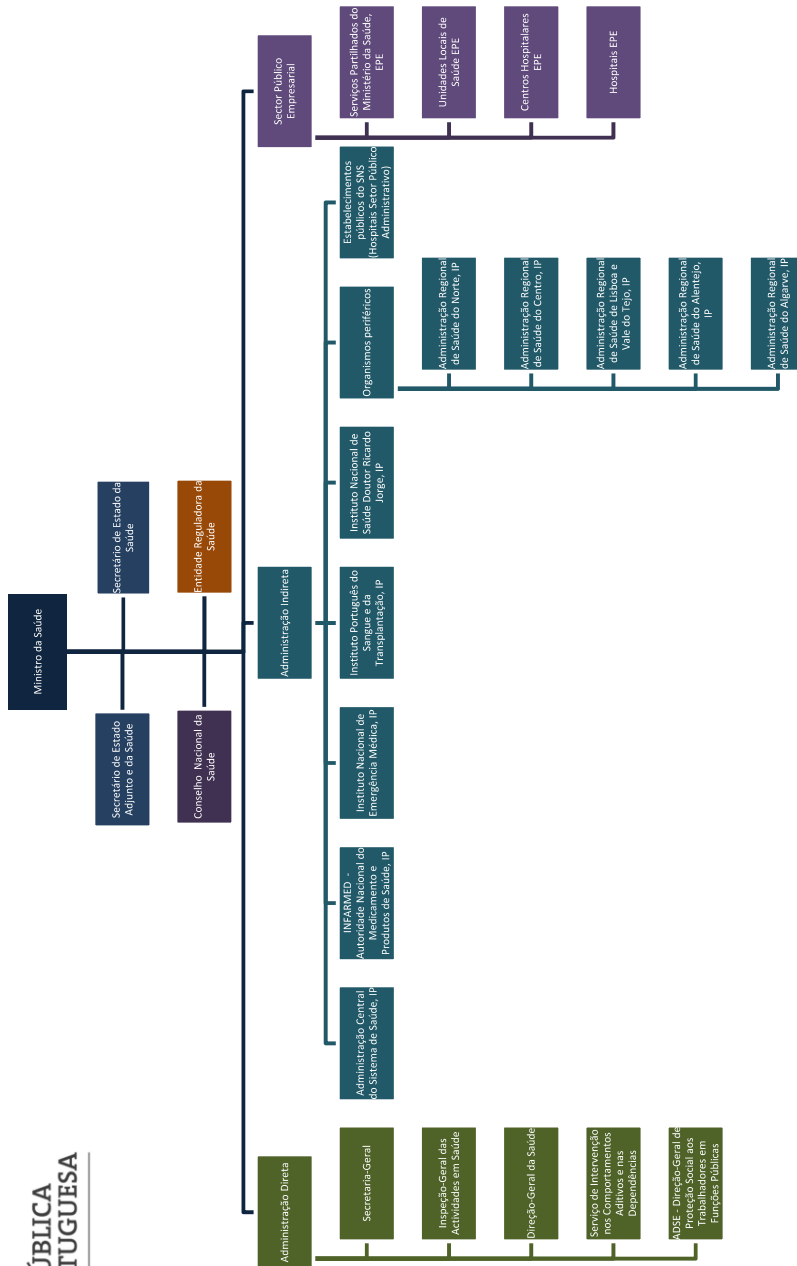
YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos em Saúde Mental. In: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.32, nº 78/79/80, p. 27-37, 2008.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. 2006. 208 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.



**ANEXO 1 – Organograma do Serviço Nacional de Saúde de Portugal**

**Fonte: site do Serviço Nacional de Saúde (SNS)  
([www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt))**



**SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS)**

- 1- O membro do Governo responsável pela área da saúde exerce poderes de superintendência e tutela, nos termos da lei, sobre todos os serviços e estabelecimentos do SNS, independentemente da respectiva natureza jurídica.
  - 2 - Integram o SNS todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os agrupamentos de centros de saúde, os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde.
  - 3- Os serviços e estabelecimentos a que se refere o presente artigo regem-se por legislação própria.
- (Artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, Retificado pela Declaração de Retificação n.º 12/2012, de 27 de fevereiro. Alterado por: Decretos-Leis n.ºs 126/2014 e 127/2014, de 22 de agosto, Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro, e Decreto-Lei n.º 152/2015, de 7 de agosto.)

## ANEXO 2 – Fluxograma da rede na região de Lisboa e Vale do Tejo

**Fonte: Rede de Referência / Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências.  
([www.sicad.pt](http://www.sicad.pt))**

