

**A REDUÇÃO DE DANOS E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL:
NOVOS OLHARES PARA O CUIDADO**
HARM REDUCTION AND PSYCHIATRIC REFORM IN BRAZIL:
NEW WAYS OF LOOKING TO CARE

Isabela Mattiola¹
Alex da Rosa²

RESUMO

O presente artigo busca investigar as articulações entre a redução de danos e a reforma psiquiátrica brasileira a partir da reconfiguração da noção de cuidado e do sujeito alvo desse cuidado, especialmente no tema de álcool e outras drogas. Para tal, realizou-se uma pesquisa de revisão bibliográfica através do método indutivo, construindo por meio de literatura consagrada ao tema a discussão dos tópicos componentes da questão, como a construção da loucura, do saber médico, da reforma psiquiátrica, das legislações envolvidas e as implicações em solo brasileiro a partir da redução de danos. A hipótese é de que pela mudança trazida pela reforma psiquiátrica na noção de cuidado, ainda que não diretamente relacionado, foi-se possível elaborar novas estratégias no campo da saúde, embora não só, protagonizadas especialmente pela redução de danos.

Palavras-chave: Redução de danos; Reforma psiquiátrica; Estratégias de cuidado.

ABSTRACT:

This article seeks to investigate the concept of harm reduction as a legacy of the Brazilian psychiatric reform based on the reconfiguration of the notion of care and the target subject of this care, especially in the area of alcohol and other drugs. To this end, a bibliographic review research was carried out using the inductive method, building, through literature dedicated to the theme, the discussion of the topics that make up the issue, such as the construction of madness, medical knowledge, psychiatric reform and the implications on the ground. Brazilian based on harm reduction. The hypothesis is that, due to the change brought about by the psychiatric reform in the notion of care, it was possible to develop new strategies in the field of health, although not only, mainly focused on harm reduction.

Keywords: Harm reduction; Psychiatric reform; Care strategies.

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa busca apresentar a redução de danos (RD) enquanto um conceito aberto e plural que tem como centro a ampliação de vida. Tendo origem no Brasil no final da década de 80, a redução de danos se comunica com princípios maiores, presentes também nas diretrizes da reforma psiquiátrica, principalmente a partir dos deslocamentos na noção de sujeito e cuidado.

¹ Doutorando em filosofia (PUC-RS), mestre em direito (UNESC), graduado em direito, filosofia e sociologia. E-mail para contato: alexdarosa@hotmail.com.br

² Graduação em Psicologia pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Residente em Saúde Mental, Atenção e Reabilitação Psicossocial (UNESC). Estuda Saúde Mental e Redução de Danos

Para tal, procedeu-se de uma revisão bibliográfica no intuito de recapitular o conceito da reforma psiquiátrica face ao saber médico exercido anteriormente e demonstrar as alterações advindas dessa mudança paradigmática, assim como as implicações desse conceito para a redução de danos.

Movimento revolucionário, a reforma psiquiátrica originou-se na Itália por volta da década de 60 e contestou fortemente o saber médico e os tratamentos dados ao louco até então, tendo como fundo mudanças nas concepções de sujeito e cuidado. Não restrita a Itália, a reforma encontrou ecos no Brasil, tornando-se uma política oficial a partir dos anos 2000 com a aprovação da Lei Antimanicomial, a nº 10.216 de 06 de abril de 2001 (AMARANTE, 2007).

Paralelamente, de maneira autônoma e organizada pela sociedade civil, a redução de danos surge por volta da década de 80 enquanto uma abordagem de saúde pública que em sua abordagem inicial tinha o intuito de mitigar os efeitos negativos do uso de substâncias psicoativas e de comportamentos de risco relacionados.

Não apenas, a redução de danos ultrapassa os contornos do uso de substâncias e aborda também a proposta da ampliação da vida, enfatizando a importância das relações sociais e comunitárias na promoção da saúde mental. Propõe a criação de redes de cuidado e apoio, envolvendo não apenas profissionais de saúde, mas também familiares, amigos e membros da comunidade, construindo vínculos de confiança e solidariedade, estimulando a participação ativa das pessoas no cuidado de si mesmas e dos outros (LANCETTI, 2016).

Principalmente tendo em vista os desdobramentos do movimento da redução de danos, observa-se uma mudança paradigmática comum tanto à RD quanto a reforma psiquiátrica a partir da noção de cuidado. A compreensão do sujeito desinstitucionalizado, não fechado a instituições e políticas formais, constitui cerne principiológico que orientam as abordagens, assim como uma noção positiva de cuidado que busca ampliar a vida e multiplicar as práticas possíveis, ao contrário das estratégias disciplinares que se centravam no encarceramento de sujeitos.

