

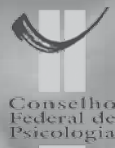
Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras

1ª Edição
Brasília-DF
2010



Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras

1ª Edição
Brasília-DF
2010



Subjetividade do Consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras

1ª Edição



**Brasília-DF
2010**

Organizadores

Clara Goldman
Ana Luiza de Souza Castro
Aparecida Rosângela Silveira
Murilo Batisti
Mônica Gorgulho
Maria da Graça Gonçalves
Jureuda Guerra

Integrantes

Dênis Roberto da Silva Petuco, Denise Doneda, Elisângela Reghelin, Marilda Barbedo Couto, Maurides Ribeiro, Mônica Gorgulho, Oscar Cirino, Paulina do Carmo Duarte, Pedro Gabriel Delgado, Rebeca Litvin, Vladimir Stemplink.

Subjetividade do Consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras

1ª Edição



Brasília-DF
2010

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.

Disponível também em: www.pol.org.br.

1ª Edição 2010

Projeto Gráfico: Luana Melo/Liberdade de Expressão
Diagramação: Ana Helena Melo/Liberdade de Expressão

Revisão: Joira Coelho/Liberdade de Expressão



Liberdade de Expressão – Agência e Assessoria de Comunicação
atendimento@liberdadedeexpressao.inf.br

Coordenação Geral/CFP

Yvone Duarte

Edição

Priscila D. Carvalho – Ascom/CFP

Produção

Verônica Araújo – Ascom/CFP

Direitos para esta edição: Conselho Federal de Psicologia
SRTVN 702 Ed. Brasília Rádio Center conjunto 4024-A
70719-900 Brasília-DF
(61) 2109-0107

E-mail: ascom@pol.org.br
www.pol.org.br

Impresso no Brasil – abril de 2010

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Conselho Federal de Psicologia

Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas

brasileiras / Conselho Federal de Psicologia. –Brasília: CFP, 2010.

128 p.

ISBN: 978-85-89208-11-6

1. Drogas (uso) 2. Alcoolismo 3. Políticas públicas 4. Direitos humanos I.
Título.

RC564

**Conselho Federal de Psicologia
XIV Plenário
Gestão 2008-2010**

Diretoria

Humberto Verona – Presidente
Ana Maria Pereira Lopes – Vice-Presidente
Clara Goldman Ribemboim – Secretária
André Isnard Leonardi – Tesoureiro

Conselheiras efetivas

Elisa Zaneratto Rosa
Secretária Região Sudeste
Maria Christina Barbosa Veras
Secretária Região Nordeste
Deise Maria do Nascimento
Secretária Região Sul
Iolete Ribeiro da Silva
Secretária Região Norte
Alexandra Ayach Anache
Secretária Região Centro-Oeste

Conselheiros suplentes

Acácia Aparecida Angeli dos Santos
Andréa dos Santos Nascimento
Anice Holanda Nunes Maia
Aparecida Rosângela Silveira
Cynthia R. Corrêa Araújo Ciarallo
Henrique José Leal Ferreira Rodrigues
Jureuda Duarte Guerra
Marcos Ratinecas
Maria da Graça Marchina Gonçalves

Conselheiros convidados

Aluizio Lopes de Brito
Roseli Goffman
Maria Luiza Moura Oliveira

Apresentação

A ampliação da presença da Psicologia nos diversos espaços das políticas públicas tem demandado, a cada dia, a construção de referências de atuação que qualifiquem a prestação dos serviços. Novos espaços, novas possibilidades, novos modelos de práticas devem ter como sustentação o compromisso com as necessidades da sociedade brasileira, o respeito às diversidades e aos direitos humanos, e às oportunidades de construção de projetos coletivos.

A contemporaneidade sem dúvida nos desafia a entender os complexos cenários do desenvolvimento tecnológico, dos modelos econômicos, das relações de poder e das formas que a sociedade empreende para garantir direitos e sobrevivência.

Parece-nos, então, que o grande desafio é fazer com que tecnologia e desenvolvimento humano, ciência e qualidade de vida possam caminhar sempre juntos e a serviço de um projeto igualitário de sociedade.

É nesse contexto que a questão do uso das drogas, lícitas e ilícitas, vem ganhando espaço, potencializando discussões e ocupando o Estado, que ainda não definiu com clareza, ao lado da sociedade, os rumos deste enfrentamento.

À Psicologia cabe fomentar o posicionamento crítico sobre este tema para dentro e para fora da profissão, focando três eixos fundamentais: os modelos de assistência, os direitos dos usuários, as redes de interesses envolvidas no uso e consumo de drogas.

No geral, o que temos assistido é um descompasso no diálogo das complexas necessidades dos usuários com os modelos de acolhimento e assistência, ressaltando soluções por vezes estigmatizantes, criminalizadoras e preconceituosas, levando a situações de maior sofrimento e abandono.

A Psicologia, portanto, deverá apoiar o diálogo suficientemente esclarecedor e legítimo com a sociedade, que leve a um projeto de atuação para além da assistência ao uso abusivo de drogas, cuidando das políticas, das pessoas e das redes sociais a que elas pertencem.

Reconhecemos a importante contribuição da Psicologia nesse debate, que nos permite, inicialmente, ter melhor compreensão do papel e do lugar das substâncias psicoativas nas sociedades atuais, claramente consumistas. Desviar o foco da substância em si e combater a visão culpabilizadora do usuário são tarefas das quais nossa ciência, mais do que qualquer outra área de estudo, pode e deve se responsabilizar. Ampliar o debate da criminalização para uma compreensão mais global dos muitos aspectos envolvidos no fenômeno das drogas – produção, comércio e consumo – é a maneira mais adequada de se entender as inúmeras formas que os indivíduos têm buscado para ser e estar no mundo contemporâneo.

Para tanto, precisamos analisar a questão a partir de múltiplos olhares, buscando a efetivação urgente de uma política transversal viável, que articule Saúde, Cultura, Direitos Humanos, Justiça, pensada coletivamente pelos diversos atores envolvidos.

E foi com o objetivo de avançarmos na compreensão e no debate dessa questão, bem como de traçarmos os primeiros encaminhamentos para a construção de uma posição do Sistema Conselhos de Psicologia e de referências para a atuação profissional dos psicólogos, que realizamos o *Seminário O consumo de álcool e outras drogas: subjetividade e políticas públicas no Brasil, entre os dias 27 e 28 de novembro de 2008, em Brasília*.

O encontro foi organizado em três momentos. Inicialmente houve a apresentação das políticas da Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas (Senad) e do Ministério da Saúde, assim como das posições da Secretaria Nacional de Direitos Humanos e do Ministério da Justiça. O segundo momento foi dedicado a comentários críticos de profissionais de referência na área, com o objetivo de explicitar as diferentes abordagens, assim como trazer os pontos principais de intersecção entre o que foi apresentado e as diferentes áreas de conhecimento envolvidas em uma política pública verdadeiramente eficaz.

No terceiro e último momento, psicólogos coordenaram uma discussão sobre a praxis da categoria nos espaços de atenção a usuários

de drogas lícitas ou ilícitas, as dificuldades e as facilidades de adaptação da prática às políticas vigentes em nosso país e as diferentes possibilidades de atuação.

Esperamos, com essa publicação, ir além da apresentação do que vem sendo pensado e feito pelo Estado sobre o tema. Desejamos que as reflexões e discussões aqui apresentadas estimulem mudanças efetivas no cotidiano não apenas do usuário, mas de toda a sociedade. Esse é nosso desafio como psicólogos.

Humberto Verona

Presidente do Conselho Federal de Psicologia

Sumário

1. Apresentação	11
2. Abertura.....	17
2.1 – Humberto Verona.....	19
3. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras.....	23
3.1 – Paulina do Carmo Duarte	25
3.2 – Pedro Gabriel Delgado.....	35
4. Reflexão crítica sobre as políticas públicas de atenção ao consumo de álcool e outras drogas	47
4.1 – Elisângela Reghelin.....	49
4.2 – Denise Doneda.....	55
4.3 – Maurides Ribeiro.....	65
5. Entre macro e micropolíticas: O movimento social de redução de danos e o campo político reflexivo das drogas.....	73
5.1 – Dênis Roberto da Silva Petuco.....	75
5.2 – Vladimir Stempluk.....	91
6. Roda de Conversa: A práxis do psicólogo em face das políticas públicas de atenção ao consumo de álcool e outras drogas.....	95
6.1 – Mônica Gorgulho	97
6.2 – Rebeca Litvin	103
6.3 – Marilda Couto.....	113
6.4 – Oscar Cirino.....	121

Abertura

Humberto Verona¹

Que todos sejam bem-vindos ao nosso seminário: *Subjetividade do Consumo de Álcool e Outras Drogas e as Políticas Públicas Brasileiras*. Este seminário, organizado pelo Sistema Conselhos de Psicologia, tem a participação dos nossos convidados e pessoas de referência no tema que têm nos ajudado nessa discussão. Este seminário foi pensado em três módulos: no primeiro, as políticas públicas brasileiras são apresentadas e discutidas à luz das contribuições de nossos convidados. Depois, em outro momento, é construído um espaço de diálogo, com a troca de comentários, críticas e a realização de debates sobre o tema. Por último, se dá uma discussão sobre a Psicologia e o trabalho do psicólogo no tema do consumo de álcool e outras drogas.

Este seminário é parte de um processo de discussão no qual a Psicologia precisa amadurecer o seu posicionamento, de forma a contribuirmos efetivamente para o debate social.

Abro minha fala esboçando rapidamente o posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia sobre o tema. O fenômeno do uso abusivo das drogas lícitas e ilícitas é, sem dúvida, polêmico e complexo. Independentemente das diversas formas sob as quais podemos entender a questão, quer seja como um subterfúgio a necessidades materiais ou afetivas ou como um produto de consumo em um mundo caracterizado por relações cada vez mais fugazes, provisórias e tênues, é fundamental pensarmos em políticas públicas para essa área. Pensar sob essa lógica é um grande desafio para o governo e para a sociedade. Desafio que nos engloba também, psicólogos, que devemos refletir sobre as contribuições da Psicologia para esse debate. O enfrentamento dessas questões nos é absolutamente necessário.

Ao falar sobre o uso de drogas e as alternativas sociais a esse problema, geralmente tocamos em temas quase naturalmente relacionados, como tratamento, prevenção, repressão ao tráfico e legislação, dentre tantos outros que afloram. Mas como a Psicologia deve se posicionar sobre essa questão? Não obstante alguns avanços na legislação brasileira, observamos ainda profunda diferenciação no tratamento, baseada em

1 Psicólogo, presidente do Conselho Federal de Psicologia.

diferenças sociais. Vale lembrar o triste panorama que nos revela como significativa parcela dos adolescentes pobres do nosso país acaba por receber como único tratamento a abstinência forçada em instituições de privação de liberdade. Ou encontram a morte precoce.

Para traçar um desenho da situação atual das substâncias psicoativas no mundo, cito alguns dados do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). Temos hoje uma população mundial em torno de 6,6 bilhões de pessoas; dentre essas, 4,2 bilhões têm entre 15 e 64 anos; desse universo, 208 milhões já fizeram uso de drogas em algum momento da vida, o que representa 4,8% da população mundial; foram 112 milhões os que fizeram uso de alguma droga no último mês; a faixa da população entre 15 e 64 anos que apresenta uso problemático de drogas, 26 milhões, representa 0,6% da população mundial. Dessas pessoas, 3,9% são usuárias de maconha; 0,4% de cocaína e derivados; 0,8% de estimulantes como anfetaminas.

Para enfrentar essa situação, o Brasil conta com algumas legislações sobre álcool e outras drogas. Farei algum comentário, por exemplo, sobre a política nacional sobre drogas de 2005. Ela reconhece a diferença entre usuário, dependente e traficante. Admitindo a necessidade de tratamento diferenciado para cada um, além de defender a garantia de tratamento público para aqueles com problemas relacionados a essa prática. Essa política também considera a proposta de redução de danos como estratégia preventiva, além de defender um compartilhamento de responsabilidades entre os diversos segmentos de governo e sociedade no enfrentamento do problema. Mas, dicotomicamente, ela defende que o usuário de drogas é quem alimenta as organizações criminosas e que tem no narcotráfico a sua principal fonte de recursos financeiros.

Já a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, de 2004, assume o desafio de prevenir, tratar, e reabilitar os usuários de drogas, lícitas e ilícitas, considerando serem de responsabilidade da saúde pública de modo integral e articulado. Para tanto, entende ser necessário o envolvimento de outros órgãos governamentais, assim como de associações de classe, em parceria com seguimentos da sociedade civil organizada. Também defende ser preciso abandonar o modelo médico e ampliar a compreensão da questão para outros campos das ciências humanas e sociais, privilegiando o modelo da redução de danos asso-

ciados ao consumo dessas substâncias; propõe a criação de uma rede de assistência vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps AD). Temos também várias leis, dentre elas destaco a Lei nº 11.705, de 2008, a *Lei Seca*, que impôs penalidades mais severas ao condutor que dirigir sobre influência de álcool. Além disso, os governos vêm implementando o mesmo rigor com relação ao tabaco, ao restringir a propaganda de bebidas e de cigarros. A Lei nº 11.343, de 2006, conhecida como *Lei de Drogas*, exclui a pena de prisão para usuários de drogas e percebe seu uso como uma questão de saúde pública, em lugar do âmbito policial; não contempla, entretanto, o aumento da rede do SUS a serviço de atenção a dependentes.

Neste seminário pretendemos debater as preocupações do Sistema Conselhos de Psicologia referentes ao grave problema de uso de drogas lícitas e ilícitas, com o objetivo de pensarmos formas de atuação e inserção da psicologia e do psicólogo nessa área. E aqui estão sendo abordadas questões que sinalizam importantes diretrizes para nossas discussões. Dentre essas, destaco que não devemos aceitar a culpabilização do usuário e não devemos ser favoráveis à criminalização como recurso. Devemos defender uma posição de respeito ao sujeito e perceber o usuário a partir de olhares e compreensões múltiplas. Defendemos a construção de políticas públicas que articulem diferentes setores do Estado: Saúde, Educação, Justiça, Direitos Humanos; e diferentes segmentos sociais: profissionais, usuários, movimento social. Por essa ótica, acredito que devemos assumir uma proposta em que a Psicologia se comprometa com o respeito pelas pessoas nos níveis individual e coletivo. Que neles atue de forma diferenciada, mas tendo como objetivo vincular essas duas dimensões: a individual, relacionada à formação do cidadão crítico; e na outra, relacionada à dimensão social, a organização que deve proporcionar os meios para que essa existência se efetive.

Dessa forma, reconhecemos algumas semelhanças entre o entendimento do Conselho Federal e das políticas públicas brasileiras e vemos nesse seminário uma possibilidade de capacitar também o Sistema Conselhos, além de ampliar e possibilitar o estabelecimento de parceria entre as nossas propostas e as que são hoje discutidas pelo governo. Que possamos contribuir para o fortalecimento da política no setor com a participação dos psicólogos. Todavia, precisamos avançar na discussão sobre

a descriminalização de forma a garantir os direitos humanos dos usuários e a efetiva implementação de serviços não estigmatizantes, além de combater a internação como a forma possível de tratamento. E damos o pontapé inicial ao apresentarmos o ponto de vista do Sistema no debate provocado pelo seminário.

Para finalizar, agradeço a atenção e a participação de vocês. Quero deixar registrado o quanto nós reconhecemos e saudamos os avanços da política pública no Brasil e o esforço de todos em prol de políticas públicas construídas com base na defesa dos direitos humanos. E reconhecemos que temos muitos desafios, muitas questões a enfrentar nessa trajetória. O Sistema Conselhos participa desse desafio e busca contribuir para a construção de uma política essencialmente humana.

Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras

Este texto foi redigido com base na fala de **Paulina do Carmo Duarte**², secretária-adjunta da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

Após agradecer pelo convite a participar do seminário, a palestrante destacou a importância do evento. Ela afirmou que, ao saber que o Conselho conversaria com o governo sobre as políticas públicas voltadas às drogas e ao álcool, de imediato lembrou de quando era estudante universitária e havia começado a trabalhar na área de drogas. Naquele momento, a dificuldade era imensa, também pelo estigma que acompanhava quem atuava na área. A ideia era que trabalhavam com drogados porque não tinham conseguido área melhor, e isso os acompanhou durante muito tempo.

A fala de Paulina Duarte no seminário, segundo ela, não buscou prestar contas do que o governo Federal vem fazendo, mas construir uma reflexão conjunta, ainda que esse evento também tivesse esse sentido para ela. Ela felicitou a possibilidade de discussão efetiva, com o objetivo comum de construir em conjunto as políticas em um cenário no qual a responsabilidade é compartilhada. No que se relaciona com esse tema especificamente, ela avalia que a responsabilidade é muito grande para ficar a cargo de um só segmento ou de uma só categoria.

A palestrante prosseguiu realizando breve apresentação de panorama geral sobre a política de drogas no Brasil hoje. Retomou um pouco do histórico da construção dessa política e dos percalços da trajetória.

Ela começou com rápida caracterização do país: o Brasil ocupa quase 50% do território da América do Sul, com população de quase duzentos milhões de habitantes. São três fusos horários diferentes. Fazemos fronteira com dez países. É um país de dimensões continentais, que tem fronteiras terrestres com os três maiores produtores de cocaína do mundo: Peru, Colômbia e Bolívia. E com um dos maiores produtores de maconha do mundo, o Paraguai. Além disso, há uma faixa costeira de quase oito mil quilômetros. Para Duarte, os dados dão ideia do desafio que é o de construir uma política pública sobre drogas em um país com essas características.

Ela retomou a maneira como tais políticas se construíram no Brasil.

2 Assistente Social, especialista em Psicologia Social e Recursos Humanos. Secretária-adjunta da Secretaria Nacional Sobre Drogas – Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

A abordagem médico-policial foi hegemônica até recentemente. Os precedentes históricos, em termos de regulamentos, são os instrumentos legais das Nações Unidas (ONU), que posteriormente eram incorporados ao ordenamento jurídico nacional. Também existem as convenções da ONU de 1961, 1971, 1972 e de 1998. Em 1976 foi implementada a Lei nº 6.368, vigente até 2006. Uma Lei que perdurou por trinta anos e que, além de ser voltada à repressão, via o usuário de drogas como um criminoso comum e sem qualquer perspectiva de garantia de direitos.

Em 1980 o Poder Executivo tenta criar, por meio de decreto, um Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. E cria, então, o Conselho Federal de Entorpecentes (Confem), basicamente voltado para o controle e a repressão. Depois, em 1986, foi criado o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate ao Abuso de Drogas (Funcab), e em 1993 ocorre a tentativa de criação de uma Secretaria Nacional de Entorpecentes, no âmbito do Ministério da Justiça, que efetivamente nunca existiu. Depois, por meio de um decreto em 1996, foi criado o Departamento Nacional de Entorpecentes, que também não foi efetivado. Em 2001, o Funcab se transforma em Fundo Nacional Antidrogas (Funad).

Para Paulina Duarte, políticas públicas - política sistemática, preocupação do governo, filosofia, etc - sobre o tema são muito recentes. O primeiro movimento concreto para a criação de uma política sobre drogas no Brasil aconteceu em 1998, quando ocorreu sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas. Nessa, se discutiu a necessidade de o Estado assumir responsabilidade compartilhada em relação às drogas; como se deveria dar igual ênfase à demanda e à oferta das drogas; a ênfase na prevenção do uso, na redução das conseqüências adversas e do abuso de drogas. Nessa sessão, o Brasil aderiu aos princípios diretivos da redução da demanda de drogas. O então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, assinou um tratado se comprometendo a cumprir essas determinações. Com isso, ao retornar ao Brasil, no mês de junho daquele ano, Fernando Henrique transformou o Departamento Nacional de Entorpecentes, que nunca havia funcionado, na Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) e o Confem em Conselho Nacional Antidrogas (Conad).

De acordo com a especialista, era uma política efetivamente de controle e se configurava como uma luta contra as drogas. E, mesmo com todas as críticas que podem ser feitas a essa política, tratava-se

de momento relevante para o país pois, no mesmo ano de 1998, a Senad recebeu do Presidente da República a incumbência de desenhar uma Política Nacional Antidrogas e, já em novembro, foi realizado o primeiro Fórum Nacional Antidrogas, como passo inicial para a criação da Política Nacional Antidrogas. Em dezembro de 2001 ocorreu um segundo Fórum Nacional Antidrogas, no qual foi mais bem definido o desenho da Política que, lançada em 26 de agosto de 2002 por um decreto assinado pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso, buscava uma sociedade livre das drogas. Sua orientação era, no entanto, muito baseada no controle.

Em fevereiro de 2003, o Presidente Luis Inácio Lula da Silva, em sua primeira mensagem ao Congresso Nacional, declarou que, na questão das drogas, deveria haver uma integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, descentralização das ações e parceria efetiva com a comunidade científica e as organizações sociais. Segundo Paulina Duarte, isso, efetivamente, era necessário para que fosse possível trabalhar em busca de uma modificação da Política Nacional Antidrogas.

Com essa nova agenda, determinada pelo Presidente, realizou-se, no início do governo, o seminário de "Novos Cenários para a Política Nacional Antidrogas". O Presidente não mudou a Política Nacional Antidrogas quando assumiu o poder. Ele manteve a política, mas deu a clara orientação de que essa deveria se reformulada e de que a questão deveria ser baseada, efetivamente, em uma nova perspectiva, que considerasse a participação social, a intersectorialidade e a descentralização das ações. O seminário teve como resultado um protocolo coletivo assinado por treze ministérios, que se comprometiam a trabalhar com a Senad na busca de melhoria da política e da implementação das políticas setoriais por essa nova perspectiva.

Mudou, portanto, a perspectiva de trabalho e já não se deveria atuar com a ideia de guerra e combate às drogas. Paulina Duarte relatou que a equipe passou a trabalhar por um realinhamento da Política Nacional Antidrogas. Esse realinhamento foi todo desenhado em um processo que começou com um Seminário Internacional, realizado em parceria com o Ministério das Relações Exteriores. Para esse evento foram convidados sete países com expressivas experiências de políticas na área, para que compartilhassem suas dificuldades e seus avanços na implementação dessas políticas, que não necessariamente eram de vanguarda.