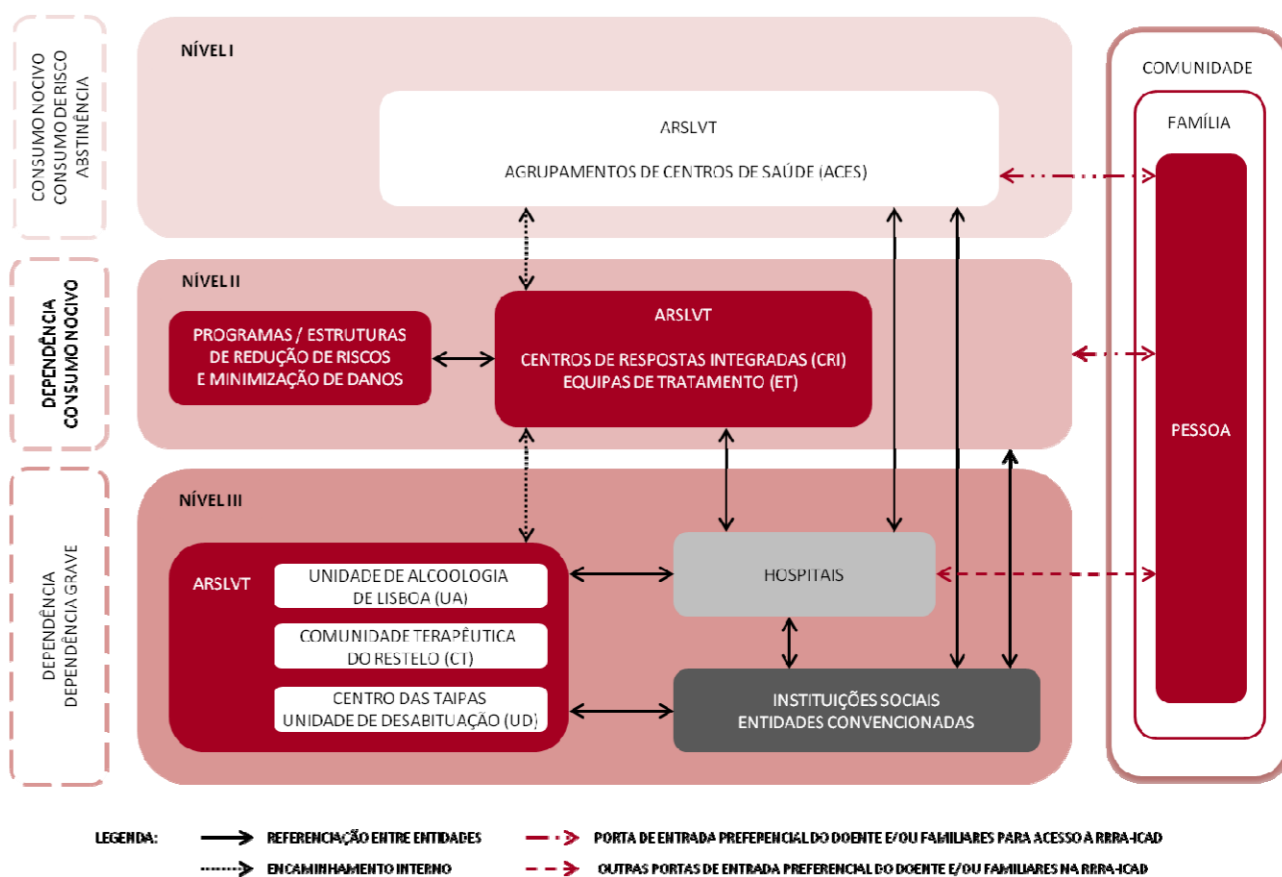


### III.E.3.

## REGIÃO LISBOA E VALE DO TEJO

Na figura seguinte são apresentados os circuitos de referênciação / articulação na região de Lisboa e Vale do Tejo:

**Figura VIII.** Fluxograma da Rede na região de Lisboa e Vale do Tejo



ANEXO 3 – Consentimento informado, Esclarecido e Livre



**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE****NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

1. **Diagnóstico e ou descrição da situação clínica;**  
Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Rede de tratamento de usuários de álcool e outras drogas da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD): possibilidades de contribuições para o modelo brasileiro".

2. **Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo;**  
O objetivo da referida pesquisa é investigar o funcionamento da rede de tratamento de usuários de álcool e outras drogas da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, I.P., identificando possíveis contribuições para o modelo brasileiro. A sua participação será na forma de entrevista gravada. A gravação da entrevista ficará sob a responsabilidade do pesquisador, podendo ser solicitada por você a qualquer momento.

3. **Benefícios;**  
A referida pesquisa poderá proporcionar benefícios no diálogo com a experiência brasileira e exercício de reflexão com relação às práticas de tratamento vigentes em Portugal.

4. **Riscos graves e riscos frequentes;**  
Você não corre nenhum risco ao participar dessa pesquisa. O conteúdo da sua entrevista será identificado por um código e seu nome não será revelado em nenhuma situação.

5. **Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas;**  
A pesquisa fará composição com a observação-participante do pesquisador nas unidades da rede de tratamento da DICAD e consulta a documentos autorizados.

6. **Riscos de não tratamento.**  
A sua participação é inteiramente voluntária. Você é livre para, a qualquer momento, desistir da pesquisa, sem qualquer risco ou prejuízo.

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: Clayton Ezequiel dos Santos

Data: 2016-03-28 Número de cédula profissional ou número mecanográfico CRP 0662848-8  
(se não aplicável a primeira disposição)

Assinatura: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: Universidade Estadual Paulista, Campus de Assis, Brasil.

Contacto institucional do profissional de saúde: claytoncaps@gmail.com e telefone 005519991231377

**À Pessoa/representante**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assinie este documento.

*Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.*

- Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.
- Não autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome \_\_\_\_\_

Data:  Assinatura \_\_\_\_\_

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE - (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

Nome \_\_\_\_\_

Doc. Identificação N.º:  Data ou validade

Grau de parentesco ou tipo de representação \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**Nota: Este documento é feito em duas vias - uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.**

## ANEXO 4 – Carta para a Comissão de Ética para a Saúde



À Comissão de Ética para a Saúde  
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

Exma. Comissão,

Eu, Clayton Ezequiel dos Santos, aluno regularmente matriculado no Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual Paulista, Campus de Assis, sob orientação do Prof. Dr. Silvio Yasui, venho requerer a vossa anuência para a efetivação de um projeto de investigação intitulado: "Rede de tratamento de usuários de álcool e outras drogas da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD): possibilidades de contribuições para o modelo brasileiro". No âmbito da investigação pretende-se nos meses de junho, julho e agosto de 2016, conhecer e investigar o funcionamento dos serviços da rede de tratamento da DICAD pertencente à ARS de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. e realizar entrevistas com gestores e profissionais atuantes nesses serviços. Por motivos éticos, assumo desde já o compromisso de devolutiva da análise dos conteúdos obtidos na investigação a realizar. Na expectativa de vossas prezadas notícias, subscrevo-me junto ao meu orientador, com elevada estima e consideração, deixando em anexo o projeto de pesquisa, o Consentimento Informado e meu currículo com meus contatos para eventuais dúvidas ou esclarecimentos que considerem necessários.

