



EM DEBATE

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Brasil

de Oliveira Duarte, Marco José

Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de  
drogas em contexto de internação compulsória

Saúde em Debate, vol. 37, diciembre, 2013, pp. 39-48

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341755006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória

*Mental health, drug and human rights: for citizen interventions for drug users in the context of compulsory internments*

Marco José de Oliveira Duarte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Doutor em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professor Adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenador e Pesquisador do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Saúde Mental e Atenção Psicosocial (NEPS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. psicosocial.uerj@gmail.com

**RESUMO:** Este trabalho tem por objetivo problematizar o campo da saúde mental, o crack, o álcool e outras drogas frente às internações compulsórias, como política de governo e como dispositivo de repressão aos usuários dessas substâncias psicoativas em situação de rua. Contextualizam-se, a partir da experiência de pesquisa-ação da saúde mental na atenção básica, em um determinado território, a política pública de saúde mental e drogas, as implicações éticas no cuidado e a questão dos direitos humanos dos usuários de drogas no cotidiano da gestão do trabalho em saúde, com o desafio da intersectorialidade para enfrentamento da questão e a denúncia ao retrocesso com as internações compulsórias na cidade.

**PALAVRAS CHAVE:** Saúde Mental; Drogas ilícitas; Ética; Direitos humanos; Políticas públicas.

**ABSTRACT:** This paper aims to discuss the field of mental health, crack, alcohol and other drugs in the face of compulsory internments as government policy and as a device of repression users of these psychoactive substances on the streets. Contextualizes, from the experience of research of mental health in primary care in a given territory, public policy mental health and drugs, the ethical care and the human rights of drug users in the daily management health work, the challenge of intersectorality to confrontation the issue and the denounce to the setback with compulsory internments in the city

**KEYWORDS:** Mental Health; Street drugs; Ethics; Human rights; Public policies.

## Introdução

Este trabalho tem por objetivo problematizar o campo da saúde mental, do crack, álcool e outras drogas frente às internações compulsórias, como política de governo e como dispositivo de repressão aos usuários dessas substâncias psicoativas em situação de rua. Para tanto, contextualizamos o trabalho de matrículamento em saúde mental na atenção básica, uma das estratégias da política de saúde mental, para, em seguida, analisarmos as implicações éticas e as questões de direitos humanos no retrocesso a essa referida política pública em curso no município de nosso estudo.

Através do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas (PET Saúde/Saúde Mental da UERJ)<sup>1</sup> – desenvolvido, nos dois últimos anos, no âmbito das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do Borel e da Casa Branca, situadas no Complexo Territorial do Borel, na cidade do Rio de Janeiro (RJ), que engloba 7 (sete) comunidades: Borel, Casa Branca, Chácara do Céu, Indiana, Morro do Cruz, Catrambi e Bananal, e que tem uma população, segundo os dados do IBGE e do cadastro das referidas unidades da ESF, de, aproximadamente, 13.000 habitantes –, lidamos diretamente com a questão das drogas em um território da cidade do Rio de Janeiro.

<sup>1</sup>O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Prevê ação intersetorial direcionada para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da educação pelo trabalho, com tutores, preceptores (profissionais dos serviços de saúde) e estudantes de graduação da área da saúde. É uma estratégia do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), em implementação no país desde 2005. Tem como fio condutor: a integração ensino-serviço-comunidade. É fruto da parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior (SESU), do Ministério da Educação, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR). O PET-Saúde/Saúde Mental/Crack foi iniciado em 2011.

A realidade dessa ação acadêmico-assistencial de integração ensino-serviço-comunidade baseou-se, de forma processual, na construção de uma rede intersetorial de cuidado com os usuários de saúde mental, crack, álcool e outras drogas, e suas famílias, no referido território, de forma dialogada e coordenada com outras instituições governamentais e não governamentais no cotidiano de uma comunidade pacificada do Rio de Janeiro, em que a temática das drogas ainda se coloca na forma da repressão, por um lado, ou mesmo da internação ou do recolhimento compulsório, e, de outro, em um contexto de alarme pela falsa epidemia do crack.