A partir desses seminários foram realizados seis Fóruns Regionais,

nas cinco regiões geográficas do Brasil, sendo que na região Nordeste ocorreram dois fóruns, e um Fórum Nacional de Consolidação do que foi discutido nos Fóruns Regionais. Como resultado dessa consolidação ocorreu a transformação da Política Nacional Antidrogas em Política Nacional sobre Drogas. No Seminário Internacional, realizado em Brasília, participaram Canadá, Holanda, Reino Unido, Portugal, Itália, Suécia e Suíça. Os Fóruns Regionais foram totalmente coordenados pela comunidade científica. Vários especialistas contribuíram. Enfim, houve uma grande mobilização e a comunidade científica ajudou a partir da discussão de cada capítulo da Política Nacional Antidrogas.

Todos os fóruns foram realizados nas universidades porque o entendimento era que seriam espaços que possibilitariam uma discussão mais plural e, também, porque ali se produz conhecimento.

Duarte relatou que o público do fórum foi extremamente variado. Havia policiais militares defendendo o Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (Proerd) como o melhor programa de prevenção; a área da justiça terapêutica colocou-se como a melhor alternativa para obrigar os usuários a se tratarem; além de pesquisadores, redutores de danos, especialistas, professores. No Fórum Nacional, o governo aproximou a produção nas regiões e trabalhou como facilitador. A comunidade científica continuou atuando como mediadora.

A política tinha 88 itens. Desses, 81 foram realinhados, um total de 92%. Foram incluídos diversos itens, dentre os quais o pressuposto da política, de lutar incessantemente por uma sociedade livre das drogas. A partir daí, o Conselho Nacional Antidrogas apresentou a nova Política Nacional sobre Drogas.

Uma das modificações que Paulina Duarte considera das mais importantes, além da mudança de foco já percebida na alteração do nome (de 'antidrogas' para 'sobre drogas'), é a que se refere à garantia da implementação dos conselhos com caráter deliberativo, articulador, normativo e consultivo, assegurando composição paritária. Segundo Duarte, esse era um grande desafio, pois o Conselho Nacional era, anteriormente, formado quase que integralmente por órgãos de governo, à exceção de um médico da Associação Brasileira de Psiquiatria e de um advogado indicado pelo Ministério da Justiça, as duas únicas participações de fora do governo.

A política foi estruturada em cinco eixos: 1) prevenção; 2) tratamen-

to; 3) recuperação da inserção social e redução de danos sociais e da saúde; 4) redução da oferta e; 5) estudos, pesquisas e avaliações.

De acordo com a palestrante, para garantir que o governo possa implementar essa política, é necessária uma legislação, um marco jurídico. Até 2006, legislação era a de 1976. Uma legislação totalmente ultrapassada, extremamente repressora. O arremedo de modificação tentado em 2002 foi quase totalmente vetado pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso, pois continha uma série de inconstitucionalidades, como o tratamento compulsório. Era escolher entre a prisão ou internamento, e muitas famílias optavam, obviamente, pela segunda opção. Esse internamento, na maioria das vezes, ocorria sem qualquer avaliação técnica de adequação da medida em termos terapêuticos.

Segundo Paulina Duarte, talvez o primeiro grande desafio do governo Lula tenha sido a discussão sobre a nova Lei para drogas. Com isso nasceu a Lei nº 11.343/06 que, mesmo contendo elementos que poderiam ser melhores, que poderiam ter avançado mais, foi o possível naquele momento.

Ela entende que um dos maiores avanços dessa Lei é a distinção entre usuário e traficante. Com isso, fez-se com que o usuário de drogas não fosse mais julgado como traficante na vara criminal comum, embora o uso da droga não tenha sido descriminalizado. O usuário passa a ser julgado em um juizado especial, a partir do que se chama de justiça restaurativa, ou seja, que oferece alguma possibilidade de reflexão e de efetiva reinserção social. Também foram alcançados a extinção da pena de prisão para usuário; o fim do tratamento compulsório; o oferecimento de tratamento gratuito aos usuários e dependentes.

Outro grande desafio que vem sendo trabalhado é a possibilidade de concessão de incentivos fiscais para quem trabalha com prevenção e também para empresas que aceitam pessoas em recuperação encaminhadas pelo Sistema Público de Saúde (SUS). Para a secretária-adjunta da Secretaria Nacional Anti-Drogas, este é um grande desafio para o final desse governo.

Quando a Lei foi sancionada, o Conad foi reestruturado, tendo definido as competências do poder Executivo em relação à redução da demanda e da oferta de drogas. Por meio de um decreto, o Conselho passou a ter uma representação da sociedade civil bastante qualificada, contando com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), conselhos como

o Federal de Medicina, o Conselho Federal de Psicologia, o Conselho Federal de Assistência Social, de Enfermagem, de Educação, um cientista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e um estudante da União Nacional dos Estudantes (UNE).

Duarte explicou que o decreto também estabeleceu as ações de redução da demanda, as ações de coordenação e articulação das políticas ficam a cargo do Gabinete de Segurança Institucional (GSI), por meio da Senad, e a execução dessas políticas cabe aos ministérios. Evidentemente, cada ministério tem sua política setorial.

A Senad tem como missão institucional coordenar a política por meio da articulação e da integração entre governo e a sociedade. Um dos eixos de ação estratégica da Senad, a partir de 2003, passou a ser o diagnóstico. Até 2003, o Brasil tinha um único estudo epidemiológico nacional, um único estudo nacional domiciliar. A secretária-executiva da Senad aponta que isso era muito ruim porque as informações disponíveis eram pouco embasadas em dados. Daí a decisão de o diagnóstico tornar-se um dos eixos estratégicos. Segundo ela, a Senad investiu milhões de reais esses anos e realizou diversos estudos nacionais que estão à disposição dos cidadãos. Atualmente, há também edital para estudos específicos, com relação ao crack, aos solventes. São estudos de abrangência nacional.

Duarte apontou que outro eixo estratégico é a capacitação. Passou-se a investir pesadamente em parcerias com ministérios e universidades para a capacitação de diferentes atores que trabalham na área. Também contam com projetos estratégicos de abrangência nacional que vão desde os projetos de cooperação internacional até o projeto de atualização legislativa de discussão de uma política para o álcool.

Ela relata que a Política Nacional sobre o Álcool foi um grande embaite do governo que começou no Ministério da Saúde, em 2003. Formou-se um grupo técnico interministerial, inicialmente com a ideia de se pensar questões relacionadas à propaganda, com vistas à diminuição de consumo por populações vulneráveis. Esse grupo fez um grande trabalho que resultou em documento que deu origem a um espaço maior, no âmbito do Conad, que foi a Câmara Especial de Políticas sobre o Álcool. Essa instância passou a discutir a criação de uma política intersetorial e de abrangência nacional que envolvesse não apenas aspectos de saúde, propaganda e segurança, mas todos, inclusive aqueles de legislação.

A câmara realizou todo o processo de produção da política. Em parceria com a Organização Pan-americana da Saúde, realizou a Primeira Conferência Pan-americana de Políticas Públicas sobre o Álcool³, em 2005, da qual participaram representantes de mais de vinte países pan-americanos, com custos totalmente financiados pelo governo brasileiro. Desse encontro resultou a Declaração de Brasília de Políticas sobre o Álcool. Essa declaração norteou as ações em relação a essas políticas sobre drogas desses países.

Ela afirmou que, em 2007, teve a satisfação de o Presidente da República assinar a política sobre álcool. Em 2003, o tema álcool era um tema tabu no governo, com a imprensa internacional divulgando que o Presidente bebia e tinha problemas com o álcool.

Duarte considerou que 2007 foi um ano de vitórias e que o formato final da política foi muito interessante, atentando para questões como a intersectorialidade, com foco na integralidade para a redução dos danos sociais causados pelo consumo de drogas e álcool.

Segundo a palestrante, a Lei 11.705/08, que vem sendo chamada de Lei Seca, não é exatamente uma lei seca, pois não proíbe ninguém de beber. A lei diz que não se pode dirigir depois de beber, mas acabou pegando o apelido cunhado pela imprensa. A perspectiva da política do governo é de redução de danos. Em nenhum momento, desde todas as discussões do Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde até o dia em que a política foi aprovada, houve qualquer posicionamento de intemperança do governo em relação à proibição. Existiram, sim, discussões de que deveriam pensar em restringir a propaganda, em dificultar o acesso para adolescentes. Mas jamais qualquer posição de intemperança ou de proibição.

Para ela, uma questão muito importante que está presente na política é o conceito de bebida alcoólica. Ela ressalta a contradição da lei brasileira que, para efeito de consumo e propaganda, só considera bebida alcoólica a partir de treze graus, o que impede que o Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), regule a propaganda. A nova lei institui que, para efeitos de política, a bebida alcoólica contém 0.5 ou mais graus.

Segundo a secretária-executiva, é interessante que a política não te-

3 A Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre o Álcool, de 2005, pode ser encontrada na página da Senad na internet, em http://www.senad.gov.br/documentos_diversos_legislacao/documentos_diversos_legislacao.html.

nha vindo simplesmente como um conjunto de diretrizes, mas acompanhada de nove medidas, levantadas por cada ministério participante da câmara técnica. Cada um definiu o que poderia ser de imediato para que a política começasse a ser implementada, e as nove medidas vieram anexas ao decreto do Presidente. Uma dessas medidas era que a Senad deveria articular-se com o Poder Legislativo para a modernização da legislação.

Ela avalia que houve importante vontade política nessa, pois, em janeiro de 2008, sob fortes críticas do Congresso Nacional devido ao excesso de medidas provisórias, o Presidente mandou ao Congresso uma medida provisória que, a princípio, pedia a proibição da venda de bebida alcoólica nas rodovias federais. Essa proibição ocorreu tendo em vista todos os números e estudos apresentados pela Polícia Rodoviária Federal e pelo Ministério da Saúde sobre morbidade e mortalidade decorrentes de acidentes em rodovias federais. Esse pedido de medida provisória foi para o Congresso e, para surpresa do governo, a Câmara de Deputados transformou essa medida provisória em um projeto de Lei de conversão, que se transformou na Lei nº 11.705/08. Essa Lei, além de proibir a venda de bebidas nas rodovias federais, definia a tolerância zero para beber e dirigir.

Paulina afirmou que, na questão de álcool e direção, o Congresso foi irredutível. Ela relatou que a secretaria defendia tolerância zero de álcool para, talvez, motoristas com estágio probatório e para motoristas profissionais - motoristas de ônibus, de carro, de vans escolares, etc. Para os motoristas em geral, defendiam o nível de 0.6, o que está absolutamente de acordo com o que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda e é próximo ao que a União Européia recomenda, que é 0.5. Ela relatou que, neste ponto, a secretaria foi voto vencido e o seu parecer não prevaleceu. A equipe não imaginava que a lei, aprovada, teria o apoio que obteve. Ela afirmou não se lembrar de outra Lei que tenha tido repercussão tão grande na imprensa.

A palestrante apontou ainda que o nome da Senad só mudou agora em 2008, a partir da reorganização dos órgãos da Presidência da República, quando o Presidente definiu que a Senad deveria continuar no âmbito da Presidência da República, mas como Secretaria de Política sobre Drogas e um Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, não mais um Conselho Antidrogas. Isso foi considerado por Paulina sendo uma grande vitória.

Outro ponto abordado foi o projeto de lei, também encaminhado

pelo governo ao Congresso em janeiro de 2008, que altera o conceito de bebida alcoólica. Alterando o conceito de bebida alcoólica, o Ministério da Saúde tem mandato para tomar todas as providências necessárias em relação à sua restrição e controle. Esse projeto está para ser votado.

Paulina Duarte afirmou que, neste ponto, talvez o Conselho possa se unir à secretaria. Ela relata que o governo passa por inúmeras situações constrangedoras, principalmente nos fóruns internacionais, quando tem que dizer que no Brasil só se considera alcoólicas bebidas a partir de treze graus e, portanto, nem cerveja e nem a maioria dos vinhos não são considerados bebidas alcoólicas.

A palestrante concluiu dizendo que "essa é a nossa batalha, que certamente terá reinício no início do próximo ano legislativo. Nós já temos alguns argumentos. E começa tudo de novo, inclusive os bombardeios, mas acreditamos que, com a aprovação popular que houve à outra Lei, teremos mais facilidade nesse sentido".

Pedro Gabriel Delgado⁴

Boa noite a todas e todos. Agradeço ao Humberto Verona e a todos os colegas do Conselho Federal de Psicologia o convite para participar deste seminário.

Cumprimento Paulina Duarte, com quem trabalhamos na política sobre drogas – ela no âmbito da Senad e eu no Ministério da Saúde – e todos os colegas aqui presentes.

Vejo que há aqui gestores da Política de Saúde Mental do Brasil que conhecem, portanto, os problemas na área de drogas. Primeiro quero dizer que acho uma iniciativa muito importante o Conselho ter chamado esse seminário nacional.

Considero extremamente importante que no título do seminário se coloque a palavra subjetividade, porque essa palavra tem tido um efeito semântico muito significativo no contexto atual.

Essa palavra tem o efeito de sempre nos lembrar de que, no debate de política pública, existem pessoas envolvidas, sujeitos envolvidos, existem singularidades. Portanto, esse esforço, que toda política pública tem de ter obrigatoriamente, esse esforço de generalização, de estabelecer determinações gerais, tem de se curvar diante das experiências subjetivas, da absoluta impossibilidade de reduzir o humano à norma. É esse um dilema intrínseco da política.

Estava em um debate, semana passada, quando um colega disse que fazia uma crítica à política de saúde mental do Ministério da Saúde, porque as portarias que o Ministério da Saúde faz – que são muitas – engessam muito o exercício da clínica e as tarefas que a pessoa tem de desenvolver no campo da saúde mental.

Eu admiti que, certamente, toda norma engessa. Toda norma é limitante. A nossa tarefa na política pública, no governo, é trafegar entre a necessária generalização e a normatização e a escuta sensível das peculiaridades das experiências subjetivas.

Toda lei há de conter generalizações imperfeitas. Toda lei há de ser uma coerção e pode exagerar no mecanismo de coerção se não ficar sensível à diversidade.

4 Coordenador Nacional de Políticas de Saúde Mental – Ministério da Saúde

Temos de buscar, sempre, leis melhores, normas melhores, portarias melhores – no caso do Ministério da Saúde, as portarias são mecanismos normativos e de gestão – para que possamos, de fato, nos equilibrar nesse fio de navalha, entre a subjetividade, a singularidade e aquilo que possa ser generalizado, ou não. Essa é a tarefa que temos na gestão.

A apresentação de Paulina mostrou um panorama muito claro das necessidades da criação de política pública sobre drogas no Brasil. Mostrou todo o campo de forças que existe, a tensão, a diferença, a diversidade de visões, de paradigmas que existem nessa discussão sobre drogas.

Vejam como a aparentemente simples mudança do nome Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas atravessou, na verdade, dois períodos presidenciais, quer dizer, um pe-ríodo e meio.

Certamente, todo esse histórico que Paulina mencionou nos dá uma ideia do campo dinâmico de forças que está presente no debate de drogas e mostra também como esse é um campo em mutação não só no Brasil, mas no mundo inteiro. Todo o mundo, hoje, está discutindo aquilo que foi estabelecido na Assembleia Especial das Nações Unidas de 1998.

Temos, hoje, dez anos de revisão do Sistema das Convenções Internacionais, não de todo o sistema, mas de revisão das decisões daquela Assembleia Geral, conhecida como Ungass.

Está havendo um debate muito intenso e produtivo no mundo inteiro a respeito da política de drogas de uma forma geral. Então, esse é o momento, pode-se dizer, excepcional para discutir esse tema.

No final deste mês, a Suíça – país que tem um sistema plebiscitário de decisões de política, um sistema de democracia que permite a consulta direta rápida sobre diversos temas – vai fazer um plebiscito sobre a questão da descriminalização da maconha, mudando sua legislação interna.

A expectativa é de que, ainda que esse plebiscito não alcance uma proposta de mudança na Constituição do país, possa atingir, de alguma maneira, novo grau de consciência sobre o problema. De qualquer modo, produzirá novo grau de consciência sobre essa questão.

Portanto, o debate das convenções internacionais, do sistema internacional, está em jogo hoje. A mudança do nome do organismo do governo brasileiro encarregado de coordenar a política, de Secretaria Antidrogas para de Políticas sobre Drogas revela, por um lado, a dificuldade de mu-

dança de paradigma, pois não está sendo um processo simples e, por outro, revela o que é fundamental em um processo político: que algo se move.

Alguma coisa está em movimento. Existe, de fato, mudança dos paradigmas aplicados à questão das drogas. Paulina mencionou o presidente Fernando Henrique Cardoso, que antecedeu nosso presidente atual, Luiz Inácio Lula da Silva. Fernando Henrique foi quem assinou, pelo Brasil, aquele protocolo de 1998 e foi quem institucionalizou, na verdade, para valer, a Secretaria Nacional Antidrogas como substituto do Conselho Nacional Antidrogas (Confen).

Foi aquele um governo que buscou fortalecer um órgão central de entorpecentes e, portanto, seguiu fielmente a cartilha de guerra às drogas e fortaleceu a condição do Brasil como aliado incondicional da posição norte-americana de guerra às drogas.

Hoje, pessoalmente e como intelectual, Fernando Henrique tem se manifestado pela revisão da Ungass, pela mudança da concepção dos tratados internacionais, no sentido contrário ao da guerra às drogas. A política de guerra às drogas fracassou em todo o planeta. É um intelectual importante, brasileiro, ex-presidente, figura política importante. Podemos dizer isso porque é do partido que se opõe ao governo atual, podemos dizê-lo republicaneamente, democraticamente.

Tenta-se, nesse primeiro momento, injetar certo otimismo de que é possível mudar. E que outra política de drogas é possível. É uma das consignias que se vêm discutindo nos últimos anos. O próprio jornal O Globo — que, como nós sabemos, é um jornal conservador do ponto de vista político, do ponto de vista das forças políticas no país — há uma semana estampou um editorial, e não é a primeira vez, que fala da revisão da Ungass e da necessidade de se rever a política de criminalização e de mera repressão do consumo de drogas.

Faço esse relato para descrever o cenário, que é de mudança. Vejo um cenário de mudança. E acho mais: do mesmo modo que a Senad conseguiu operar essa transformação, essa mudança de paradigma, acho que também, no plano internacional, das Nações Unidas, a Comissão de Narcóticos — assim se chama — tem mudado sua concepção, nem que seja para fazer frente à avalanche de críticas ao modelo de guerra às drogas.

Quem trabalha na política pública analisa, sempre, tendências. Vocês que são dos conselhos profissionais, vocês são formadores de opinião,

são pessoas que têm influência sobre os profissionais desse campo da saúde, não só da profissão de vocês, mas também de outras profissões da saúde e outras corporações profissionais.

É importante que saibam que essa discussão da mudança de paradigma aponta para uma tendência de mudança legislativa em que o componente da repressão, que se chama, tecnicamente, de redução da oferta, não tenha prevalência sobre o componente da prevenção, do tratamento, dos direitos humanos.

É uma tendência hoje na qual vale a pena se investir. Por quê? Porque muitas vezes se consegue apenas anos depois aquilo que se começou a construir muitos anos antes e se vê que, depois de várias derrotas, subitamente aparece uma tendência mudando, porque, de fato, o problema das drogas não cessou de se mostrar como questão extremamente importante do ponto de vista da saúde pública, do ponto de vista dos direitos humanos e, de fato, as estratégias puramente baseadas na questão da repressão, da moralização do consumo das drogas, ou da perspectiva altamente autoritária de um mundo sem drogas – autoritária e hipócrita, no sentido de que há muito de hipocrisia no autoritarismo – não vingaram.

Não vingou a ideia de que se vai construir um mundo e que nesse mundo não haverá drogas exceto, certamente, tabaco, álcool e medicamentos, que são drogas extremamente lucrativas. Do ponto de vista econômico, do mercado, essas são tão lucrativas quanto as drogas ilícitas e movimentam, como as ilícitas, milhões e milhões de dólares anualmente.

É importante mostrar que vale a pena investir no tema, continuar investindo no desafio de que é possível mudar as concepções. Mudar as diversas faces da intolerância, que aparecem como repressão, na lei, no comportamento da polícia e na cultura; aparece como estigmatização e intolerância, que são a contrapartida cultural dos métodos puramente repressivos oriundos da intolerância.

Termino meu primeiro ponto. Achei importante e também muito oportuno, até porque não conhecia esse programa do canal Futura que vocês exibiram. É um programa extremamente informativo, que dá a visão do usuário de drogas, não estigmatiza o usuário, deixa-o falar. Que fala, inclusive, que as pessoas buscam outras formas de percepção e de consciência, de alterações da consciência.

No programa, eles citaram como americano, embora ele não seja americano, um livro extraordinário, do século passado: *"As portas da percepção"*, do Aldous Huxley porque, justamente, mostra que essa questão da droga é essencialmente da cultura, como um usuário, ali, mencionou, um usuário e redutor de danos. Dito isso, penso que é preciso, de fato, estar abertos para também mudarmos a nossa concepção.

Nenhuma política é eficaz se não conseguir mudar, para valer, a concepção que as pessoas têm sobre a realidade e a naturalização da realidade que todo mundo aceita. Na verdade, o que muda de fato, o que consegue mudar o planeta é a cultura, aquilo que consegue mudar a nós mesmos, a nossas próprias concepções, vide o sucesso que tivemos com a questão do álcool, do beber e dirigir, que colocou para a sociedade o seguinte: "Olha, o que está em jogo é, sim, a mudança de um hábito que o brasileiro resolveu desenvolver e tornar enraizado, o hábito de beber e dirigir".

Em poucos meses, a imprensa mostrou e tornou claro que as pessoas bebiam e dirigiam. Algumas pessoas porque eram descuidadas e gostavam de se expor a risco, para si mesmo e para as outras pessoas, por algum componente subjetivo, apego ao risco ou outro. Faziam isso porque, de fato, por razões várias, inclusive por razões de mercado, esse comportamento se tornou um comportamento ao qual se agregava valor, se atribuía valor.