Campinas, 28 de março de 2016.

Silvio Yasui

Clayton Ezequiel dos Santos

ANEXO 5 – Carta à Coordenação da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Exmo. Sr. Coordenador da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação.  
Campinas, 28 de março de 2013.

Eu, Clayton Ezequiel dos Santos, venho por este meio solicitar a colaboração da V. prestigiada instituição para realizar recolha de dados para fins de investigação relativa ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista, Campus de Assis, sob orientação do Prof. Dr. Silvio Yasui. Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, os participantes serão identificados, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento da instituição não será posto em causa. No âmbito de uma investigação subjugada ao tema: "Rede de tratamento de usuários de álcool e outras drogas da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD): possibilidades de contribuições para o modelo brasileiro", pretende-se nos meses de junho, julho e agosto de 2016, conhecer e investigar o funcionamento dos serviços da rede de tratamento da DICAD pertencente à ARS de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. e realizar entrevistas com gestores e profissionais atuantes nesse serviços. Por motivos éticos, assumo desde já o compromisso de devolutiva da análise dos conteúdos obtidos na investigação a realizar.

Na expectativa de vossas prezadas notícias, subscrevo-me junto ao meu orientador, com elevada estima e consideração,



Silvio Yasui



Clayton Ezequiel dos Santos

ANEXO 6 – Carta ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Exma. Sra. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT, IP).

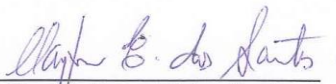
Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação.  
Campinas, 27 de abril de 2016.

Eu, Clayton Ezequiel dos Santos, venho por este meio solicitar a colaboração da V. prestigiada instituição para realizar recolha de dados para fins de investigação relativa ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista, Campus de Assis, sob orientação do Prof. Dr. Silvio Yasui. Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, os participantes serão identificados, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento da instituição não será posto em causa. No âmbito de uma investigação subjugada ao tema: "Rede de tratamento de usuários de álcool e outras drogas da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD): possibilidades de contribuições para o modelo brasileiro", pretende-se nos meses de junho, julho e agosto de 2016, conhecer e investigar o funcionamento dos serviços da rede de tratamento da DICAD da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. e realizar entrevistas com gestores e profissionais atuantes nesses serviços. Por motivos éticos, assumo desde já o compromisso de devolutiva da análise dos conteúdos obtidos na investigação a realizar.

Na expectativa de vossas prezadas notícias, subscrevo-me junto ao meu orientador, com elevada estima e consideração,



Silvio Yasui



Clayton Ezequiel dos Santos

ANEXO 7 – Parecer Intermédio da Comissão de Ética para a Saúde

### Parecer Intermédio

Proc. 022/CES/INV/2016

**Título:** Rede de tratamento de usuários de álcool e outras drogas da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD): possibilidades de contribuições para o modelo brasileiro

**Enquadramento institucional do proponente:** Estudante do Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual Paulista

**Investigador(es):** Clayton Ezequiel dos Santos

**Orientador(es):** Prof Doutor Silvío Yasui

#### **Fundamentação do estudo:**

A experiência portuguesa no tema das drogas, após mais de dez anos de implantação, permanece como uma referência mundial, pelas inovações trazidas no campo jurídico, social, preventivo e assistencial. (DOMOSTAVSKI, 2011; FIORE, 2015; PORTUGAL, SD).

O primeira diferencial com relação à experiência brasileira se dá pelo fato de Portugal no ano 2000 descriminalizar o uso, a aquisição e o porte de drogas para consumo próprio.

No Brasil, a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e a constitucionalidade do artigo 28 que dispõe sobre os “Crimes e Penas” tem sido questionada. A lei não define a quantidade de droga que caracteriza o porte para o consumo (como ocorreu em Portugal<sup>1</sup>), o que traz um viés do julgamento do agente de segurança pública no momento e contexto da abordagem. As situações de posse de drogas não interpretadas como de uso pessoal, serão submetidas ao juiz que realizará o julgamento do ocorrido com base nas informações sobre o local e condições em que se desenvolveu a ação, a conduta, as circunstâncias sociais e antecedentes do usuário.

A lei da descriminalização em Portugal proporcionou o aumento do acesso dos usuários de drogas ilícitas ao tratamento e o esvaziamento do estigma de “criminoso”. Por outro lado, seria relevante investigar se a lei contribuiu na transformação das práticas profissionais no cuidado a essa população e pesquisar possíveis contribuições, técnicas e estratégias para as práticas em curso no Brasil. Além disso, Portugal teve o mérito de inaugurar uma política global de intervenção, porém no material pesquisado o reconhecimento internacional da experiência portuguesa foi a mudança paradigmática que a lei da descriminalização proporcionou na abordagem de usuários de drogas ilícitas. As inovações no tratamento de usuários de álcool não são muito destacadas internacionalmente, embora há políticas em curso destinadas a essa população para o reconhecido problema do abuso do álcool não somente em Portugal, mas mundialmente considerado.