O entendimento difuso (ALVES, 2009) sobre crack, álcool e outras drogas, observado nos grupos focais<sup>2</sup> realizados nas equipes de saúde, demonstrou que, hegemônica, baseava-se no senso comum, com forte conteúdo moral, o que apontou a necessidade de capacitação dos referidos agentes institucionais para o manejo quanto ao cotidiano do cuidado com esse segmento da população atendida e sua relação com as drogas.

No entanto, não poderíamos nos limitar às unidades de saúde, quando esse tema não se circunscreve, única e exclusivamente, a esta política pública. Foi imperioso ampliar com outros sujeitos e instituições que se faziam presentes no território, na perspectiva de construção de uma rede de cuidado, para enfrentamento de situações que, na maioria das vezes, era de cunho sócio-econômico (ACSERALD, 2005), ou seja, de vulnerabilidade social dos usuários e familiares.

<sup>2</sup>A nossa metodologia baseou-se na realização de quatro grupos focais, junto às Equipes da Estratégia de Saúde da Família, envolvendo os Agentes Comunitários de Saúde das unidades do Borel e da Casa Branca. Nesse contexto, realizamos também um grupo focal com a escola municipal localizada no entorno da unidade de saúde, para fins de comparação da análise de seu conteúdo. O processo da pesquisa foi pactuado entre as equipes, com anuência dos sujeitos. O processo de análise das mesmas tomou como referência o elenco de temáticas constantes e repetidas, que foram classificadas e analisadas sobre a questão.

## **Por uma rede de cuidados no território: os CAPS na atenção básica, o matriciamento e as ações de intersetorialidade**

Em todo o momento de nossa inserção no território, nosso olhar sobre o cotidiano do cuidado e do território e o trabalho desenvolvido pautaram-se na perspectiva da garantia dos direitos e na autonomia dos sujeitos, ditos dependentes químicos, muitas vezes denominados de ‘viciados’, ‘vagabundos’, ‘sem-vergonha’, ‘fracos’, ‘imorais’, ‘preguiçosos’ e ‘doentes’, assim enunciados pela grande mídia, que veicula a criminalização da pobreza como um dos males que atinge a sociedade, como se os ditos sujeitos humanos nunca tivessem usado drogas (NERY FILHO, 2012). Conceito que também é reproduzido de forma discursiva pela população, por alguns agentes da saúde e até por parte de religiosos nas comunidades.

A construção dessa rede de cuidados pressupôs a tentativa de inversão de uma lógica pautada no procedimento-centrado na repressão (MACHADO; MIRANDA, 2006), que se estrutura em uma única abordagem dominante sobre o tema: a proibicionista<sup>3</sup>, com sua modalidade de intolerância e de internação, e, consequentemente, a abstinência, como a única alternativa para os casos de dependência química ou de uso e abuso de drogas.

Desta forma, para uma ação de base cidadã, territorial e comunitária<sup>4</sup>, envolvendo outros equipamentos

sociais presentes no Complexo Territorial do Borel, de forma dialógica, intersetorial e transversal, referendamo-nos na política de redução de danos<sup>5</sup> (VELOSO, 2004) e, a depender dos casos psicossociais acolhidos e atendidos, em muitos desses, quando apresentavam comorbidades, o manuseio do uso de medicação e/ou da necessidade de internação pela via dos leitos de atenção integral em saúde mental no hospital geral<sup>6</sup>, como possibilidade do trabalho integrado em saúde mental, crack, álcool e outras drogas, no entanto, na forma de curta permanência, acompanhado pela equipe de referência e pela rede do território.