Brasília é uma cidade que tem um sistema de trânsito aparentemente bom, mas aqui ocorriam muitos acidentes, porque é um tipo de topografia que convida à alta velocidade. Constituiu-se na juventude de Brasília a ideia da alta velocidade. E a alta velocidade é turbinada pelo consumo de bebidas alcoólicas pelo motorista, isso vale para todo o país.

Então, na verdade, o interessante é que essa lei começou a mudar um hábito, e, mais importante, vem salvando vidas. Esses dados estão sendo divulgados até internacionalmente, porque raramente se vê — e quero dizer que foi uma surpresa para mim — determinada medida de política pública ter impacto tão grande na realidade. Nenhuma medida de saúde pública reduziu tão drasticamente a mortalidade como essa simples norma prosaica que diz o seguinte: "Olha, não se pode beber e dirigir". Coisa que todo mundo já sabia. Mas a Lei Seca, como a mídia a chamou, teve eficácia porque, na verdade, é "lei seca" para o que interessa, para a questão do beber e dirigir.

Visto isso acho que existe um cenário, apesar de todas as dificuldades, positivo para se incorporar a ideia de drogas a uma visão de saúde pública.

Isso é fundamental para nós, que somos do campo da saúde e aí me estou dirigindo ao profissional de Psicologia, profissão que incorpora o maior número de trabalhadores para a política de saúde mental do Brasil.

Nós temos entre dezesseis e dezoito mil psicólogos, nesse momento, trabalhando na política de saúde mental do Brasil. Cerca de 18 mil profissionais de Psicologia. Portanto, são o principal público entre os profissionais, os principais protagonistas, o principal público para se dirigir a mensagem da política de saúde mental, os principais parceiros.

São os principais parceiros, que vão garantir o êxito ou o fracasso dessa política. As outras profissões no campo da saúde mental são extremamente importantes, fundamentais na verdade, enfermeiros, psiquiatras, outros médicos na saúde pública, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, mas em termos da presença na composição das equipes, têm um número muito menor de que o dos psicólogos.

Sobre drogas e a política de saúde mental: uma constatação que devemos compartilhar aqui é a de que a política de saúde pública anteriormente não cuidava da questão das drogas. Então, como herança que recebemos de política pública no Brasil, a questão das drogas não era de competência da saúde pública no Brasil, não era assumida como tal.

Se vocês tomarem a experiência brasileira, terão o contato com várias experiências importantes de tratamento, de prevenção no campo da saúde pública; porém, são todas experiências localizadas, isoladas e não se constituíam como política de âmbito nacional. Uma política de âmbito nacional que foi estabelecida apenas a partir de 2003, é muito recente. E sendo muito recente, é muito frágil.

A política do Ministério da Saúde, do SUS, para a questão de drogas é frágil do ponto de vista da sua consolidação e de sua sustentabilidade. Entretanto, é forte, porque representa mudança, eu diria, da água para o vinho. Para o vinho, que nós consideramos bebida alcoólica.

Falemos das bebidas: em 1996, o Brasil aprovou uma lei que dizia que vinho e cerveja não eram bebidas alcoólicas, para fins de fiscalização. Aprovou por quê? Algum erro fundamental do legislador? Alguma ingenuidade do legislador? Algum desconhecimento técnico? Não. É porque, justamente, havia interesse, naquele momento, de tirar da regulação da saúde pública os vinhos e as cervejas. Essa lei esdrúxula continua valendo porque não conseguimos superar a força desse grupo

de interesse, que é absolutamente importante, o que faz parte também do jogo da política pública.

Acho que temos no Brasil, rigorosamente, seis ou cinco anos de uma presença concreta da ideia de política na saúde pública sobre a questão de drogas. Os Caps são de 2002, começaram a ser criados em 2002, mas a consolidação de uma política e o primeiro documento da política são de 2003. É o primeiro documento de política da saúde pública que fala em atenção integral, inclui prevenção, promoção, redução de danos, tratamento e garantia do acesso ao tratamento.

Que cenário temos hoje? Os dados já foram mencionados anteriormente, sobre a prevalência das diversas drogas. O que considero principal, e queria transmitir para vocês, é que nós enfrentamos o desafio de tornar pública e concreta essa iniciativa da política de saúde pública do SUS, de assumir a responsabilidade pelo cuidado de pessoas com problemas relacionados às drogas.

Quais são as nossas diretrizes? Guiam-se pela questão da subjetividade, sem dúvida; guiam-se pela questão dos direitos humanos, sem dúvida; guiam-se pela questão da participação do usuário, da formulação que o usuário deve ter também sobre essa questão. E assumem que a questão da droga é do campo da saúde, mas também do campo da cultura e que só pode ser abordada com uma perspectiva que leve em conta a diversidade cultural e a significação simbólica da droga.

Todo o consumo de droga só se dá porque é um ritual. Nós não pensamos que o componente da dependência química, do químico, seja capaz de dar conta da complexidade da questão da droga, de seus ritos, e da própria dependência. Por que as pessoas usam drogas? Foi dito ali no filme. Por que as pessoas usam drogas? Usam drogas porque, em primeiro lugar, a droga proporciona a possibilidade de sair um pouco das suas limitações dadas — estamos entre psicólogos, cada um tome as suas referências teóricas — essas limitações que a subjetividade se impõe para podermos trafegar no dia a dia.

A rigor, usamos a droga, em primeiro lugar, para extrair o prazer de sermos um pouco menos de nós mesmos, o que significa também ser exageradamente nós mesmos. Sermos mais de nós mesmos. Nós usamos drogas por isso, todas as drogas. Mas, em segundo lugar, a droga é usada como forma de tratamento.

Todas as pessoas que usam drogas de forma prejudicial – todas – buscam a droga porque outra forma de lidar, ou tratar, não foi capaz de aplacar aquela angústia, aquela experiência da existência que está sendo vivida como sofrimento. Isso é fundamental para desenvolver uma perspectiva de tolerância e uma perspectiva de abordagem da droga, não como desafio de retificação, da pura retificação de comportamento, de normalização e normatização. Ter em conta isso é fundamental.

Talvez eu seja o mais inclemente dos críticos dos Caps, mas também isso depende do ambiente. Por quê? Não posso ser crítico dos Caps num ambiente em que as pessoas dizem que o SUS não sabe nada, que no SUS tudo que se faz é de baixa qualidade, sem oferecer alternativa. Porque, se houvesse alternativa na política pública que oferecesse para as pessoas, por exemplo, que são dependentes de crack, de álcool, possibilidade de atendimento fora do SUS com acesso ao tratamento, eu diria: então, está bem!

Fechemos essa política no SUS porque já existe algo melhor, acessível e público, em outro lugar. Então, na verdade, por que sou crítico? Porque os Centros de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas, os Caps AD (e igualmente os Caps I, Caps II e Caps III têm apenas quatro anos e, por isso, em alguns momentos estão repetindo todos aquelas estereotípias de comportamento que aprendemos a rechaçar em relação à questão das drogas. Estão estabelecendo regras demais, demais.

Ontem, soube de um estudo que está sendo feito e será publicado, certamente, também com o mesmo prazer que uma droga proporciona, sobre a dificuldade de funcionamento dos Caps AD na região de São Paulo. Só que esse estudo, cuja precisão e objetividade não contesto, tira prazer do fato de dizer que os Caps AD fracassaram, entenderam?

E eu fico pensando que esse estudo seja extremamente importante, mas temos de saber em que fracassaram e por que fracassaram, se é que isso ocorreu mesmo. E vamos substituí-los, se for o caso, se houver outro recurso à mão para substituí-los. Penso que a nossa posição objetiva e subjetiva, e também de atitude política, portanto também subjetiva, tem de ser a seguinte: por que a atenção básica, a atenção primária, não consegue trabalhar com drogas? Por que ainda não conseguimos convencer a sociedade de que a redução de danos, para valer, é um caminho que deve ser trilhado?

Embora não seja nenhum *vade mecum* para todos os problemas correlacionados com drogas, é uma estratégia eficaz que deve ser incor-

porada às possibilidades de intervenção terapêutica. Temos de mostrar para a sociedade o porquê de dizermos para determinadas pessoas que se elas forem usar determinada droga, devem usá-la de uma forma e não de outra, e que isso não significa incentivo ao uso de drogas, mas significa exercer esse paradigma não só da tolerância, como também do atendimento integral.

O Datil Xavier da Silveira, psiquiatra, diz que as pessoas que começaram a substituir o crack pela maconha, ao cabo de algum tempo — é claro que é um estudo restrito para aquele universo, mas é assim que se faz o conhecimento, são estudos sempre restritos — ao final de algum tempo não estavam usando nem crack e nem maconha. Alguma porta de entrada para o tratamento foi preciso construir para que elas pudessem ter alguma porta de saída para aquela vida, que era uma vida impossível de ser vivida. As pessoas que usam crack morrem com menos de vinte anos, vocês sabem disso. Morrem com dezoito, catorze, quinze anos.

Para terminar, penso que, em termos de atitude política, devemos afirmar enfaticamente que os desafios do tratamento integral das drogas na atenção primária, nos Caps, nos ambulatórios, na saúde pública de forma geral, são desafios nossos. Nós é que temos de nos apropriar deles.

Quando mencionei essas idiosincrasias que trazemos, lembro que são muito sustentadas, também, por certo discurso científico, que diz que as evidências demonstram que o trabalho de redução de danos não ajuda ninguém. Ora, nossa política pública de saúde mental, e seu componente de álcool e drogas, também é baseada em evidências.

As evidências não pertencem apenas a um grupo que pensa ser a única abordagem capaz de dar conta das drogas aquela que exige do sujeito, como primeira medida, que se afaste da droga. Sabemos disso também com base em evidência.

Entretanto, nós precisamos produzir mais evidências de que temos de mudar bastante a maneira como a saúde pública se relaciona com a universidade e com a produção de conhecimento. Já estamos mudando. Mas a saúde pública ainda se coloca, muitas vezes, subalterna à universidade e às corporações profissionais.

Tive uma experiência recente na Inglaterra. Uma das coisas que observei, e observei com satisfação, foi o fato de que o debate na universidade sobre saúde, não só sobre saúde mental, sobre saúde, se dá na saúde pú-

blica e não fora da saúde pública, ao passo que no Brasil ainda existe um divórcio absoluto entre o que é a universidade e o que é a saúde pública.

Talvez os mais aguerridos adversários da saúde pública estejam na universidade e não sejam os donos de clínicas, que têm os interesses contrariados, os donos de hospital psiquiátrico... Digo isso porque pode parecer assim: Pedro, você está falando de uma coisa antiga. Não. Estou falando de um debate que tive ontem à tarde, lá na Câmara dos Deputados. São grupos de interesses muito evidentes. Temos o sujeito que defende interesses privados, tem uma clínica e, portanto, não tem interesse em que a saúde pública se encarregue dos transtornos mentais, com a perspectiva de atendimento na comunidade, com a redução de leitos.

Mas estou mencionando que há grupos de interesses também na universidade, que dizem que o SUS não funciona, que nunca vai funcionar, e que quando apresentam um trabalho dizendo "Analisei os Caps AD de três ou quatro municípios e vi que estão com baixa efetividade", em vez de tomar esses dados como evidência importante para o debate da saúde pública, reduzem seus achados a uma conclusão ideológica, atribuindo-os a um comportamento não científico dos serviços públicos.

Exibem isso como se fosse grande trunfo, como uma medalha olímpica, dizendo: "Vejam! Eu não disse que isso não funcionava? Os Caps, a rede pública, não funcionam!" Mas, então, o que funciona? Só as comunidades terapêuticas? Ou há outros modelos em jogo? Pois sempre há articulação com grupos de interesse.

A oposição entre público, saúde pública e privada — o modelo de pesquisa universitária de feição privada, o elogio dos serviços privados — acaba se tornando o centro desse debate, que não obstante se apresenta como objetivo científico e baseado em evidências.

As comunidades terapêuticas fazem parte do nosso debate e não têm de fazer parte do debate dos outros. A saúde pública e a política pública são intersetoriais. E a intersetorialidade tem de levar em conta todas as formas que a sociedade vem construindo para abordar o complexo problema das drogas.

Portanto, temos de dialogar, também, com as comunidades terapêuticas e não colocá-las como adversárias da saúde pública, pois muitas vezes são consideradas adversárias por razões ideológicas. Possuem, é certo, uma visão intolerante em relação ao consumo de drogas.

Querem substituir, de fato, a questão do consumo de drogas por mudança de comportamento e por mudança de visão de mundo, a visão de mundo religiosa. Em um Estado laico não podemos ter tratamentos religiosos, de base religiosa, no sistema público. Mas o diálogo com essas forças – forças legítimas da comunidade, que se dedicam, na lacuna do Estado, ao tratamento de usuários – nós temos que fazer. Em síntese é isso.

Precisamos dos segmentos profissionais todos para adensar o debate das drogas no campo da saúde pública. Quando se coloca que o crack é um grande problema do Brasil, precisamos saber que sim, se o crack é um grande problema, não é só do Brasil. É em quase todas as grandes cidades do mundo. O crack e todas as suas variações e formas.

Esse problema é nosso. Temos de enfrentá-lo. Temos baixa densidade no campo da saúde mental do debate das drogas. Portanto, vamos ter de acelerar nosso ritmo para vencer esse atraso; esse é um problema nosso, porque o protagonismo tem de ser de quem trabalha com a saúde pública, para enfrentar essa situação das drogas.

Era isso que eu queria trazer. Aproveitei que Paulina apresentou uma exposição densa sobre a organização do sistema intersetorial da política de drogas no Brasil, para trazer para vocês da saúde pública o que é hoje o nosso principal desafio: fazer com que essa política, que tem apenas quatro, cinco anos, se torne, de fato, uma política reconhecida pela sociedade. Não apenas reconhecida no sentido de funcionar bem, mas apropriada pela sociedade, assumindo o desafio de que há uma porta de saída para quem tem graves problemas com a questão das drogas. Muito obrigado.

Reflexão crítica sobre as políticas públicas de atenção ao consumo de álcool e outras drogas

Elisângela Reghelin⁵

Bom dia a todos. A ideia é conversarmos e trocarmos referências, conceitos e, até por isso, eu peço a todos os senhores que, nessa minha fala, abstraíam um pouco a questão da linguagem, seja da Psicologia ou do Direito, para encontrarmos alguns denominadores comuns. Quando nos apegamos demais às nossas áreas, seja a do Direito, seja a da Psicologia, acabamos não conseguindo cruzar informação.

Enumerarei aqui alguns tópicos e começo elogiando a declaração de intenções do Conselho. Já conhecia também essa manifestação de mais tempo com relação à Justiça Terapêutica.

Realmente, o Conselho está muito bem posicionado, é uma questão até mesmo de originalidade neste país, onde existe verdadeiro medo de se posicionar, não se tem essa cultura de tomada de posição.

Iniciemos, pois, pela questão do controle social e não poderia ser diferente. Na área da Psicologia e do Direito isso é importante, entretanto, quando o controle social das instâncias informais falha muitas vezes, quando o indivíduo não tem, desde dentro de casa, nem o afeto, nem os limites, ou seja, toda gama de responsabilidade que deve nascer no seio familiar e que depois comunica-se de forma paralela ao meio sociocultural, da vizinhança, do ambiente de trabalho, o resultado costuma ser gravoso.

Assim, o sujeito vai-se deparar com as instâncias formais de controle social: aqui se encontra o Direito, a Polícia e a Justiça, em que residem as sanções penais, que são as mais graves, inclusive chegando à própria privação da liberdade que é a sanção extrema prevista no ordenamento jurídico do país.

Dentro do Direito Penal também existe um rol de sanções previstas. A mais gravosa, a prisão, deve ser reservada aos casos mais graves, quando realmente se necessita uma segregação. Existem esses casos? Evidentemente que sim. Nós não podemos abrir mão da prisão como sendo um recurso extremo, embora criminógeno.

Aliás, esse é o maior paradoxo do Direito Penal. Porém, em tempos

5— Mestre em Ciências Criminais. Doutoranda em Criminologia e Direito Penal pela Universidade Pablo de Olavide — Sevilla — Espanha. Delegada de Polícia da Polícia Civil do Rio Grande do Sul. Professora de Direito Penal da Unisinos.

de tolerância zero e direito penal do inimigo, coloca-se o direito penal, em vez de ultima ratio, como prima ratio, como primeira solução para todos os males. Isto, evidentemente, é um equívoco, porque viola toda a rede de controle social que é necessária em uma sociedade, seja ela qual for, também desacreditando o Direito Penal, instrumento importante do qual não podemos abrir mão.

Com relação propriamente às drogas, não aceito que deturpem a minha fala, que tem abordagem constitucional. A Constituição Federal, quando fala em bens jurídicos, quando protege direitos à intimidade e à privacidade, revela respeito muito grande em relação às condutas particulares, ainda que possam ser lesivas ao próprio indivíduo: é o respeito à autonomia individual, desde que não seja em detrimento do outro, é claro.

Isso é muito difícil de as pessoas entenderem. Exemplifico: o bem jurídico mais importante é a vida humana. Entretanto, alguém pode tentar o suicídio e isso não é crime e nem deveria sê-lo, porque o Direito Penal não tem nada a ver com essa conduta por uma razão muito simples, não tem nada a contribuir com esse comportamento.

Isso não significa dizer que o Estado, que a sociedade, que o poder público não devam se preocupar com essa questão sob outros prismas como o da saúde. Tende-se hoje a reduzir o Estado ao Direito Penal. Esse é um grande equívoco. O Direito Penal é uma instância, a última, a mais grave. Se existe alto número de suicídios em uma região, o poder público tem de se preocupar com isso por meio da saúde. Esse é apenas um exemplo.

A autolesão, também na maioria dos casos, eu digo na maioria porque existem algumas exceções que não importam aqui, não é crime. Agora, se alguém causar lesão a um terceiro, é crime de lesão corporal. E o mesmo raciocínio deveria ser aplicado quanto ao uso de drogas.

Não vou discutir os malefícios do consumo de drogas, nem os seus pontos controvertidos, tampouco sustento que seja recomendável usar drogas, ou que crack é bom. Sabemos das consequências que tudo isso também apresenta para a saúde e para a própria sociedade em determinados casos.

Tampouco se pleiteia a irresponsabilidade do indivíduo pelos seus atos. Se o sujeito se embriaga e, por isso, acabar por atropelar e matar alguém, deve ser punido por isso. Porém, se ele bebe muito e cai dormindo, pergunto: o que o Direito Penal tem a ver com isso? Então, adentro à polêmica da des-

criminalização, da legalização e da descarcerização para esclarecermos esses conceitos que são muitos confusos, muitas vezes até na própria mídia.

Na atual legislação de drogas, no artigo 28, consta o crime conforme a seguinte redação: "Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar, trazer consigo para consumo pessoal, drogas sem autorização, ou desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas". Isso está dentro do capítulo que trata dos crimes.

É isso que eu quero deixar bem claro. Embora a leitura constitucional seja a de que o uso de drogas não deva ser visto como crime, assim como não é a tentativa de suicídio, ou a autolesão, pelas razões que eu já expus, o contrário aconteceu e a conduta privada foi tipificada como delito.

Nossa escolha é sempre ler a lei à luz da Constituição Federal, diploma maior, e não o contrário, como muitos preferem. O fato é que nossa atual legislação levou trinta anos para ser modificada e avançou um pouco, mas muito pouco porque nós esperamos trinta anos por isto.

Assim, na atual Lei nº 11.343/06, temos nas penas previstas ao usuário de drogas, no art. 28, a advertência verbal, pode? Os magistrados andam indignados, com razão, porque não se qualificaram para dar "xingão" em ninguém. O próprio usuário sente-se um bobo, ouvindo "xingão" do juiz, como sanção penal.

Além dessa, também estão previstas penas de prestação de serviço à comunidade e a medida educativa de comparecimento a programa ou a curso educativo. A Lei não falou em tratamento compulsório ou Justiça Terapêutica aqui. Claro que isso não inviabiliza a medida de segurança naqueles casos de inimputabilidade ou semi-imputabilidade em que for necessário, mas somente nesses casos; isso não tem nada a ver com Justiça Terapêutica, mas com medidas de segurança.

Outra coisa: não existe mais a previsão da pena de prisão, por isso dizemos que houve descarcerização, mas não houve descriminalização. Ainda: quando eu sustento a descriminalização, digo isso sem nenhum problema, sem nenhum pudor.

Defendo tão-somente a retirada da matéria, uso de drogas, do Direito Penal como conduta criminosa em si mesma. Isso não significa defender a legalização. À luz da Constituição Federal, é perfeitamente possível sustentar-se que o uso de drogas não deva ser considerado crime. Retiraríamos isso da legislação penal.

Porém, fazer outra discussão depois também é cabível. Podemos nos questionar como esse uso se daria, de que forma se adquiriria a droga, se haveria controle de qualidade, haveria tributação. Poder-se-ia usar drogas na via pública?

São, enfim, discussões posteriores que não são impossíveis, tendo em vista que tantos países já trabalham nessa outra ótica e que, com mentes mais arejadas e menos provincianas, poderíamos evoluir muito. Dito isso, afirmo não ser a favor da legalização, mas da descriminalização, ou seja, do regramento para o uso, como, por exemplo, foi feito na Espanha, sem dramas.

Na Espanha, o uso de drogas foi descriminalizado, mas não legalizado. O que significa dizer isso? O usuário não é mais considerado criminoso nem, necessariamente, um doente. Mas ele deverá atender a algumas regras do Direito, chamado Administrativo Sancionador, que no Brasil ainda não é muito conhecido nem valorizado, pois somente se pensa em Direito Penal. O que é o Direito Administrativo Sancionador?

O usuário que for pego usando droga, ou abandonando seringas na via pública, paga uma multa. Eu estou falando da Espanha. Se ele quiser usar a droga na casa dele não há crime, é uma conduta privada em que o Direito Penal se abstém de interferir. Por isso, não podemos confundir descriminalização com legalização.

A nova lei também trouxe outras definições relevantes e inovadoras. Agora, quem semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequenas quantidades de drogas está praticando uma modalidade de uso, ou de tráfico de drogas, conforme for a finalidade ou o destino dessas pequenas quantidades.