O segundo diferencial com relação à experiência brasileira é que em Portugal o uso de drogas ilícitas, em especial as injetáveis, mobilizou a mudança no sistema de saúde português com consequente elaboração de uma estratégia global. Concomitantemente à descriminalização do uso de drogas, a experiência portuguesa implementou uma rede de

<sup>1</sup> No caso das drogas ilícitas mais consumidas no Brasil, a maconha e a cocaína, esses limites de posse que caracterizam uso pessoal são de 25 e 2 gramas, respectivamente.

serviços de saúde específica para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, com coordenação própria das ações, assim como serviços e projetos de caráter intersetorial.

No Brasil, poderíamos considerar dois momentos; a implantação dos CAPS advindo dos avanços na Reforma Psiquiátrica Brasileira (ou seja, adscrito ao campo da saúde mental) e um segundo momento de ampliações impulsionado pela falsa epidemia do crack e as preocupações de caráter higienista do governo, aos problemas relacionados ao tráfico e à violência.

O terceiro diferencial é a composição da rede de tratamento. Os Centros de Respostas Integradas (CRI) em Portugal traz algumas particularidades interessantes. Há equipes técnicas especializadas específicas para cada eixo de intervenção: prevenção, tratamento, reinserção e redução de riscos e danos. Na literatura pesquisada não há clareza de como esses eixos operacionalizam o processo de trabalho e o tratamento compartilhado dos usuários. Quanto ao trabalho da equipe técnica especializada de prevenção, a intervenção ocorre nos denominados “agrupamento dos Centros de Saúde” (ACES), diferenciada da experiência brasileira que não há uma equipe específica designada para trabalhar junto aos profissionais das Unidades de Cuidados Primários em Saúde (no Brasil, chamados de Centros de Saúde). Outros aspectos chamam a atenção em Portugal: a dupla nomenclatura “redução de riscos e minimização dos danos”, diferente da adotada no Brasil (“redução de danos”), assim como não há menção à internação em hospital psiquiátrico para usuários de álcool e outras drogas como com muita frequência ocorre ainda no Brasil. Na literatura pesquisada são mencionadas as Unidades de Desabilitação, a Unidade de Alcoologia e até Comunidades Terapêuticas públicas, porém não foi possível produzir um entendimento de como essas estruturas funcionam e se articulam com a rede de cuidado ambulatorial, nem tampouco compreender se há articulação com os serviços de saúde mental quando há casos de usuários com transtornos mentais que fazem uso de drogas, o que poderia contribuir na inovação das práticas no Brasil.

Nesse sentido, seria importante investigar se foram notados resultados positivos na implementação da rede de atendimento em Portugal desvinculada diretamente do campo da saúde mental e a existência de um eixo específico de intervenção (SICAD e DICAD) no Ministério da Saúde português. Isso traduz a importância de considerar no processo de pesquisa os possíveis efeitos que a descriminalização do uso de drogas, a gênese das transformações na rede de tratamento e as diferentes modalidades de serviços e projetos produziram na prática dos profissionais com os usuários. A pesquisa na rede de tratamento portuguesa possibilitará identificar se houve mudanças significativas na estigmatização do usuário e revelar de forma detalhada como se trabalha o tratamento da abstinência e a indicação de internação, dialogada com a perspectiva da redução de danos, a construção do cuidado em rede na assistência em saúde e a articulação intersetorial.

### **Apreciação**

O estudo em apreço tem potencial interesse, necessitando-se para a continuidade da sua análise que nos sejam enviados os guiões da observação e da entrevista, assim como a definição do tipo de documentação a analisar, definição e tamanho da amostra e o parecer do responsável do DICAD

Aguarda esclarecimentos.

Declaração de interesses: Nada a declarar  
8 Abril 2016



## ANEXO 8 – Guiões das observações participantes e entrevistas

## GUIÃO DA OBSERVAÇÃO

O trabalho de observação visa aproximar o pesquisador da realidade interrogada e conseqüentemente proporcionar a sua interação com os gestores/coordenadores e profissionais.

Neste sentido esta pesquisa propõe um primeiro momento eminentemente exploratório que se constituirá de observações nos serviços de tratamento propostas para ocorrer no mês de junho, desde que não provoque prejuízo no andamento das atividades e sejam autorizadas pelo coordenador, membros da equipe e usuários envolvidos. Esclareço que os usuários não fazem parte do objeto do presente estudo e as informações trazidas pelos usuários não serão utilizadas pelo pesquisador na análise e resultados.

Segue o guião de observação:

Observação da condução e pontos abordados no Acolhimento/Triagem de usuários.

Observação dos pontos abordados e discutidos nas reuniões de equipe.

Observação da condução e metodologia das discussões de casos.

Observação da condução das intervenções com as equipes que trabalham nos eixos da prevenção, do tratamento, da reinserção social e redução dos riscos e minimização dos danos.

Observação das abordagens realizadas em visitas domiciliares.

Observação das abordagens e intervenções em atendimentos e/ou atividades de grupo.

Observação das abordagens e intervenções com usuários intoxicados.

Observação das abordagens e intervenções com familiares.

Observação da dinâmica dos serviços e dos processos de trabalho.

Observação e participação em atividades que não foram possíveis de identificar somente a partir da literatura pesquisa, e que sejam autorizadas pelos coordenadores, profissionais e usuários.