A metodologia adotada consistiu em revisão bibliográfica sobre o tema, a partir de método investigativo indutivo, em razão da pertinência e relevância contemporânea de ambos os temas que continuam discutidos e contestados pela sociedade,

principalmente tendo em vista a ascensão de políticas conservadoras que buscam orientar as estratégias no campo da saúde mental coletiva no que se refere ao uso de álcool e outras drogas, de maneira retrógrada e conservadora, mostrando-se urgente o resgate e a reflexão sobre conceitos decisivos que não estão estanques no tempo.

1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LOUCURA

A forma com que a loucura é entendida tem sido modificada de acordo com a percepção social de cada época. Ao longo da história, “não se “encontrou” um portador de distúrbios mentais e se o descobriu como tal, mas se criaram a loucura e o louco” (PROVIDELLO; YASUI, 2013, p. 1517).

No período chamado de Renascença europeia (séculos XV-XVIII), os ditos loucos estavam presentes no meio social e eram vistos como os que falavam a verdade e traziam revelações, neste sentido, aceitos no contexto social. Entretanto, cronologicamente ainda no Renascimento, mas inaugurando o que Foucault denomina Idade Clássica, inicia-se uma ruptura nessa visão: o “louco” então, juntamente a outros “indesejáveis”, passa a ser isolado do mundo.

Como marco do isolamento recupera-se a fundação do primeiro Hospital Geral, em 1656, na França, criado inicialmente para acolher e alimentar os pobres que buscavam ajuda ou eram encaminhados pelas autoridades, objetivando zelar pela boa conduta destes indivíduos e garantir o controle e a ordem da sociedade (FOUCAULT, 1978). Apesar de, em teoria, o Hospital Geral ter sido criado para “acolher”, na prática pode ser definido como uma instituição semi jurídica, que junto da igreja e da monarquia, decide, julga e executa (FOUCAULT, 1978).

O hospital geral não apresenta finalidade médica, mas se destina ao estabelecimento de ordem e controle social dos indivíduos. Seria “recolher” das ruas todos aqueles que “sobravam” na sociedade que se modificava no contexto do gérmen do capitalismo. Neste contexto, o trabalho era visto como redentor moral, sendo os Hospitais Gerais instituições de trabalho forçado.

Esse espaço indistinto no qual eram depositados todos os indivíduos desviantes tornou-se uma das primeiras instituições a comporem um sistema de correções e disciplinamento em direção aos trabalhos. A políticas de caridade foram sendo

desestimuladas, a vadiagem, considerada crime, e uma cisão nos hospitais gerais passou a segregar aqueles capazes de trabalhar e os incapazes de trabalhar, sendo os primeiros encaminhados as *workhouses* (MELOSSI; PAVARINI, 2006).

Categoricamente, eram enclausurados todos os considerados como não estando de acordo com a moral estabelecida, sendo estes: portadores de doenças venéreas, libertinos, blasfemadores, suicidas, pobres, “loucos”, entre outros, não aceitos pelos valores da igreja e os improdutivos na nova ordem social (FOUCAULT, 1978; PROVIDELLO; YASUI, 2013).

Alguns relatos descrevendo as razões das clausuras no século XVIII

Mathurin Milan, posto no hospital de Charenton no dia 31 de agosto de 1707: ‘Sua loucura sempre foi a de se esconder de sua família, de levar uma vida obscura no campo, de ter processos, de emprestar com usura e afundo perdido, de vaguear seu pobre espírito por estradas desconhecidas, e de se acreditar capaz das maiores ocupações’. Jean Antoine Touzard, posto no Chateau de Bicêtre no dia 21 de abril de 1701: Recoleta apóstata, sedicioso capaz dos maiores crimes, sodomista, ateu, se é que se pode sê-lo; um verdadeiro monstro de abominação que seria menos inconveniente sufocar do que deixar livre. Abatido sob o peso da mais excessiva dor, Duchesne, funcionário subalterno, ousa, com uma humilde e respeitosa confiança, lançar-se aos pés de Vossa Majestade para implorar sua justiça contra a mais malvada de todas as mulheres... ‘Que esperança não deve conceber o desventurado que, encontrando-se em estado miserável, recorre hoje à Vossa Majestade depois de haver esgotado todas as vias de doçura, admoestações e deferência para reconduzir a seu dever uma mulher despojada de qualquer sentimento de religião, de honra, de probidade e mesmo de humanidade? Tal é, Sire, o estado do infeliz, que ousa fazer ressoar sua queixosa voz nas orelhas de Vossa Majestade’ (FOUCAULT, 2006a, p. 203).

Os dispositivos de clausura buscando capturar os anormais e desviantes, vão se formando aos poucos e com suas características mais específicas: hospitais e prisões. Chamadas de instituições disciplinares, fazem parte da teoria a qual Michel Foucault, dentre outros, cunhou como sociedade disciplinar, dispositivos que buscam normalizar o sujeito, adequando as normas sociais e ao trabalho.