Não falarei em redução de danos porque já foi bastante falada, mas quero destacar que a redução de danos ganhou espaço e finalmente foi reconhecida, expressamente, na atual legislação. Para quem viu o início da RD no Brasil, considero isso um avanço.

Quanto à Justiça Terapêutica, queria fazer breve preâmbulo para dizer que no sistema penal brasileiro, assim como em vários outros países, nós temos que considerar a questão da imputabilidade penal. O conceito a contrario sensu é o da inimputabilidade penal, no artigo 26 do Código, quando a define como o caso do sujeito que, por razões de doença mental, ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo

do crime, incapaz de conhecer a ilicitude do delito ou de se autodeterminar frente a esse entendimento.

Se ele era inimputável, aplica-se medida de segurança, caso ele tenha praticado o delito. O sujeito é internado no instituto psiquiátrico, local em que receberá tratamento compulsório. Isso é, sim, uma sanção penal. Fora isso, nos casos de imputabilidade, aplica-se pena. E as penas são as previstas, não existe a pena de tratamento compulsório. O que aparece mais adiante na lei é outra questão: o juiz poderá oferecer, gratuitamente, ao usuário, tratamento na rede pública. Isso é muito diferente. Isso não é sanção penal.

Por isso tudo, entendo que o Conselho está de parabéns quando se manifesta contrariamente à Justiça Terapêutica, que não está prevista na lei, sendo, pois, modalidade de constrangimento ilegal, sem qualquer respaldo legal desde 2006. Por ora, são essas minhas observações iniciais. Obrigada mais uma vez pelo convite e pela atenção.

Denise Doneda⁶

Foi ótimo esse convite para que saíamos um pouco da prática para poder pensar sobre a prática. E começamos bem nesse seminário. Primeiro, registro que é um prazer estar aqui entre colegas. Eu sinto muita falta de um diálogo inteligente com psicólogos. E senti falta de psicólogos comentando o vídeo [Fora de Si, da série "Não é o que parece", produzida pelo Conselho Federal de Psicologia] exibido aqui no seminário, porque só houve comentário de psiquiatras, não sei se vocês repararam. E isso também acontece nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Quando a discussão sobre os casos e os planos de intervenção terapêuticos individuais fica mais intensa, são os psiquiatras que sustentam a discussão teórica. Os psicólogos não sustentam. Digo que é lamentável ver a atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde (SUS), na política. Salvo raríssimas exceções, quem mantém a discussão são os psiquiatras. Temos que repensar essa formação e a ela incorporar política pública ou psicologia da saúde, mas, principalmente, políticas públicas.

Fui convidada a discutir as políticas, visto que a minha trajetória pessoal me permite falar um pouco sobre o tema. Já estive e estou envolvida na construção de boa parte delas. Fiquei dez anos no Ministério da Saúde, boa parte desse tempo no Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS). Depois, trabalhei em um projeto e em uma política que eu gostaria que nos envolvêssemos mais, que considero a melhor política do Ministério da Saúde: a Humanização do SUS. Uma política construída, pensada e levada adiante, em grande parte, por psicólogos. É algo curioso a quantidade de psicólogos envolvidos na Humanização do SUS. Eu a considero a melhor política. Também trabalhei durante um ano e meio na Coordenação Nacional de Saúde Mental. Depois fui para o município com um desafio, já que havia me inscrito no programa "De volta para casa", que eu considero outra grande proposta. E lá fui eu trabalhar no município, com um Secretário de Saúde que já havia me falado, um ano antes: "Por que você não vem implantar aqui as políticas sobre as quais escreve?" E aceitei o desafio.

⁶ Psicóloga, coordenadora Municipal de Saúde Mental de São José do Rio Preto.

E vou falar algo para vocês: eu nunca aprendi tanto no Sistema Único de Saúde quanto nesses últimos dois anos e meio. Eu hoje me considero bastante amadurecida na política pública do SUS, por estar atuando lá no município. E é a partir deste lugar que criticarei as políticas e também a nossa atuação. Acredito que hoje consigo refletir muito melhor sobre isso, mas sempre com certo cuidado, porque o conhecimento parcial nos afasta muito mais da realidade que a própria ignorância.

Vivendo em Brasília, paradoxalmente nunca temos acesso a todos os meandros das políticas. E fazendo essa reflexão inicial, penso que a forma de elaborar política que me foi apresentada e que mais se adequou à minha natureza foi a de 'criar caso'. Porque eu acho que fazer política é 'criar caso' sempre. Acredito que temos de pensar um pouco sobre essa questão da política de álcool e drogas a partir desse sujeito pós-moderno, desse sujeito contemporâneo, porque a humanização parte da questão da construção desse sujeito.

Esse seminário começa muito bem, porque resgata, em seu nome, nosso campo de ação. Nós, psicólogos, agimos e atuamos no campo da subjetividade. Nada além disso. E na construção das políticas, temos que nos perguntar se trabalhamos para ou com a subjetividade. Trabalhamos para construção de autonomia desses sujeitos, seja qual for a nossa prática. Desde a prática individual do consultório até a elaboração da política, porque a nossa profissão nos convoca a criar, a trabalhar a autonomia do sujeito. A subjetividade cabe nas políticas públicas? E temos que nos perguntar também quais elementos dessas políticas nos apontam para a construção da autonomia do sujeito.

Cabe a nós, psicólogos, levantar essas questões e a partir daí, criticar e sugerir. Essa é a nossa principal missão como conselhos, porque essas políticas todas têm impacto na prática daquele psicólogo em São José do Rio Preto, que está trabalhando em uma Unidade Básica de Saúde. Sabendo ou não do que está acontecendo, esse psicólogo vai sofrer o impacto das políticas. É sobre isso que nós temos de nos preocupar e agir, por essa grande massa de colegas que trabalham em condições quixotescas. Então, nos cabe essa primeira reflexão. Temos de resgatar nas políticas públicas alguns elementos, aqueles que mais contribuem para a questão da subjetividade da autonomia, como a radicalidade da clínica. Nós tratamos o sujeito. Grosseiramente, nós somos a clínica. Não importa qual a nossa abordagem.

Que radicalidade da clínica essas políticas permitem? Qual é a visão que essas políticas estão construindo na contemporaneidade? Nesse espaço do pós-moderno, da vida pautada pelo consumo. Nós, frutos da razão, do moderno.

E o nosso papel como conselhos na questão da saúde pública. Quando eu me refiro à radicalidade da clínica, também desejo refletir um pouco sobre a radicalidade da política. As políticas, como expressou bem a colega Paulina, são a expressão ideológica de um governo. Está certo. É mesmo expressão ideológica de um governo e nós temos de nos questionar se esse governo não está elaborando políticas midiáticas, porque vivemos em um mundo de consumo. Se políticas midiáticas são propostas, já começamos a ter um confronto com a radicalidade da nossa clínica.

A famosa escritora Susan Sontag escreveu um livro que me agrada muito: "Diante da dor dos outros". Nele, ela discute sobre como as questões midiáticas determinam, em grande parte, a nossa relação com o sofrimento; portanto, atuando na ordem do subjetivo. Por exemplo, a imagem que a mídia constrói do usuário de drogas. Ele é visto como o responsável pelos crimes mais hediondos; é a pessoa que não tem responsabilidade nenhuma; não tem autonomia; é uma pessoa que deve ser tutelada. O usuário é construído como um sujeito vinculado ao banditismo, à violência. E usa droga porque assim o deseja. Ocorre, assim, uma avaliação moral. Se há avaliação moral, há responsabilização exclusiva do sujeito. Assim a vulnerabilidade institucional e social é descartada. Já nesse momento devemos entrar na discussão, porque a nossa responsabilidade como profissionais se dá nesse primeiro entendimento de que a vulnerabilidade não é só do sujeito, mas também das instituições.

Devemos também nos questionar sobre quais instituições estamos disponibilizando para esse sujeito. E sobre como atuamos com o intuito de modificar essa visão sobre o sujeito. Então, construímos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Eu acredito no Caps e realmente nós temos de defendê-lo, pois se trata de um equipamento que não interna o sujeito. E já começa com essa discussão. É um equipamento que necessita trabalhar com equipes multidisciplinares. É um equipamento onde todos podem, teoricamente, dar alta para o usuário. É um equipamento que interfere no território. É um equipamento que traz essa radicalidade da clínica. Mas sem uma construção dessa visão de sujeito, de autonomia,

podem reproduzir as instituições que vieram substituir, as instituições totais. Você pode encontrar Caps mandando pessoas para o manicômio, por exemplo. E também pode encontrar — e agora vem nossa crítica —, vários psicólogos considerando ótimo o papel de paramédico. Ilustro com um exemplo: muitos estagiários põem seu jaleco branco e vão para o Caps. E defendem seu uso quando dizemos que ali não é necessário. Isso significa que o jaleco é um valor e marca seu lugar como paramédico, portanto, em serviço. Como percebemos, a desconstrução é muito maior que imaginamos em um primeiro momento.

Mas o que isso nos traz? Uma reflexão sobre a nossa clínica, sobre qual clínica é essa que estamos fazendo. Qual é a clínica necessária para o Caps, por exemplo? Temos que discutir sobre isso.

Ainda sobre a questão das políticas, foi muito bem posta a questão dos conselhos. E agora entra outro elemento que considero importante para nós, depois da questão da clínica e dos elementos que interferem na subjetividade e na construção do sujeito usuário. Essa é a questão do controle social, que encontramos em todos os espaços. O SUS tem no seu pressuposto e introjetada na sua formação a questão do controle social. Aí considero algumas alternativas interessantes, como a incorporação de usuários de drogas como construtores das próprias políticas.

Eu não acredito em conselho cujo usuário, aquele para quem se destina esse conselho, não esteja presente. E nisso sou bastante radical. Não acredito em um Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) que não tenha em seu corpo usuários de drogas. Que me perdoe a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), mas não adianta ter uma lista de conselhos de classe e afirmar que isso é ser paritário. Paritário, no meu entender, é quando cinquenta por cento das decisões são tomadas pelos usuários. Então cabe a nós o desafio de construir esse sistema.

E essa questão de incluir o usuário implica na radicalidade de entendê-lo como autônomo. De entendê-lo a partir das proposições jurídicas aqui já discutidas, da autonomia possível desse sujeito. E discutirmos qual é a nossa posição, como corpo social, com relação ao consumo de drogas. Depois, lembrando a fala do colega Pedro Gabriel Delgado, que atentou para a necessidade de mudar essas concepções sobre a realidade para refletirmos e atuarmos sobre as portarias que engessam o exercício da clínica. Uma outra questão difícil que nos foi colocada é se as políticas

públicas comportam a subjetividade. Considero-a uma grande questão, que estamos tentando responder.

É claro que elaborar uma política para um país tão heterogêneo como o nosso apresenta inúmeros desafios que só serão vencidos se resgatarmos o conceito de autonomia. A autonomia dos estados e dos municípios. Enquanto as políticas públicas forem centralizadas em um governo federal, não teremos essa autonomia. E isso é um grande desafio se pensarmos que somos um país com 5.564 municípios.

Lembrando outro ponto já exposto, o de como as portarias engessam a clínica, pergunto: como podemos discutir sobre as políticas que engessam a nossa clínica? E destaco novamente a política de humanização do SUS, que considero ser a que mais discute a clínica. Ela não desvincula a clínica da política. É uma clínico-política. Quando o recorte da humanização é chamar os trabalhadores da saúde a discutir sua clínica, podem ter certeza de que maravilhas são resgatadas.

A política de humanização se fez de forma bastante ousada. Primeiro, porque sua equipe não deseja sistematização, normatização da política de humanização. Sempre que se solicita a portaria que vai regular a humanização e equipe diz que não quer, porque nós entendemos essa política como uma política de ocupação. Ela não é uma política de governo, é uma política da clínica. E cada um deve se apoderar dela. Então, considero que essa seja uma questão que define alguns eixos, por exemplo: sobre a violência sexual. Hoje, as propostas de política de proteção e de clínica tiram a criança ou o adolescente da família. Não se retira o agressor. Já repararam nisso? Como é que se estrutura? A criança é retirada. Ela foi abusada sexualmente e o Conselho Tutelar a tira de dentro da casa, e deixa o abusador. Essa é uma organização. Como se dá, então, essa questão da construção das políticas para a nossa prática? A nossa prática, ela tem sido inclusiva? Ou ela tem sido exclusiva, no sentido de contribuir para o distanciamento do sujeito? Creio que essa é nossa grande questão.

Acredito que ainda somos muito ingênuos quando pensamos em política, porque pensamos uma política mais voltada para o sujeito. Quando observamos psicólogos na atenção básica, vemos que ele sabe ser assistente social, administrador, porteiro; sabe fazer grupo de aleitamento, grupo de hipertensão, de diabetes. Normalmente são os profissionais da enfermagem que dominam essa área, até mesmo porque não podemos

medir pressão de paciente. Estamos lá fazendo grupo junto com o enfermeiro, mas não sabemos ser psicólogos. O que a Psicologia faz na atenção básica? Qual é o conhecimento necessário para trabalharmos? Para nós, esse sujeito tem valor importante.

E temos grande função na atenção básica, porque estudos apontam para o fato de que mais de 40% do que entra na atenção básica se relaciona com saúde mental. Portanto, tem a ver com a subjetividade e, assim, conosco. Por que existem psicólogos na atenção básica, mas não psiquiatras? Imediatamente, os profissionais identificados com a subjetividade são os psicólogos. Quarenta por cento do que entra na atenção básica hoje vai para os psicólogos que estão nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Mas não conseguimos garantir condições de trabalho na atenção básica; conseguimos minimamente garanti-las nos Caps.

Acho que foi uma grande construção a inclusão de projetos de supervisão nos Caps. E precisamos construir isso na atenção básica também, porque ali os psicólogos estão jogados em uma arena com leões. Por exemplo, é necessário implantar a carga horária de trinta horas. Há uma demanda enorme dos psicólogos e é desesperador ser psicólogo trabalhando quarenta horas em UBS. É da ordem do insuportável. Sem supervisão, sem sala para atender, com todos os problemas relativos à subjetividade sendo encaminhados. Há uma luta que os psicólogos, sobretudo da atenção básica, têm exigido.

Eu sugiro que o nosso conselho preste mais atenção à saúde do trabalhador de Psicologia do SUS porque trabalhamos no limite. Essas políticas, na verdade, têm de trazer em si essa radicalidade da democracia. E a nossa clínica tem de trazer a radicalidade da autonomia. E só vamos construir isso sendo menos ingênuos, melhorando a nossa formação e realmente resgatando esse potencial político da nossa clínica. Não podemos deixar isso passar.

Melhoramos muito essa discussão entre os nossos pares, mas volto a insistir que me choca muito que, na hora da discussão clínica, ainda são os psiquiatras que mais participam. Nós psicólogos não. Isso é muito chocante. Não fazemos a mínima reflexão sobre a potência da autonomia que temos nas mãos porque agimos ainda muito individualmente, na linha do consultório.

De modo geral, são essas as reflexões que faço sobre as políticas. E pensando sob as perspectivas da Senad, do Ministério da Saúde, do

Ministério da Educação, do Ministério da Assistência Social, do Ministério do Desenvolvimento Social. Ainda que compreendamos que a máquina estatal é muito grande, o país é imenso, a velocidade das conquistas ainda deixa muito a desejar. Quando nos recordamos da implementação dos Caps, percebemos essa lentidão. E não podemos ficar só nos Caps: precisamos pensar e agir pela atenção básica. Os municípios que não conseguem montar um serviço de especialidade não vão tratar o usuário de droga? A lei estabelece que o juiz deve recomendar tratamento público. É da obrigação do gestor de saúde conseguir atender o usuário. Temos de ter outras estratégias para municípios que não conseguem ter Caps: essa é uma questão.

A Senad, por sua vez, envolveu-se bastante na questão da formação e tem os cursos à distância. Ótimo, é uma tecnologia. Só que é uma tecnologia que não promove a construção de redes, pulveriza a formação, que se perde. Enquanto não tivermos uma atitude de rede já na formação, não teremos condição de fazer a virada no entendimento sobre o usuário de drogas. O Ministério da Assistência Social retirou do seu contexto a questão do usuário de drogas, não sei se vocês sabem. Para esse ministério, lidar com esse usuário é responsabilidade da saúde. Como as comunidades terapêuticas estão historicamente vinculadas, financiadas pela assistência social, estão sendo cortados os financiamentos e empurradas para o Ministério da Saúde.

Aí vem o embate, no qual temos de ter muito cuidado, pois a ideia que embasa as comunidades terapêuticas tem um viés assistencialista que hoje é mantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Então, tiramos da lei a questão da obrigatoriedade do tratamento, mas o juiz da Vara da Infância e da Juventude não, porque continua a mandar internar crianças e adolescentes nas comunidades terapêuticas. E nós, da área da saúde, é que pagamos a conta.

Questionei a atitude de um juiz sobre situação desse tipo e fui ameaçada de ser presa por desacato. Questionei-o porque estava dando o diagnóstico e o prognóstico para o tempo de internação de uma criança.

Em relação ao Ministério da Saúde: a Senad está aí na construção da política e está atenta à inserção dos usuários no seu conselho. Já o Ministério da Assistência Social, ao definir sua política, jogou para nós, da saúde, um grande problema. Também cito o MEC, que

tem refletido sobre a questão do uso e do usuário de drogas, mas ainda com direções pouco claras.

Também estamos repensando nossa atuação na educação. Os conselhos têm refletido sobre essa questão tanto a partir da nossa formação quanto da nossa prática. Historicamente, nossa prática sempre foi lamentável dentro das escolas, porque o modelo estabelecido foi o de clínica de atendimento e não de clínica de construção política. Também percebemos falhas na formação dos profissionais da educação para lidar com a subjetividade. E hoje, no campo da saúde mental, os professores solicitam aos pediatras que prescrevam ritalina para seus alunos. O consumo de ritalina vem da escola, quando o professor define que se o aluno considerado problemático não usar ritalina não vai assistir aula. Porque a maioria não tem o menor manejo pedagógico para lidar com transtornos de comportamento. E nós pouco contribuimos para que tenham, porque o que fazemos é receber as criancinhas e encaminhá-las para que o neurologista a medique. Assim, também precisamos repensar nossa atuação no campo da educação.

Outra questão a ser discutida é sobre a redução de danos. Tal como a política de humanização, ela traz em si uma proposta radical para nossa clínica, mas tem de ser pensada no campo do tratamento. A redução de danos é muito bem colocada no campo da prevenção, principalmente da AIDS. Quando trazemos a reflexão sobre a redução de danos para o tratamento da dependência química, a discussão se torna polêmica. Porque não estamos preparados para a radicalidade que o conceito da redução de danos nos exige na relação de autonomia do sujeito.

Quando discutimos sobre isso, temos que refletir sobre descriminalização, liberação, autonomia, consumo, temas que criam polêmicas na sociedade, mas que temos que discutir. E a partir da clínica. Pensar no tratamento que devemos ofertar ao sujeito dependente. E essa radicalidade vivenciada hoje no município, da redução de danos, está dentro do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD). Por termos implementado o Programa de Redução de Danos no Caps AD, oitenta por cento dos profissionais saíram. Não suportaram a redução de danos dentro do Caps. Vocês têm noção do que é lidar com oitenta por cento de mudança em uma equipe? É quase parar completamente o atendimento.

Estamos lá com dois redutores de danos, usuários de drogas. O Caps

está com cerca de 3 mil pacientes cadastrados. Por volta de 1,5 mil circulam dentro do Caps, e apenas dois redutores de danos estão acompanhando. Em um município de 500 mil habitantes, eles estão acompanhando 850 usuários de drogas, que não estão no Caps, grande parte de usuários de drogas injetáveis ou crack. Desses 850, 9 são mulheres grávidas. Ao ter que lidar com todas essas condições, um dos redutores sofreu um surto. Ele não aguentou: foi para o hospital psiquiátrico. E apostamos na contratação de redutores de danos entre os usuários de drogas porque não queremos técnicos, queremos usuários mesmo. E assim temos de lidar com mais essa questão.

Para mim, essa situação é assustadora: que apenas dois redutores de danos estejam com 850 usuários de drogas, que não estão no Caps, nem em UBS. Que também não estão na assistência social, nem na cadeia ou na Febem; estão na rua. E lembro que a vida é feita de exposições. Não tem como não se expor. Mas a vida acaba quando perdemos a capacidade de processar prazer e alegria. Então, elaborar essas políticas e vivenciar essa trajetória só tem sentido enquanto tivermos prazer e alegria.

É possível a mudança e nós temos um potencial imenso na questão da clínica. Nisso serei bastante radical: quem deve discutir a clínica da Psicologia são os psicólogos. Disso não podemos abrir mão. Estou cansada de ver psicólogos agindo como assistentes sociais, paramédicos, administradores, gestores, mas não como psicólogos de fato. Ou resgatamos nossa radicalidade ou então desistimos da luta e ficamos felizes no consultório, com nosso jaleco.

Maurides Ribeiro⁷

Início com algo que considero digno de registro. Há tempo participo de debates e encontros sobre o tema, mas é a primeira vez que vejo gestores da política nacional tão qualificados, porque os reconheço como participantes efetivos da construção da política brasileira sobre drogas.

Pela primeira vez ouvi um posicionamento claro sobre as políticas públicas na área, quais são e suas maiores críticas. Porque o Estado brasileiro pretende apresentar perante a Assembleia das Nações Unidas a intenção de revisar sua política mundial de drogas, em 2009, como foi largamente anunciado no presente evento. Considero essa iniciativa muito importante e que deve se refletir em toda a construção da política.

Lamentavelmente, a política é construída verticalmente, de cima para baixo. Fazemos políticas para adolescentes, para mulheres agredidas sexualmente, para índios, para usuários de drogas, mas não conversamos com essas pessoas. Nós não as ouvimos. Determinamos como devem se comportar, da maneira que nós julgamos ser o adequado. Provavelmente, se perguntarmos para essas pessoas o que esperam do Estado, grande parte responderá que quer ser deixada em paz.