## GUIÃO PARA ENTREVISTA

- 1) Na experiência de Portugal é utilizada a terminologia “comportamentos aditivos e dependências”. Você poderia explicar essa terminologia?
- 2) Como você relaciona a terminologia utilizada com as teorias, técnicas e estratégias adotadas nas práticas dos profissionais no âmbito do tratamento dos usuários?
- 3) No Brasil, os serviços especializados de tratamento a usuários e dependentes de álcool e outras drogas estão no campo da política de saúde mental. Como você avalia a sua experiência tendo eixos próprios de coordenações das ações e intervenções, respectivamente, SICAD e DICAD, fora do campo da saúde mental?
- 4) A lei da descriminalização provocou quais efeitos nas demandas dos usuários?
- 5) A lei da descriminalização, além de deixar de considerar crime o porte e o uso de drogas, provocou quais efeitos na população e em outros setores fora do campo da saúde?
- 6) Você considera que a lei da descriminalização contribuiu na transformação das práticas profissionais no cuidado a essa população? Por que?
- 7) Como ocorre a chegada dos usuários para tratamento? Você poderia descrever o (s) caminho (s) para iniciar o tratamento?
- 8) No Centro de Respostas Integradas (CRI) no qual você trabalha como coordenador, há equipes técnicas especializadas específicas para cada eixo de intervenção: prevenção, tratamento, reinserção e redução de riscos e danos? Como você descreve e avalia essa organização?
- 9) Como ocorre a integração entre as diferentes equipes e as discussões dos casos atendidos?
- 10) No Centro de Respostas Integradas no qual você trabalha como coordenador, há uma equipe técnica especializada de prevenção? Você poderia descrever o trabalho realizado no âmbito da prevenção?
- 11) Nas equipes de tratamento existe algum tipo de fluxo ou composição com o acompanhamento dos usuários dependentes de álcool e outras drogas nos denominados Centros de Saúde para questões de saúde que podem estar associadas ao uso de substâncias, como por exemplo, hipertensão, diabetes, acompanhamento ginecológico, odontológico ou mesmo clínico?
- 12) No Centro de Respostas Integradas em que você trabalha como coordenador, há uma integração com as Unidades de Desabilitação, a Unidade de Alcoologia e as Comunidades Terapêuticas públicas. Como você descreve, a partir do seu conhecimento, cada uma dessas frentes de trabalho? Como elas funcionam?

- 13) Como os usuários podem acessar essas frentes de tratamento?
- 14) Como ocorre a articulação das equipes de tratamento com essas frentes?
- 15) O que você entende por sucesso no tratamento? Como vocês lidam com as situações de abandono do tratamento? Existe algum dispositivo que acompanha e/ou avalia os resultados do tratamento?
- 16) O que você conhece sobre o funcionamento das Comissões de Dissuasão das Toxicodependências? Quais são os avanços e desafios da aprovação das Comissões de Dissuasão da Toxicodependência (CDT) para a vinculação dos usuários ao tratamento?
- 17) Como você descreve e avalia a inclusão do trabalho realizado com usuários compulsivos por jogos?
- 18) Como a experiência portuguesa tem trabalhado o tema e as práticas de tratamento da dependência de álcool?
- 19) Há diferença entre as práticas de tratamento de dependentes de álcool e das drogas?
- 20) Como você compreende a indicação da internação dos usuários e os seus efeitos no tratamento?
- 21) No Centro de Respostas no qual você coordena, há uma equipe designada para a “redução de riscos e danos” ? Qual é a diferença entre riscos e danos?
- 22) Como você avalia a relação das famílias com os serviços de tratamento? E a relação dos usuários com os serviços de tratamento?
- 23) Como a rede de serviços da DICAD se relaciona com os serviços de saúde mental?
- 24) Como os serviços de saúde “não especializados” lidam com o tema da dependência e a abordagem dos usuários?
- 25) Como é a relação dos serviços com a polícia no cotidiano, independente do encaminhamento para as Comissões de Dissuasão da Toxicodependência?
- 26) Existe uma população expressiva em situação de rua? Existe alguma composição de trabalho com as “equipes de tratamento”? Como isso ocorre?
- 27) Quais são e como funcionam os serviços de suporte social e de moradia para os usuários? Quais foram os avanços e as dificuldades notadas no seu processo de trabalho?

ANEXO 9 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde e autorização do Conselho Diretivo da ARSLVT

Exmo. Senhor  
Dr. Clayton Ezequiel dos Santos  
[claytoncaps@gmail.com](mailto:claytoncaps@gmail.com)

C/C:

| Sua Referência | Sua Comunicação de | Nossa Referência | Data       |
|----------------|--------------------|------------------|------------|
|                |                    | 5597/CES/2016    | 17-05-2016 |

**Assunto: “Rede de tratamento de usuários de álcool e outras drogas da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD): possibilidade de contribuições para o modelo brasileiro.”**

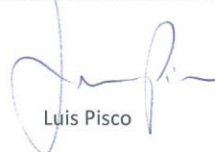
A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 13-05-2016, o projecto mencionado em epígrafe, tendo sido deliberado um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

  
Luis Pisco

---

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa  
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723  
[geral@arslvt.min-saude.pt](mailto:geral@arslvt.min-saude.pt) | [www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)

**Parecer**

**Proc.022/CES/INV/2015**

**Parecer Intermédio**

**Proc. 022/CES/INV/2016**

**Título:** Rede de tratamento de usuários de álcool e outras drogas da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD): possibilidades de contribuições para o modelo brasileiro

**Enquadramento institucional do proponente:** Estudante do Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual Paulista

**Investigador(es):** Clayton Ezequiel dos Santos

**Orientador(es):** Prof Doutor Sílvio Yasui

**Fundamentação do estudo:**

A experiência portuguesa no tema das drogas, após mais de dez anos de implantação, permanece como uma referência mundial, pelas inovações trazidas no campo jurídico, social, preventivo e assistencial. (DOMOSTAVSKI, 2011; FIORE, 2015; PORTUGAL, SD).

