

## Rebeca Litvin<sup>20</sup>

Primeiramente, boa tarde a todos. Gostaria de me apresentar a vocês e dizer algo sobre minha atuação como psicóloga clínica e sobre meu trabalho como servidora pública da saúde junto a usuários de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Básica à Saúde em Porto Alegre. Fui coordenadora de Saúde Mental da região metropolitana de Porto Alegre, de 2001 a 2003. Em 2004, fui integrante da Equipe de Coordenação da Política de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, na quarta gestão petista da capital gaúcha. Atualmente, também atuo na área de formação, integrando a coordenação e preceptoria da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Peço desculpas por ser redundante à fala dos que me precederam, pois, igualmente, sinto-me muito feliz de estar aqui hoje, com esse povo todo presente para discutirmos sobre o tema. Isso me faz pensar sobre a luta, quase solitária, empreendida ao longo de décadas, na seara da dependência química. Inclusive no Conselho Federal de Psicologia, como conselheira da XII Plenária, onde começamos a discutir essa questão, por meio da polêmica medida judicial que instituía a Justiça Terapêutica – tratamento compulsório imposto pela justiça ao usuário de drogas envolvido com a lei. Naquela época, éramos tipo o sambinha de uma nota só, ou seja, poucos se interessavam por esse tema. Hoje vejo esse povo todo, representando o Sistema Conselhos, muito engajado, querendo discutir, conversar e trocar experiências.

Algo que me deixa também muito feliz é a presença de um representante da Senad. Até bem pouco tempo, a Senad era vista apenas como órgão repressor e controlador, pouco interessado em estabelecer um diálogo com os profissionais da área e com a sociedade. Portanto, a Senad presente aqui conosco hoje representa um grande avanço, apesar de termos ainda um longo caminho a percorrer.

Eu vou iniciar minha fala trazendo um pouco da minha trajetória, da minha experiência com a clínica da dependência química, que perfaz mais de duas décadas. E quero deixar claro: não sou velha! Sou

---

20 Psicóloga, integrante da coordenação da RIS – Saúde Mental Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

uma pessoa que é jovem há muito tempo, como diz um amigo. Trato dessa questão desde 1983.

Entrei nessa via meio distraída, assim meio desviada. Estava no segundo ano da faculdade de Psicologia e precisava realizar meu primeiro estágio curricular que era de psicopatologia. Queria realizá-lo no verão, no período de férias, e o único estágio que se apresentava como possibilidade era em uma clínica particular para tratamento de dependentes químicos. Quando lá cheguei, fui advertida pelos supervisores locais, em sua maioria médicos psiquiatras, mais ou menos nesses termos: "Não estabeleça com os pacientes nenhum tipo de relação, não converse, não toque e nem conte da sua vida para qualquer um deles e tampouco pergunte a eles sobre suas vidas".

À época esses pacientes eram "os viciados", no sentido mais pejorativo do termo — pois vistos como psicopatas, manipuladores que iriam se utilizar do afeto, da sedução para enganar, para enredar os estagiários em sua constante tentativa de fuga da clínica. Vale aqui fazer um parêntese, a clínica se utilizava de um sistema de segurança tipo o de segurança máxima utilizada em presídios para criminosos altamente perigosos. Eram inúmeros os cadeados, as portas de ferro, a revista de todos os funcionários e estagiários, na entrada e na saída. Os internos ficavam confinados a um espaço restrito, sem qualquer possibilidade de contato com o mundo externo.

Entrei na "arena", com aquele monte de "psicopatas" e lá pelas tantas fui descobrindo que aqueles "psicopatas" eram jovens, em sua maioria, que estavam ali há meses, sem contato com ninguém de fora, nem com seus próprios familiares.

Lembro especialmente de um menino de dezoito ou dezenove anos, de São Luiz do Maranhão, que foi pego pelo pai fumando um "baseado" (cigarro de maconha), e foi amarrado em uma camisa de força, completamente sedado e mandado de avião, sob forte aparato de segurança, de São Luiz do Maranhão para esta clínica em Porto Alegre, que era tida como uma referência no Brasil em tratamento da dependência química.

Ele chamou minha atenção, pois estava sempre isolado, com uma expressão de profunda tristeza. Quando comecei a conversar com ele, chorava de saudade de casa, saudade do Maranhão, saudade dos familiares, dos amigos e da namorada.