Outra questão que desejo pontuar rapidamente é sobre a evolução do discurso sobre o tema. Realmente, afinou-se e progrediu. Mas observo que, ainda que sua construção esteja muito bem elaborada, há uma distância entre a intenção e o gesto. Falta investir e fazer funcionar, efetivamente. Nós, brasileiros, somos conhecidos largamente pela nossa tradição em construirmos belos documentos legais e lindas políticas. Nossa Constituição é um primor, elogiada mundialmente. Antes disso, nosso antigo código civil já havia sido reproduzido na Europa, o que já revelava nosso pensamento avançado. Mas não conseguimos implementar, na prática, o que em discurso fazemos tão bem. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é um documento maravilhoso que ainda não foi aplicado efetivamente. A lei de execuções penais, idem. Nós só refletimos sobre execuções penais durante a ditadura militar (1964-1985), quando

7 Advogado criminalista, membro da Diretoria da Rede Brasileira de Redução de Danos (Reduc), professor de Direito Penal e ex-presidente do Conselho Estadual de Entorpecentes (Conem), em São Paulo.

tínhamos presos nossos irmãos, pais, parentes, amigos. Aí nos preocupávamos com a execução penal. Depois, não nos importamos mais com isso. A tortura acontecia na ditadura, mas é uma prática no cotidiano da delegacia. E poucos se importam com isso. Aí está a distância entre a intenção e o gesto. Essa é uma questão que não podemos deixar de refletir para transformar.

Com relação a políticas de drogas propriamente ditas, entendo que é um tema transdisciplinar. Como bem sinalizado por vários colegas em diversos momentos desse seminário, é um daqueles temas sobre os quais não é possível discutir sem pensar em uma multiplicidade de aspectos e saberes. Ainda assim considero, realmente, que a minha área, do direito penal, não tem nada a contribuir para esse debate. Defendo que o direito penal deveria se retirar desse seminário. Ainda que ao tocarmos no assunto de drogas muitas vezes se faz necessário falarmos de leis, a questão legal acaba por engessar o debate.

A formulação de uma política passa pela construção e pela modificação da sociedade. A lei não muda nada. Enunciar uma lei bonita nunca teve o poder de mudar a realidade. A Bíblia, por exemplo, é um magnífico e lindo trabalho literário. Nossa Constituição também é. Falta acontecer na prática, o que não está acontecendo ainda. E o que considero importante destacar é que quem faz o milagre do cotidiano é o agente que está na ponta do processo: essa é a ação transformadora.

E a minha posição, com relação ao direito penal, é que deveríamos sair dessa história. Descriminalizar amplamente uso e tráfico. A questão de fundo é ideológica, não tenhamos dúvida, no sentido de que quando uma política é formulada, o é a partir de concepções ideológicas. E nessa questão ainda agimos de forma ambígua. Essa é uma tendência mundial, não é apenas uma questão nacional. Reconheço que a retirada do direito penal desse debate é muito problemática e ainda está no plano de utopia. Uma utopia que almejo atingir, pois não se trata de um delírio, ou libação. É uma utopia realizável. Por enquanto, estamos descomprimindo o sistema.

E admito que essa nova legislação está nesse caminho. Existem muitas críticas à nova lei, mas ela caminhou e nossa nova política está muito mais próxima das tendências europeias que do próprio modelo preconizado pela ONU, que é o modelo punitivo, proibicionista, capitaneado pelos Estados Unidos. Esse modelo proibicionista punitivo tem muita força.

Com relação à justiça terapêutica, ela também está fora do sistema, como já percebido por muitos colegas. E está mesmo. Em um primeiro momento, houve até um encantamento, quando alguns setores defensores da redução de danos chegaram a afirmar que se tratava de uma medida de redução de danos. Eu sempre fui contra essa ideia. E quando eu estava na presidência do Conem, em São Paulo, a justiça terapêutica foi implementada, pela via da Embaixada norte-americana, com todos os financiamentos. Muitas pessoas próximas me diziam ser um avanço, uma política de redução de danos.

Em visita feita aos EUA, pude ver essa política implementada. E mesmo ainda não a compreendendo bem; observei in loco que não se trata de redução de danos. Ali participei de vários debates e considero que se trata de um modelo alternativo, mas ainda proibicionista, punitivo. São feitas concessões para ser mantida a política proibicionista punitiva. Na minha percepção, a justiça terapêutica tem esse viés. Mas com a nova lei, aparentemente essa questão foi resolvida, como aparentemente também foi resolvida a situação de redução de danos. Mas a solução está só na aparência. E volto a insistir na distância entre o discurso e a prática e no que está efetivamente acontecendo na ponta do sistema.

Do ponto de vista jurídico, o tratamento não voluntário como estratégia de redução de danos não cabe mais. Não é mais possível esse tipo de posição. Com a nova lei, a nº 11.343/2006, inclusive do ponto de vista principiológico, isso cai por terra, porque ela prevê expressamente, como seu fundamento, o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto a sua autonomia e liberdade. Está no artigo 4º. Respeito às diversidades, às especificidades populacionais. É um documento lindo.

Nessa lei, a primeira medida prevista no artigo nº 28, que versa sobre a posse de drogas, é a penalidade de uma advertência sobre os efeitos da droga. Nesse sentido, a busca é por levar ao cidadão o conhecimento dos malefícios causados pela sua conduta.

E nós não temos mais privação de liberdade por uso de drogas, o que é uma grande vitória. O nosso novo modelo, embora ainda criminalize o usuário, descarcerizou. Não despenalizou, pois continuamos com um elenco de penas. Necessário é destacar que, hoje, o uso de drogas no ordenamento penal brasileiro é um dos delitos mais insignificantes do

sistema. Nenhum outro delito tem essa modalidade de pena. Ele é menos rigoroso que o delito de menor potencial ofensivo.

Como já são tratados como delitos insignificantes, não deviam mais sequer ser considerados crime. Mas está previsto assim e apresenta uma série de sanções diferenciadas, como prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso. Mas isso não se confunde com o tratamento. Não há, na lei, nenhuma sanção que estabeleça o tratamento como pena. Na legislação anterior havia a possibilidade de o juiz encaminhar o acusado para tratamento, com base em avaliação que atestasse a necessidade, em função de risco à integridade física e/ou emocional da própria pessoa ou da sua família e da comunidade.

Na nova lei, essa possibilidade foi excluída. Não foi aprovada. Portanto, não temos essa modalidade de pena no conjunto das sanções previstas para o usuário, ainda que tenha sido estabelecido o comparecimento obrigatório a cursos e programas muitas vezes de má fé. E isso porque inúmeros setores da área jurídica estão usando o encaminhamento obrigatório a programas e cursos para obrigar o usuário a tratamento. Essa postura é de má fé e acontece pela ausência do Estado no oferecimento desse serviço ao usuário penalizado.

O juiz também se sente premido. As comunidades terapêuticas têm a força política local e se aproveitam da omissão da lei para agir sem coerção e controle. E contra o próprio direito constitucional de preservação da privacidade e da liberdade individual, pois impor tratamento a usuário de drogas não pode ser uma prática admitida pelo Estado democrático. E isso é absolutamente incompatível com o nosso sistema hoje.

Sobre esse assunto, tenho uma lembrança, das que considero mais bonitas, de Darci Ribeiro. Quando ele estava doente, com câncer, o internaram na UTI sem o consultarem. Na primeira noite, ele fugiu. Ninguém havia falado com ele sobre o assunto, nem mesmo os amigos. E todos tinham a melhor das intenções, só que se esqueceram de ouvir o mais interessado no assunto. Darci fugiu e voltou para o seu sítio, em Maricá. Posteriormente disse que no hospital o estavam matando, por isso não podia ficar lá. E depois disso viveu mais dez anos, foi senador da República. Com câncer. E feliz.

E desejo parabenizar o Conselho Federal de Psicologia, que foi o primeiro, senão o único conselho de classe, a se posicionar de forma

coerente e adequada, com clareza e firmeza, frente à questão da justiça terapêutica, desde 2002. E foi pioneiro ao rechaçar terminantemente essa possibilidade, em declaração feita no mês de dezembro de 2002.

Conclui-se, a partir do exposto, que a proposta de junção terapêutica, além de inconstitucional, viola os códigos de ética. Também o código de ética médico, embora o Conselho Regional de Medicina (CRM) não tenha se posicionado com a mesma clareza do CFP.

O respeito aos direitos fundamentais inclui o direito à autodeterminação, violado na imposição do tratamento forçado. A proposta de justiça terapêutica é, portanto, inconstitucional. Não é recomendável. Do ponto de vista terapêutico, significa impor forçosamente mudança de comportamento ao indivíduo. Mas sob a perspectiva da nossa Constituição Federal, se a pessoa escolher continuar usando drogas, o Estado não tem o direito de impor-lhe tratamento forçado. Não pode nem deve pretender alterar seu comportamento por meio do direito penal.

E tento fechar essa questão lembrando de uma figura maravilhosa, de quem gosto e admiro muito. Eminente jurista, é uma das maiores expressões do direito penal em nível mundial e se tornou um grande visitante, pois está sempre aqui e adora o Brasil. É o professor Figueiredo Dias, catedrático do direito penal da Universidade de Coimbra. Certa vez, em uma conversa informal, ele disse que o cidadão adulto tem um inalienável direito de ir para o inferno da maneira que bem entender, conquanto não leve ninguém pelo caminho.

Outra questão importante aqui sinalizada é que não sabemos nos articular adequadamente com o setor da comunicação social. Ou, quiçá, não haja hoje boa convergência de interesses, se lembrarmos que a área da comunicação tem, notadamente, interesses estritamente econômicos. No exemplo a seguir essa divergência fica mais clara.

Em São Paulo, um mestre Yogue, que tem uma série de seguidores entre pessoas da elite, recentemente criou um refúgio na serra da Cantareira. Um lugar aprazível, maravilhoso, para onde vão seus seguidores em busca de paz para suas reflexões. Ele estava lá com um grupo e resolveram fazer terapia de desintoxicação. Valeram-se de técnicas de yoga e de medicina ayurvédica, e 20 dos integrantes foram hospitalizados, alguns deles em pré-coma. A imprensa construiu um escândalo sobre o fato, com relação a esse cidadão e seus seguidores. A Rede Globo, ao noticiar

o fato, logo depois veiculou matéria sobre o caso do suicídio coletivo de novecentos membros da seita Templo do Povo, do pastor evangélico Jim Jones, em 1978. Nas selvas sul-americanas, essas pessoas morreram após tomar uma mistura de suco com cianureto.

Sem fazer crítica ao que foi construído pela imprensa, o delegado prontamente convocou todos e instaurou inquérito sobre tráfico, porque a ideia era que eles tinham usado alguma substância da medicina oriental para fazer a depuração. Depois se constatou que o processo terapêutico aplicado consistia em tomar muita água. Todos tinham se intoxicado com água, porque cada um tomou vinte litros de água em um dia. Esse caso nos revela como a imprensa enviesa e manipula a notícia.

Quanto ao direito à privacidade, trata-se de um tema muito caro para os operadores do direito penal que atuam nessa área. Para nós, advogados, contrários a essa perspectiva, o Estado não pode interferir naquilo que é de ordem moral. O Estado não deve entrar na vida das pessoas para dizer o que elas devem fazer. Nem como devem se curar ou se tratar. O Estado Democrático não compactua com o *modus operandis* que caracteriza grande parte das ações da polícia em questões de drogas. E isso é um descompasso.

O Rio Grande do Sul tem um papel histórico e fundamental não apenas na discussão sobre redução de danos, mas também em toda a discussão jurídica a ela anterior, quando ainda se tratava do paradigma da redução de danos. Já questionávamos e defendíamos a redução de danos, capitaneados em uma pequena rede pela colega e jurista Maria Lucia Karan, à época defensora pública no Rio de Janeiro. Em São Paulo, criamos o programa SOS maconheiro. Éramos, enfim, quase um exército de Brancaloneo.

Mas o primeiro lugar a reconhecer a inconstitucionalidade do artigo 16 da Lei de Antitóxicos de 1976, que versa sobre a pena de reclusão de seis meses a dois anos para usuários, foi o Rio Grande do Sul. Recentemente, no ano corrente, o Tribunal de Justiça de São Paulo reconheceu a inconstitucionalidade do artigo 28 da nova Lei (disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2011.343-2006?OpenDocument), nº 11.343, de agosto de 2006, com base no direito à privacidade. Mas a discussão foi despertada e continua.

Na minha opinião, fruto de interpretação pessoal sobre a nova lei, essa equacionou melhor a questão da privacidade. Acredito, inclusive,

que ela consegue estabelecer quais são os espaços de intervenção do Estado. Mesmo no artigo 28, que estabelece as penas aos ainda considerados criminosos, encontramos que não há mais prisão, o que é reiterado no artigo 48, que define ser vedada a prisão em flagrante.

Se eventualmente o cidadão for processado e condenado por uso de drogas, como essa sanção não consta do elenco de sanções do Estado, não poderá haver prisão. O agente do poder público, o policial, deve apreender a droga — que é proibida e por isso seu uso é criminalizado —, e convidar a pessoa que está na prática do uso a acompanhá-lo ao distrito policial mais próximo para um simples registro da ocorrência. Não se confunde com prisão em flagrante. Caso haja resistência, a lei autoriza a condução coercitiva desse cidadão para o distrito, simplesmente para fazer o registro.

E essa condução coercitiva não ocorre por causa da prática do delito em si, mas devido à sua resistência em acompanhar o agente para o registro. Afinal, foi cometido um delito no espaço público, onde ocorre o poder de polícia. Porque por mais que sejamos defensores das liberdades do indivíduo, existe outro fator que deve ser levado em conta: a potencialidade de expansão. Desde que se dê no espaço público, o uso das drogas apresenta esse potencial. É nesse espaço que a intervenção do Estado haverá de se dar; esse é o limite. No espaço privado o Estado não pode mais ingressar, a não ser com mandado de busca e apreensão. No espaço privado a pessoa também pode plantar maconha para seu consumo, pois a questão do plantio para o consumo foi equiparado. Assim, considero que hoje está bem mais clara e melhor resolvida essa questão entre público e privado, qual o locus da intervenção do Estado e como esse deve intervir.

Mas creio que essa questão será melhor equacionada com a criação de locais especiais para uso de drogas. Como existem os clubes naturistas, para aqueles que desejam praticar algo que é considerado um crime apenas como ato obsceno se feito no espaço público. Hoje, andar nu no espaço público é um crime com penas mais graves que fumar maconha na rua.

E hoje é real a possibilidade desse avanço. Quando defendo a descriminalização total, não se trata de uma utopia impossível. A questão é: precisamos começar a pensar uma política única de drogas, e não uma política para a elite e outra para a favela. Então, temos muito a pensar e caminhar ainda, mas com grande potencial de avanço.

**Entre macro e micropolíticas:
o movimento social de redução
de danos e o campo político
reflexivo das drogas**

Dênis Roberto da Silva Petuco⁸

É uma alegria muito grande conversar com psicólogas e psicólogos. O movimento social de Redução de Danos, isto é sabido, nasceu no seio do movimento social de luta contra a Aids, mas no caso brasileiro, desde o início, estabeleceu um diálogo muito bonito com o campo da Saúde Mental, e muito especialmente, com o Movimento de Luta Antimanicomial. Nunca é demais lembrar que a primeira experiência brasileira de Redução de Danos se deu na cidade de Santos, em 1989, ou seja: não por acaso a mesma cidade onde se deu o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, momento que se constitui num divisor de águas para a Luta Antimanicomial brasileira. Naquele momento, pelo menos para a Redução de Danos, medo e preconceito foram mais fortes, resultando num atraso de cinco anos até o desenvolvimento objetivo de ações de Redução de Danos no Brasil.

Creio que se pode dizer que o movimento social de Redução de Danos (especialmente a Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos - ABORDA), tem pautado sua atuação política nas arenas de debate da sociedade brasileira, e principalmente no campo da Saúde, a partir de três eixos balizadores: a **defesa dos direitos humanos das pessoas que usam drogas**; a **defesa da Redução de Danos como política pública e como tecnologia de cuidado**; a **defesa da dignidade de redutoras e redutores de danos**. É com o olho nestas três abordagens, que são absolutamente inseparáveis, que a ABORDA, e o movimento social de Redução de Danos de um modo geral, tem se colocado nos debates, nas disputas. E nestes espaços, é bom que se diga, o movimento social de Redução de Danos institui distintas dimensões de luta, de articulações, de alianças, de enfrentamentos, de diferentes maneiras, em diferentes níveis. Há dimensões **macropolíticas** e **micropolíticas**. É destas coisas que pretendo falar.

O primeiro eixo, talvez o principal, é a **defesa dos direitos das pessoas que usam drogas**. Colocar esta frase deste modo, com essas palavras, já traz algumas questões. Não estamos falando aqui dos direi-

⁸ Sociólogo, educador popular, redutor de danos e terapeuta comunitário. É mestrando em Educação, membro do Grupo de Pesquisa sobre Educação Popular e Saúde da Universidade Federal da Paraíba e da Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA).

tos dos *usuários de drogas*; tampouco estamos falando dos direitos dos *toxicômanos*; muito menos dos direitos dos *dependentes químicos*. Se falássemos dos direitos dos dependentes químicos, estaríamos falando apenas da Saúde, e isto seria uma forma de medicalizar o debate. E ainda assim, estaríamos falando não de "Saúde", mas de uma certa "Saúde", que coloca a substância no centro da reflexão, ao invés de privilegiar um olhar complexo. Além do mais, mesmo sem levar em consideração este debate, a utilização da expressão *dependência química*, traria um ponto de polêmica aqui também, no campo psi, já que os lacanianos iam preferir *toxicomanias*, por exemplo. Mas, independente disto tudo, são conceitos que dizem pouco da realidade vivida pelas pessoas que usam drogas, em toda sua diversidade.

Quando falo de defesa dos direitos das *pessoas que usam drogas*, estou me inspirando na Rede Nacional de Pessoas Vivendo com Aids. É interessante ver como esses avanços semânticos são indutivos de debates epistemológicos, éticos, e no concreto no cotidiano da vida das pessoas também. No primeiro momento eram *aidéticos*, depois se tornam *soropositivos*, e daí a pouco se dão conta: "eu não sou soro positivo! Eu sou uma pessoa! E eu não sou uma pessoa que está morrendo, mas uma pessoa que está vivendo!". E vivo com Aids, com HIV. Estou vivendo. "Um vírus que habita em mim", dizia o Herbert Daniel⁹. É claro que esta mera troca de palavras não pode ser o ponto final desse debate. Trazer à tona essas palavras é jogar luz sobre a necessidade de romper com esses processos de assujeitamento que acontecem tanto no Direito quanto na Saúde. Nem doente, nem criminoso, mas pessoa. Como sujeito.

Creio ser importante salientar que quando eu falo de direitos das pessoas que usam drogas, eu estou me reportando às duas formas de cidadania descritas pela Maria Benevides¹⁰, quais sejam: a *cidadania passiva*, e a *cidadania ativa*. Por *cidadania passiva*, entende-se o reconhecimento dos direitos de uma determinada população, por parte do Estado. É o que ocorre quando o SUS organiza serviços dirigidos a

9 DANIEL, Herbert. Reflexões à margem do viver com Aids. In.: Saúde e Loucura n. 5.

10 BENEVIDES, Maria Victória de Mesquita. A cidadania ativa: referendo, plebiscito e iniciativa popular. São Paulo: Ática, 1991

pessoas que usam drogas, garantindo o acesso a tratamento. Esta é uma dimensão de cidadania passiva. Ela é extremamente importante, condição fundamental para qualquer processo de busca de garantia de direitos fundamentais. Sem isto, sem esta base, qualquer outro avanço torna-se complicado, já que é justamente este reconhecimento que permite a determinadas populações que elas mesmas se reconheçam, no limite, como seres humanos, ainda que grande parte do mundo siga se movendo como se não o fossem.

Há, no entanto, um segundo nível, que diz respeito à *cidadania ativa*, e é este que me interessa de modo especial. Neste sentido, há um novo ator político para o debate sobre políticas de drogas no Brasil, e um processo político ainda pouco refletido. No segundo fim de semana de maio de 2008, foram anunciadas mais de uma dezena de manifestações organizadas por pessoas que usam drogas, em todo território nacional, sem recursos financeiros, tendo a internet como ferramenta de articulação. Estas pessoas conseguiram organizar atividades em defesa de uma nova política de drogas, que se tornaram conhecidas como "Marcha da Maconha", pautando a mídia nacional por cerca de dez dias. Nem mesmo o movimento social de Redução de Danos, com toda sua força e organização, jamais conseguiu feito igual.

Creio que lembrar este movimento é importante, no momento em que falo de direitos das pessoas que usam drogas. Sabemos que o campo da Saúde Coletiva permite a emergência de um sem número de atores sociais, que instituem no cotidiano da vida política brasileira, novas bandeiras de luta, que fazem avançar nossa tímida democracia. Mas, ao mesmo tempo, estes mesmos atores frequentemente nos lembram de que suas demandas estão para além dos debates restritos ao campo da Saúde. Não é por outra razão que os escritos legais brasileiros inscrevem um conceito de saúde tão amplo, que faz com que a própria noção de "luta por saúde" se amplie, indicando que "saúde é luta", para lembrar o amigo Manoel Meyer, de Porto Alegre.

Mas, há um entrave fundamental para o pleno exercício da cidadania quando se pensa no campo político reflexivo que se constitui em torno do tema. O problema é: existem apenas dois discursos possíveis para pessoas que usam drogas. Apenas dois, e nenhum outro: o **discur-**

so heróico, do sujeito que superou o inferno das drogas e fala desse lugar; o **discurso desesperado**¹¹, daquela pessoa que não suporta mais o martírio do uso e pede socorro. Nenhum outro discurso é permitido. As pessoas se reúnem para dizer que querem fumar maconha, e que, além disto, querem discutir a legalização (e não é nem descriminalização; é legalização mesmo!). E aí estas pessoas começam a pensar como deveria ser o sistema para compra de sementes, de fertilizantes, o plantio doméstico. Há redes constituídas, para troca de informações a respeito destes temas, onde se constitui toda uma cultura, toda uma rede que permite novas formas de subjetivação em torno de uma identidade política, que é a própria redefinição do sentido daquilo que possa vir a ser um "usuário de drogas". Em redes como estas, emergem possibilidades de expressão que escapam aos interditos que restringem o repertório de possibilidades, não apenas de expressão (adequação de discursos visando garantir acolhimento), mas até mesmo da escuta (prejudicando em muito o atendimento na rede de saúde pública).

