

2. A política nacional de assistência aos usuários de álcool e outras drogas e a legislação em vigor

A sociedade e o governo brasileiros tradicionalmente vêm priorizando a repressão para o enfrentamento da questão do uso e abuso de drogas em detrimento das ações de prevenção de caráter abrangente e de planejamento adequado.

Em 1980 foram criados os primeiros órgãos para tratar da questão das drogas no país na esfera federal, estadual e municipal. Atendendo a Lei 6368/76, surgiu o Decreto nº 85.110 de 02 de setembro de 1980, que estabeleceu a criação do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEM), dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes (CONEMs) e dos Conselhos Municipais de Entorpecentes (COMENs). Todos ligados ao Ministério da Justiça e às Secretarias de Justiça dos Estados e Municípios. E substituídos posteriormente conforme nova legislação para: Conselho Nacional Anti-drogas (CONAD), Conselhos Estaduais Anti-drogas (CEADs) e Conselhos Municipais Ant-drogas (COMADs).

As intervenções eram de cunho mais repressivas e destinadas somente às drogas ilegais, em detrimento de ações preventivas e de tratamento.

Não se implementou uma política nacional de drogas. Algumas ações e estratégias foram elaboradas a fim de prioritariamente reprimir a produção, a comercialização e o consumo dessas substâncias (PEREIRA, 2001).

Em sua análise sobre o documento “Política Nacional na Questão das Drogas”, criado em 1988 pelo Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEM - Ministério da Justiça), Bucher (1992) destaca que, apesar de ter sido baseada em análises da realidade cientificamente pertinentes, essa política não conseguiu, contudo, se tornar viável na maior parte de suas propostas, e que “*as constantes mudanças do contexto político brasileiro e a substituição de pessoas-chave nas áreas da justiça, educação, saúde e previdência impediram a implantação dela*” (BUCHER, 1992:315).

Com base nisso pode-se afirmar que no Brasil até o início da década de 90 não existia nenhuma política nessa área (BUCHER, 1992).

Como recentes respostas do governo brasileiro ao crescente consumo de álcool e outras drogas se colocam as políticas públicas desenvolvidas pela Secretaria Nacional Anti-drogas (SENAD) e pelo Ministério da Saúde.

Diante do contexto anterior de profunda ausência de políticas públicas nessa área, tais formulações podem certamente representar avanços, contudo há um longo caminho a percorrer, já que as bases conceituais da proposta da SENAD estão em choque com as formulações apresentadas pelo Ministério da Saúde e ainda assim coexistem, contraditoriamente, como propostas do atual governo.

Como profissional do serviço social atuante nessa área, interessa-nos por em evidência essas contradições, equacionando-as e assim poder contribuir para possíveis ajustes mais adequados.

2.1- A Política Nacional Anti-drogas da SENAD

No ano de 1998, o então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, cria a SENAD (Secretaria Nacional Anti-drogas), vinculada à Casa Militar da Presidência da República através da Medida Provisória nº 1.669/1998 e a anuncia na 20ª Sessão Especial da Assembléia das Nações Unidas para o enfrentamento mundial da questão das drogas em 20/06/1998. Com o Decreto nº 3.696/2000, baseado na lei nº 6.368/76 que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, o Conselho Nacional Anti-drogas (CONAD), o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, a SENAD, o Ministério da Justiça e o Departamento de Polícia Federal passam a integrar o SISNAD (Sistema Nacional Anti-drogas), que têm como principais atividades à repressão e a prevenção do uso indevido de drogas. Após esse decreto, a SENAD e o CONAD ficaram na realidade vinculados ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, em vez da Casa Militar.

A criação da SENAD, para Oliveira (2004), por um lado expressou “a preocupação do governo brasileiro de mostrar a comunidade internacional, estar assumindo com prioridade o combate às drogas e, por outro lado, representando a manutenção das substâncias proibidas como o alvo principal da política pública brasileira, quando são as drogas lícitas as mais consumidas no país”.(OLIVEIRA,2004:180). Situando-se assim como resposta à pressão externa da política internacional proibicionista, apresentando seus mesmos contornos.

O fato das medidas de prevenção e tratamento estarem centralizadas num órgão de segurança pública, tendo que estar na sua condução necessariamente um

militar graduado, é sinalizado por Oliveira (2004) como demonstração da priorização pelo Estado brasileiro das substâncias ilícitas como principal foco de intervenção.

Apesar do Ministro-Chefe, General Alberto Cardoso, ter afirmado a preocupação da SENAD com o uso e abuso de todas as drogas capazes de produzirem dependência (OLIVEIRA, 2004), a direção adotada leva a crer que não está contemplada uma perspectiva de saúde pública, onde as ações possam gerar impactos significativos no uso e abuso das drogas mais nocivas a saúde da população brasileira, que são as substâncias lícitas.