Aquele menino e sua história me impactou: espera aí, alguma coisa está errada aqui. À medida que fui conversando com os pacientes (apesar das advertências), inteirando-me de suas histórias de vida, das razões para estar confinados naquela clínica, bem, aquela construção do psicopata perigoso e manipulador me pareceu desconectada, completamente absurda.

Então, em uma reunião de supervisão, propus-me a fazer um trabalho diferenciado com eles. Outro parêntese: fui, durante muitos anos e ainda era à época do estágio, atriz de teatro e propus-me a trabalhar com o referencial teórico e prático que possuía; um trabalho com o corpo – expressão corporal – e com jogos dramáticos. Os supervisores ficaram horrorizados. “Corpo não! Como assim, corpo? Isso dará margem para o comportamento psicopata deles, vai gerar muita confusão e descontrole dentro da clínica”. Argumentei o contrário: de que esse tipo de atividade talvez pudesse gerar bem-estar e calma aos pacientes e que, talvez, diminuísse a necessidade de sedá-los a todo instante para se acalmarem (o que acontecia frequentemente) e de que estaria disposta a arriscar. Eles concordaram mediante a advertência de que qualquer confusão gerada eu seria desligada imediatamente do estágio, além da advertência sobre a indumentária – apesar da temperatura de quase quarenta graus em Porto Alegre no verão, tínhamos de estar, da cabeça aos pés, tapados. Aceitei as condições.

Começamos a atividade e, aos poucos, eles iam aderindo. Quando me dei conta, o espaço era pequeno porque quase todos os “psicopatas” queriam participar. E assim foi sem confusão, sem tentativas de me envolver em perigosos planos de fuga, sem tumultos.

Ao final de meu estágio, eles se reuniram em uma assembleia e solicitaram dinheiro para fazer uma festa de despedida para mim e para comprar um buquê de vinte e quatro rosas vermelhas, com um cartãozinho anexado que dizia mais ou menos assim: “Nossa eterna gratidão por nos trazer um pouco de vida, vamos sentir saudades.”

Fui para a supervisão final, colocando em questão o diagnóstico de psicopatia, argumentando que os pacientes não teriam nenhum interesse de sedução em relação a mim, pois eu estava saindo, terminando meu estágio e que, provavelmente, nunca mais me veriam na vida, e que, portanto, a lógica do diagnóstico de psicopatia que os tornava incapazes de afeto, no mínimo, deveria ser questionada.

Quando, depois de formada, iniciei minha clínica, tomada por esta questão, por esta interrogação, propus-me a estabelecer uma formação e uma prática diferenciada, a partir de um outro referencial teórico, outro paradigma de tratamento ao dependente químico.

Em 2001, iniciei minha carreira no serviço público, no âmbito da saúde, pela via da gestão. Fui coordenadora da saúde mental da região metropolitana de Porto Alegre e, naquela época, era recém-lançada a Portaria nº 336 do Ministério da Saúde, que dispunha sobre a criação dos Caps, os Centros de Atenção Psicossocial – serviços substitutivos aos manicômios, como uma das estratégias de implementação da Lei Federal de Reforma Psiquiátrica em curso no País. Como gestora, empenhei-me, juntamente com minha equipe, em implantar, assessorar e supervisionar vários desses serviços na região metropolitana, incluindo os Caps-AD – serviços substitutivos para tratamento de usuários com problemas com álcool e outras drogas, pois via na implantação desses serviços uma grande oportunidade de estabelecer formas de tratamento diferenciadas das concepções vigentes, buscando tratar o dependente químico com respeito e dignidade.

Em 2003, por razões políticas e troca de governo, solicitei uma transferência do âmbito do estado para o município de Porto Alegre, para a Secretaria Municipal de Saúde e quando lá cheguei fui convidada pela sua, então, gestora, a psicóloga Sandra Fagundes a compor a equipe de coordenação da Política de Atenção à Saúde Mental.

Com a experiência em dependência química e com o histórico de implantação de Caps, coube-me a tarefa de dar conta da questão “drogas”. “Ah! Tu lidas com drogas? Então tu tomas conta disso aí, porque ninguém quer tomar conta.” E essa é a realidade: muitos poucos trabalhadores de saúde desejam e se dispõem a trabalhar nessa área.

A demanda que chegava era impressionante e se traduzia em demanda por internação de crianças, adolescentes e adultos para tratamento ao uso indevido de drogas. E o gasto público com isso era (e, infelizmente, ainda é) uma cifra estrondosa: milhões de reais gastos com internações em clínicas privadas.