Há quem diga que este debate não é importante. "O que precisamos discutir são as políticas de saúde", dizemos. "Precisamos debater sobre os meninos pobres que morrem nas periferias todos os dias", também dizemos, e eu devo me apressar em dizer que concordo que os debates sobre políticas de Saúde e de Segurança Pública organizados em torno do tema das drogas são de suma importância, ainda mais para pessoas que usam drogas. Mas é preciso perguntar: quem define o que é importante? São pessoas externamente a mim que vão dizer o que é importante, ou sou eu enquanto sujeito político que me coloco com autonomia nas arenas de debate que vou dizer: "Essas questões são importantes, e eu quero discuti-las".

Creio que há um ponto importante a ser discutido quando falamos de discursos de pessoas que usam drogas, e que tem total relação com a luta que o Conselho Federal de Psicologia está desenvolvendo, com muita energia, com respeito à reflexão sobre o papel dos meios de comunicação de massa na cultura contemporânea. Lembro que ano passado, os amigos que organizam a Marcha da Maconha em João Pessoa me leva-

11 Os discursos interditos e autorizados entre pessoas que usam drogas são tema de minha pesquisa de mestrado em Educação, ainda em desenvolvimento.

ram pra almoçar em um restaurante popular, a caminho do aeroporto. Passava um destes programas nos quais as pessoas tem a sua dignidade enxovalhada diante das câmeras de televisão. O cara estava alcoolizado, sob a custódia de agentes de segurança pública, e tinha ali um repórter fazendo perguntas jocosas, expondo aquela pessoa.

Sempre me pergunto: até que ponto a gente pode pegar uma pessoa que está sob a guarda do Estado, uma pessoa que foi detida, que foi presa, e colocá-la diante de uma câmera de TV, muitas vezes sob efeito de substância, e expô-la a situações vexatórias, a piadinhas de mau gosto. Lembro que esse rapaz que eu assisti na TV lá de João Pessoa estava totalmente embriagado, e a TV expondo, ridicularizando aquela pessoa. Até que ponto a mídia tem direito de fazer isso? A dignidade de pessoas que usam drogas é enxovalhada cotidianamente pelos meios de comunicação.

Lembro de mais um exemplo lá no Rio Grande do Sul, do mesmo grupo de comunicação que agora desenvolve uma campanha que orienta as pessoas a não pensarem sobre o crack. Era uma matéria sobre a ausência de serviços de saúde pública para atender pessoas com uso problemático de drogas (até muito boa, por incrível que pareça!), mostrando a precariedade de serviços. No final da matéria, o comentário do jornalista foi o seguinte: "Como nós estamos vendo, não existem serviços de saúde. Diante disso, só nos resta, exigir o aumento do efetivo policial". E eu fiquei olhando pra TV, atônito! Como assim? Não tem hospital, aumenta a polícia? É tão ridículo quanto exigir a construção de estradas pra sanear a falta de escolas!

A mídia está fazendo isso todos os dias. Como se contrapor a isso? Um caminho é a participação maciça na conferência de comunicação que o CFP está chamando. Esta tarefa é nossa, e é bacana que os companheiros da psicologia tomem a frente, porque isso está produzindo subjetividade todos os dias. E ao produzir subjetividades, produz também dispositivos de legitimação para um sem número de barbaridades Brasil afora, mundo afora. E eu lembro uma frase triste e maravilhosa do Claude Olievenstein, criador do Instituto Marmotan, na França, e um dos caras que mais contribuiu para a criação de novos conceitos, de novas formas de acolhimento, de escuta e tratamento de pessoas que usam drogas. O Olievenstein, falecido em dezembro

de 2008, dizia que "para matar um cachorro, você diz que ele tem raiva"¹². Metaforicamente, a TV e os demais meios de comunicação de massas dizem que as pessoas que usam drogas têm raiva, e com isto, produzem as condições de emergência da carnificina que é feita todos os dias nas favelas das grandes capitais brasileiras. Por que depois de um discurso midiático dizendo que essas pessoas são o que eles dizem que são, pode-se fazer qualquer coisa. Nada é arbitrário.

Segundo eixo que norteia as ações da ABORDA é a **defesa da Redução de Danos como política pública e tecnologia de cuidado**, duas questões que falam da macro e da micropolítica, ao mesmo tempo. Mas, eu gostaria de dizer que *defender política pública de Redução de Danos* e *defender Redução de Danos como tecnologia de cuidado* não são a mesma coisa, ainda que elas se imbriquem o tempo inteiro. Quero chamar atenção para este ponto, pois quando se acha que a *Política* e a *Tecnologia* são a mesma coisa, acaba-se por fazer apenas uma delas, e isto pode ser complicado. Defender a Redução de Danos como política pública implica em lutar para que municípios, estados e União implementem políticas sustentadas de Redução de Danos, lá onde a vida acontece em seu cotidiano; defender a Redução de Danos como tecnologia de cuidado implica em sensibilizar trabalhadores sociais para as possibilidades que isto representa em termos de ampliação das capacidades de intervenção, seja nos serviços, seja no consultório.

Como tecnologia de cuidado, a Redução de Danos não se apresenta como uma *clínica*, ainda mais no sentido estrito do termo, para o campo psi. Mesmo assim, eu gosto de pensar na Redução de Danos como uma *Clínica Freireana*. Paulo Freire nos fala de um processo pedagógico radicalmente dialógico, que ele vai definir com a expressão "dialogicidade verdadeira"¹³. E o que Paulo Freire está querendo dizer com "dialogicidade verdadeira"? Ele está falando de *horizontalidade radical*. Ele está falando que na Educação Popular, ninguém educa ninguém. É a frase clássica do Paulo Freire: "ninguém educa ninguém;

12 OLIEVENSTEIN, Claude & PARADA, Carlos. Droga, adolescente e sociedade: como um anjo canibal. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

13 FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

todos nos educamos mediados pelo mundo"¹⁴. A gente poderia dizer que a novidade que a Redução de Danos traz para a clínica, é essa: ninguém cura ninguém, ninguém trata ninguém, e neste ponto é possível perceber aproximações entre estas idéias e a noção de "Projeto Terapêutico Singular" de que nos fala a Política Nacional de Humanização. Não é um terapeuta, sujeito de suposto saber, que vai definir os rumos no tratamento de uma pessoa. Na Educação Popular de Paulo Freire, há esse imperativo ético da construção radicalmente horizontal. Não existe alguém que está tentando capturar algum vestígio da motivação do outro, para dobrar esse desejo sobre ele próprio. E este princípio é que vai ser o medidor de qualidade desse trabalho: o quanto ele é radicalmente dialógico e horizontal.

Na sua prática cotidiana, a Redução de Danos institui dinâmicas que buscam canalizar a potência do encontro na direção de uma "clínica do movimento", para usar esta expressão tão cara aos amigos que se dedicam ao estudo e a prática do Acompanhamento Terapêutico. Mas não se trata apenas do movimento no território, nas ruas, nos bretes e mocós; há o movimento de desacomodação, de constituição de espaços por onde podem transitar novas vozes, novos discursos, provocados por meio de novos dispositivos. Quando o redutor de danos chega ao campo, para além de saber que droga a pessoa usa, há sempre o interesse em saber *como se usa a droga que se usa*, e a partir deste tipo de diálogo disparam-se processos de construção de conhecimento significativo: a partir das palavras e dos temas do outro. Há um esforço de acolhimento, para além dos discursos autorizados (*heróico e desesperado*), que vai ao limite do tolerável para muita gente... Em uma metáfora, é como se a Redução de Danos permitisse à vida questionar aos princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica, da Educação Popular.

Esta reflexão sobre as relações entre "instituído" e "instituinte" tem a ver com as relações entre "Reforma Psiquiátrica" e "Luta Antimanicomial". A Reforma é super importante, e precisa ser defendida, mas no limite, ela é um construto legal. A Luta Antimanicomial, não; ela é o que fecunda essa reforma legal, fazendo-a avançar. É a Luta que faz

14 FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

pensar: "não, a Reforma não é o bastante, porque ela precisa desta prática cotidiana o tempo inteiro". Mas ao mesmo tempo, não dá para abrir mão da reforma, ou seja: é preciso articular essas duas dimensões da luta (macro e micropolítica). E eu vejo a Redução de Danos fazendo sua casa nesta fronteira tão precária, tão frágil, e ao mesmo tempo tão potente. Quando se tem esta clareza, mesmo a relação liberal entre psicoterapeuta e paciente no ambiente do consultório privado deixa de ser compreendida como algo da ordem do "indivíduo". É o mundo que está ali dentro daquela sala naquele momento! Essas coisas se fecundam o tempo inteiro (ou pelo menos deveriam fecundar-se).

Além disto, creio que existe outra contribuição fundamental, e ao mesmo tempo óbvia, que a Redução de Danos traz. Esta contribuição – e aqui reside sua obviedade – é o resgate da noção de integralidade para o cuidado de pessoas que usam drogas. E com isto, creio que se faz necessário voltar às origens do campo reflexivo da Saúde Coletiva, trazendo de volta uma noção esquecida, mas da qual não podemos jamais abrir mão: falo aqui das teorias e métodos que nos permitem observar às dinâmicas que produzem determinantes sociais à saúde. Parece que não se pode mais falar disso, que é papo de comunista... Quando se observam as determinações sociais da saúde de pessoas que usam drogas, não há como não perceber que seus sofrimentos estão para além do uso de drogas. Aliás, o uso da droga, muitas vezes, é uma forma de tentar anestésiar um sofrimento que é anterior ou paralelo à droga.

Quando esquecemos a integralidade, caímos no grave equívoco de achar que nosso papel é tratar o abuso da droga, contribuindo para que a pessoa entre em abstinência. Nosso papel não é tratar a droga, o uso de droga, mas à pessoa! E se temos o olho para os determinantes sociais, vamos perceber que estas pessoas, além da miserabilidade que eventualmente as acompanha, são expostas a um tipo característico de vulnerabilidade, em função do modo como a sociedade vê o uso de drogas na contemporaneidade. Afinal, como costuma dizer o secretário de saúde do Rio Grande do Sul, Osmar Terra, "A raiz da violência é o crack", e eu sempre acho engraçado que ele jamais se pergunte sobre a raiz do crack. Neste ponto, eu recordo da fala de um usuário de CAPS-ad, durante o IV Mental Tchê, em São Lourenço do Sul, quando ele disse:

"Quando se descobre que a gente usa crack, nossa vida acaba". Notem que ele não diz que a vida termina quando se começa a usar crack, mas quando a sociedade fica sabendo que aquela pessoa usa crack. E neste sentido o marxismo, paradigma que embasa grande parte das teorias em torno das determinações sociais nos processos de saúde e doença, talvez perca um pouco de sua potência explicativa, ante paradigmas que privilegiam a identidade como território de produção de sentidos, e também de vulnerabilidades específicas.

Por fim, um terceiro eixo norteador da atuação política da ABORDA nas arenas cotidianas é a **defesa da dignidade de redutoras e redutores de danos**. E de novo, completamente imbricado nestas outras dimensões colocadas anteriormente: macro e micropolítica. Mas nesta hora, e antes de qualquer coisa, é preciso perguntar: quem é o redutor de danos, afinal de contas? Quem é esse cara? Quem é esse ator político-social que emerge no contexto do SUS, no contexto das estratégias brasileiras de enfrentamento da epidemia de Aids? Quem é afinal de contas esse cara? Qual a diferença, por exemplo, do redutor de danos para o acompanhante terapêutico? Pro monitor da Comunidade Terapêutica? Pro técnico em dependência química? Pro agente comunitário de saúde?

A diferença é que ele emerge a partir de uma luta de identidades. Esse ator político emerge em um contexto de luta contra a Aids, no mesmo momento histórico em que outros atores sociais também vão emergir. Juntamente com os redutores de danos, com direito à voz nos debates sobre a construção das políticas de Aids no Brasil, emergiram também as prostitutas, os travestis, os gays... Populações que em um primeiro momento eram colocadas como "grupos de risco". Gays, prostitutas, travestis... Mas as pessoas que usam drogas não! No lugar destas, quem aparece, como que ocupando um lugar de mediação, são os redutores de danos. Neste sentido, eu gosto de dizer que os redutores de danos são como Exus, que na mitologia africanista, ocupam um lugar de trânsito entre os seres humanos e os Orixás. Os Exus possuem certa densidade, certa materialidade, que é menor que a dos humanos, mas muito maior que a dos Orixás. Estão muito próximos de nós, portanto, e é por isto que eles podem carregar nossas demandas para o Reino de Aruanda. De modo semelhante, os redutores de danos dos quais eu falo

aqui são aqueles que estão no campo, e que, além disto, possuem uma história de vida ligada a isto que o Gilberto Velho chama de "mundos das drogas"¹⁵. Esta proximidade com as pessoas que usam drogas – esta *densidade* – é que permite aos redutores de danos irem a campo, penetrarem os territórios constituídos por pessoas que usam drogas, fazendo a ligação com os serviços de saúde.

Mas é preciso que se diga: se esta proximidade permite realizar um trabalho que outros não conseguiriam, por outro lado não deveria autorizar os redutores de danos a representar pessoas que usam drogas nas arenas de debates institucionais. Que fique registrado que a identidade política do redutor de danos não é a mesma identidade política das pessoas que usam drogas. Os redutores de danos defendem o direito das pessoas que usam drogas em participar ativamente da vida política do país, e não se pretendem seus mediadores culturais nas arenas de debates políticos e institucionais. Do contrário, já haveria aqui uma contradição com o que acabei de dizer sobre a cidadania ativa de pessoas que usam drogas.

Defender a dignidade de redutoras e redutores de danos implica em fazer a discussão sobre a identidade destes trabalhadores, destes ativistas, destes atores políticos e sociais. Porque há outra forma de definir quem são os redutores, que aponta na direção de que toda e qualquer pessoa que saiba acolher a pessoas que usam drogas, sem lhes exigir abstinência, seria um redutor de danos. Neste sentido, todos os trabalhadores de um CAPS, por exemplo, poderiam ser chamados de "redutores de danos". Tal definição traz elementos interessantes, mas também um problema: ao fazermos isto, nós colocamos um manto de invisibilidade sobre aquelas pessoas que atendem especificamente pela definição de "redutores de danos", e que estão nos territórios, nos locais e nos momentos em que as pessoas estão usando drogas. Falo aqui daquele redutor de danos que está no campo, na comunidade, debaixo da ponte. Que está na praça onde as pessoas se reúnem para usar drogas, no momento em que elas estão lá. E aí, com todo o respeito aos outros trabalhadores de saúde que acolhem, que escutam, e que possuem um papel extremamente importante, e que se consideram "redutores de da-

15 VELHO, Gilberto. Nobres & Anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

nos", mas quem faz este trabalho é um personagem bastante específico. E quando a ABORDA fala em "defender a dignidade de redutoras e redutores de danos", é destas pessoas que se está falando.

Mas, defender do que? Quais problemas atingem estes trabalhadores, e que precisam ser problematizados? O que, afinal de contas, poderia ferir a dignidade destes sujeitos? Para responder a estas questões, é preciso adentrar em um campo reflexivo extremamente importante para a sociologia na contemporaneidade, e que diz respeito ao trabalho no capitalismo tardio, especialmente àquilo que chamamos de "trabalho precário" ou "precarização do trabalho".

Por "precarização do trabalho", entende-se todo um conjunto de transformações que implicam em deterioração de direitos adquiridos por uma pessoa, categoria ou campo de trabalho. Neste sentido, não poderíamos falar de "precarização do trabalho do redutor de danos", já que estamos falando de pessoas que nem mesmo são consideradas como trabalhadores, ainda que o Levantamento Situacional do projeto RoDa Brasil, executado pela ABORDA em 2007, tenha nos mostrado que 78% das redutoras e redutores de danos trabalham mais de 20 horas por semana (o que não nos permite chamá-los de "voluntários").

Mas, se não podemos falar de "precarização do trabalho dos redutores de danos" (já que eles nunca tiveram direitos trabalhistas que pudessem deteriorar...), por outro lado, podemos falar em "precarização do trabalho em saúde". Neste sentido, podemos perceber que não são apenas redutores de danos, mas uma série de outros trabalhadores inseridos no cotidiano da saúde pública brasileira, que vêem conquistas desaparecer a cada dia. O caso dos redutores de danos, entretanto, possui especificidades. Por meio de editais de financiamento para ações de prevenção via terceiro setor, organizações da sociedade civil captam recursos com os quais são financiadas ações de Redução de Danos. Em um grande número de vezes, os redutores de danos são remunerados por meio de recursos oriundos destes projetos, ainda que os editais prevejam uma parcela muito pequena de recursos para pagamento de pessoal. Resultado: é comum que redutores recebam, por seu trabalho, menos de um salário mínimo, já que este recurso é compreendido, muitas vezes, como "ajuda de custo", e não como "salário". E isto sem falar de outros direitos, como 13º salário, férias, seguridade social...

Quando nos deparamos com esta realidade, é impossível não pensar no conceito de vulnerabilidade, tão importante para o movimento de luta contra a Aids. Estar vulnerável é o mesmo que estar desprovido de dispositivos de proteção. Os grupos sobre os quais recaem os efeitos de históricos e perversos dispositivos de disciplinamento e controle, de estigmas e preconceitos, estão especialmente expostos a um sem número de vulnerabilidades sociais. Mas, do ponto de vista do trabalho, o que expõe um trabalhador à vulnerabilidade é a ausência de garantias e direitos trabalhistas. E aqui eu quero recordar de um redutor de danos de Curitiba, que entre um projeto e outro, dedicava-se ao competitivo mercado de guardadores de carros na fria capital paranaense.

Mas, onde é que se articulam, no fim das contas, macro e micropolítica, quando pensamos no problema do trabalho precário entre redutoras e redutores de danos? Afinal, estamos falando de definições que extrapolam nossas capacidades de intervenção. A forma de financiamento das políticas de enfrentamento da Aids, e por consequência, dos programas de Redução de Danos, foram definidas muito longe daqui, nas salas refrigeradas dos técnicos do Banco Mundial. De que maneira pode-se pensar em uma dimensão micropolítica de uma problemática tão grandiosa? Como poderíamos, neste caso, seguir o exemplo dos ambientalistas, articulando um "pensar globalmente" a um "agir localmente"?

Lembro de como foi minha saída do PRD de Porto Alegre. O programa ficou cerca de dois meses sem atividades, enquanto esperávamos as definições daquela nova gestão que se iniciava, lá em 2005. Neste meio tempo, alguns de nós fomos para a linha de frente, mesmo sabendo que aquilo resultaria em nossas demissões, já que éramos contratados e recontratados, todo o ano, por meio de contratos temporários (ainda que alguns já estivessem no PRD há quase dez anos, naquele momento). Havia a consciência desta vulnerabilidade, mas se optou por isto, enquanto outros parceiros fizeram outra opção, de resistir por dentro das estruturas, *macunaímicamente*. Mantiveram-se em silêncio nas arenas de debate, no conselho de saúde, não foram para nenhuma outra instância de debate político, mas no seu trabalho cotidiano seguiram produzindo saúde da mesma forma transgressora que caracterizava nosso jeito de trabalhar.

Isso foi algo muito importante. Conseguiu-se articular um enfrentamento aberto, nas arenas oficiais de disputa política, e um outro tipo de enfrentamento político que se dá no cotidiano, de modo invisível. Novamente: macro e micropolítica. Ir aos fóruns garantiu a reabertura do serviço, ao passo que esta segunda forma de luta, por ser invisível, garantiu a continuidade das lógicas de cuidado da Redução de Danos. Vários desses parceiros seguem até hoje no PRD de Porto Alegre, mantendo aquele mesmo espírito de trabalho, de acolhimento incondicional, de escuta radical. Resistindo no cotidiano, dando luz a demandas que sem eles, sem os redutores, permaneceriam invisíveis. Demandas produzidas juntamente com as pessoas que usam drogas, em suas diferentes formas de ser e viver na cidade. Demandas que emergem dos encontros que ocorrem debaixo dos viadutos, em torno da fogueira, nas noites frias da cidade de Porto Alegre. Demandas que emergem de relações que imprimem *dialogicidade verdadeira* no cotidiano do SUS portoalegrense, e que conspiram com outras tantas práticas, em outras tantas cidades do Brasil, e do mundo.

A partir dessas três bandeiras de luta extremamente complexas (defesa dos direitos das pessoas que usam drogas; defesa da Redução de Danos como política pública e tecnologia de cuidado; defesa da dignidade de redutoras e redutores de danos), que o movimento social de Redução de Danos (especialmente a ABORDA), vem tentando se colocar no debate cotidiano para construção de novas políticas de drogas – e de Saúde! – no Brasil. O quê que a gente consegue fazer no cotidiano disso? E mais uma vez, é nessa articulação entre macro e micropolítica que vamos encontrar algumas respostas. Em uma dimensão de micropolítica, a Redução de Danos vem dizendo, já há duas décadas, que é possível produzir outra clínica com as pessoas que usam drogas, lá no cotidiano dos serviços, especialmente quando se abre os ouvidos para uma escuta radical; em uma dimensão macropolítica, a Redução de Danos diz que esta outra clínica depende da instituição de políticas públicas, e da própria garantia da dignidade de redutoras e redutores de danos. E afirmo: uma política de Redução de Danos que não conte com redutores de danos, é uma política capenga.