Nesse sentido Lima (2004) comenta que: “a despeito do SISNAD evocar quatro dimensões da preocupação do governo brasileiro: prevenção, tratamento e recuperação; re-inserção social; redução de danos e repressão, sua constituição político-institucional concentra forças na última dimensão” (LIMA, 2004:21). E chama atenção para o fato do Conselho Nacional de Saúde ter sido alijado desse processo, quando o âmbito da saúde pública em nosso país vem sendo palco de um fecundo movimento de lutas sociais, desde os finais da década de 70.

Esse processo que envolve a construção e implantação de uma política para a área de drogas, precisa ser compreendido enquanto reflexo das contradições sociais, onde embora o Estado moderno se apresente como promotor do bem-estar geral de toda sociedade, o que se coloca na realidade é um tensionamento das relações advindos do embate de grupos e representantes de diferentes camadas sociais, cada qual defendendo seus interesses econômicos e políticos. Não são relações apenas sociais, sobretudo se configuram como relações de poder.

Esta política anti-drogas está em consonância com a postura norte-americana de “guerra às drogas” e parece acreditar na ilusão de uma sociedade sem drogas, enfatizando assim não o indivíduo que a busca, mas a substância propriamente dita como o inimigo a ser combatido, e demonstra não considerar a própria história do homem, onde sempre existiu a droga, com diversas funções sociais.

Para Bucher (1992) a política repressiva é necessária no que diz respeito à oferta de produtos ilícitos, mas

“privilegiando a repressão em detrimento de outros modos de intervenção, esquece-se de considerar uma série de fatores que são fundamentais para um trato pertinente da questão. Esquece-se, por exemplo, que as drogas ilícitas, alvo das investidas repressivas, não são as drogas mais consumidas no Brasil, nem as que mais geram dependências; que a presença de drogas na sociedade não é um artefato criado por traficantes internacionais, mas que obedece a uma lógica intrínseca (e às

vezes perversa) ao próprio funcionamento dessa sociedade; que a procura por drogas não está ao alcance de mecanismos de intimidação repressiva; que a presença de “fatores de risco” na população é uma questão de saúde pública e de educação (e não de polícia), e que assim deve ser tratada”.(BUCHER,1992:2)

A discussão acerca de uma política Nacional sobre Drogas vem ocorrendo desde os anos 80, mas sua realização se dá no ano de 2001, com a divulgação da Política Nacional Anti-drogas (PNAD), no II Fórum Nacional Anti-drogas, pelo presidente da República em exercício, Fernando Henrique Cardoso. Ela destaca ações de prevenção ao uso indevido das drogas, priorizando a prevenção primária (de educação, informação, capacitação, desenvolvimento de habilidades psicossociais), principalmente entre os jovens, e norteia-se pelas diretrizes do SISNAD. (OLIVEIRA, 2004)

Estão contempladas ações de redução da oferta, contudo há ênfase na importância do tratamento, da recuperação e da re-inserção social. A noção de redução de danos foi incorporada, propondo-se a criação de estratégias de defesa da saúde e da vida, sem considerar a via da abstinência como único caminho possível do tratamento da questão. Propõe-se a ser uma abordagem educativa e política na medida em que considera os indivíduos sujeitos autônomos para escolher se usam ou não e caso usem como possam fazê-lo com o menor prejuízo possível. E se coloca enquanto avanço justamente por ampliar o foco para além da repressão, fazendo referência às drogas lícitas.

Para Oliveira (2004) embora o termo “Anti-drogas” expresse o vínculo com a ideologia de combate às drogas, a PNAD representa um avanço significativo no enfrentamento desta faceta da questão social, atribuindo grande parte disso a participação da sociedade em seu processo de elaboração, iniciado no I Fórum Nacional Anti-drogas, onde o meio científico e a sociedade foram convidados ao debate e junto deles diversos especialistas foram designados a participar da confecção do projeto da política.

2.2 – A Política para a Atenção Integral aos Usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde

Recentemente o Ministério da Saúde (MS) elaborou sua política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas com base nos princípios adotados pela política de saúde mental em vigor, em consonância com a Lei Federal nº 10.216/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de

transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, como também pelas proposições da Organização Mundial de Saúde. Contudo, é necessário lembrar que, esta lei denominada Paulo Delgado, levou 12 anos para ser aprovada e quando o Senado o fez, apresentou-a com diversas emendas.

Esse re-direcionamento no campo da saúde mental, conhecido como Reforma Psiquiátrica tem nos princípios da Territorialidade, Integralidade e Desinstitucionalização, o seu principal fundamento.