O primeira diferencial com relação à experiência brasileira se dá pelo fato de Portugal no ano 2000 descriminalizar o uso, a aquisição e o porte de drogas para consumo próprio.

No Brasil, a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e a constitucionalidade do artigo 28 que dispõe sobre os “Crimes e Penas” tem sido questionada. A lei não define a quantidade de droga que caracteriza o porte para o consumo (como ocorreu em Portugal<sup>1</sup>), o que traz um viés do julgamento do agente de segurança pública no momento e contexto da abordagem. As situações de posse de drogas não interpretadas como de uso pessoal, serão submetidas ao juiz que realizará o julgamento do ocorrido com base nas informações sobre o local e condições em que se desenvolveu a ação, a conduta, as circunstâncias sociais e antecedentes do usuário.

A lei da descriminalização em Portugal proporcionou o aumento do acesso dos usuários de drogas ilícitas ao tratamento e o esvaziamento do estigma de “criminoso”. Por outro lado, seria relevante investigar se a lei contribuiu na transformação das práticas profissionais no cuidado a essa população e pesquisar possíveis contribuições, técnicas e estratégias para as práticas em curso no Brasil. Além disso, Portugal teve o mérito de inaugurar uma política global de intervenção, porém no material pesquisado o reconhecimento internacional da experiência portuguesa foi a mudança paradigmática que a lei da descriminalização proporcionou na abordagem de usuários de drogas ilícitas. As inovações no tratamento de usuários de álcool não são muito destacadas internacionalmente, embora há políticas em curso destinadas a essa população para o reconhecido problema do abuso do álcool não somente em Portugal, mas mundialmente considerado.

O segundo diferencial com relação à experiência brasileira é que em Portugal o uso de drogas ilícitas, em especial as injetáveis, mobilizou a mudança no sistema de saúde português com consequente elaboração de uma estratégia global. Concomitantemente à descriminalização do uso de drogas, a

<sup>1</sup> No caso das drogas ilícitas mais consumidas no Brasil, a maconha e a cocaína, esses limites de posse que caracterizam uso pessoal são de 25 e 2 gramas, respectivamente.

experiência portuguesa implementou uma rede de

serviços de saúde específica para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, com coordenação própria das ações, assim como serviços e projetos de caráter intersetorial.

No Brasil, poderíamos considerar dois momentos; a implantação dos CAPS advindo dos avanços na Reforma Psiquiátrica Brasileira (ou seja, adscrito ao campo da saúde mental) e um segundo momento de ampliações impulsionado pela falsa epidemia do crack e as preocupações de caráter higienista do governo, aos problemas relacionados ao tráfico e à violência.

O terceiro diferencial é a composição da rede de tratamento. Os Centros de Respostas Integradas (CRI) em Portugal traz algumas particularidades interessantes. Há equipes técnicas especializadas específicas para cada eixo de intervenção: prevenção, tratamento, reinserção e redução de riscos e danos. Na literatura pesquisada não há clareza de como esses eixos operacionalizam o processo de trabalho e o tratamento compartilhado dos usuários. Quanto ao trabalho da equipe técnica especializada de prevenção, a intervenção ocorre nos denominados “agrupamento dos Centros de Saúde” (ACES), diferenciada da experiência brasileira que não há uma equipe específica designada para trabalhar junto aos profissionais das Unidades de Cuidados Primários em Saúde (no Brasil, chamados de Centros de Saúde). Outros aspectos chamam a atenção em Portugal: a dupla nomenclatura “redução de riscos e minimização dos danos”, diferente da adotada no Brasil (“redução de danos”), assim como não há menção à internação em hospital psiquiátrico para usuários de álcool e outras drogas como com muita frequência ocorre ainda no Brasil. Na literatura pesquisada são mencionadas as Unidades de Desabilitação, a Unidade de Alcoologia e até Comunidades Terapêuticas públicas, porém não foi possível produzir um entendimento de como essas estruturas funcionam e se articulam com a rede de cuidado ambulatorial, nem tampouco compreender se há articulação com os serviços de saúde mental quando há casos de usuários com transtornos mentais que fazem uso de drogas, o que poderia contribuir na inovação das práticas no Brasil.

Nesse sentido, seria importante investigar se foram notados resultados positivos na implementação da rede de atendimento em Portugal desvinculada diretamente do campo da saúde mental e a existência de um eixo específico de intervenção (SICAD e DICAD) no Ministério da Saúde português. Isso traduz a importância de considerar no processo de pesquisa os possíveis efeitos que a descriminalização do uso de drogas, a gênese das transformações na rede de tratamento e as diferentes modalidades de serviços e projetos produziram na prática dos profissionais com os usuários. A pesquisa na rede de tratamento portuguesa possibilitará identificar se houve mudanças significativas na estigmatização do usuário e revelar de forma detalhada como se trabalha o tratamento da abstinência e a indicação de internação, dialogada com a perspectiva da redução de danos, a construção do cuidado em rede na assistência em saúde e a articulação intersetorial.