Nesse sistema, os desviantes separados entre capazes de trabalho e os incapazes, eram capturados por instituições capazes de exercer poder sobre eles, entretanto, ao melhor delimitar uma separação entre hospital e prisão, cada uma dessas instituições passou a exigir um determinado saber que a justificasse a tornasse possível.

Deste modo enquanto o crime passou a ser objeto de saber da criminologia, a loucura passou a ser objeto de saber da psiquiatria. A psiquiatria surge como esse saber

médico, vinculado ao hospital e ao sujeito médico capaz de produzir a verdade de seu saber, diagnosticar, investigar e evocar a verdade do saber, enunciar e classificar a loucura.

Ora, essa exaltação se produz numa época em que o poder médico encontra suas garantias e suas justificações nos privilégios do conhecimento: o médico é competente, o médico conhece as doenças e os doentes, detém um saber científico que é do mesmo tipo do saber químico ou biológico, e é o que o autoriza agora a intervir e a decidir (FOUCAULT, 2006b, p. 462)

A partir do século XVIII, com a formação da Psiquiatria, os psiquiatras passaram a tratar a “loucura” como uma questão médica, e não mais como uma questão puramente social e moral. Neste sentido, separa-se os ditos loucos do confinamento com toda aquela população considerada “sem moral” ou improdutiva, e passa a existir então o isolamento social destes dentro dos antigos hospitais gerais, agora hospitais psiquiátricos.

Todos os demais tipos de confinados passam a ser libertos, colocados à disposição como mão de obra, ou vão para outras instituições, como hospitais e orfanatos. Permanecem ali aqueles que não possuem condições de trabalhar, seja por uma incapacidade, ou por periculosidade (FOUCAULT, 1978). Assim o estabelecimento dos hospitais psiquiátricos agora sustentados pelo saber médico, adotou principalmente o isolamento como método de tratamento, tendo como Pinel um dos percussores do modelo da psiquiatria moderna.

Apesar do pouco sucesso obtido com as práticas nos hospitais psiquiátricos, assim permaneceram os tratamentos até o fim da Segunda Guerra Mundial, quando, após os conflitos, houve certa reflexão e mobilização social acerca de solidariedade e condições de vida. Não apenas pouco sucesso, mas na verdade espaços de violência sistemática, abuso de autoridade e exercício de poder disciplinar, como consta na história brasileira o caso conhecido como Holocausto Brasileiro (ARBEX, 2013).

Obrigados a andarem nus, a defecarem no chão em que dormiam e a enterrar seus próprios mortos, os internos eram enviados ao hospital literalmente para morrer., pacientes, que muitas vezes eram internados sem critério, fizeram parte dos mais de 60 mil mortos no maior hospital psiquiátrico do Brasil (ARBEX, 2013). Em razão da ineficácia do modelo do hospital psiquiátrico, assim como as atrocidades cometidas em nome dos

tratamentos, surgem de maneira contestatória os processos de reforma psiquiátrica que buscavam questionar e alterar os dois elementos fundamentais aquele exercício de poder, a saber, o saber médico e a internação em instituições.

Tem-se então o início do processo da Reforma Psiquiátrica, no intuito de produzir estratégias de cuidado não institucionalizadas e que não reproduzissem violência. A atuação de Franco Basaglia na Itália foi um marco para a Reforma, suas ações e a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos foram guiadas pelo princípio da desinstitucionalização, que visava a redução de ingressos nos hospitais psiquiátricos, a redução do tempo de permanência ou ainda a alta hospitalar, envolvendo, além dos pacientes, profissionais, familiares e a comunidade, buscando restabelecer a cidadania e o papel social dos sujeitos com sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007).

Destaca-se que a desinstitucionalização é muito mais do que a desospitalização, porque requer não apenas a negação dos hospitais psiquiátricos, mas a mudança de racionalidade no tratamento, o que requer a mudança de concepção do sofrimento psíquico e do sofridor, baseada num olhar integral de ser humano (AMARANTE, 2007).

As ações de Basaglia influenciaram as primeiras manifestações antimanicomiais no Brasil, que ocorreram por volta de 1970 e foram impulsionadas pela Reforma Sanitária no país. O movimento pela reforma sanitária surgiu por volta de 1960, ganhando força e alcance nacional em meio à ditadura militar³ (1970).

Neste contexto, os problemas de saúde pública no Brasil passam a ser discutidos. Dentre as questões pautadas, destaca-se a vinculação obrigatória entre as ações de saúde àqueles que possuíam vínculo empregatício, portanto, as ações tinham baixa cobertura; a existência de múltiplos sistemas de saúde nas esferas do governo (federal, estadual e municipal); a falta de articulação entre os serviços, além dos aumentos dos gastos públicos com a participação do setor privado na prestação de serviços na área da saúde.