A política foi elaborada pela Área Técnica de Saúde Mental/ Álcool e Drogas e divulgada no ano de 2003. Antes dela, algumas portarias foram criadas com base nas resoluções da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a fim de estabelecer a atenção a esses usuários. A Portaria GM/816/2002 foi a responsável pela criação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de álcool e outras drogas, no Sistema Único de Saúde (SUS). Este propôs a implantação de 250 Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS-ad) e, para isso, considerou a variedade de níveis de organização das redes assistenciais localizadas nos Estados e Distrito Federal, a diversidade das características populacionais existentes no País e a variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. Sendo um dispositivo de comprovada eficácia, abriga nos projetos terapêuticos que realiza práticas de cuidados caracterizadas por flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a este tipo de atenção, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde (MS 2004:22).

Na apresentação da Política, o Ministro da Saúde, Humberto Costa, destaca o SUS, instituído pela Constituição de 1988, regulamentado pela Lei nº 8.080/90; a Lei nº 10.2166/2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica; as conferências de saúde, implementadas pela Lei nº8.142/90, e os relatórios da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, como referências para o modelo de atenção aos usuários de drogas prescrito na presente política.

Ao comentar a apresentação do Ministro, Oliveira (2004) ressalta o destaque dado por ele à adoção de uma perspectiva transversalizadora na apreensão do fenômeno do uso abusivo/ dependência de álcool e outras drogas, onde haja integração das variadas ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde. Ressalta ainda a crítica que o mesmo faz a abordagem da questão pela ótica médica ou psiquiátrica, historicamente

predominantes, assim enfatizando a relevância de uma compreensão global que contemple as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas nela envolvidas.

Na mesma reflexão, ele se refere à exclusão/ separação dos usuários do convívio social como a tônica dos tratamentos que vêm lhes sendo oferecidos, admitindo que o vácuo de propostas e de implantação de uma política pelo Ministério da Saúde facilitaram o aparecimento de diversas “*alternativas de atenção*”, de caráter total, fechado e tendo na abstinência o único objetivo a ser alcançado (OLIVEIRA, 2004:188;189).

Ao analisar o Panorama Nacional, o documento faz menção aos prejuízos advindos do consumo das drogas como grave problema de saúde pública mundial, destacando algumas de suas conseqüências, enfatizando a necessidade de atenção especial às drogas lícitas, principalmente ao álcool.

A abordagem concentrada na estratégia da redução de danos considera os indivíduos como seres singulares e junto com cada um define estratégias voltadas não necessariamente para a abstinência, antes para a defesa da vida, e é definida no documento que apresenta tal política como abordagem clínico-política (MS, 2004:10;11).

Os CAPS-ad foram propostos com o objetivo de substituição do modelo assistencial adotado em saúde mental, essencialmente hospitalocêntrico, por redes de atenção especializadas compostas por dispositivos extra-hospitalares, oferecendo a população atendimento diário nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, prestando-lhe a devida atenção e acolhimento (MS, 2004:32;34). Atualmente no Rio de Janeiro temos 12 CAPS-ad* em processo de credenciamento, sendo que deste total, 06 já cumpriram todas as exigências do Ministério da Saúde tendo sido por este, oficialmente reconhecidos.

São muitas as dificuldades para sua implantação, principalmente de recursos humanos, como também os entraves de ordem financeira. Outra diz respeito à própria lógica assistencial dos profissionais que atuam nesse tipo de serviço entrar em conflito, em certos casos, com a orientação proposta pela política do Ministério da Saúde, podendo com isso dificultar em seu funcionamento.

*Informação verbal da Assessoria Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro em Janeiro de 2005.

Sua filosofia é educativa e destina-se ao cuidado dos indivíduos que se encontram em qualquer situação de uso, desde o recreativo até a dependência propriamente dita.

“Os usos-não dependentes são percebidos como riscos, sem dúvida, e colocam a urgência de atenção e de acompanhamento em oposição à pura medicalização ou ao controle policial do problema de forma geral.” (ACSELRAD, 2000:166)

O sujeito é visto como cidadão autônomo para decidir se usa ou o que usa e de que forma o faz, mas tem o direito ao acesso de informações acerca dos riscos a sua vida e saúde, para assim, responsabilmente escolher.

Para Acselrad (2002), a proposta da redução de danos, eixo norteador da política do Ministério da Saúde, enfatiza a contramão do controle dos sujeitos e considera os diferentes tipos de relação com a droga, como também as diferentes possibilidades de ação educativa.

O objetivo é a centralidade da pessoa humana (e não na substância em si e na sua proibição), no sofrimento humano, decorrente de todo tipo de relação que o sujeito tem com a droga (VELOSO et al, 2000). Isso a diferencia radicalmente da proposta presente na política da SENAD (a oficialmente adotada), de abstinência total para todos os indivíduos e de combate à substância, vendo-a como um mal em si mesma.