#### Apreciação

O estudo em apreço tem potencial interesse, necessitando-se para a continuidade da sua análise que nos sejam enviados os guiões da observação e da entrevista, assim como a definição do tipo de documentação a analisar, definição e tamanho da amostra e o parecer do responsável do DICAD

Aguarda esclarecimentos.

Declaração de interesses: Nada a declarar  
8 Abril 2016



### Apreciação Final

O estudo em apreço tem potencial interesse social e para o conhecimento.

Analizados os documentos enviados, numa primeira apreciação foram colocadas objeções no que se refere aos instrumentos de colheita de dados, definição do tipo de documentação e da amostra, assim como à falta parecer do responsável do DICAD.

As respostas enviadas pelo investigador respondem globalmente às questões colocadas, ficando demonstrado o respeito pelos princípios aplicáveis a este tipo de estudo e população pelo que se emite parecer favorável ao estudo.

Foi enviado à Comissão de Ética a Declaração do Responsável pelo DICAD, Dr. Joaquim Fonseca a autorizar o estudo.

Deve ainda ficar garantido que a presença do investigador em contexto de observação em interação com os utentes, tem consentimento prévio por parte do utente.

Declaração de interesses: Nada a declarar  
6 de Maio de 2016

ANEXO 10 – Unidades de Intervenção Local (UIL) da DICAD da ARSLVT

### DICAD - DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (ARSLVT, IP)

| DICAD - DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (ARSLVT, IP) |   |  |            |            |
|--|---|--|------------|------------|
| DESIGNAÇÃO DA EQUIPA   | TELEFONE/ E-MAIL  | MORADA   | COD POSTAL | LOCALIDADE |
| EQUIPA DE COORDENAÇÃO REGIONAL   | Telefone: +351.21.842.51.00 (geral)<br>Telefone direto: +351.21.842.51.53<br>E-mail: <a href="mailto:dicad.geral@arslvt.min-saude.pt">dicad.geral@arslvt.min-saude.pt</a> | Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Av. Estados Unidos da América, N.º 77, 6.º | 1749-096   | Lisboa     |

| DICAD - DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (ARSLVT, IP) |   |                            |   |  |            |                 |
|--|---|----------------------------|---|--|------------|-----------------|
| UNIDADES DE INTERVENÇÃO LOCAL (UIL) DA DICAD/ ARSLVT IP                                    | DESIGNAÇÃO DA UNIDADE                                   | TELEFONE/ FAX              | DESIGNAÇÃO COMPLETA   | MORADA   | COD POSTAL | LOCALIDADE      |
| CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS (CRI) DE LISBOA OCIDENTAL                                   | SEDE CRI LISBOA OCIDENTAL                               | 211 11 93 20               | Centro de Respostas Integradas de Lisboa Ocidental  | Praceta 25 Abril 1974, Nº 33 - Agualva                                   | 2735-181   | Agualva - Cacém |
|  | Equipa de Tratamento (ET) Agualva-Cacém                 | 211 11 9300/ 211 11 9349   | Centro de Respostas Integradas de Lisboa Ocidental – Equipa de Tratamento de Agualva Cacém                | Rua António Nunes Sequeira, Nº 33-A - Agualva Cacém                      | 2735-059   | Agualva - Cacém |
|  | Equipa de Tratamento (ET) Amadora                       | 21 111 93 00/ 21 497 50 80 | Centro de Respostas Integradas de Lisboa Ocidental – Equipa de Tratamento da Amadora                      | Largo Alexandre Gusmão, Nº 13 - Damaia                                   | 2720-008   | Amadora         |
|  | Equipa de Tratamento (ET) Oeiras (Eixo Oeiras /Cascais) | 21 00 79 920/ 21 445 57 93 | Centro de Respostas Integradas de Lisboa Ocidental – Eixo Oeiras/Cascais - Equipa de Tratamento de Oeiras | Rua Professor Orlando Ribeiro, N.º 5 2740-222 - Porto Salvo              | 2740-222   | Porto Salvo     |
|  | Equipa de Tratamento (ET) Parede (Eixo Oeiras /Cascais) | 21 00 79 940/ 21 457 70 01 | Centro de Respostas Integradas de Lisboa Ocidental – Eixo Oeiras/Cascais - Equipa de Tratamento da Parede | Rua Dr. Francisco Sá Carneiro, Nº 95 R/C Esq.                            | 2775-196   | Parede          |
|  | Extensão de Alcabideche                                 | 21 111 2700                | Centro de Respostas Integradas de Lisboa Ocidental – Eixo Oeiras/Cascais – Extensão de Alcabideche        | Centro de Saúde de Alcabideche, USF Alcals, Rua Rio das Grades - 1º piso | 2645-559   | Alcabideche     |

(Cont.)

