

Redução de Danos e SUS: enlaces, contribuições e interfaces.

Christiane Sampaio ¹

Deisi Sangoi Freitas²

“Vários tipos de categorias profissionais vem sendo convidadas a exercer funções policiais cada vez mais precisas: professores, psiquiatras, educadores de todo tipo”.

Michel Foucault.

Como se constitui a política de Redução de Danos e suas interfaces com o SUS?

Os conhecimentos advindos da Reforma Sanitária e constitutiva do SUS estão em sintonia com a Política de Redução de Danos, que transversaliza os saberes acerca da epidemiologia e da saúde mental. Não há como esquecer que o berço das ações de Redução de Danos constituiu-se na cidade de Santos-SP, onde predominava na época o movimento sanitário progressista.

No caso da cidade de Santos a Política de HIV/AIDS envolveu a comunidade e as demandas de um grupo minoritário e marginalizado, os homossexuais, que se mostravam disponíveis e estabeleceram ao longo do tempo, através da organização em grupo, condições cidadãs e menos estigmatizantes vinculadas à possibilidade de suas escolhas sexuais e que acabaram desviando forças para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS.

As ações de Redução de Danos na cidade de Santos-SP ocorreram em 1989 e sofreram extrema resistência política, chegando a gerar processos jurídicos³ para os profissionais de saúde e gestores que ousaram permitir a distribuição ou distribuíram na época hipoclorito de sódio para higienização de seringas e agulhas aos usuários de drogas injetáveis. Nessa época a cidade de Santos apresentava altos índices de infecção do HIV por via endovenosa. Vale destacar que os Programas de Redução de Danos receberam nesse momento grande influência da experiência internacional de países como Holanda e Inglaterra (WODAK, 1998) que já desenvolviam tais programas.

Após esse processo conflituoso tivemos um novo momento para as ações de RD, iniciada em 1994, incentivada e constituída em parceria com Ministério da Saúde, que vem se sustentando até hoje. As estratégias de resposta à epidemia de HIV/AIDS no Brasil foram historicamente apoiadas em projetos específicos, direcionados a segmentos populacionais mais vulneráveis.

¹ Psicóloga, Especialista na Clínica das Toxicomanias pelo NEPAD da UERJ, Consultora do Estado do Rio Grande do Sul para implantação das ações de Redução de Danos em SAE, pós - graduanda em Saúde Coletiva pela UNIFRA, mestranda em Educação pela UFSM.

² Professora Orientadora (Doutora em Educação pela UNICAP e Professora do Departamento de Metodologia do Ensino da UFSM) do artigo em pauta fruto do trabalho final do Curso de Especialização em Saúde Coletiva pela UNIFRA.

³ Com base na interpretação da lei 6368 que regularizava na época as questões relacionadas ao consumo, produção e venda de drogas.

Na Redução de Danos não foi diferente, foram constituídos os Programas de Redução de Danos (PRD) ⁴ que nascem nas Universidades e nas Coordenações Municipal-Estaduais de Saúde, já que não existiam grupos organizados de usuários de drogas, nem ONGs⁵ envolvidas com a temática da RD no Brasil.

No início das ações, ao tentarmos estabelecer contato com os usuários de drogas, muitos PRD procuraram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nessa busca verificamos que esse grupo praticamente estava ausente desses serviços ou eram invisíveis para os profissionais de saúde. O processo de implantação ocorreu então fora desses espaços sendo realizado nas comunidades, por profissionais de saúde com diferentes experiências no campo da saúde.

As primeiras parcerias feitas para ampliar o leque de possibilidades, foram com os serviços de atendimento específico ao HIV/AIDS, dentre eles os SAE (Serviços de Atendimento Especializado em HIV/AIDS) e CTA (Centro de Testagem Anônima) ficando uma lacuna significativa no que se refere às Unidades Básicas de Saúde. Também eram poucas as instituições de referência para tratamento do uso de drogas, já que o SUS praticamente não tinha esse tipo de espaço.

A saúde mental incorporava muito pouco à questão da drogadição, nesse momento estávamos em meados da década de 90 e provavelmente muitos usuários de drogas em tempos anteriores devem ter sido submetidos a tratamentos psiquiátricos, estilo manicômiais. A questão do uso de drogas não estava claramente identificada e reconhecida como problema de saúde pública; estava praticamente nas mãos dos grupos de mútua-ajuda, nos espaços reclusos das fazendas terapêuticas, em alguns leitos de desintoxicação dos hospitais gerais, através de atendimentos ambulatoriais e na forma de internações nos hospitais psiquiátricos.

Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) apesar de serem a referência no SUS para o atendimento de usuários de drogas em termos práticos isso quase não acontecia, sendo muito mais efetivos no tratamento de doenças psiquiátricas, prova disso é que em 2002 inicia-se a implantação dos CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas) como forma de constituir uma rede especializada com vistas à situação de escassez de serviço com esse perfil no SUS.