Se houvesse serviços para tratamento de casos graves, não haveria a enorme demanda para internação. Daí a necessidade de abrir um Caps-AD em Porto Alegre. Por que internar as pessoas, gastar dinheiro

público com clínicas privadas e depois não ter continuidade no tratamento, devido à inexistência de serviços era dispor de recursos públicos em vão. Empenhamo-nos, pois, na construção de uma política pública para a questão do sofrimento psíquico advindo do uso abusivo de álcool e outras drogas e conseguimos implantar o primeiro Caps-AD de Porto Alegre, que foi inaugurado dia vinte e nove de dezembro de 2004, ao final, portanto, da gestão.

Perdemos a eleição. E, novamente, assisti ao desmonte das iniciativas e das políticas estabelecidas pela gestão anterior e o serviço recém-criado – já com 32 pacientes sendo atendidos – foi tido como "trincheira dos inimigos" e fechado em duas semanas após a posse da nova gestão.

E aí? Um grande sonho ia por água abaixo: o sonho de implantar e colocar em prática uma nova concepção de clínica e atendimento para pessoas usuárias de drogas, no âmbito do SUS.

Imediatamente após, fui "exilada" para um Posto de Saúde no extremo sul de Porto Alegre, na Restinga. A Restinga é um dos bairros mais populosos de Porto Alegre, com uma população em torno de 100 mil habitantes, com um dos maiores índices de pobreza, criminalidade, tráfico e consumo de drogas (principalmente *crack*). Cheguei lá e pensei: bom, aqui tenho um campo enorme para trabalhar.

Quando eu me apresentei para a equipe do posto, disse da minha intenção de trabalhar com o usuário de álcool e outras drogas. Um silêncio geral, um constrangimento. No dia seguinte, jogaram-me no colo uma pilha de prontuários, com demanda de tratamento para diagnósticos de depressão, bipolaridade, síndrome do pânico e hiperatividade – os diagnósticos da moda. Perguntei-me: onde estaria o povo que tem problema com uso de droga? Nesse lugar, nesse espaço da cidade, com as características que mencionei anteriormente, onde estariam essas pessoas?

E, ingenuamente, achei que deveria criar um espaço para o tratamento desses usuários. Para tanto, entrei em contato com um dos redutores de danos do Programa de Redução de Danos do município – e preciso dizer que quando a gente abriu aquele Caps-AD, os redutores de danos do Programa de Redução de Porto Alegre estavam dentro do Caps, compondo sua equipe técnica. Bem, aí, eu, ingenuamente, chamei um redutor: "Vamos fazer um trabalho aqui na Restinga, no Posto de Saúde." Ao chegar no posto, o redutor se apresentou no guichê da frente, aquele

que distribuí fichas, e disse que era redutor de danos e estava buscando por mim. Aí a coisa ficou feia. A notícia se espalhou pelo posto, pois a funcionária do guichê saiu gritando pelos corredores: "Não queremos essa gente aqui dentro; aqui esses marginais não vão entrar; isso não é local de marginais, de criminosos, de viciados." E, naquele instante, morreu minha tentativa.

Bem, era ingênua mesmo. Nunca havia trabalhado, no âmbito do serviço público e do SUS, na ponta como se diz, direto com o usuário e com outros profissionais de saúde. Não havia me dado conta de que era preciso, antes de qualquer coisa, me ambientar no novo local, fazer uma avaliação das possibilidades, ir conversando com as pessoas, para, como dizia um velho político gaúcho, ir comendo o mingau pelas beiradas.

A equipe de saúde mental – que não era bem uma equipe, pois formada apenas por dois psicólogos (comigo incluída) e um psiquiatra – fazia interconsultas com as equipes das unidades básicas e dos Programas de Saúde da Família (PSFs) da região, para orientar, assessorar e discutir casos de saúde mental.

Aos poucos, fui estabelecendo, neste espaço, um trabalho de sensibilização a respeito do usuário de álcool e outras drogas, de seu sofrimento e o de seus familiares, o preconceito de que são vítimas, sobre sua marginalização e sua condição de cidadãos com direito à saúde como qualquer outro. Por meio dessa sensibilização foi possível desmistificar alguns aspectos sobre o usuário e as "drogas" em geral e conquistar, assim, um espaço para seu acolhimento e tratamento.

A partir disso, foi possível instituir um grupo terapêutico para tratamento de pessoas com sofrimento psíquico, decorrente do uso indevido de álcool e outras drogas. E, então, esse usuário passou a "existir", e os encaminhamentos dos demais profissionais e, até mesmo da funcionária do guichê, foram surgindo.