No entanto, nossa inserção no referido território focou o matriciamento<sup>7</sup>, ou apoio matricial às equipes da ESF e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com relação ao tema da saúde mental, crack, álcool e outras drogas, principalmente pela possibilidade de um cuidado em rede e no território. Isso se deve, conforme observamos nos espaços da supervisão, juntos às equipes, e pela análise dos dados da pesquisa, a um alto

<sup>6</sup> Recentemente, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS 148, de 31 de janeiro de 2012, definiu as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

<sup>7</sup> A respeito da prática do matriciamento e/ou apoio matricial da saúde mental na atenção básica em saúde, consultar: a) BRASIL. Coordenação Geral de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários: Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília: MS, 2003. n. 1; b) CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 393-404, 1999; e c) CHIAVERINI, D. H. et al. (orgs). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2011; COELHO, D. A. M. et al (orgs). Sobre o início do matriciamento em Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro: Reflexões, relatos e recomendações. Rio de Janeiro: PCRJ, 2012.

<sup>3</sup> As políticas proibicionistas concentram esforços na redução da oferta e da demanda por drogas, com intervenções de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas.

<sup>4</sup> Referimo-nos aqui à Portaria 816 do GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

<sup>5</sup> As políticas de redução de danos têm disseminado intervenções cidadãs, orientadas para a minimização dos danos à saúde, sociais e econômicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, sem necessariamente coibi-los.

índice de transtornos mentais e de usuários com queixas de sofrimento psíquico na atenção básica em saúde.

Cabe salientar que os estudos nesse campo revelam que, além dos transtornos mentais comuns, os usuários dos referidos serviços de saúde apresentam queixas de sofrimento difuso, caracterizadas pelas queixas inespecíficas, tais como: estados depressivos, ansiosos e transtornos de somatização, em decorrência, muitas das vezes, de violência doméstica. Além disso, há um aumento expressivo da prevalência de uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas (crack, álcool e outras drogas), que complexificam ainda mais a demanda e, consequentemente, a abordagem desses problemas de saúde.

As estimativas do Ministério da Saúde indicam que cerca de 3% da população brasileira (5,7 milhões de indivíduos), em todas as faixas etárias, necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em razão de transtornos mentais severos e persistentes, como psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves ou deficiência mental, com grande dificuldade de adaptação. Outros 9% (17,1 milhões) precisam de cuidados em saúde mental na forma de consulta médica, psicológica e social, nas diversas abordagens psicossociais, em aconselhamento e nas diversas modalidades em que operam os grupos dessas unidades, por serem transtornos considerados leves. Já os transtornos associados a álcool e outras drogas atingem, aproximadamente, 12% da população acima de 12 (doze) anos de idade, com impacto da dependência de álcool 10 (dez) vezes maior que o conjunto de drogas ilícitas, dentre elas, maconha, cocaína e crack<sup>8</sup>.

Nossa equipe PET, composta por profissionais-preceptores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da UERJ e do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad) Mané Garrincha, reafirmava o mandato<sup>9</sup> de cuidado em saúde

mental no território, constituindo-se também na rede de cuidados, junto à ESF, como uma das formas de articulação possível, através do matriciamento, com os serviços sociais públicos presentes nas comunidades, bem como organizações populares e de iniciativa privada.

Dessa forma, a equipe dos CAPS gerenciava os projetos terapêuticos singulares dos usuários e atuava como matriciadora das equipes básicas de saúde, oferecendo retaguarda especializada às mesmas. O matriciamento é um dos principais pontos na interface saúde mental e atenção básica, que consiste em espaços de discussão de casos e condutas técnicas, numa modalidade de trabalho que envolve a pactuação das ações e o compartilhamento de responsabilidades entre as equipes.

Nesse âmbito, a equipe dos CAPS se torna referência na atenção a essa população adscrita no território, com atendimento ou consulta conjunta, visitas e atendimentos domiciliares, com a consequente capacitação das equipes da atenção básica, incluindo ou não os usuários dos CAPS, a depender de suas demandas e complexidades, ou, conforme for a situação, o acionamento da rede de atenção à saúde, o que inclui os ambulatórios e/ou mesmo as enfermarias, caracterizando-se como uma internação voluntária.