³ A Reforma Sanitária foi um movimento que ocorreu para reivindicação da ampliação do acesso a saúde pela população defendendo a saúde como um direito de todos independente do vínculo empregatício, melhores condições de trabalho para os profissionais. A Reforma Psiquiátrica surge também a partir do movimento de profissionais, porém no intuito de produzir estratégias de cuidado não institucionalizadas e que não reproduzissem violência com pessoas em sofrimento psíquico. Ressalta-se que são movimentos diferentes, mas que aconteceram de maneira conjunta e com princípios alinhados (AMARANTE, 2007).

O objetivo das discussões pautadas era reivindicar o direito à saúde, tendo como base as experiências das secretarias de saúde e as universidades. Neste período, eram crescentes os debates acerca da medicina preventiva, dos aspectos sociais e coletivos relacionados à saúde e houve fortalecimento da produção científica (AMARANTE, 2007; GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

O primeiro hospital psiquiátrico do Brasil é o Hospício Pedro II, fundado em 1852 no Rio de Janeiro. Apesar de já em seu nascimento ser um hospital psiquiátrico, a população ali internada consistia nos mesmos tipos variados dos hospitais gerais europeus, agora devidamente identificados com alguma patologia mental, o que escondia os mesmos critérios morais dos confinamentos europeus dos séculos XVII e XVIII.

A maior conquista do movimento sanitário foi em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se deu a ideia de criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, presente na constituição federal promulgada em 1988 e promulgada em lei específica em 1990 (Lei 8.080/90) (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Com a nova constituição, consolidaram-se definitivamente a noção de saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e a organização do sistema de saúde fundamentado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e controle social (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p. 88).

No campo da Reforma Psiquiátrica, uma das principais contribuições é o princípio de “derrubada dos manicômios”. Esta expressão não diz respeito a demolir os hospitais psiquiátricos enquanto estruturas físicas (não necessariamente), mas de modificar uma lógica de pensamento que nos leva a querer controlar o outro, regular suas necessidades, desejos. Isso ultrapassa os limites físicos das instituições, estando presente em toda a sociedade e, principalmente, na atuação dos profissionais. Consiste na desinstitucionalização e não na desospitalização, apontado anteriormente.

O primeiro passo da desinstitucionalização está em modificar a compreensão “problema-solução” predominante nos serviços de saúde mental por influência do modelo de saúde biomédico, “[...] na relação que liga o problema à solução é a solução que formula o problema, no sentido de que é ela que lhe dá nome e forma.” (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 28).

Neste sentido, nos princípios da RP não se pretende focar na etiologia da doença, mas intervir com foco no cuidado e transformação do sofrimento apresentado. “A ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’, mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’” (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30).

A mudança deste paradigma altera completamente a compreensão sobre o sujeito e seu sofrimento, principalmente para os profissionais atuantes na área, demandando a humanização do atendimento e novas estratégias de cuidado de acordo com estes princípios (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Desconstruir o manicômio demanda transformações, faz parte deste processo

[...] eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 32-33).

As inquietações resultantes do movimento da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária no Brasil geraram reflexões acerca da abordagem com os sujeitos até então excluídos da sociedade. Como apontado anteriormente, os indivíduos institucionalizados, tidos como “loucos”, eram todos os transgressores morais de acordo com a época. A partir dos movimentos de Reformas e mudanças que ocorreram a partir destes, mudaram-se as formas de cuidado com os portadores de sofrimento psíquico, inclusive os decorrentes do uso de álcool e outras drogas, trazendo para o cuidar um olhar distanciados da moralidade (CONTE *et al.* 2004).

A abordagem a pessoas com sofrimentos psíquicos decorrentes do uso de álcool e outras drogas⁴ na Saúde Pública acompanhou os avanços da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica; neste sentido, o reconhecimento do “louco” como cidadão representou o mesmo para os usuários de substância, seguindo a lógica de que a

⁴ Destaca-se a perspectiva a partir das problematizações do campo da saúde mental, entretanto não restritas a tal. Do ponto de vista do direito, apesar do uso de drogas ser algo que sempre esteve presente na história da humanidade, passa a ser problematizado no século XIX com a guerra do ópio (VALOIS, 2016), e movimentos subsequentes que estigmatizaram seguimentos da população, na qual se inserem também os associados aos sujeitos que fazem uso de álcool e/ou outras drogas. Nesse sentido, o estigma que carrega o usuário de substâncias consideradas criminalizadas é comum a ambos os campos.

institucionalização do sujeito não se relaciona diretamente com sua “loucura”, mas sim com o que se considera desviante e subversivo à moral predominante no momento histórico da sociedade.