Creio que posso encerrar esta conversa defendendo a idéia de que a Redução de Danos é um dispositivo da Reforma Psiquiátrica. Mas, pra

isto, seria bom falar um pouquinho sobre dispositivo. O Foucault falava de dispositivos de disciplinamento e controle¹⁶. Mas aí vem o Deleuze, percebendo que é possível criar novos dispositivos, que produzam outras coisas. Ele vai nos dizer que o dispositivo é uma máquina muda e cega que faz funcionar, que faz dizer, que faz calar¹⁷. No âmbito da Luta Antimanicomial, a gente produziu dispositivos que servem para *fazer a Reforma Psiquiátrica funcionar*. Porque era muito fácil a gente ficar simplesmente dizendo que não queria mais o manicômio; o problema era criar algo que nos permitisse acabar com o manicômio. E aí nós criamos CAPS de diferentes tipos, Residenciais Terapêuticos, Acompanhamento Terapêutico. No âmbito da farmacologia, por mais que saibamos do poder maquiavélico da indústria farmacêutica, começam a surgir novas drogas, que buscam romper com as tecnologias químicas de anulação do sujeito, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com transtorno psíquico. E quando pensamos no cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam drogas, a Redução de Danos apresenta-se, também, como dispositivo da Reforma Psiquiátrica, ou seja: como uma tecnologia de cuidado que permite avançar para além das palavras bonitas, instituindo novas formas de cuidado no cotidiano dos serviços e das políticas de saúde.

A Redução de Danos busca transformar em realidade acessível às pessoas que usam álcool e outras drogas, o respeito aos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. E onde é que vamos cuidar das pessoas que usam drogas, se concordamos que o manicômio não é este lugar? É na aldeia! É lá que vamos cuidar delas! E para isto, vamos precisar de novos dispositivos, para um novo cuidado. A Luta Antimanicomial está nos dizendo: "não queremos mais cuidar das pessoas lá dentro do manicômio". Então, nós vamos criar dispositivos que transformem esse imperativo ético em algo factível no cotidiano da vida. A Redução de Danos é um dos dispositivos que torna isto é possível.

16 FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

17 DELEUZE, Gilles. "¿Que és un dispositivo?". In.: BALBIER, Etienne. Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Editora Gedisa, 1990. p. 155 – 161.

Vladimir Stempliuk¹⁸

Bom dia a todos e a todas, gostaria de agradecer a oportunidade de estar aqui e de poder apresentar, como um órgão de governo, um pouco das ações que vimos empreendendo na área.

A Paulina do Carmo Duarte apresentou, ontem, parte de nossas ações, e hoje estamos aqui para acompanhar as discussões e para esclarecer algumas dúvidas. Gostaria de cumprimentar a organização do evento, acho que o tema é extremamente relevante para nós, psicólogos, eu me sinto muito em casa aqui com vocês.

Eu gostaria de dizer também que o tema é relevante e essa mesa de que vocês tiveram oportunidade de participar foi composta de pessoas extremamente envolvidas na área e que trazem essa experiência que muito contribui para nós.

Gostaria de dizer que as críticas à política e às ações que eu pude escutar hoje, eu as considero todas muito procedentes. Hoje, avançamos bastante exatamente na estruturação de uma condição de avanço, já temos os espaços criados e talvez nós precisemos exatamente qualificar esses espaços, abrir participação maior do controle social e contar muito com a participação dos representantes nesses espaços.

Lembrando que o Conselho Federal de Psicologia tem um assento no Conselho Nacional de Política sobre Drogas, talvez, uma das coisas também interessantes para nós pensarmos, como psicólogos, é como podemos ocupar esse espaço no Conselho, exatamente, para também definir qual é a nossa posição, como psicólogos e atuantes na área.

Um exemplo: trabalhei em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD), em Santo André, por um ano, hoje estou no Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, mas quem sabe, daqui a algum tempo, provavelmente eu volte para algum serviço e estarei em outra posição.

É importante que vocês entendam que nós que estamos aqui somos vocês em outro emprego. Na verdade, essa questão de "estar governo" e "estar no serviço" é um trânsito muito saudável.

18 Psicólogo, especialista em Prevenção e Tratamento do Abuso de Substâncias Psicoativas e suas consequências pela Universidade Johns Hopkins – EUA. Coordenador-Geral do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (Obid).

Por exemplo, sempre senti falta, na minha formação, não ter visto nada de álcool e drogas na faculdade. Fiz a Universidade de São Paulo e não tive nada. Isso foi um interesse que surgiu a partir de um trabalho com Aids, trabalhava a prevenção à Aids, a questão de drogas estava na comunidade e era um dos elementos em que tínhamos de pensar para a prevenção. Ai surgiu o tema como importante. Quando eu fui trabalhar no Caps, muitas vezes ali também não existia uma proposta da Psicologia para trabalho na prevenção.

Hoje, vocês falaram um pouco da intervenção breve, dos outros modelos, mas o que acontece? Estamos importando modelos de outros países para aplicar aqui nos nossos serviços. Eu pergunto, retorno para vocês: cadê a contribuição nossa, já que estamos, na prática, produzindo conhecimento, atuando com nossos pacientes? Como é que podemos, então, produzir um conhecimento que possa ser incorporado a essa prática? Onde é que está a contribuição da Psicologia? Que tecnologia nós produzimos?

Hoje, realmente, o que predomina no campo é uma abordagem mais cognitivo-comportamental, mas não acho que isso seja opção do Conselho Federal ou dos psicólogos. Isso parece muito mais um movimento que está fora do nosso controle. Eu também era do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (Grea), da Universidade de São Paulo e os psiquiatras, quando descobriram a abordagem cognitivo-comportamental, falaram: — "Poxa! Mas é o que eu já faço com o medicamento. Agora eu posso tentar fazer com uma abordagem em que, pelo menos, eu consiga identificar alguma coisa com o meu conhecimento".

E o psicólogo, muitas vezes, trazia outra abordagem, que era mais psicodinâmica, que era mais comunitária, mas faltava para nós exatamente essa qualificação de discurso para, com evidências, mostrar, dizer: "Olha! Não, nós acreditamos em outra prática, em outro modelo de atendimento".

Acho que carecemos ainda desse tipo de produção de conhecimento para que possamos ocupar um espaço mais qualificado. Diria que a Redução de Danos (RD) se encontra mais ou menos na mesma posição. Quer dizer, é extremamente importante, já é reconhecida como estratégia pública no Brasil, no entanto, carecemos de evidências que nos ajudem, inclusive, a financiar projetos de redução de danos, porque muitas vezes, quando vamos buscar esse financiamento, esbarramos

na falta da evidência. Como é que você justifica essa prática? Cadê o indicador de que essa prática vai realmente coibir ou mudar o comportamento ou proteger essas pessoas?

Mesmo dentro da RD sabemos que isso não é consenso. Algumas pessoas antigamente achavam que para o *crack* não cabiam ações de RD, porque não está associado à transmissão do vírus HIV. Quer dizer, o próprio movimento de RD também está nesse momento de desafio, que é produzir conhecimentos que qualifiquem a sua posição de estratégia de política pública.

Gostaria de dizer que estamos fazendo um trabalho de criação dessa estrutura. Nesta gestão do governo Lula, até 2002, o Brasil possuía um levantamento nacional para estimar a situação do consumo e suas consequências. Hoje, conseguimos avançar na população de estudantes, avançamos nos domiciliares, vamos, agora, fazer um levantamento com os universitários.

Estamos, também, atuando com trabalhadores da indústria por meio da capacitação em prevenção e já existe um projeto, Álcool e Trânsito. Quer dizer, existe, também, um investimento importante, além da capacitação, exatamente no diagnóstico. Precisamos conhecer um pouco melhor qual é a situação do uso de drogas e qual é a demanda de tratamento, os tipos de serviços necessários para suprir essa necessidade.

Gostaria de dizer que o espaço está aberto, eu acho que é uma questão de ocupar cada vez mais esses espaços e pressionar os gestores, porque sabemos que é por aí que a coisa funciona também. Pressionando, mostrando a importância do tema e batalhando para o financiamento, por espaço, por uma política que realmente incorpore o que vocês têm aí a contribuir.

**Roda de Conversa:
a práxis do psicólogo em
face das políticas públicas de
atenção ao consumo de álcool
e outras drogas**

Mônica Gorgulho¹⁹

Em nome da equipe organizadora, agradeço a presença dos colegas neste evento. Muitos se esforçaram para comparecer, como a Dra. Paulina, que interrompeu uma licença médica para vir aqui. E fizemos questão dessas presenças porque não poderíamos abrir mão, em nosso debate, de especialistas nessa área de drogas que já estão envolvidos com esse tema há tempos.

Antes de iniciar, reitero o quanto me sinto honrada por ser representante do CFP no Conad – Conselho Nacional sobre Drogas. Quando, junto ao companheiro Murilo, organizamos esse evento, estávamos com receio de que, talvez, pudesse ser a manifestação de um desejo pessoal, e que não conseguisse atingir os nossos objetivos. Mas a reação de todos nos revela que estamos no caminho certo e que teremos desdobramentos em outros próximos seminários.

Eu comecei minha vida profissional como psicóloga clínica, em um serviço de assistência ao usuário de drogas da universidade, o Programa de Orientação e Assistência a Dependentes Drogas e seus Familiares – Proad. E foi nesse serviço que comecei a questionar minha visão sobre esse fenômeno. Eu sempre trabalhei com adolescentes e pensei nos comportamentos adolescentes para ajudá-los a, no mínimo, modificar aqueles que se mostravam nocivos. Então, quando comecei a pensar e a trabalhar com a questão do uso de drogas, contava, apenas, com minha formação psicanalítica, clássica.

Assim, ingenuamente fui atender usuários de drogas acreditando que deviam ser curados. Eu acreditava que era assim que deveria fazer. Mas no cotidiano fui percebendo que isso não é verdadeiro em todos os casos. Pelo contrário, pouquíssimas pessoas me pareciam precisar de tratamento.

Me lembro de que, na época, falávamos entre nós sobre falsos e verdadeiros dependentes e isso já causava uma grande discussão dentro do nosso grupo. Não podemos nos esquecer de que se tratava do começo da década de 90. Naquele momento não havia a liberdade que temos hoje para fazer esse tipo de reflexão.

19 Psicoterapeuta, Coordena a ONG Dinamo. Representante do CFP no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad).

Ao perceber que o modelo psicanalítico — o modelo da psicoterapia com base analítica — não conseguia me responder algumas questões importantes, fui estudar antropologia e, depois, fiz mestrado na área de Psicologia Social. Em 2002 defendi minha dissertação, que versa sobre a influência da mídia na manutenção do preconceito sobre o usuário de droga ilícita e a sua influência na manutenção de uma política pública ineficaz.

E o primeiro ponto que destaco, que considero fundamental para pensarmos, é sobre o próprio conceito de clínica. Provavelmente, a clínica à qual alguns colegas se referem é diferente da clínica que eu conheço, pois eu nunca trabalhei em clínica do serviço público.

E essa é uma questão fundamental para sabermos o que propor quando falamos de intervenção. Retomo alguns números já apresentados em outro momento desse evento, para dar a dimensão do problema a que nos referimos. No último relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) encontramos que, dentre a população entre 15 e 64 anos (em média, 4,2 bilhões de pessoas), 95% nunca usaram drogas na vida. Dos que utilizaram (4,8%), 2,6% o fizeram no mês anterior à pesquisa. Desses, 0,6%, apresentam algum problema relacionado com o uso de drogas.

E atualmente, quando pensamos em uma abordagem clínica, pensamos ainda sob uma perspectiva tradicional, que defende o tratamento no modelo médico, de abstinência. Acredito que a maioria de nós ainda crê que devemos curar as pessoas que nos procuram. Aí faço a primeira pergunta: trabalhamos pela abstinência? Para conseguir a abstinência daquela pessoa que nos procura? Ou vamos trabalhar com a dependência daquela pessoa e, então, tentar levá-la a um estado de independência? Esse tema foi bem analisado no presente evento, quando muito se falou sobre autonomia e subjetividade.

Quando as pessoas chegam a mim, o primeiro exercício que faço é tentar olhar para além dos sintomas, enxergar a pessoa, o indivíduo. Pois se conseguirmos isso, podemos chegar a uma melhor forma de atender aquela pessoa, com sua participação no processo. E isso já em uma abordagem de redução de danos.

O conceito de doença à desordem, proposto pela antropóloga Paula Montero, me ajuda muito a pensar. Quando chega um usuário, geralmente o vemos como um doente. E me refiro a pessoas dependentes

de substâncias químicas, não a quem faz uso esporádico. Eu costumava olhar como doença que, como tal, deveria ser tratada e curada.

Mas as situações do cotidiano me revelaram que não é esse o caminho. Me lembro bem do começo da aparição do *crack* em São Paulo. Nessa época atendi um jovem de 17 anos, superarrogante, que quase me tirou do sério. Mas ele me parecia brilhante. E eu tive a coragem de abordar seu problema por uma perspectiva diferente da usual. Isso porque, nessa época o problema causado pelo *crack* parecia-nos irreversível já desde sua primeira utilização. Mas consegui olhar o jovem para além da droga e seu tratamento foi um sucesso. Claro que eu tive vários fracassos, mas esse foi um belo exemplo de como é possível ter sucesso se transformamos nosso olhar.

A partir daí começou a me incomodar muito a ideia de que, ao aparecer uma pessoa comprovadamente comprometida com o uso de substâncias psicoativas, eu tivesse de dizer: "Olha, se você não parar de usar vai morrer; esse é o seu caminho". Tive coragem de discutir com o adolescente sobre como iríamos fazer aquele trabalho a que estávamos nos propondo. O diálogo foi a base.

É claro que existem situações nas quais não dá para usar essa estratégia de decisão em conjunto. Há o limite do indivíduo e o limite do Estado sobre esse indivíduo. São limites sobre os quais temos de pensar na nossa prática. Para mim, a ideia de redução de danos foi muito significativa, porque até então considerava que eu estava inventando ao pensar e implementar formas diferenciadas de lidar com o usuário. Quando a perspectiva de redução de danos chegou a mim, oficialmente, entendi que já existiam pessoas que trabalhavam sob essa abordagem que respondia a minhas inquietações na prática diária. Porque o modelo clássico me deixava muita insatisfeita, pois não me via com habilidade para agir da forma tradicional ao lidar com um dependente.

A redução de danos delineou uma outra possibilidade de trabalho, pois é uma abordagem pragmática. Agora, se ficamos presos aos valores que permeiam o tratamento clássico, perdemos a possibilidade de fazer o possível. Primeiro, devemos agir pragmaticamente sobre o problema apresentado, depois divagarmos e aprofundarmos a análise. E esse exercício permanente de alerta para não pensarmos sob a ótica do modelo médico tradicional é muito angustiante, mas fundamental.

Por isso concordo com os colegas sobre a importância e a necessidade de trabalharmos com a equipe de saúde. Temos de vivenciar efetivamente na prática o ser multissetorial, fundamental para a abordagem da redução de danos.

Então, que junto com os outros campos de saber busquemos uma saída para todo o problema que envolve a questão das drogas. O fenômeno drogas vai além do seu uso. Existe o comércio, o traficante. E toda uma estrutura que permite que a droga chegue às mãos do usuário. Assim, precisamos pensar também nesses aspectos. A redução de danos é absolutamente comprometida com o respeito às pessoas que usam drogas.

Quanto às políticas, gostaria de trazer mais algumas questões. Uma, sobre a postura ambígua da Secretaria Nacional Antidrogas (Senad). Creio que a Senad se posiciona muito claramente a favor da redução de danos e de uma postura mais humanista diante do usuário. Mas, ao mesmo tempo, na sua página eletrônica existem poucas referências de links interessantes para quem ali busca informações. O único link de organização não internacional é de uma organização chamada Parceria Contra as Drogas. Algo absolutamente contrário à política de redução de danos. E na minha opinião essa ausência comunica algo forte e incoerente à postura mais humanista de respeito ao usuário.

Com relação ao Ministério da Saúde, há a dificuldade da implantação de outros Centros de Atenção Psicossocial Caps-AD, que eu considero excelentes, pois creio que já começamos a discutir se é esse mesmo o caminho, de criar um serviço tão específico e tão particular voltado unicamente para o usuário de drogas ou se também deveriam estar inserido na rede geral do Serviço Único de Saúde (SUS). De qualquer forma, existem poucos. Isso significa que grande parte das pessoas que desejam fazer um tratamento não consegue.

Atento também para outra questão: sobre a novidade da proposta de redução de danos, que não é tão nova assim. No Brasil, essa abordagem vem sendo discutida há vinte anos. Já o tema das políticas públicas, não. E creio que essa situação se relaciona com a complexidade da proposta. Talvez por isso ela pareça ser uma novidade.

Eu sinto que a Senad e o Ministério da Saúde deveriam vir mais a público, explicitar o que tem sido feito na área, mostrar os resultados obtidos, discutir a política nacional sobre drogas. É importante que o

Conselho Nacional dialogue com os Conselhos Estaduais e Municipais para efetivamente construirmos uma democracia descentralizada. É essencial haver uma comunicação mais eficaz, mais constante, mais clara, dos órgãos governamentais com a população em geral e com os Estados e os municípios.

Também defendemos insistentemente que a Senad precisa estabelecer canais de diálogo com a saúde pública. Um diálogo que é muito rico e produtivo. Tanto que já estamos pensando em como podemos continuar os estudos sobre a utilização da maconha no tratamento para dependentes de crack, em São Paulo.

E para finalizar agradeço e deixo um recado: precisamos partir para a ação, pois considero que já vimos discutindo esse assunto há muito tempo. Temos de continuar discutindo e refletindo sobre o tema, mas agora é preciso agir.

Rebeca Litvin²⁰

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.

Marilda Couto²¹

Eu sou Marilda Couto, do estado do Pará. Agradecemos o convite e esperamos poder colaborar com um pouco da nossa história, com o relato das nossas vivências e experiências, dividindo um pouco daquilo que estamos fazendo no Norte do país.

Pensei que nesta apresentação deveria expor algumas questões básicas e operacionais. Como estamos atendendo pessoas com dependência química? Como estamos recebendo, concebendo e operando com tantos conceitos envolvidos na questão das drogas, alguns dos quais relativamente novos? Como essas discussões acontecem na ponta da rede de atendimento ou como se opera a concepção de redução de danos dentro dos serviços públicos, nos quais, historicamente, a abstinência reinou como a única possibilidade de acolher e tratar pessoas com dependência?

Faço parte de um serviço chamado Coordenadoria de Prevenção, Tratamento e Redução de Danos do Consumo de Drogas (Cenpren), ligado à Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos do estado do Pará. O serviço foi reestruturado no governo atual, já trazendo em seu nome a citação e a concepção de redução de danos que a partir de 2007 finalmente se introduziu no atendimento.

O serviço atende pessoas com problemas relacionados ao consumo de drogas e realiza, também, atividade de prevenção e capacitação em todo o estado do Pará. Está situado no município de Ananindeua, às proximidades de Belém, a capital do estado. Conta com 37 colaboradores, entre médico clínico, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, professor de educação física e auxiliares administrativos. O projeto do Cenpren foi desenvolvido em 1993, sendo inaugurado apenas em 1998, como um braço do Conselho Estadual de Entorpecentes (Conen), ocupando um vazio absoluto de políticas públicas para a área das drogas. Nesse período, o Conen, órgão ligado a Secretaria Estadual de Justiça, distanciando-se da sua missão, recebia diariamente a demanda espontânea de familiares e pessoas com problemas com as drogas, que buscavam por cuidados e

21 Psicóloga, atua na Coordenação de Prevenção, Tratamento e Redução de Danos de Consumo de Drogas (Cenpren), da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos do Pará. Presidente do Conselho Estadual de Entorpecentes (Conen).

atenção, o que recebiam, seja na forma de escuta, aconselhamento, tratamento seja de encaminhamentos a outros órgão.

Por essa razão, a Secretaria de Justiça, por meio do Conen, provoca uma grande discussão entre organizações governamentais e não governamentais, no sentido da criação de um órgão especializado no atendimento dessa clientela. Em 1993, vejam que é bem antiga essa preocupação, as Secretarias de Justiça, Saúde e Trabalho e Promoção Social formalizam acordo de cooperação técnica e criaram o Cenpren, que somente abre definitivamente sua porta ao público em 1998.

Creio que em 1999, ou talvez no início do ano 2000, conseguimos, pela Coordenação Nacional de Aids, recursos financeiros para a implantação de um projeto chamado Vitória Régia. Na verdade, a ação que traçamos poderíamos classificar, hoje, como um pré-Caps. Dentro do espaço físico do Cenpren, pretendíamos das ações do projeto, atender pessoas vivendo com HIV e que faziam uso abusivo de drogas ou eram dependentes delas. Essa era uma problemática muito séria na época, uma vez que nem as equipes que cuidavam de pessoas com HIV/Aids nem as que atendiam pessoas com relações problemáticas com a drogas, sentiam-se preparados ou à vontade para lidar com a comorbidade, ou seja com a existência das duas problemáticas em uma mesma pessoa. Foi necessário que as equipes, em um primeiro momento, trocassem experiências, dividindo seus mitos e verdades. Foi assim que pela primeira vez no estado do Pará se discutiu um serviço na lógica da redução de danos.

Por experiências inéditas como esta, o Cenpren tornou-se uma referência para todo o estado do Pará. Mudanças de gestão ocorreram e tivemos importante retrocesso. O serviço veste novamente o modelo da abstinência, atravessado por questões morais, atitudes preconceituosas e principalmente pela negação da redução de danos como uma possibilidade de atenção aos usuários do serviço.

Em 2007, a Seju se transforma em Secretaria de Justiça e Direitos Humanos e a Jureuda Guerra, aqui presente, assumiu a coordenação do serviço, chamando para colaborar na gestão mais três psicólogos imbuídos do desejo de promover mudanças na compreensão e na filosofia do serviço. O grande desafio a partir deste ano foi a transformação dos espaços de prevenção, acolhimento e tratamento em espaços de exercício de cidadania. Em consonância com a discussão sobre a política de direitos humanos para o estado do Pará, que a Secretaria provocava na sociedade, discutíamos redução de danos como

promoção dos direitos humanos, respeito a autonomia e a liberdade de decisão das pessoas. Essa concepção teria como correspondente, na prática, a disposição visível e genuína em atender, sem diferenciação, a todos os usuários do serviço independentemente de suas escolhas ou dos projetos individuais que definiriam a relação que se deseja estabelecer com as drogas.