No decorrer de nossa inserção no território, cabe frisar, fomos procurados, inúmeras vezes, de forma particular, reservada, abordados nas ruelas e becos ou em espaços coletivos, por conta da carga negativa, ainda, que o tema envolve – basicamente, pelo estigma e pela vergonha de alguns moradores cujo familiar ou mesmo vizinho ou amigo mais próximo é usuário de drogas –, para esclarecimentos quanto ao trabalho desenvolvido nas unidades de saúde e dos possíveis desdobramentos para o conjunto da comunidade, como um todo, frente ao tema das drogas e a questão da dependência, pois tratar desse assunto ainda é atravessado por tabus, preconceitos e moralismos.

Esse acontecimento inaugurou um analisador do fenômeno, ou seja, demonstrou-nos, com isso, a falta de acesso às informações sobre o tratamento referente à questão das drogas no território, tendo em vista que o imaginário popular opera da seguinte forma na solução do problema: ou na lógica da internação, abstinência ou da repressão, muito reforçado, também, por

<sup>8</sup> Sobre os dados referentes, consultar: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 10, Ano VII, nº 10, Informativo Eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em <[www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>. Acesso em 07 jul. 2012.

<sup>9</sup> Referimo-nos à Portaria 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004).

outros organismos públicos presentes na comunidade e mesmo por organizações não governamentais, com forte conteúdo religioso e moralista para o trato com o consumo e o uso prejudicial de drogas, na maioria das vezes, culpabilizando ou até mesmo criminalizando os próprios usuários. Esses enunciados são pautados nos modelos de doença e moral/prisional.

### A crítica às internações compulsórias: questões éticas e de direitos humanos

Essas ações da atenção psicossocial são instrumentos de trabalho que promovem as ampliações das situações que envolvem os usuários moradores do território, a partir do princípio da integralidade do cuidado. Mas os mesmos poderiam ser pessoas em situação de rua também. Essa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>10</sup>, em implementação na cidade do Rio de Janeiro, embora esteja sob a gestão das OSs (Organizações Sociais), em uma perspectiva perversa de privatização do SUS, na sua parceria público-privada, precisa ser alargada e ampliada para toda a cidade, dada a sua complexidade urbana e territorial, mas de forma pública e responsável.

Esta experiência acadêmico-assistencial, portanto, indica que o trabalho integrado e interdisciplinar das equipes que atuam na atenção básica, no desenvolvimento de suas competências para a realização e operacionalização do cuidado em saúde e saúde mental no

território, em parceria com os CAPS, incluindo a ampliação das ESF com a população de rua ou mesmo por meio de novas modalidades, como os Consultórios na Rua, são pertinentes e exitosas.

Contudo, a referida experiência está na contramão do que vem sendo promovido pelos gestores municipal e estadual, quando das suas estratégias políticas de combate ao crack na capital carioca, com a política de recolhimento e internação compulsória, com a remoção da população em situação de rua de forma massificada e com a associação dessa população à dependência química e ao abuso de álcool e outras drogas. Distantes da cidade, os espaços ditos de “acolhimento” apresentam-se na forma de restrição à liberdade, utilizando-se de protocolos assistenciais questionáveis e denunciados por torturas e maus-tratos.

Por outro lado, para além desse processo de higienização da cidade, percebe-se a conturbada parceria público-privada com as comunidades terapêuticas, caracterizadas como instituições totais, com explícitas violações dos direitos humanos<sup>11</sup>.

*As comunidades terapêuticas são instituições privadas, grande parte baseadas em práticas religiosas (evangélicas e cristãs, uma afronta aos princípios laicos do Estado) e muitas financiadas pelo próprio Governo Federal. Essa política pública oferta o encarceramento como opção e não tem diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial. As comunidades terapêuticas vêm se*

<sup>10</sup> Cabe registrar que, recentemente, o Ministério da Saúde, por conta do Programa Nacional de Combate ao Crack, instituiu a referida Rede de Atenção Psicossocial, que ainda não havia sido regularizada, mesmo com a Portaria 336/2002. Dessa forma, a Portaria GM/MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O órgão destina recursos a serem incorporados ao teto financeiro de média e alta complexidade do Município do Rio de Janeiro, para financiamento das ações emergenciais de Atenção Psicossocial, através da Portaria GM/MS 1.357, de 2 de julho de 2012.