Com a nova abordagem, entram em debate questões fundamentais, anteriormente ignoradas, referentes a estes sujeitos, trazendo para debate não somente os direitos, mas a autonomia e as responsabilidades envolvidas neste processo. Conte *et al.* (2004, p. 61, *sic*) apontam questões

[...] como responsabilidade individual; responsabilidade penal; liberdade de escolha; descriminalização; diversificação das modalidades de atendimento, objetivos e direção dos tratamentos; qualificação na interface da saúde e da lei e dispositivos de saúde sócio culturais (esporte, lazer, cultura, trabalho), no compasso com os princípios e as diretrizes do SUS.

Neste cenário, passa a existir um cuidado para com o portador do sofrimento psíquico não baseado na institucionalização, mas sim no fortalecimento de vínculos e potencialização das relações. “Na abordagem do sofrimento psíquico, trata-se de entrar no mundo dos afetos com cada usuário tentando descobrir possibilidades e potencialidades, novas maneiras de relacionar-se e viver.” (CONTE *et al.* 2004, p. 61).

2 CUIDADO A PARTIR DA REDUÇÃO DE DANOS

No campo da Saúde Pública, os avanços para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas se deram por conta da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. O Movimento Sanitário foi importante para a estruturação do sistema de saúde, criou a noção de atenção à saúde e estruturou três níveis para ela: primária, secundária e terciária (NICODEMOS; ELIA, 2016).

Como alternativa as institucionalizações do modelo psiquiátrico anterior, a atenção primária, ou atenção básica, é o primeiro nível, se caracteriza por ações de promoção e prevenção em saúde, realiza procedimentos mais simples e que atendem a maioria da população, tendo como base a “saúde da família”. Já a atenção secundária engloba questões de média complexidade, com atendimentos especializados e que prestam apoio a um diagnóstico e à urgência e emergência. O último nível, atenção

terciária, é de alta complexidade e envolve tratamentos para doenças crônicas, transplantes e outros procedimentos cirúrgicos complexos.

A criação do SUS também incorporou à saúde a noção de território; a territorialização organiza e divide os serviços de acordo com a população e o território que esta ocupa. “O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população” (GONDIM *et al.* 2008, p. 238).

A Reforma Psiquiátrica criou a Atenção Psicossocial, uma nova modalidade de atendimento. Utiliza-se aqui o termo modalidade porque não há um encaixe para ela em um nível ou outro de atenção em saúde. Nicodemos e Elia (2016) apontam que este é o objetivo, pois a “loucura” ultrapassa os limites da medicina e a atenção psicossocial, em seu princípio, não se restringe somente ao cuidado em saúde, realizando agenciamento com os demais setores do território. Desta forma, não há como sanitizar demais a saúde mental.

Dentro desta compreensão, a atenção psicossocial está presente (ou deveria estar) em todos os níveis e, conseqüentemente, nos serviços, e não somente nos que prestam cuidados específicos à saúde mental. Pois essa compreensão do sujeito como alguém inserido em um meio e com uma vida muito além de sua demanda no serviço de saúde deve prevalecer não somente nos serviços específicos de saúde mental e no cuidado de quem faz uso de álcool e/ou outras drogas: “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” (SANTOS; YASUI, 2016 p. 79).

Sendo assim, o ideal seria que todos os serviços da rede de saúde trabalhassem com atenção psicossocial e soubessem articular estratégias de cuidado básicas para prestar atendimento a quem faz uso de álcool e/ou outras drogas, tendo em vista que nem sempre a localidade irá ter um serviço especializado. Para além disso, é necessário ampliar a ótica sobre a compreensão do que são estratégias de cuidado. Lancetti (2016) aponta que um “tratamento” que busca interromper o uso, visando abstinência, por meio

da medicalização ou do isolamento social, por vezes acaba não promovendo modificações efetivas na realidade do sujeito que faz uso.

Neste sentido, tratando-se do cuidado com quem faz uso de álcool e outras drogas, as propostas que são amplamente divulgadas são estratégias (nem sempre voltadas para o cuidado) que visam a abstinência do uso em grande parte por meio do isolamento social. Nesta perspectiva, não há uma compreensão sobre a relação com o uso, apenas se busca evitá-lo, afinal, não importam outros prejuízos quando se consegue o principal, que é ficar abstinente.

Para além dos exemplos mais comuns como as Comunidades Terapêuticas, ou outras alternativas de enclausuramento, Lancetti (2016) cita o grupo de alcoólicos anônimos e sua famosa frase “Se você quer beber, o problema é seu, se você quer parar de beber, o problema é nosso” para evidenciar o quanto o uso de substâncias acaba sendo um fator excludente, e que as frases populares e “motivacionais” associadas à temática acabam por ser um incentivo ao retorno do uso. Afinal, a busca pela aceitação e a sensação de pertencimento de um grupo leva à aproximação com outras pessoas que fazem uso.