A perspectiva da redução de danos tem sua origem na Europa e, aqui no Brasil, inicialmente concentrou-se na questão de DST/AIDS com significativo impacto em termos de saúde pública, mas ao surgir como proposta para a área de álcool e drogas vem recebendo sérias críticas e forte resistência de diversos setores da sociedade, dentre os quais destacamos especialistas da área, com a principal alegação de ser permissiva do uso de tais substâncias. Contudo, Acselrad (2000) aponta que a redução de danos não prega a dita permissividade, mas considera a fragilidade individual e coletiva, socialmente construída.

Sua compreensão é de que a decisão pelo uso se dá no âmbito privado, é pessoal, e o sujeito tendo acesso a uma educação para autonomia, terá na consciência crítica a possibilidade de usar ou não, não cabendo ao Estado interferir nesse espaço particular, pois isso contraria os princípios da democracia e da cidadania.

2.3– A Legislação Brasileira sobre Drogas

As drogas são consideradas legais ou ilegais de acordo com a época e os costumes de cada país. Algumas como a cocaína, atualmente proibida de ser consumida em vários países, já foram utilizadas como medicamentos ou mesmo como um hábito, socialmente aceito.

O álcool consumido hoje por grande parte da população mundial em diferentes comemorações como casamentos, batizados foi considerado problema no final do século XVIII (SAAD, 2001).

No Brasil a lei que dispõe sobre o consumo de drogas é a 6368 de 1976 e se apresenta ultrapassada frente à realidade dos nossos dias e desatualizada se comparada a outros países.

A lei determina que todo aquele que adquirir, guardar ou portar consigo substância entorpecente, deve ser penalizado, quer dizer, considerado alguém que cometeu um crime. Para o que é caracterizado como usuário, a pena é a detenção de 06 meses a 02 anos e, para os enquadrados como traficantes, a pena é a reclusão de 03 a 15 anos. Fala de tratamento, sem contudo explicitar como será desenvolvido.

Para o Professor de Direito Penal, Luis Matias Flach, presidente do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEM), de 1994 a 1998, nome de destaque por sua atuação em diversos órgãos na área da Justiça no campo das drogas,

“esta representou progresso em relação às legislações anteriores, criadas no tempo da ditadura militar. Mas hoje já não atende a uma série de necessidades importantes. É demasiadamente severo para quem não mereceria tanto rigor, estabelecendo, por vezes, situações de grande injustiça. E é muito complacente em casos mais graves.” (FLACH,1999:9)

A idéia presente é de que uma lei que incrimina quem usa ou porta drogas seria suficientemente capaz de eliminar o problema do uso de drogas na sociedade, o que demonstrou-se um grande equívoco, quando o que gerou na realidade foi a prisão de pessoas que na grande maioria envolveram-se em atividades pouco ou nada relevantes, e contraditoriamente ao objetivo de proteger a sociedade contra o mal que essas substâncias representam, por essa via, acabou por gerar expressivo custo social.

Como exemplo disso o autor destaca que dos 16% da população presa no Brasil por envolvimento com drogas, um número muito reduzido pode ser visto

como importante no esquema do tráfico de drogas. Na casa de detenção de São Paulo, 80% da população carcerária feminina está presa por envolvimento com o pequeno tráfico de drogas.

“São mulheres, muitas vezes com um filho na barriga e outro no colo, que traficam quantidades ínfimas e vendem, nas beiradas de vilas, pequenas trouxinhas de drogas para sua sobrevivência. Consideradas traficantes perigosas, ficam detidas para cumprir penas acima de três anos de reclusão. Em algumas localidades brasileiras ainda há creche para as crianças. Mas são exceções. A pretexto de fazer repressão, desperdiçando munição contra pessoas sem importância para o tráfico, a prisão separa brutalmente as mães dos filhos, resultando em custo pessoal e social incalculáveis.” (FLACH, 1999:16,10)

A proposta de uma nova legislação que substituísse essa lei foi elaborada pelo deputado Elias Murad (PSDB-MG) desde 1991, mas parece não ter conseguido unanimidade no sentimento nacional. (FLACH, 1999)

A ênfase repressiva e policial suscitou críticas de setores técnicos e acadêmicos da área de saúde, e por não haver consenso, foi criada uma comissão parlamentar multipartidária que produziu um texto substitutivo e encaminhou ao plenário da Câmara dos Deputados, que o aprovou no início do ano de 1997.

A proposta da nova lei encontrou fortes barreiras no Senado, em razão de diversas representações conservadoras lhe considerarem benevolente por demais com os usuários de drogas. (FLACH, 1999)

Temas como a lavagem de dinheiro do narcotráfico, o controle de precursores químicos, interceptação telefônica e telemática e novas formas de investigação do crime organizado foram contemplados.

Para o autor, o projeto representou um avanço por tudo isso, mas também por oferecer tratamento diferenciado ao portador de pequenas quantidades para consumo próprio, que ao invés de pena de prisão, passa a ter medidas de caráter educativo, sendo advertido ou tendo restrição de direitos, como é o caso da prestação de serviços a comunidade.