| DICAD - DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (ARSLVT, IP) |   |              |   |   |            |                  |
|--|---|--------------|---|---|------------|------------------|
| UNIDADES DE INTERVENÇÃO LOCAL (UIL) DA DICAD/ARSLVT IP                                     | DESIGNAÇÃO DA UNIDADE                   | TELEFONE/FAX | DESIGNAÇÃO COMPLETA   | MORADA  | COD POSTAL | LOCALIDADE       |
| CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS (CRI) DE LISBOA ORIENTAL                                    | SEDE CRI LISBOA ORIENTAL                | 21 111 94 00 | CRI de Lisboa Oriental  | Rua Xabregas, N.º 62                            | 1900-440   | Lisboa           |
|  | Equipa de Tratamento (ET) XABREGAS      | 21 111 94 00 | CRI de Lisboa Oriental – Equipa de Tratamento de Xabregas   | Rua Xabregas, N.º 62                            | 1900-440   | Lisboa           |
|  | Equipa de Tratamento (ET) LOURES        | 21 007 97 50 | Centro de Respostas Integradas de Lisboa Oriental – Equipa de Tratamento de Loures                                | Rua da República, N.º 76                        | 2670-470   | Loures           |
|  | <i>Extensão da Póvoa de Sto. Adrião</i> | 21 007 99 90 | Centro de Respostas Integradas de Lisboa Oriental – Equipa de Tratamento de Loures/ Extensão Póvoa de Sto. Adrião | Alameda Fernando Namora, N.º 11 R/C             | 2620-094   | Loures           |
| CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS (CRI) DO OESTE  | SEDE CRI OESTE                          | 261 00 07 90 | Centro de Respostas Integradas (CRI) do Oeste – SEDE  | Praceta Padre Joaquim Maria Sousa N.º 47        | 2560-649   | Torres Vedras    |
|  | Equipa de Tratamento (ET) TORRES VEDRAS | 26 100 07 90 | Centro de Respostas Integradas do Oeste – Equipa de Tratamento de Torres Vedras                                   | Praceta Padre Joaquim Maria Sousa, N.º 47       | 2560-649   | Torres Vedras    |
|  | Equipa de Tratamento (ET) CALDAS RAINHA | 26 200 12 20 | Centro de Respostas Integradas do Oeste – Equipa de Tratamento de Caldas da Rainha                                | Rua do Centro de Saúde                          | 2500-241   | Caldas da Rainha |
|  | Equipa de Tratamento (ET) PENICHE       | 26 200 12 30 | Centro de Respostas Integradas do Oeste – Equipa de Tratamento de Peniche   | Rua dos Alcatrazes, Zona Industrial da Prajeira | 2520-621   | Peniche          |

(Cont.)

| DICAD - DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (ARSLVT, IP) |   |                                     |   |   |          |          |
|--|---|-------------------------------------|---|---|----------|----------|
| CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS (CRI) DO RIBATEJO   | SEDE CRI RIBATEJO   | 243 00 96 90                        | Centro de Respostas Integradas (CRI) do Ribatejo  | Praceta Damião de Gois, N.º 8                                     | 2000-226 | Santarém |
|  | Equipa de Tratamento (ET) SANTARÉM  | 243 00 96 60                        | Centro de Respostas Integradas do Ribatejo – Equipa de Tratamento de Santarém             | Praceta Damião de Gois, N.º 8                                     | 2000-226 | Santarém |
|  | Equipa de Tratamento (ET) ABRANTES  | 241 00 10 30                        | Centro de Respostas Integradas do Ribatejo – Equipa de Tratamento de Abrantes             | Rua da Barca, N.º 95  | 2200-386 | Abrantes |
| CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS (CRI) DA PENÍNSULA SETUBAL                                  | SEDE CRI PENÍNSULA SETUBAL  | 21 007 99 00                        | Centro de Respostas Integradas (CRI) da Península de Setúbal                              | Rua Almirante Reis, N.º 50  | 2830-326 | Barreiro |
|  | Equipa de Tratamento (ET) BARREIRO<br><br>(Nota: esta ET tem ainda seis consultas descentralizadas: Quinta da Lomba; USF do Vale da Amoreira; UCSP da Moita; UCSP de Alcochete; Afonsoeiro) | 210 07 99 00                        | Centro de Respostas Integradas da Península de Setúbal – Equipa de Tratamento do Barreiro | Rua Almirante Reis, N.º 50  | 2830-326 | Barreiro |
|  | Equipa de Tratamento (ET) ALMADA  | 21 00 79770                         | Centro de Respostas Integradas da Península de Setúbal – Equipa de Tratamento de Almada   | Rua das Terras das Cortes Reais, N.º 1                            | 2805-025 | Almada   |
|  | Equipa de Tratamento (ET) SETÚBAL<br><br>(Nota: esta ET tem ainda duas consultas descentralizadas: Cruz de Pau; Laranjeiro)   | 265 00 98 00<br>Fax:<br>265 106 012 | Centro de Respostas Integradas da Península de Setúbal – Equipa de Tratamento de Setúbal  | Praça da República<br>(Junto ao Jardim Beira Mar)                 | 2900-587 | Setúbal  |
| UNIDADE DESABITUAÇÃO - CENTRO TAIPAS   | UNIDADE DE DESABITUAÇÃO – CENTRO DAS TAIPAS<br>(Ambulatório e Internamento)   | 21 111 92 00                        | Unidade de Desabitação (UD) - Centro das Taipas   | Parque da Saúde de Lisboa - Avenida Brasil, nº 53 - Pavilhão 21 B | 1749-002 | Lisboa   |
| COMUNIDADE TERAPEUTICA DO RESTELO  | COMUNIDADE TERAPÉUTICA DO RESTELO<br>(Internamento)   | 21 111 9350                         | Comunidade Terapêutica do Restelo (CT)  | Praça Diu, N.º 4  | 1400-102 | Lisboa   |
| UNIDADE DE ALCOOLOGIA DE LISBOA (UAL)  | UNIDADE DE ALCOOLOGIA DE LISBOA<br>(Ambulatório e Internamento)   | 21 111 94 30                        | Unidade de Alcoologia de Lisboa (UAL)   | Parque da Saúde de Lisboa, Pavilhão 41 - Avenida Brasil 53-A      | 1749-006 | Lisboa   |

(Atualizado em: março 2016)