Em contraponto a estas estratégias, que mais se trata de um cuidado com a substância do que com o indivíduo, Lancetti (2016, p. 67) traz que

[...] não se trabalha só em cima do produto químico, partindo-se da idéia de que a droga não é a causa, mas sim efeito, porque senão todo mundo que entrasse em contato com as drogas, viraria drogado, o que sabemos que não ocorre. A grande maioria da população brasileira tem contato com as drogas, mas só uma minoria é dependente.

Nesta busca de um cuidado com foco no sujeito e não na substância ou no uso, surge a Redução de Danos, que transcende a redução de danos físicos e a substituição de objetos utilizados para o uso. Por meio dela, busca-se expandir os horizontes de cuidado com quem faz uso de álcool e/ou outras drogas, mas mais do que isso, é a construção de alternativas para ampliação de vida e prazeres.

A Redução de Danos (RD) pode ser entendida (também) como um conjunto de estratégias de cuidado, mas mais do que isso, é uma forma de perceber o sujeito, a droga e as relações. É difícil definir a Redução de Danos sem limitá-la. O Conselho Federal de

Psicologia (Nova..., 2019) a define, em síntese, como uma proposta que “[...] busca promover ações para minimizar qualquer dano de natureza biológica, psicossocial e econômica das(os) usuárias(os) de substâncias psicoativas, sem condicionar o fato à abstinência”.

Tomaremos como base as proposições acerca do tema apresentadas por Petuco (2014) e Lancetti (2006), para quem a redução de danos

[...] propõe não apenas a escuta das vozes interditas, como a ampliação das práticas e da população assistida. Afinal, quando nos restringimos à abstinência, anulamos a possibilidade de promoção de saúde para pessoas que não conseguem ou não desejam tal objetivo. Além disto, a ampliação do foco permite atender demandas para além dos problemas relacionados diretamente ao uso de drogas em si mesmo (PETUCO, 2014, p. 143).

A Redução de Danos (RD) é uma política e uma prática de saúde pública definida como uma série de procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas. [...] Como política, é frontalmente divergente da política predominante de combate às drogas, fundamentada na criminalização, com o objetivo de eliminá-las (LANCETTI, 2016, p. 77).

Lancetti (2016) afirma ainda que, apesar de parecer simplista em sua proposta, a RD não é somente uma redução de danos, mas sim uma ampliação da vida. Antes de nos aprofundarmos neste termo é importante entender em que cenário se desenvolveram as primeiras ações de Redução de Danos conhecidas na história.

A primeira aparição da RD se deu na Inglaterra, por volta de 1924, elaborando os impactos decorrentes da 1ª Guerra Mundial. Houve um aumento do uso problemático de morfina e heroína devido à interrupção bruta do consumo de opióides, principalmente com os homens que retornaram para suas casas. Neste contexto, visando amenizar as crises de abstinência por opióides, foi realizada uma experiência da administração de pequenas doses de morfina e heroína para estes sujeitos. A substituição foi a primeira “técnica” de RD utilizada, e abriu portas para outras a partir desta (PETUCO, 2014).

Posteriormente, na década de 1980 em Amsterdã, na Holanda, uma farmácia local decidiu interromper a venda de apetrechos de injeção para usuários de drogas com medo de uma possível epidemia de Hepatite B. Havia neste momento, medo dos funcionários de vender e estar em contato com sujeitos que faziam uso, mas também de

ambos em contrair a doença. Em meio a isto, uma associação de ex-usuários começou a promover a distribuição livre de seringas para essa população (PETUCO, 2014).

O terceiro movimento aconteceu na cidade de Santos, no Brasil, no final da década de 1980, como estratégia de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis. Entretanto, a proposta de substituição de seringas não foi bem recebida na cidade, e foi amplamente criticada nos veículos de mídia influenciados pelas autoridades conservadoras locais, tornando a prática clandestina. Essa intransigência fez com que a implementação da RD em todo o país acontecesse de forma legalizada somente seis anos depois, quando a iniciativa veio do Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas (CETAD), serviço de extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Em 1995 o CETAD realizou a primeira ação de trocas de seringas legalizadas, e posteriormente, para além da substituição, a RD também se tornou alternativa a outros tratamentos embasados na lógica da abstinência, sendo então adotada como estratégia de produção de saúde (PASSOS; SOUZA, 2011; PETUCO, 2014).

Ainda que legalizada, a adoção da redução de danos como método de cuidado em saúde enfrentou diversas dificuldades, pois é uma estratégia de cuidado que contraria percepções historicamente construídas sobre os usuários de drogas, enxergando-os não mais dentro de estereótipos marginalizados, mas sim como cidadãos de direitos e com atuação política. Neste sentido, a Redução de Danos enfrenta resistências, entre as quais podemos citar o saber médico (psiquiátrico) e o judiciário, que visam patologizar ou encarcerar parcelas muito específicas da população que fazem uso de drogas.