Cabe esclarecer que a proposta não descriminaliza o uso de drogas, mas atenua significativamente as sanções penais estabelecidas pela lei 6368/76. Com a não aprovação dela pelo Senado, a lei oficial continua sendo essa, contudo, na prática, de lá para cá, algumas modificações já têm sido feitas no tratamento da questão. A postura de grande parte dos juízes tem sido na direção de não prender o usuário e, sim, da aplicação das penas alternativas, com base na lei 9099/95, que instituiu os Juizados Especiais Criminais para crimes considerados de menor

potencial ofensivo, enquadrando-se o usuário de drogas nela, propõe penas alternativas, a saber: advertência; prestação de serviços à comunidade; internação e tratamento em regime ambulatorial ou em instituição hospitalar ou psiquiátrica; suspensão no mínimo de um ano da habilitação para conduzir qualquer espécie de veículo; cassação da licença para porte de armas; cassação de licença para dirigir veículos; multa ou interdição judicial.

Atualmente está em funcionamento em alguns locais do país, dentre eles o Rio de Janeiro, o programa “Justiça Terapêutica”, que segue a mesma linha das “Drug Courts” – Cortes de Drogas americanas, onde se pretende associar uma abordagem terapêutica à supervisão da Justiça. O tratamento é compulsório, em substituição a prisão. Atua através de supervisão judicial, testes de detecção do uso de substâncias entorpecentes e de sanções escalonadas pelo descumprimento das determinações. Sua eficácia tem sido questionada por muitos especialistas por considerarem a possibilidade de tratamento apenas pela via do desejo do indivíduo, jamais pela coerção.

O debate sobre a descriminalização das drogas suscita reações explosivas. Uns acreditam ser esse o caminho para o caos, compreendendo isso como sinônimo de liberação das drogas, quando a proposta real passa por ter a possibilidade de um uso controlado, e de tratar aqueles que apresentem problemas com seu uso indevido pela via da saúde e não da polícia e da justiça.

Ao analisar a legislação nesse campo, Maria Lúcia Karam, advogada, juíza auditora da Justiça Militar da União, membro do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais e da Associação Juízes para a Democracia, a denomina de irracional pela escolha central dela basear-se na repressão e na criminalização. Critica tanto a lei 6368/76 quanto o projeto substitutivo que ainda tramita no Senado, supostamente inovador. Em sua compreensão, o poder de punição do Estado se amplia pelos sentimentos de medo e insegurança, decorrentes das sociedades capitalistas pós-industrial, onde junto do neoliberalismo econômico acresce-se um neautoritarismo na esfera do controle social, e a temática das drogas descritas como ilícitas se coloca como terreno fértil de intervenção. (KARAM, 2000)

As falsas informações que as cercam e a disseminação da idéia que as associa diretamente ao crime organizado aliadas ao superdimensionamento da disseminação de suas ofertas e demandas geram um mal estar coletivo, que encara

o rigor repressivo e a intervenção do sistema penal como os únicos caminhos possíveis para a solução do problema. O que é irreal.

Para Karam (2000) “a ineficácia da repressão é inevitável” (KARAM, 2000:156), pois o mercado das drogas ilícitas funciona como oferta atrativa para a acumulação de capital e geração de empregos de muitos que não têm acesso ao mercado formal de trabalho e, em assim sendo, mesmo que se prendam ou eliminem empresários e empregados deste ramo, sejam grandes ou pequenos, serão facilmente substituídos por outros. Quer dizer, este mercado subsistirá, apesar da repressão, enquanto existirem as circunstâncias sócio-econômicas que estimulem sua demanda.

A criminalização favorece maiores riscos a saúde por não se poder fiscalizar a natureza das substâncias, e a superexploração dos preços leva muitos a se envolverem no tráfico ou mesmo adotar outras atitudes ilícitas para conseguirem a droga. E significativamente incide sobre os índices dos custos sociais. Tornando ilegais certos bens e serviços, a exemplo do jogo, o sistema penal acaba por atuar como criador de criminalidade e violência. (KARAM, 2000)

Em seu entendimento, a criminalização da posse de drogas para uso pessoal é incompatível com os postulados que devem orientar um Estado democrático de direito, seja pela punição com a restrição da liberdade, seja por penas de outra natureza. Isso porque considera o consumo pessoal de drogas, que não cause nenhum prejuízo a terceiros, uma conduta privada, íntima, e que assim não cabe ao Estado e nem ao Direito interferir, senão estariam infringindo o inciso X do artigo 5º da Constituição Federal, aquele que garante a inviolabilidade da intimidade e da vida privada e desautoriza qualquer intervenção estatal sobre condutas que, restritas a esfera individual, não apresentem potencialidade para atingir bens ou interesses de terceiros.