Trouxe esses relatos para ilustrar o tipo de clínica que se estabelecia para a dependência química e a visão que se tinha a respeito do usuário de álcool e outras drogas, na década de 80 e, ainda, presente no imaginário de muitos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Persiste, ainda hoje, o preconceito, a marginalização e o estigma, o tratamento higienista e moral do sujeito usuário de álcool e outras drogas, que nitidamente aparece, na clínica, em alguns segmentos e, infelizmente, em alguns Caps-AD.

Voltando à questão da clínica, acho que a Denise foi muito, muito feliz quando fala da radicalidade da clínica das dependências, sobretudo que não se trata de uma clínica asséptica, moral e moralizante. Não se trata de uma clínica cientificista, como pretende o "cientificismo neutro", classificatório, redutor e rotulador de subjetividades, sobretudo no que se refere ao saber médico e psiquiátrico. Ela é uma clínica política, que propõe um novo olhar sobre o sujeito que usa drogas e sobre o fenômeno das drogas. É uma clínica que tem a intenção de fazer brotar o sujeito que existe para além do uso de determinadas substâncias psicoativas, que se apresenta no grupo como: "eu sou fulano, sou usuário de *crack*." Mas quem é esse fulano? Usuário de *crack* é o teu sobrenome?" Esta é a provocação que faço a eles quando chegam ao grupo e se apresentam aos demais integrantes. Eles ficam assim meio desconcertados e respondem: "Não, por quê?" "Ora, tu te apresentas como fulano, usuário de *crack*, mas quem és tu, vamos saber quem é essa pessoa. Existe uma pessoa por trás disso, para além disso."

A radicalidade da clínica, a clínica política, é essa, e ela é norteadora do meu trabalho com esses grupos. O trabalho dentro da lógica da redução de danos e não da lógica ortopédica e higienista da abstinência, procurando fazer emergir o sujeito que está ali, existe ali um sujeito, um sujeito desejante, existe um sujeito que pode ter projetos de vida, que não está fadado a sucumbir ao mundo que o cerca. Porque não existiriam problemas de uso de drogas, se não existisse todo um contexto que o favorecesse, alguns poucos ganham muito à custa do sofrimento de muitos, movimentando, por ano, bilhões de dólares no tráfico de substâncias psicoativas, um dos mercados mais rentáveis do mundo.

Então, penso que hoje é possível tratar o dependente químico a partir de novos paradigmas, de novas formas de tratamento, que exclua a ação vertical, em que o terapeuta sabe e o paciente aceita esse saber de forma passiva, assujeitada, sem ser protagonista de seu próprio tratamento. Nessa clínica, o terapeuta não é aquele que fica na frente do paciente, é aquele que fica ao lado do paciente. Nesse tipo de clínica não tem lugar para essa distância e para essa passividade. As possibilidades e as potencialidades de cada sujeito devem emergir para tornar possível a construção de novos projetos

de vida, de novas formas de viver a vida. É possível também disponibilizar tratamento a esse usuário, não só em Caps-AD, mas também na rede de Atenção Básica do SUS.

Bem para terminar, aproveito a presença do Chico, como representante do Ministério da Saúde e da Coordenação de Saúde Mental, para dizer que não basta implantar Caps-AD se não tivermos um olhar crítico sobre que tipo de tratamento e qual lógica de atendimento está sendo disponibilizado ao usuário. Se nesses serviços estão sendo reproduzidas a lógica da exclusão, do preconceito, do diagnóstico generalizante de personalidade antissocial (antes psicopata), que leva ao tratamento moral e culpabilizante, da exigência da abstinência como única meta, como única condição e possibilidade de tratamento. É preciso, é necessário capacitar e formar os profissionais que atuam nesses serviços, para que haja uma efetiva transformação nos paradigmas de atendimento e tratamento.

É preciso, ainda, um trabalho de sensibilização trabalhadores de saúde como um todo para a questão das drogas. Pois há a necessidade do estabelecimento de redes de atenção, redes quentes, que se viabilizem no cotidiano das pessoas. Redes não só de saúde, mas redes intersetoriais, comunitárias e solidárias, pois que o fenômeno das drogas é complexo e multifacetado e atinge todo o tecido social.

E, por último, aproveitando a presença da Senad, dizer que é preciso revisar a política de estado proibicionista, pois geradora de todo este cenário de marginalização e estigmatização do usuário e geradora de criminalidade e morte.

Mais uma vez agradeço a oportunidade de estar aqui. Espero estar novamente com vocês conversando sobre isso. Muito obrigada.