É dentro deste jogo de poder que o usuário de drogas ora se vê perante o poder da criminologia, ora diante do poder da psiquiatria; ora encarcerado na prisão, ora internado no hospício. [...] O poder disciplinar opera por meio da normalização das condutas desviantes, em que o saber médico e o criminológico privilegiam como objeto de intervenção o criminoso, o louco, o delinquente, o “drogado” (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 157).

Agrega-se a estas duas instâncias de poder a moral cristã, que até hoje, por meio das Comunidades Terapêuticas, se manifesta também em instituições disciplinares, mas não somente, já que acaba influenciando toda a sociedade e outras autoridades (PASSOS; SOUZA, 2011).

Como já foi dito, estes “três poderes” compõem a tríade que institui e reforça o paradigma da abstinência: a psiquiatria, buscando medicar a doença; a justiça, punir o criminoso e a moral cristã, associar o prazer ao mal. O poder desta “tríade” na sociedade, para além das instituições, é bastante influente e tem sido o principal obstáculo no cuidado com quem faz uso de álcool e/ou outras drogas e na propagação da Redução de Danos.

Embora seja comum que o prazer no uso seja desconsiderado quando se fala em sujeitos que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, principalmente no campo do cuidado, é objeto histórico de intervenção do poder das instâncias religiosas. É anterior à própria disciplina, fundamentando esta problemática moral em uma conduta cristã com relação aos “prazeres da carne”.

O cristianismo tem associado o prazer ao mal, pecado e morte, trazendo a confissão e a punição aos que se permitiam isso de alguma forma. Neste sentido, o valor moral cristão foi e tem sido associado à abstinência, à castidade e à virgindade, estabelecendo o pecado antes de qualquer tratamento (FOUCAULT, 1994; PASSOS; SOUZA, 2011).

Mesmo com a predominância do paradigma da abstinência, a RD conseguiu construir seu espaço. Praticamente em seguida à primeira ação realizada de maneira legal, foi criada, em 1996, a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), com o objetivo de capacitar redutores de danos.

Foram mobilizados também os usuários para que se organizassem politicamente, estimulando sua autonomia e protagonismo social. A ABORDA estimulou a criação de diversas Organizações Não Governamentais (ONG's), estabelecendo uma rede nacional de redutores de danos, que possibilitou a inserção das minorias, aumentando seu poder e levando a redução de danos para uma nova escala.

Nestes espaços “[...] os usuários de drogas participam como agentes políticos colaboradores na produção de redes de cuidado e de comunicação, criando uma mobilização coletiva, uma gestão do comum” (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 160). Para os autores, esse envolvimento dos usuários, em muitos casos, leva à redução ou abandono do uso de substâncias, já que o indivíduo passa a ser acolhido e ter ocupações com outras práticas.

A Política Nacional de Redução de Danos se manteve ativa até abril de 2019, quando o Governo Federal aprovou a lei 13.840/2019, - ainda em vigor - que traz de volta estratégias manicomiais, favorecendo as internações em hospitais psiquiátricos. Verifica-se, neste sentido, um retrocesso em relação à proposta antimanicomial, pois propõe maior flexibilidade nos processos de internação, priorizando as comunidades terapêuticas. Neste caso, aumenta-se os recursos destinados a estas instituições, que não possuem fiscalização ou regulamentação, gerando ainda mais questionamentos sobre o tratamento que é realizado (CFP, 2019). Além disso, a lei de 2019 afirma que “[...] as políticas públicas devem ter centralidade na internação involuntária, aumentando o financiamento e inclusive flexibilizando a mesma para qualquer profissional da saúde e sem autorização da família” (PINHO, 2019).

Assim sendo, é perceptível que o cenário nunca foi favorável ao desenvolvimento e predominância de ações pautadas na Redução de Danos, o que, conseqüentemente, acaba por se refletir na formação e atuação dos profissionais. Desta forma, criam-se serviços com princípios antimanicomiais, mas as práticas permanecem as mesmas, influenciadas pela tríade do paradigma da abstinência.

Esse método é complexo e necessita de maior envolvimento dos profissionais, pois apesar dos serviços funcionarem em rede, não há um fluxo de trabalho específico, ou estratégias de cuidado que sejam padrão, se constrói junto com o sujeito, pois ele é considerado protagonista neste processo e deve participar de forma ativa, ou não, se for de sua escolha.

A compreensão proposta pela Reforma Psiquiátrica propõe que não se defina qualquer intervenção de maneira imposta, assim como o sucesso de uma estratégia de cuidado não se baseia no tempo de abstinência. Prioriza-se os vínculos e a minimização dos efeitos danosos do uso, podendo ou não ter foco em cessar o mesmo, de acordo com o desejo do sujeito (CONTE *et al.* 2004).