Discute ainda que se há uma conduta individual nociva, esta deve ser alvo de ponderações e persuasões mas não de imposições para deixar de realizá-la. (KARAM, 2000)

A postura da autora está bem próxima daquela adotada pelos propositores da redução de danos na medida em que pretende tolerar as diferenças, e antes de rejeitar aquilo que não conhece plenamente ou de naturalmente associá-lo a algo mau, como é o caso das drogas, dialoga com ele, por acreditar que as soluções

nascem da convivência, da solidariedade e da aproximação ao conflito.(KARAM, 2000)

Faz-se necessário deixar o moralismo de lado e seriamente discutirmos a questão das drogas na sociedade brasileira, a partir de uma investigação cuidadosa que se aproxime ao máximo da realidade, a fim de podermos propor uma política e uma legislação que, de fato, possibilitem ao usuário que sofre com seu uso de drogas, receber o apoio de que precisa, sendo visto não como um criminoso ou como um doente, mas como um ser humano completo, um cidadão com pleno acesso aos seus direitos civis, sociais e políticos. Sem, contudo, ser discriminado e demonizado (BUCHER, 1992) e ter sobre seus ombros o peso de ser considerado grave ameaça à sociedade. O foco precisa ser outro. As energias carecem de se concentrar numa política que intervenha tanto na prevenção quanto no tratamento das substâncias que mais geram impacto na saúde pública em nossa sociedade: as drogas lícitas.

2.4– Contexto Institucional da Pesquisa

A pesquisa concentrou-se em obter dados relativos ao atendimento das mulheres usuárias de drogas em dois centros públicos de tratamento no Rio de Janeiro. Um na Capital, em Botafogo e outro na região Sul Fluminense, no Município de Valença. O primeiro na modalidade assistencial ambulatorial e hospital-dia e o segundo no modelo de internação.

Situar esses dois contextos institucionais coloca-se como fundamental para estabelecermos as devidas relações com o objeto de estudo, pois apesar de se ter claro que esse esforço de compreensão do real se dá em caráter aproximativo, adotar uma perspectiva que contemple sua diversidade e complexidade é a proposta da presente análise. Indo do particular para o geral e do geral para o particular, buscamos apreender as múltiplas determinações que envolvem este fenômeno social em sua totalidade.

O Centro Estadual de Tratamento e Recuperação de Adictos (CENTRA-RIO) localizado em Botafogo, zona sul da cidade do Rio de Janeiro, foi criado em 1998, pela Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de ser um hospital-dia para usuários de drogas, quer dizer,

uma modalidade assistencial que se situasse entre uma estrutura hospitalar para desintoxicação e um ambulatório de Saúde Mental.

Recebe uma verba mensal do Fundo Estadual de Saúde que já está no planejamento anual, não tendo problemas significativos nesse campo.

O CENTRA-RIO é dirigido por uma médica psiquiatra e composto por uma equipe multidisciplinar, de médicos psiquiatras e clínicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, conselheiros em dependência química, conselheira familiar, terapeuta ocupacional, farmacêutico, nutricionista, profissional de educação física e oficinairos. Há também uma direção administrativa e uma equipe de apoio, tanto administrativo, como de serviços de limpeza, alimentação e vigilância.

Historicamente a unidade já foi administrada por três diretores e num primeiro momento a equipe era composta por profissionais contratados. Mais adiante chegaram diversos profissionais concursados, e atualmente convivem na instituição, ambas as inserções trabalhistas. Atualmente os profissionais concursados são maioria.

É uma instituição que atua como centro de referência para a implantação de futuras unidades de atendimento nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, como também um espaço promotor de investigação e pesquisa de fenômenos associados à questão do uso de drogas.

Não há um modelo de atendimento único, antes a coexistência – não sem tensões- de várias abordagens. Grupos psicoterápicos de base analítica onde o foco principal não é a droga, mas a pessoa e que, portanto, se tolera o uso desta, respeitando o momento, a escolha do paciente em parar ou reduzir o consumo, e conseqüentemente, os danos advindos deste. E grupos mais comportamentais com conselheiro em dependência química e outros profissionais baseados no modelo dos grupos de mútua-ajuda (A.A- Alcoólicos Anônimos e N.A – Narcóticos Anônimos) claramente norteados pela filosofia de abstinência. Além também do atendimento médico com prescrição de medicação para grande parte dos pacientes.

Em média, o tratamento desenvolve-se no período de dois anos, mas este critério da alta é bastante particular de cada técnico, o que também resulta em divergências.

Algumas regras são estabelecidas a respeito de frequência, uso de drogas na instituição e violência física e podem acarretar desligamentos. Mas esses casos são discutidos e se este for o procedimento adotado, há o cuidado em se encaminhar o paciente para outra instituição. E a possibilidade de retorno depois de um tempo determinado acontece para a maioria dos pacientes.

Atualmente o CENTRA-RIO trabalha com adultos e adolescentes nas seguintes formas de tratamento: centro-dia e tratamento ambulatorial.