<sup>11</sup> Cabe destacar que os equipamentos denominados de Abrigos da rede municipal de assistência social do Rio de Janeiro foram objeto de inúmeras visitas técnicas pelos Conselhos Regionais de Serviço Social e Psicologia, bem como pela Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania da ALERJ e a equipe do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate a Tortura da ALERJ, que, em forma de relatórios, denunciam os maus-tratos, violências e violações de direitos desses usuários recolhidos, além de diagnosticar o fenômeno da manicomialização pelo processo de assistencialização da política de segurança social. Ver VVAA, 2012a e 2012b.

*proliferando e se fortalecendo, e contam com apoio de influentes setores políticos. Estas instituições não se configuraram como espaços de tratamento, mas sim, de segregação, reeditando o conceito de “tratamento moral” do século XIX, combatido pela reforma psiquiátrica e presente na lei 10.216/01. O investimento financeiro feito em comunidades terapêuticas desvia os recursos de uma política pública afiançada pelos princípios democráticos, de base comunitária, para equipamentos asilares (FRENTE NACIONAL DE DROGAS E DIREITOS HUMANOS (BRASIL), 2012).*

Essas medidas baseiam-se, também, na ampliação de leitos psiquiátricos<sup>12</sup> em instituições asilares ou fechadas, públicas e privadas, além de reforçar a estigmatização, a privação de liberdade e, mais uma vez, a institucionalização, duramente criticada nessas três décadas do movimento da luta antimanicomial, além de ser contrária ao cumprimento do disposto no Artigo 4º da Lei n. 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que estabelece que “A internação, em qualquer de suas modalidades (‘voluntária’, ‘involuntária’ e ‘compulsória’), só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

Desta forma, na medida em que os CAPS, enquanto dispositivos assistenciais, identificam-se como unidades de saúde de alta complexidade na atenção aos seus usuários, que dependem de cuidados intensivos, semi-intensivos e não intensivos. Observa-se, contudo, que a política de governo é clara nos seus objetivos,

ou seja, por um lado, não investe na ampliação dessa rede de serviços substitutivos, por outro, descaracteriza os princípios do SUS e do SUAS (Sistema Único da Assistência Social) em suas políticas públicas de saúde, saúde mental e assistência social, afirmadas e reafirmadas, respectivamente, nas deliberações da XIV Conferência Nacional de Saúde, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial e na VIII Conferência Nacional de Assistência Social, além de ferir os compromissos assumidos pelo Brasil na prevenção, promoção e proteção da saúde mental e dos direitos humanos.

Segundo o Relatório de Visitas aos abrigos, da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro, registra-se que

*Outra preocupação se dá em torno da deliberada confusão entre assistência social e saúde mental. A híbrida distinção entre usuários que são moradores de rua e dependentes de álcool e outras drogas, desencadeando em um público de saúde mental muito significativo nos abrigos. À guisa de ilustração, cerca de 80% dos usuários do UMRS da Ilha do Governador seriam pacientes psiquiátricos ou de tratamento de álcool e outras drogas – tal fenômeno também fora observado no Rio Acolhedor de Paciência, sendo que este apresenta uma alta rotatividade maior por ser ‘porta de entrada’. Nesse prisma, pode ser destacado o forte risco do processo de institucionalização desses usuários, estando na contramão da reforma psiquiátrica (Lei 10216/01), podendo abrir um precedente para o processo de manicomialização pela via da assistência social. (VVAA, 2012a: 26).*

<sup>12</sup> A ampliação do número de leitos de internação hospitalar/enfermaria, especializados para tratamento de dependentes de crack e outras drogas, em 2.500 unidades, está explícita no Plano de Enfrentamento, no Artigo 5º, §1, Inciso 1, tanto para as iniciativas privadas, como de organização da sociedade civil, o que reforça o modelo hospitalocêntrico tão questionado pelo movimento da luta antimanicomial e implantado a partir das diretrizes e políticas do Ministério da Saúde, com a redução dos leitos psiquiátricos e o investimento e a ampliação da rede de atenção psicossocial no país.