Nesta concepção, encontram-se alinhados os princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos, buscando uma compreensão acerca do processo saúde-doença-cuidado que ultrapasse a concepção biomédica e enxergue os processos sociais envolvidos, valorizando as possibilidades de cada ser e as viabilizando a partir de suas vulnerabilidades (CONTE *et al.* 2004).

3 CONCLUSÃO

As mudanças históricas na compreensão da “loucura” e das pessoas que apresentam algum sofrimento psíquico, independentemente de sua origem, levou ao surgimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica. A Reforma tem como intuito de desinstitucionalizar o cuidado em saúde mental e produzir estratégias de cuidado que respeitem a autonomia do sujeito e não reproduzam violências.

No Brasil, este movimento se entrelaça ao da Reforma Sanitária, que aconteceu visando melhores condições de saúde para a população e os trabalhadores em saúde. Como resultado desta movimentação, a saúde passou a ser um direito assegurado pelo Estado, foi criado o SUS, regulamentado pela Lei 8.080, e pouco tempo depois, com a Lei 10.216, passa a ser assegurado também o cuidado em saúde mental alinhado a Reforma Psiquiátrica.

Já por sua vez, o cuidado com sujeitos que fazem uso de álcool e/ou outras drogas sempre esteve inserido dentro dos cuidados em Saúde Mental, e as políticas públicas existentes atualmente neste campo se relacionam diretamente com a compreensão que se tem acerca desta temática no decorrer da história. Nesse sentido, o modelo biomédico, ainda focado nas práticas disciplinares do século XX, centrado nas práticas psiquiátricas enclausuradoras e medicalizantes, ainda predomina nas instituições no campo da saúde.

Desse cenário complexo surge a redução de danos como estratégia, alinhada com a o proposto pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial, objetiva o cuidado em liberdade, fora das instituições e com noção de cuidado que considera o sujeito a partir de suas potencialidades sem resumi-lo a uma única condição, não tomando suas atitudes no campo do normal/anormal que deve ser segregado. Assim, apesar de trajetórias distintas, tem como fundo conceitual diversos elementos que aproximam a Reforma Psiquiátrica da Redução de Danos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 123 p.

NOVA lei sobre drogas amplia internação involuntária e deverá prejudicar pessoas em situação de vulnerabilidade social. **CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA** (Notícias), 8 jun. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/nova-lei-sobre-drogas-amplia-internacao-involuntaria-e-devera-prejudicar-pessoas-em-situacao-de-vulnerabilidade-social/>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/ Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: CFP, 2013. 88p.

CONTE, Marta et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 59-76, jan./jun. 2004. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_513_reducao_danos_ab.pdf.

FOUCAULT, Michel. “A vida dos homens infames”. *In: Ditos e escritos*, v. 4. Trad. Vera Lucia Avelar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2006a.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura: na Idade Clássica**. 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978. 608 p.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade II: O uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1994

FOUCAULT, Michel. **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins fontes, 2006b.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Território, ambiente e saúde. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, p. 237-255, 2008. Disponível em: https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/o_territorio_da_saude_a_organizacao.pdf.

GRANGEIRO, Alexandre; SILVA, Lindinalva Laurindo da; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Panam Salud Publica**. v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n1/87-94/pt>.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2016.

MELOSSI, Dario. PAVARINI, Massimo. **Cárcere e a Fábrica: as origens do sistema penitenciário (séculos XVI-XIX)**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

NICODEMOS, Julio Cesar; ELIA, Luciano. Análise crítica das políticas públicas brasileiras de saúde mental em uma perspectiva histórica. *In: SOUZA, Ândrea Cardoso de. et al. Entre Pedras e Fissuras: A construção da atenção psicossocial de usuário de drogas no Brasil*. São Paulo: Hucitec. 2016

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paulo. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia &**

Sociedade; v. 23, n. 1. p. 154-162, 2011. Disponível em:
<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/583>.

PINHO, Leonardo. Nova Lei de Drogas e seus vetos: Indústria de leitos privados e menos transparência. **Conselho Federal de Psicologia (Notícias)**, 7 jun. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/nova-lei-de-drogas-e-seus-vetos-industria-de-leitos-privados-e-menos-transparencia/>.

PROVIDELLO, Guilherme Gonzaga Duarte; YASUI, Silvio. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, p. 1515-1529, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/109573>.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001

SANTOS, Clayton Ezequiel dos Santos; YASUI, Silvio. Muito além do Caps AD: o cuidado no território e na vida. *In*: SOUZA, Ândrea Cardoso de. et al. **Entre Pedras e Fissuras**: A construção da atenção psicossocial de usuário de drogas no Brasil. São Paulo: Hucitec. 2016.

VALOIS, Luís Carlos. **O direito penal da guerra às drogas**. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2016.