Por mês são atendidos uma média de 120/150 novos pacientes. Os atendimentos de pacientes em tratamento totalizam em média 1200/1500 consultas por mês. Uma entrevista estruturada de rotina vem sendo aplicada para coleta de dados referentes às novas admissões desde setembro de 2000.

Dos 2617 pacientes que foram entrevistados num período de 36 semanas com idades variando entre 9 e 73 anos, com idade média de 35 anos, 79% são homens.

O relato de não ter parceiros/as fixos/as foi de 73% e 50% referiram ter apenas o nível fundamental de escolaridade. Cerca de 90% dos entrevistados jamais haviam procurado tratamento especializado anteriormente, apesar de terem, com frequência história de tratamento em instituição psiquiátrica.

O padrão de uso de drogas relatado pelos entrevistados demonstrou que 39% utilizaram o álcool como droga principal, 31% a cocaína cheirada e 17% a maconha e quando estratificado por faixa etária foram encontrados padrões diferenciados no relato da droga principal. Entre 10 e 20 anos (n=313) 63% referiram maconha como droga principal. Nas faixas de 21 a 30 anos (n=524) a cocaína inalada aparece como principal (54%), enquanto que de 30 a 40 anos (n=607) o percentual entre cocaína e álcool referidos são ambos de 40%. A partir de 40 anos até 70 anos a droga mais utilizada aparece como sendo o álcool. As faixas de 41 a 50 (n=511), 51 a 60 (n=196) e 61 a 70 anos (n=48) apresentaram respectivamente os percentuais de 65%, 71% e 65%.

Quanto ao início do uso de drogas, 79% dos entrevistados relataram ter feito antes dos 20 anos. 69% dos entrevistados disseram ter pelo menos um parente que usa drogas e 32% apresentaram problemas com a justiça.

Quase metade (46%) dos entrevistados, disse nunca ter feito testes para a infecção pelo HIV, e 15% não souberam responder. No que tange ao uso de

drogas injetáveis o percentual de relato de “uso na vida” foi de (7%) e de uso atual de (3%).

Tal instrumento padronizado como rotina de coleta de dados objetivando obter o perfil sócio-demográfico e padrão de uso de drogas, assim como outros comportamentos relacionados, teve influência direta na construção de ações terapêuticas mais específicas com a clientela atendida, como por exemplo, a elaboração de programas terapêuticos diferenciados por faixa etária buscando melhores identificações entre os pacientes descritos como programa de adolescentes, de adultos jovens e de adultos.

O tipo de droga também foi um dado importante na elaboração de programas específicos como o de alcoolismo, de tabagismo e de dependência de benzodiazepínicos. A observação de que quase metade desta população nunca havia feito teste de HIV, ou mesmo não sabia dizer se o tinha feito, além dos relatos de uso na vida e uso atual de droga injetável indicaram para a equipe a necessidade de elaborar ações preventivas na área de infecções de transmissão sanguínea e sexual tais como: oficinas de aconselhamento em DSTs, testagem de HIV e outras DSTs, distribuição de preservativos e implantação de programa de troca de seringas aliado ao programa terapêutico na Unidade. Recentemente, a vacinação para hepatite B, também passou a fazer parte da rotina.

Em julho de 2003 foi iniciado o programa específico para mulheres. Em razão de se ter percebido a baixa adesão dessas aos tratamentos oferecidos, um grupo de profissionais, constituído por psiquiatra, assistente social, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional e professor de educação física, curiosamente todos do sexo feminino, organizou a assistência terapêutica buscando associar a questão do tratamento do uso de drogas com aspectos mais específicos do universo feminino.

A participação é voluntária, quer dizer, as mulheres que desejarem são encaminhadas para o programa, e as que não querem seguem o fluxograma geral da instituição, participando dos programas mistos, composto por homens e mulheres.

A Clínica Ricardo Iberê Gilson faz parte do projeto Clínicas Populares da Secretaria de Ação Social do Governo do Estado, que propõe a assistência aos usuários de drogas na modalidade de internação. É uma das três clínicas em funcionamento e foi a segunda a ser inaugurada no final de 2001. Está localizada

em Barão de Juparanã, distrito do município de Valença, região Sul Fluminense do Rio de Janeiro.

É um projeto social da Secretaria de Ação Social do Governo Estadual, quer dizer, sua vinculação é com o atual governo, não se constituindo concretamente como política pública de atendimento a essa população. O que apresenta riscos de continuidade.

Sua capacidade de atendimento é de 90 pacientes, sendo 18 vagas destinadas à internação de mulheres e 72 de homens.

Há uma equipe técnica multidisciplinar composta por médicos psiquiatras, plantonistas e assistente, médico clínico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem plantonistas, psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, professor de educação física, nutricionista, farmacêutico, conselheiros em dependência química e monitores. Como também uma equipe de apoio administrativo, de limpeza, cozinha e vigilância.