Estamos diante de um retrocesso no que concerne a esse tipo de encarceramento. Retornamos à década de 1920, quando a legislação penal propunha a internação compulsória em estabelecimento correcional adequado, por tempo indeterminado, dos denominados toxicômanos. Contudo, não é difícil entender que a internação em hospitais psiquiátricos tenha se constituído, até os anos 2000, como único recurso terapêutico possível

a uma importante parcela de usuários de álcool e outras drogas, por tempo indeterminado, necessário à sua recuperação.

Portanto, diante desse cenário, apesar dos avanços legislativos<sup>13</sup>, são vários os ditos modelos de prevenção que têm sido experimentados ao longo da história, contudo, cabe destacar que o modelo proibicionista, baseado na repressão, reclusão e amedrontamento, e que defende uma ‘sociedade livre das drogas’, é que tem recebido maior investimento público e, ao mesmo tempo, o que tem se mostrado, mundialmente, menos eficaz, pois sequer diminuiu o consumo.

Por outro lado, temos visto que são crescentes os problemas de violência em decorrência da ‘guerra às drogas’<sup>14</sup>, principalmente nas comunidades de favela da cidade do Rio de Janeiro, território de nossas ações assistenciais, e que têm-se elevado os onerosos gastos e repasses de verbas públicas com um dito modelo de recuperação dos usuários abusivos ou em uso prejudicial em instituições fechadas, muitas dessas, religiosas, que só enriquecem a saúde financeira de seus proprietários, sejam elas as OSSs, comunidades terapêuticas e clínicas de recuperação ou psiquiátricas, que pautam suas intervenções na lógica da internação, do isolamento e da segregação – o modelo manicomial-hospitalocêntrico – como única forma de atenção a esses sujeitos. Estabelecimentos que nada têm em seu conteúdo assistencial

de terapêutico ou garantam práticas cidadãs e projetos terapêuticos singulares.

Cabe salientar que o campo da saúde,

*Quando estabeleceu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em 2003, o Ministério da Saúde reconheceu que houve um atraso histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) na assunção da responsabilidade pelo enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Este atraso remete a dois aspectos que caracterizam a história das intervenções dos governantes brasileiros na área de álcool e outras drogas: as abordagens, intervenções e políticas foram original e predominantemente desenvolvidas no campo da Justiça e da segurança pública; e as dificuldades para o enfrentamento dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, na agenda da saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2006, p. 802).*

Contradictoriamente, o governo brasileiro continua a se dedicar às ações de repressão ao tráfico, mas também começa a fomentar ações, embora tímidas e pontuais, sem considerar uma rede psicossocial, construída em território nacional, para tratamento e reinserção de usuários de álcool e outras drogas (OLIVEIRA, 2004). Paradoxalmente, nesse contexto, em 2001, foi criada a primeira política nacional antidrogas, que, em 2006, no governo Lula, sofre um realinhamento e se materializa em uma nova política pública sobre drogas, mas, mesmo não sendo, na letra da lei, antidrogas, os usuários continuam sofrendo com as abordagens repressivas e violentas.

Portanto, é nesse âmbito que temos a nova Lei de Drogas e, consequentemente, sua gestão, através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), vinculada ao Ministério da Justiça, que atua dissociada das políticas dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) para o trato dessa questão, como vemos no Plano Nacional de

<sup>13</sup> Referimo-nos aqui a um conjunto de leis que vão convergir para a instituição da Política Pública Sobre Drogas, e que, no momento, pode ser alterado de forma conservadora, ao que obtivemos no processo histórico, caso seja aprovado um projeto de lei no Congresso Nacional que prevê mais endurecimento, punição e parceria com as comunidades terapêuticas.

<sup>14</sup> Em decorrência da criminalização do porte e do consumo de drogas ilícitas, tem-se observado uma sobrecarga do sistema de justiça, onerando-o tanto pela lotação de unidades prisionais quanto pelo aumento de investimentos financeiros para a militarização das ações policiais de ‘combate’ às drogas. Assim, torna-se secundária a redução da demanda promovida mediante as intervenções de prevenção e tratamento dos dependentes químicos.