Quero mostrar com isso que a RD nasce no SUS, porém há uma desintegração com espaços importantes como Atenção Básica e Serviços Especializados para Tratamento de uso abusivo de drogas. Há ainda uma nítida ausência de uma Política de Atenção ao Uso de Álcool e outras drogas que pudessem garantir verdadeiramente o acesso dos usuários de drogas ao SUS.

A Redução de Danos tentou lidar com parte desse problema buscando sensibilizar os Profissionais de Saúde das UBS (Unidades Básicas de Saúde), PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) entre outros para acolhimento das questões relacionadas ao uso de drogas e começamos a deflagrar o que já percebíamos na interface com os usuários de drogas, eles nos informavam durante os nossos trabalhos de campo, que tinham dificuldades em frequentar os serviços de saúde por interpretarem que os profissionais de saúde eram preconceituosos, exigiam abstinência como condição essencial para o tratamento da AIDS e demais patologias

⁴ Os componentes de um PRD variam de acordo com as diferentes realidades: epidemiológica, padrão de consumo, tipo de droga relevante, diferente formação de equipe etc. No Brasil as principais atividades desenvolvidas são: disponibilidade de equipamento estéril e descartável para injeção, informação, disponibilização de material informativo, disponibilização de preservativos, aconselhamento, encaminhamento aos serviços de saúde e assistência social, vacinação contra hepatite B, ações de *advocacy* (advogar em favor de uma causa) e comunicação social, vigilância epidemiológica, formação continuada de agentes redutores de danos (agentes treinados que efetivam as ações de campo com os usuários de drogas e suas redes de interface), seguidos de avaliações sistemáticas das ações citadas.

⁵ Organização Não Governamental

e na melhor das hipóteses os tratavam sem muita credibilidade, atrelando descrédito a possibilidade deles enquanto usuários regularem o uso de drogas em prol da melhoria de suas condições de saúde.

Por outro lado a visão dos profissionais de saúde é de que há um distanciamento dos usuários de drogas dos serviços e reconhecem que eles enquanto profissionais sentem-se despreparados para lidar com as realidades que envolvem o uso de drogas. Há nitidamente um desengate entre os dois elementos de elo, usuários de drogas e profissionais de saúde, envolvidos nessa cadeia de interfaces.

Vale destacar que em alguns casos tivemos profissionais de saúde parceiros nos serviços e que passaram a ser referência para os encaminhamentos dos usuários de drogas por nós acessados e que demandavam auxílio de outros serviços.

Esse processo manteve-se assim por muitos anos, sendo foco de muitos debates, apontados em Fóruns, Conferências, Seminários. Sugeria-se nesses momentos que os serviços de saúde que tinham maior proximidade com os usuários de drogas, portadores de HIV e doentes de AIDS tais como os CTA, SAE e CAPS que adotassem os princípios da Redução de Danos e desenvolvessem ações inspiradas nesses princípios. Porém responder a essa demanda sempre foi muito complicado para os profissionais que alegavam despreparo e atrelavam essas intervenções a especialista na área, nitidamente vinculados à idéia de tratamento da dependência como única alternativa de interface com os usuários de drogas.

Até que em 2004 iniciamos um projeto piloto tendo em vista validar as estratégias de melhoria da qualidade de atenção aos usuários de drogas infectados pelo HIV nos Serviços de Assistência Especializada – SAE, na perspectiva da Redução de Danos.

Esse projeto também busca estabelecer a incorporação da RD no SAE e a definição de papéis na perspectiva da construção de uma rede de promoção à saúde voltada as pessoas que fazem uso e/ou abuso de drogas. Esta rede, composta por ONGs, comunidades terapêuticas, Programas de Redução de Danos (PRD), rede de atenção básica, serviços de DST/AIDS, SAE e serviços de saúde mental (em especial, mas não exclusivamente os CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas). Nesse sentido a idéia é fazer operar de forma articulada uma rede que possua papéis, complexidade e resolutividade distintos, de forma a construir potencialidades diversas e complementares. Sem esquecer que para essa rede possa operar efetivamente é necessário trabalharmos as fantasias e concepções de ordem moral que se constituíram entre profissionais da saúde e usuários drogas, esse desafio não se destinge muito de outras realidades referente a outros segmentos sociais ditos “diferentes” (profissionais do sexo, homossexuais, presidiários), ou seja, populações que de alguma forma são atrelados e se atrelam a marginalidade.

Também em 2004 o Ministério da Saúde apresenta suas diretrizes para uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras drogas, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS, visando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento. Desde então muitos entraves foram vivenciados, desde as propostas de implantação dos CAPSAD até os desafios de garantir diretrizes inclusivas e democráticas junto a SENAD (Secretaria Nacional Anti-Drogas), órgão oficial ligado a Presidência de Republica, que consolida as políticas publicas brasileira de redução de oferta e demanda de drogas. Processo esse que vem constituindo-se de acordo com a complexidade dos desafios impostos.