As mulheres são tratadas num setor a parte, com uma equipe de referência composta por quatro técnicos, a saber: médico psiquiatra, conselheiro em dependência química, psicóloga e assistente social.

O programa terapêutico desenhado é similar ao adotado para os homens, diferenciando-se principalmente pelo fato das atividades serem feitas em separado.

A administração atual é feita via convênio com o Governo do Estado, por uma ONG de Volta Redonda, de base evangélica, que historicamente atua na promoção de eventos com cunho mais preventivo do que assistencial. Na direção da ONG está um deputado estadual e sua esposa, mas na direção da clínica há outra composição. A escolha do diretor técnico, um médico psiquiatra, teve importante influência da gerência do projeto, por uma preocupação clara em se investir nesse novo momento, na construção de um projeto terapêutico de caráter público. Junto dele há uma diretora administrativa que está diretamente ligada a ONG.

Essa é a segunda gestão da clínica, pois a primeira foi realizada por uma ONG de Niterói que ficou responsável desde sua inauguração até abril de 2003, quando foi alvo de intervenção do Estado por ter apresentado irregularidades, tendo o convênio sido desfeito.

O tratamento é realizado em 75 dias e as atividades terapêuticas são: grupos com psicólogos, assistentes sociais e conselheiros em dependência química, atendimentos individuais, assistência médica, palestras, videoterapia, terapia ocupacional, atividades físicas e ocupacionais, e os 12 Passos, modelo criado e difundido pelo A.A. e N.A.

A família participa de um programa específico, aos sábados, durante todo o período da internação. O contato com os familiares se dá apenas pessoalmente aos sábados e através de cartas, telefonemas não são liberados. Algo que na 1ª gestão era permitido. A entrada de familiares exclui a participação de crianças. Os usuários com filhos em idade abaixo dos doze(12) anos, não podem vê-los. Algo que parece dificultar em muito a permanência na instituição por tanto tempo, podendo atuar decisivamente numa desistência do tratamento. Em nossa perspectiva, mais intensificado no caso das mulheres por toda a questão do lugar da maternidade em nossa cultura. Contudo, há a informação de que esse é um ponto que está em estudo com vistas a ser alterado por interferência da Secretaria de Ação Social (SAS).

Há também um pós-tratamento que se desenvolve por alguns meses, destinado aos pacientes que saem de alta, mas que pela dificuldade geográfica de muitos, acaba sendo freqüentado por poucos pacientes, moradores da região e proximidades.

A permanência na instituição relaciona-se a motivação para a abstinência e a observância de determinadas regras, como não agredir ninguém, não usar drogas lá dentro, ou mesmo se relacionar sexualmente. Caso contrário, a clínica desliga, quer dizer, encerra o atendimento dos pacientes “transgressores”.

A partir da técnica da observação participante identificamos nos dois universos pesquisados, a presença de vários aspectos que aqui destacamos como característicos da política da SENAD e do Ministério da Saúde, isto é, a ênfase na busca da abstinência ou na redução de danos, respectivamente.

O Centra-Rio como órgão da Secretaria Estadual de Saúde oficialmente está orientado pela política proposta pelo Ministério da Saúde, a da redução de danos. E demonstra afinidade com os princípios da reforma psiquiátrica.

Na prática há a coexistência das duas posturas por parte dos profissionais, na instituição. Uns atuam mais na direção da redução de danos, mas outros cremos, a maioria, atua na proposta da abstinência. Isso também se mistura na

assistência, pois mesmo que a abstinência não seja conseguida, há abertura de certos terapeutas para considerar os ganhos com a redução do consumo. O processo é conflituoso, mas rico, por haver certa flexibilidade para a discussão. Não há a imposição de que todos devam aderir a uma ou outra postura e estas tem sido alvo de debate. O que é potencializado pelo processo de supervisão técnica que a equipe se submeteu há cerca de um ano e meio com duas especialistas de fora.

Na Clínica de Valença, a proposta técnica está na abstinência total como única possibilidade de tratar a questão. O modelo “hospitalocêntrico” questionado pela Reforma Psiquiátrica ainda se coloca como mecanismo assistencial por excelência. Parece haver uma mistura entre “psiquiatrização” da questão, onde há a ênfase prioritariamente médica, e moralismo, uma vez que a administração da mesma é feita por uma Organização Não Governamental de base religiosa. O olhar concentra-se mais na substância que na pessoa. Esta não é vista como sujeito autônomo, antes como doente. Por tudo isso podemos dizer que está em consonância com as diretrizes oficiais, da política da SENAD.

Isso é a tônica geral, mas há profissionais, até mesmo, médicos, que não podem ser identificados com essa postura, contudo são uma minoria e não se constituem como grupo atuante no que diz respeito a alterar essa correlação de forças institucionais.