Evidentemente, a resistência se fez presente. Em alguns momentos, e de forma maciça, nos fazendo perceber claramente a distância existente entre 1) propostas dos livros e sua aplicabilidade na prática e 2) formulações em portarias e as cenas do dia a dia. Apresentamos diversas vezes a Política Nacional de Redução de Danos nos momentos de capacitação da equipe, mas as dúvidas sempre presentes apontavam para a presença de processos grupais inconscientes, deixando o grupo preso na condição da pré-tarefa.

Na avaliação da equipe de coordenação, a questão primeira a ser compreendida haveria de perpassar a reavaliação do desejo da próprio grupo: O que queremos? O que esperamos escutar do usuário? Quais as nossas expectativas em relação ao seus processos? O que é o meu desejo e o desejo do outro? Em que dimensão se dá esse encontro de desejos? Realmente foi um trabalho exaustivo, porque, como já foi falado aqui, a formação profissional, as verdades que vamos colecionando ao longo da vida se cristalizam como traços de uma personalidade profissional e a revisão de todos esses sistemas não é algo que se dê assim tão facilmente.

O espaço da supervisão clínico-institucional foi um grande campo de observação sobre como todas essas questões compareciam e atravessavam o estudo dos casos, as condutas e os encaminhamentos. O desejo do profissional, da equipe ou da instituição, é percebido pelo usuário e incorporado em seu projeto. O usuário sabe exatamente o que a instituição espera dele. Naquela fase esperava-se sempre que nunca mais usasse droga, que tivesse "força" suficiente para levar seu projeto de abstinência em frente, preferencialmente sem recaídas. Este era o desejo velado, não dito pela equipe, porém verbalizado pelo próprio usuário em seu processo transferencial com a instituição.

Evidentemente que esse projeto vinha atravessado por muitos valores morais: os nossos valores pessoais e profissionais, os deles e o da própria instituição quando opta em adotar um modelo que visualiza como única possibilidade de tratamento a abstinência total.

Convém então falarmos de abstinência voltada para as nossas próprias questões. Implantar modelos de redução de danos (RD), implica a

abstenção do desejo do próprio cuidador em tutelar, em controlar, em dirigir a vida do outro. Esse seria o nosso próprio processo de abstinência, a renúncia gradual de uma prática alimentada e reforçada há anos, pautada no modelo médico, com direito a receitas sobre a vida e atividades do usuário. Verdadeiras prescrições sobre como cada um deveria se comportar na sexta, no sábado e no domingo.

O modelo aprendido no próprio espaço acadêmico também é responsável pela cultura institucional, principalmente quando nos referimos a comportamento, pressupostos, normas e símbolos. Esta cultura, por sua vez, também molda o comportamento e a expectativa dos trabalhadores. Vejamos por exemplo o uso do jaleco branco, entendido por nós como um símbolo que compartilha e expressa valores, crenças e outras questões culturais da instituição e determina, de certa forma, o tipo de ação. O símbolo do jaleco branco fala de um lugar do saber/poder, ajudando também a compreender a relação que se estabelece ou que se deseja ter com o usuário do serviço. Em outras palavras, ajuda a definir a identidade da instituição. Interessante foi observar a mudança de cores que o jaleco ao longo do tempo foi sofrendo, passando em muitos casos pelo rosa e verde claro, o que poderia significar tentativas de alguns membros do grupo em promover mudanças.

Outra abstenção importante refere-se ao abandono de práticas adotadas nos consultórios particulares. Em geral, os contratos terapêuticos envolvem a combinação do tempo destinado aos encontros, o que deve ser respeitado por todos, bem como devem ser sinalizadas e trabalhadas as quebras do contrato. Assim, se alguém se atrasa, mesmo não havendo outras pessoas na espera de atendimento, aquele encontro se restringirá ao tempo restante. Este modelo, quando implantado no serviço público, é atravessado, principalmente no caso do tratamento da dependência química, por outras questões que devem ser consideradas, como, por exemplo, o uso de drogas durante o período noturno e madrugada, além das questões da dependência do transporte coletivo. Tais situações contribuem para atrasos e faltas frequentes e devem ser trabalhadas com acordos diferenciados, capazes de facilitar a adesão e não o abandono. Em nome do contrato terapêutico em muitos casos pessoas que se atrasam não são atendidas, são *punidas*, apesar do grande esforço para vencer essas dificuldades.

Outras questões, como a reprodução de modelos bem conhecidos nos hospitais psiquiátricos, também são dignos de nota e necessitam de reavaliação. As festas reproduzidas dentro da instituição durante as datas comemorativas foram uma ação bastante discutida no grupo. Afinal, por que ou para que fazemos uma festa de carnaval? Racionalmente, seria para demonstrar aos usuários que é possível, por exemplo, ir a um baile de carnaval e, apesar da abstinência, dançar alegremente. Ou, ainda, a festa poderia ser uma oportunidade de diversão que nós estamos concedendo em um espaço protegido e controlado, nos moldes das instituições totais.

Experimentamos então utilizar essas datas, como o carnaval, período em que recaídas a outros padrões de uso são relativamente fáceis de ocorrer, como espaço de vivência e reflexão, para uma prática que privilegie o respeito à cidadania e aos direitos humanos. Em 2008 realizamos um evento que chamamos *Pelas vias da serpentina*, que consistia basicamente na realização de um percurso com todos os participantes do evento, usuários, familiares e convidados, visitando instalação temática que fizemos em várias salas. Paralelamente, estabelecemos uma meta a alcançar com esse trabalho: reduzir em até 70% os danos causados pelo uso de drogas em nossos usuários, no período do carnaval. Além do uso de substâncias em eventos desta natureza, sabemos o quanto é frequente o envolvimento em brigas, resultando em prisões, acidentes fatais, desarmonia familiar, violência doméstica, entre outras consequências. Proporcionamos, então, pelas instalações temáticas (cada sala, uma temática) a vivência dos participantes via estímulos auditivos, visuais, olfativos, táteis e performances teatrais, que visavam de certa forma antecipar situações. A primeira sala a ser visitada foi caracterizada para uma festa carnavalesca, na qual todos participavam por quinze minutos de um clima de alegria estimulado pela equipe de trabalho. Outras salas denominadas de "consequências" e "distorções" também foram visitadas. Na última sala, disponibilizamos material para facilitar a expressão e a socialização da vivência. Após o período de carnaval, ao retornar ao Cen-pren, discutíamos sobre o comportamento em relação ao uso de drogas no período e sobre comportamentos de risco. Para nossa surpresa 83% dos usuários que participaram da atividade realizaram seus projetos desenhados para o carnaval: para alguns, abstinência total, para outros abstinência parcial e para outros, um uso moderado de alguma substância.

Isso tudo acompanhado de um clima familiar mais tranquilo e interativo. Não somente cumprimos uma pauta para eventos comemorativos, mas associamos a um evento cultural a possibilidade de reflexão e o aprendizado para tomada de decisões, que não passam necessariamente pela interrupção total do uso de drogas.

Resumindo, entendemos que para trabalhar com RD é necessário em primeiro lugar que o profissional abstenha-se de seus próprios desejos e expectativas mágicas. Renuncie a um posicionamento anterior, em geral fruto de nossa própria história, valores e preconceitos, que interfere diretamente na possibilidade de estabelecer uma relação terapêutica na qual o indivíduo possa optar, escolher o mais livremente possível, a forma como ele deseja ou pode se relacionar com as drogas. Por outro lado, cabe ao profissional exercitar a atitude ética de respeito à escolha individual, da não discriminação e abandono daqueles que por vários motivos fracassam em "seus" projetos, principalmente de abstinência. Em nome da necessidade de se estabelecer a disciplina nos serviços, facilitar a adesão, agendar para outros "mais interessados e motivados para o tratamento", muitos usuários são desligados de muitos serviços por este país afora, depois de receber alguns "pitos", como diz o Mauriades.

Hoje estamos colocando em prática o que batizamos na reestruturação do serviço de *transferência de foco*. Alargamos nosso olhar da dependência química para os problemas relacionados às formas de usar a droga ou de comportamentos de risco. Necessitamos entender, mesmo na área da prevenção, que o uso de drogas não faz da pessoa um ser irracional. É capaz de exercer controle e mudar seus comportamentos. É capaz de se preocupar (e culpabilizar-se) com várias questões relativas, entre outras coisas, à saúde e à segurança sua e de sua família.

Penso que a continuidade dessa discussão é necessária, inclusive nos Conselhos Regionais de Psicologia. Quando você falou sobre isso, lembrei de uma pessoa que atendi no consultório particular. Contou que tinha sido atendido por um colega e em uma sessão falou assim: "Tô com uma *fissura* danada, o quê que eu faço?" Ela respondeu: "Chupa uma menta (bala de hortelã)". Ficou surpreso, sem entender a recomendação. Na verdade, nem ela conseguiu explicar a relação do uso da menta e a redução da *fissura*. Nunca mais voltou, entendeu que a profissional não possuía conhecimentos suficientes para dimensionar a intensidade da-

quilo que sentia. Fica clara a necessidade da discussão de algo que não se estuda nem nas universidades.

Precisamos, sim, levar isso para os Regionais, discutir, chamar os colegas. Quem, ao trabalhar somente em consultórios, conhece a redução de danos (RD)? Assim todos descobririam que a RD não é algo relacionado apenas a políticas públicas, para orientar apenas nosso trabalho no espaço público, pode também ser usada nos consultórios particulares.

Oscar Cirino²²

Boa tarde. Quero agradecer pelo convite do Conselho Federal de Psicologia e à comissão organizadora. As intervenções dos colegas, desde o início do seminário, me suscitaram muitas questões, o seminário tem sido muito rico e produtivo. Apesar de trabalhar há vinte e sete anos na saúde pública, estou há apenas dez anos no Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) e há um ano exerço a função de Coordenador Clínico do serviço, credenciado como um Caps-AD. O Centro Mineiro de Toxicomania, alguns de vocês devem conhecer, é uma instituição que completou vinte e cinco anos. Diferentemente de outros serviços especializados no tratamento do alcoolismo e das toxicomanias, criados também há muitos anos, o CMT não é vinculado a uma universidade, mas à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Ele é reconhecido como um serviço público, que, desde o seu início, buscou referenciar a sua prática no discurso analítico.

Ao longo desses vinte e cinco anos, pode-se rever uma série de impasses, de dificuldades, uma série de enganos com relação à presença do discurso analítico na saúde pública. Pode-se ainda constatar a importância que é poder sustentar uma prática marcada por esse discurso, não apenas por ele, mas também. Nesse sentido, estamos realizando neste ano a nossa 20ª Jornada de Trabalho, que conta com a presença de profissionais da saúde pública e de psicanalistas de Minas Gerais, como também de outros estados – a Mônica Gorgulho já esteve lá, o Francisco Cordeiro, a Elisângela Reghelin – e colegas de outros países, da Argentina, da Espanha, da França, da Itália.

Assim, o trabalho no campo das toxicomanias, além de contar com as contribuições do discurso médico e psiquiátrico, das práticas de redução de danos, dos grupos de mútua ajuda, das terapias cognitivas e comportamentais, além das ações de grupos religiosos, pode também manter interlocução com o discurso analítico. Discurso que vai considerar o sujeito como responsável por seu envolvimento com as substâncias psi-

22 Psicanalista, mestre em Filosofia, coordenador do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Centro Mineiro de Toxicomania, coordenador do Curso de Especialização em Saúde Mental – Clínica do Unicentro Newton Paiva.

coativas, reconhecendo nisso uma prática de consumo, um certo modo de obter satisfação, muitas vezes mórbido.

Não se trata então de tratamentos longos, que requerem a presença do divã ou de um *setting* específico. Trata-se de um discurso que requer a valorização da fala, buscando reconhecer a posição do sujeito frente à droga e ao tratamento, a fim de que se possa realizar a passagem do âmbito do "fazer" (se drogar) ao âmbito do "dizer".

Nesse sentido, espero que, depois da apresentação de alguns fragmentos clínicos, fique claro o que disse sobre o sintoma ser considerado como a produção mais singular do sujeito. A princípio, posso avançar o seguinte: não se trata da variedade dos fenômenos sintomáticos, apreendidos enquanto categorias objetivas presentes na nosologia psiquiátrica ou em certas concepções psicanalíticas. Trata-se do sintoma entendido como aquilo que o sujeito vai nomear como o seu mal-estar, como os seus núcleos de repetição e de sofrimento, nos encontros com aquele que o escuta. Em outras palavras, trata-se do que ele vai construir, a partir daquilo que ele diz, como os seus pontos de dificuldade e que também explicitam alguma satisfação que ali é obtida. Longe de querer reduzir esse sujeito ao dependente químico. Um dos eixos do nosso trabalho visa justamente a tentar a desidentificação do sujeito ao seu ser de toxicômano, dependente químico ou alcoolista.

A complexidade dos diferentes aspectos econômicos, socioculturais, legais, orgânicos e subjetivos envolvidos na temática das drogas na sociedade contemporânea não é de fácil entendimento e articulação. Essa situação conduz a práticas e intervenções múltiplas e diversas dos psicólogos nos diferentes serviços de atenção em que estejam presentes. Por isso, peço a vocês que acolham o caráter fragmentar inicial do que vou dizer. Foi um modo que encontrei de preservar algo da riqueza e inquietação que envolve esse tema.

Primeiro fragmento

José, 20 anos, comparece sozinho ao acolhimento do CMT. Traz encaminhamento médico de um Centro de Saúde, no qual consta: "toxicomania, ideias persecutórias e insônia".

Em função de muita droga, havia interrompido a 8ª série no início

do ano. Dizia estar "com cisma" do passado, relacionada a um primo que está preso. Diz: "Ele já matou muita gente e falou que mataria uma pessoa que eu conhecia. Avisei para ela e por isso tenho medo de ele fazer alguma coisa comigo; eu já vi muita coisa bárbara".

O uso das drogas começou aos 15 anos, cheirando muita cola, *thinner*, benzina. Depois passou a cheirar cocaína e por causa dela brigou no bairro, o que o levou a se mudar para a casa da irmã, em outra região da cidade. Estava abstinente por duas semanas da maconha, que usava várias vezes ao dia. Queixava-se de algumas tonteiras e dificuldades de memória. Não quis falar sobre as suas "cismas", relacionadas às ameaças, brigas e assassinatos. Ele disse: "Quando usava droga, eu não tinha essa cisma toda".

Recebeu algumas explicações sobre a proposta de tratamento e a construção do projeto terapêutico individual e foi marcado um retorno dali a três dias, ao qual ele compareceu, dizendo estar mais tranquilo. Trazia consigo um livro de legislação de trânsito e disse que preferia usar o dinheiro que gastaria com a condução até o tratamento para frequentar a motoescola e tirar a carteira de motociclista.

Segundo fragmento

Em março de 2006, responsáveis pela fazenda de reabilitação Comunidade Terapêutica Investe em Vida, em Brumadinho, na região metropolitana de Belo Horizonte, foram detidos acusados de cárcere privado e maus-tratos. Na fazenda, a polícia encontrou cerca de 60 pessoas, a maioria se queixando de agressões e uso de medicamentos sem prescrição.

Um dos residentes, internado havia quatro meses, afirmou que foi submetido a sessões de espancamento, por se recusar a adotar a religião do pastor. Um monitor, ex-interno, disse que as agressões faziam parte do sistema de disciplina. "Se a pessoa quebra alguma regra, é chamada para conversar. Dependendo da atitude, leva uns tapas e socos para ficar esperto. Isso é para evitar outros problemas".

O pastor, que gerenciava a comunidade, afirmou que não agredia ninguém. "São drogados em abstinência, estão aproveitando denúncia feita ao Ministério Público". Com relação ao cárcere privado, justificou que não poderia deixar ninguém sair, pois tinha um termo de compromisso assinado com cada família.

"Drogados em abstinência", eis um enunciado utilizado para justificar práticas segregativas, que silenciam e desvalorizam a fala dos usuários de drogas. Nesse sentido, penso que é importante estar atentos para não reduzir tudo o que o sujeito ou seus familiares dizem ao uso da droga, à abstinência, à falta da droga ou à fissura. O mal-estar que eles apresentam ou a falta que enunciam podem não estar efetivamente relacionadas à ausência da droga.

Essa interpretação não é incomum. Recebemos pacientes que estão presos, às vezes há meses sem usar droga, e que alegam "fissura" ou "abstinência" para ser atendidos em um serviço de saúde. Assim, sua insônia, seu estado de humor, sua inquietação ou angústia são logo entendidos como produzidos pela falta da droga e não pelo fato de estar privados de liberdade, fruto das consequências dos seus atos. Às vezes, o que querem é dar uma saída, "passear", apesar de todo o constrangimento de estar algemados e escoltados. Outro exemplo foi o caso daquela garota que "caiu" de um prédio em São Paulo. O que escutamos no nosso cotidiano? "Ah!, os pais dela devem ter usado droga, deviam ser dependentes químicos". Assim, diante de algo inexplicável, misterioso, de algum ato humano que foge ao comum, a hipótese e a explicação iniciais, atualmente, quase sempre focalizam a presença ou ausência das drogas. Penso que precisamos tomar uma certa distância dessas interpretações e isso só conseguiremos se nos dispusermos a perguntar e escutar o que o sujeito tem a dizer sobre os seus atos.

Terceiro fragmento

Nos finais de semana das metrópoles brasileiras, alguns jovens consomem misturas inimagináveis: bebem, tomam ecstasy, LSD, e Viagra, buscando que uma droga amenize os efeitos das outras, e que a performance possa ser, em todos os sentidos, memorável, inesquecível.

Por outro lado, atenta a essas exigências de performance, a indústria farmacêutica comemora os níveis atingidos com a venda de antidepressivos, de remédios contra a disfunção erétil, bem como com as "drogas da obediência" para crianças (como a Ritalina e o Concerta).

Quarto fragmento

"Eu era um defunto vivo" — foi assim que um dependente de *crack* enunciou de modo, ao mesmo tempo aterrizado e jocoso, sua condição antes de começar seu tratamento. Já um alcoolista decidido relatou sorrindo, como se tivesse protagonizado uma travessura, seu encontro demarcado com a morte. "Entortei todo, outra vez paralisei o braço. Eu ia ao banheiro, aquele vômito seco e a tremedeira só aumentando. Quer dizer, tive uma convulsão e nem sabia. Aí o médico falou: não faz mais isso, pelo amor de Deus. Se você não tiver remédio, toma, bebe, nem que seja um pouquinho, não pára no coice, que você entorta todo e morre".

O pavor, mas também o gracejo e a comicidade presentes nessas enunciações, nos indicam a extrema dificuldade com que se deparam tanto o sujeito quanto familiares e profissionais, na busca de modificar o laço estreito e sufocante estabelecido com a droga. Do que riem esses sujeitos quando nos contam suas agruras e dissabores? Riem porque se esqueceram da ânsia, do desespero e do sofrimento provocados pelos seus atos? Estariam ludibriando com o afeto do riso, um afeto que não engana, a angústia?

Tomarei um termo grego — *pharmakon* — como ponto de partida para algumas reflexões iniciais sobre esses fragmentos. Esse termo foi destacado pelo filósofo francês Jacques Derrida, em seu livro *A farmácia de Platão* (1968). Derrida chama a atenção para os sentidos antitéticos presentes nesse termo: *pharmakon* pode ser tanto remédio quanto veneno, o medicamento e seu avesso, a substância tóxica. Ou seja, o remédio pode rapidamente se transformar em um mal, o benefício em prejuízo. Assim, podemos considerar que o sujeito procura a euforia, a homeostase ou o bem-estar e pode deparar-se com o terrível hábito, o aumento das doses, a dependência.

Nessa perspectiva, a distinção entre os medicamentos e as drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, é de pouca utilidade, pois todos eles estão submetidos à lógica antitética do *pharmakon*. Desse modo, remédios ou medicamentos podem se transformar em venenos — dependência das anfetaminas, dos anestésicos, dos ansiolíticos — como também as drogas (a princípio um veneno) podem se transformar em remédios. Eis as enunciações de alguns usuários. "Com a bebida eu ficava mais alegre, mais

corajoso. Minha dor no peito e minha falta de ar só paravam quando eu bebia." "Quando eu fumo maconha, fico mais calmo, minha cabeça para de pensar. Sem ela, meus pensamentos me atormentam."

As drogas e os medicamentos constituem-se de fato em significantes-mestres de nossa civilização, dominada pela ciência e pela tecnologia a serviço do capitalismo. Por isso, é importante que possamos interrogar esses significantes-mestres, a fim de que não fiquemos intoxicados por significações fixas, preestabelecidas.

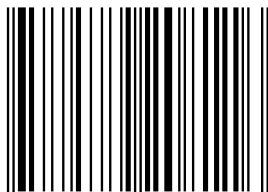
Penso ser essa uma das funções desse debate promovido pelo Conselho Federal de Psicologia. Temos um colega que propôs o seguinte: "é preciso desintoxicar a droga". Já tive a oportunidade de trabalhar com professores da rede municipal de Belo Horizonte, com alguns agentes de saúde, e um dos nossos focos, que considero fundamental, é poder problematizar o que as pessoas entendem por droga, para ir desfazendo essa intoxicação. Acho essa expressão muito feliz, porque o que se desintoxica é o sujeito, mas, de alguma maneira, nós todos, a mídia, a cultura, estamos intoxicados por significações já pré-concebidas sobre as substâncias psicoativas. O vídeo "Fora de si" produzido pelo Conselho Federal de Psicologia, a que assistimos ontem, é, nesse sentido, um bom instrumento de trabalho.

Penso que será preciso fazer esse trabalho de separação com o *crack*. Apesar de todos os problemas inegáveis que o abuso do *crack* tem colocado, quando a gente escuta que alguém usou *crack*, a princípio já traçamos todo um percurso muito danoso e prejudicial para essa pessoa. Será?

Bem, efetivamente teria outras coisas para dizer, mas vou parar para podermos debater e conversar. Obrigado.

A publicação traz os resultados do Seminário Nacional Subjetividade do Consumo de Álcool e outras Drogas e as Políticas Públicas Brasileiras, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia com o intuito de contribuir com o amadurecimento da discussão e com a construção de um posicionamento da Psicologia sobre o tema.

ISBN 978-85-89208-11-6



9 788589 208116 >