Enfrentamento ao Crack (2010 e 2011)<sup>15</sup>, com enfoque na repressão, criminalização e higienização das cidades, e com pouco investimento e incremento de fato na rede pública de atenção psicossocial do SUS, com serviços abertos, inclusivos, de base comunitária e com recursos humanos adequados.

Ressaltamos, pela experiência aqui relatada, que o trato sobre os usuários de drogas, de forma descriminizada e isenta de qualquer julgamento moral, põe em questão a temática da intersetorialidade das ações e das políticas. No entanto, temos visto muito mais um enfoque de política de governo do que mesmo de política pública do Estado.

Assim, a construção de uma política inclusivista, humanizada, não discriminatória e que garanta o direito à saúde, à liberdade, à integridade e à dignidade dos usuários de drogas, em situação de rua ou não, pode ser posta em prática, a despeito de um discurso travestido de proteção ao direito à saúde e à vida dos usuários de drogas por parte da administração municipal da cidade do Rio de Janeiro, que, na verdade, vem operando recolhimentos compulsórios, de forma massificada, abusiva, indiscriminada, com maus tratos e violência.

## Considerações finais

É possível cuidar sem reprimir. Sob tal perspectiva, articulam-se diversas entidades da sociedade civil, compostas por técnicos, usuários e familiares, através da Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos, e, no caso do Rio de Janeiro, da Frente Estadual de mesmo nome, como tem ocorrido em vários estados do país, com o objetivo de pressionar as gestões públicas para o trato da temática da droga, em consonância com várias experiências e dispositivos que têm sido usados para esse cuidado.

São várias as propostas, mas aqui registramos as que mais têm nos afetado, tais como: Trabalho de capacitação com as equipes de saúde; Abordagem da Redução de Danos com a ESF e NASF, como alternativa à abstinência e à internação compulsória vigentes nos modelos assistenciais; Capacitar a produção do cuidado pela ESF para identificar as doenças orgânicas, o diagnóstico de comorbidades psiquiátricas e o uso de medicação pela ESF, com matriciamento especializado (ainda muito irrisório na rede); Ampliar as intervenções com as famílias sem culpabilização; Reforçar as intervenções locais, criando redes e se articulando com os CAPS no território; Estimular as Intervenções preventivas e suas abordagens, que ainda são insuficientes, sem conteúdo fundamentalista religioso e moralista sobre o tema; Encaminhamentos para Hospital Geral, com a necessidade de ampliação dos leitos de atenção integral em saúde mental do mesmo; Garantia de ampliação, incremento e fortalecimento da rede de atenção psicosocial, com a abertura de mais CAPS, CAPSad, CAPSi, principalmente na modalidade III (24 horas), e outros serviços da rede que possam prover cuidados de urgência, emergência, atenção hospitalar, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil e de Adultos; O incremento das equipes da ESF, dos Consultórios na Rua, bem como dos NASF, como estratégia prioritária no trabalho com os usuários de drogas, diretamente nas cenas do consumo; entre outros.

A cidade do Rio de Janeiro possui um CAPSad para cada um milhão e duzentos mil habitantes. Nesse quadro, temos, irrisórias, cinco unidades para atender

<sup>15</sup> Em 2011, um dos primeiros atos do governo Dilma Rousseff foi o deslocamento da Secretaria Nacional sobre Drogas do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça. Daí, observa-se o trato repressor de combate às drogas, em especial, ao crack, que deveria ser assumido pelo governo federal, iniciado em 2010. No entanto, Pedro Abramovay, o novo titular da SENAD, menos de dez dias após assumir a gestão, em 2011, no Ministério da Justiça, pediu demissão, logo após irritar o governo ao defender, "de cunho pessoal", em entrevista a um jornal de grande circulação, o fim da prisão para pequenos traficantes, permitindo aplicação de penas alternativas para a lei de drogas, principalmente para quem se encontra em situação intermediária entre usuário e traficante, desde que fosse réu primário e não tivesse envolvimento com o crime organizado. A medida ajudaria a aliviar a superlotação carcerária, que de fato só vem aumentando com o passar do tempo e na aplicabilidade dessa lei.

toda a população que faz uso prejudicial de drogas, ainda de forma precária, e o mesmo acontece na gestão e prática das ESF nos territórios e na articulação com tantos outros serviços, também insuficientes para dar conta de uma realidade complexa.