A lógica aplicada pela RD de território e rede, constituídas através do trabalho de campo, se vincula ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos os usuários de drogas, vem se mostrando um excelente exemplo que de alguma forma pode contribuir e auxiliar a Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras drogas a planejar suas ações de acordo com os princípios da Reforma Sanitária.

1. Os fortes elos que compõe a clínica ampliada e as ações de RD

Em linhas gerais podemos dizer que a clínica ampliada atende as demandas do SUS. Ela não é uma clínica de nenhum especialismo, mas ela é uma direção para todas as clínicas, justamente porque estando qualquer clínica da saúde pública, inserida no SUS, todas elas devem atender aos preceitos de universalidade, participação social, integralidade e equidade. Ou seja, a clínica ampliada não se confunde com clínica da psicanálise, com a clínica da reforma, com a clínica psiquiátrica, mas certamente produz uma ressignificação das mesmas (informação oral)⁶.

A clínica ampliada, constituída em parte para dar conta das demandas do SUS e fazer operar a Reforma Sanitária também opera ou deveria operar em rede, constituindo diferentes enlaces seja dentro saúde coletiva, seja conjugando outras políticas públicas, tais como: educação, assistência social, justiça e sem a menor sombra de dúvida estabelecendo enlace com as diferentes redes sociais (movimento de mulheres, movimento gay, movimento de saúde mental entre muitos outros) objetivando aperfeiçoar a participação, co-responsabilizando os sujeitos envolvidos, aproximando-os de uma ação política, onde seja possível protagonizar as diversas cenas no campo da saúde e da cidadania.

Percebe-se nessa concepção de clínica ampliada que não há espaço para o especialismo, pois ela lança seu olhar para uma enorme diversidade onde está incluído o ser humano e as suas diferenças, que vai de encontro aos pressupostos do SUS.

Como efeito podemos tomar novamente o exemplo das ações de Redução de Danos que transversaliza diferentes campos como a prevenção das DST/AIDS e atenção ao usuário de drogas, e ainda inclui outros temas importantes para viabilizar esses campos através de pressupostos que atravessam questões como: respeito-mútuo, auto-cuidado, cidadania que estão sustentados em manejos educacionais que têm como base o espaço comunitário, construídos nos alicerces populares, arraigados em uma lógica que respeita e interage com os ditos e vivências que sustentam a constituição desses sujeitos. Nesse trabalho aqueles que intervêm também se permitem sofrer intervenção, numa lógica dialogal, em que não há uma verdade, mas a interface entre saberes que iram auxiliar a construção de manejos no trato com a saúde.

Apesar dessa nítida relação entre a Reforma Sanitária e as concepções que constituem a Política de Redução de Danos a execução das ações no campo prático, só conseguiu obter “sucesso”, ou seja, estabelecer contato com os usuários de drogas e iniciar as mais diversas trocas, incluindo objetivamente a troca de seringas usadas por novas, quando incorporou os redutores de danos⁷, esses pouco sabiam sobre SUS e seus principais conhecimentos estavam relacionados à dinâmica das comunidades, as práticas relacionadas ao uso de drogas, a violência estruturada, entre outros fatores, pela guerra as drogas, a vivência de preconceito, a ausência de condições dignas de saúde em que muitas vezes a população carente está submetida. Muito sábia foi à iniciativa dos dirigentes dos PRDs em dar voz e espaço para o trabalho desses sujeitos, que sobre orientação de técnicos, com diferentes experiências no campo da saúde, deram vida e ação aos trabalhos de RD.

Na minha experiência a construção das ações seguiu uma lógica muito pouco academicista, misturando diferentes experiências no campo da saúde, vivenciando muitos fracassos, medos, perdas e aprendendo a fazer fazendo, construindo estratégias, compartilhando saídas e experiência, constituindo novas frentes de ação, trocando tecnologia

⁶ Curso: de Redução de Danos: um modelo de clínica ampliada, ocorrido no I Encontro Nacional de Redução de Danos em Serviço, na cidade de Santo André - São Paulo nos dias 26, 27 e 28 de Junho de 2006, ministrado por Tadeu de Paula – Mestrando da UFF-RJ.

⁷ Agentes treinados que efetivam as ações de campo com os usuários de drogas e suas redes de interface, na maioria dos casos usuários de drogas, ex-usuários, pessoas com perfil e atuação no espaço comunitário, incluindo moradores das comunidades e profissionais de saúde se identificavam com o trabalho de campo.

com outros grupos que vivenciavam o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, integrando e transversalizando diferentes campos. O efeito desse processo foi à abertura das ações, que estamos chamando nos últimos tempos de Redução de Danos Ampliada que compõe prevenção ao HIV e Hepatites no campo do consumo de drogas, constituindo novas estratégias para intervir e pensar o fenômeno das drogas, lutando nas bases da Política de drogas brasileira e com isso constituindo novas alternativas no trato com o fenômeno das drogas, abrindo espaço para organização dos usuários de drogas na sua interface psicossocial.