É notório que temos uma fragilidade da rede de atenção psicossocial, mas, mesmo assim, com o pouco que existe, opera-se em consonância com os princípios da atenção integral em saúde e com a política de redução dos danos, visando ao respeito pela dignidade e pela garantia do acesso da população aos seus diferentes direitos humanos, não sendo pautadas na repressão e na segregação.

É necessário frisar que esse complexo da rede de atenção psicossocial é atravessado por disputas de saberes e poderes, que se apresentam em um cenário de diversas ambiguidades no campo de cuidados e atenção aos usuários de drogas. No entanto, o pensamos enquanto processo em construção, tanto a rede como os

sujeitos implicados com essa direção estratégica de ação territorial e comunitária, quando a cena da produção do cuidado foca a vida social desses usuários de direitos e cidadania (ZALUAR, 1994).

Hoje, mais do que nunca, há uma convocação dos sujeitos que se afiliam a essa perspectiva política – de forma articulada, apesar das diferenças, em nome da construção e da defesa do campo psicossocial – a uma resposta pública, a partir dos novos cenários de privatização da saúde, da saúde mental e do SUS, bem como do retrocesso em curso da política pública de saúde mental, quando da imposição de uma política de governo enquanto estratégia de repressão, com as internações e recolhimentos compulsórios nas cidades, sejam crianças, adolescentes e adultos em situação de rua, sejam femininos ou masculinos, violados em seus direitos e criminalizados pela sua condição social e econômica (pobres), pela sua raça-etnia (a maioria é negra) e pelos seus modos de andar a vida. ■

## Referências

- ACSERALD, G. (org.) *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Caderno de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n.11, p. 2309 – 2319, nov. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 10*, a. VII, n. 10. Brasília: MS, mar. 2012. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>. Acesso em 07 jul. 2012.
- \_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS Nº 3.08,8 de 23 de dezembro de 2011*. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em 07 jul. 2012.
- \_\_\_\_\_. *A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001*. Brasília: Congresso Nacional, 2001.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 393-404, 1999.
- CHIAVERINI, D. H. et al. (orgs). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde; CEPESC/UERJ, 2011.
- COELHO, D. A. M. et al (orgs) *Sobre o início do matriciamento em Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro: reflexões, relatos e recomendações*. Rio de Janeiro: PCRJ, 2012.
- FRENTE NACIONAL DE DROGAS E DIREITOS HUMANOS (BRA-SIL). *Carta de Apresentação da Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos*. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://drogasdireitoshumanos.org/2012/06/25/carta-de-apresentacao-da-frente-nacional-drogas-e-direitos-humanos/>>. Acesso em 07 jul. 2012.

- MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 801-821, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>> . Acesso em 30 jul. 2012.
- NERY FILHO, A. et al. (orgs). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, CETAD/UFBA, 2012.
- OLIVEIRA, C. J. O Enfrentamento da dependência de álcool e outras drogas pelo Estado brasileiro. In: BRAVO, M. I. S. et al. (orgs). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2004.
- VELOSO, L. H. P. et al. Redução de Danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: BRAVO, M. I. S. et al. (orgs). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2004.
- VVAA. *Relatório de visita aos abrigos da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: MEPCT-ALERJ, CRESS e CRP, 2012a.
- VVAA. *Relatório de visitas aos "Abrigos Especializados" para crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: CDDHC-ALERJ, 2012b.
- ZALUAR, A. (org). *Drogas e Cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

Recebido para publicação em abril/2013

Versão final em junho/2013

Conflito de interesse: Não houve.

Suporte financeiro: Financiado pelo Ministério da Saúde.