

Perigo do retrocesso às etapas primitivas da política social

Ana Maria Fernandes PITTA¹

Instigante e atual é o artigo que Rita Cavalcante e Priscila Tavares nos oportuniza para que possamos enfrentar a pirotecnia das ações militarizadas assumidas nos últimos tempos nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, promovendo internações compulsórias como panaceia.

A exaustiva seleção e análise documental a partir de 2007 traz uma contribuição inestimável ao atual debate do uso prejudicial de substâncias psicoativas, bem como as políticas sociais e de saúde que se estão formulando.

Nesse sentido o estilo claro na escrita das autoras, e, bem circunstanciado em autores e documentos visitados, trazem um campo dialógico necessário às inquietudes atuais de uma sociedade capitalista impotente no enfrentamento de mazelas por ela própria produzidas.

Como no auge do alienismo no século XVIII, que pelo visto persiste até os nossos dias, o Estado insiste em apresentar uma solução simples para um problema complexo, lança-

ndo mão de medidas “exemplares” que maquiam, mas não enfrentam as determinações estruturais do problema.

O “crack”, como o novo demônio da sociedade brasileira e a sua suposta “epidemia” tem ocupado a mídia, os responsáveis pelos governos e o imaginário das pessoas comuns, como se fora ele causa e não consequência de desigualdades e injustiças sociais que os seus usuários apenas protagonizam. O país avança em desenvolvimento, mas ainda não consegue enfrentar as iniquidades de raiz que possam descortinar um horizonte de esperança e projetualidades para crianças, jovens, adultos e idosos, que hoje e desde sempre buscam na droga a ilusão fugaz de superação de conflitos e iniquida-

¹Pós-Doutorados 1 no Dep. de Recherche Epidemiologiche e Psichiatrie Sociale do Istituto Mario Negri, Milão / Italia (1992); 2 na Psychosocial Research Unit / McGill University, Montreal, CA (1995-1996); 3 Departement de Administration et Santé / Université Montréal, CA. Especialista em Saúde Pública, Administração em Saúde e Psiquiatria. Atualmente é professora e pesquisadora da Universidade Católica de Salvador (UCSAL, Brasil) no Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania. E-mail: <ana.maria.pitta@gmail.com>.

des. Assim, temor disseminado tem justificado as mais desastradas, polêmicas, sempre repressivas e inócuas medidas para o seu enfrentamento.

Com o perigo de serem imitadas pela Bahia e outros estados, a política de enclausuramento compulsório de usuários de substância psicoativas se apresenta como a solução mágica e eficaz para o enfrentamento das drogas no país pelos governos, justiça e assistência social, pelos que estão no poder. Apesar de sequer estarem de fato respondendo de modo efetivo a usuários e familiares que têm de modo voluntário ou involuntário buscado internações em clínicas de tratamento e estão voltando às suas casas sem conseguir.

A droga mitiga a dor de viver para alguns. E substituí-la na vida de sujeitos por ela dominados requer uma rede múltipla de dispositivos afetivos, políticos, de saúde, educação, trabalho e renda, lazer... plurais e diversos que dificilmente qualquer instituição total poderá suprir. Exceto se o sonho do enclausuramento retornar como utopia dos libertários e ditos democratas de hoje, assim como Pinel, Juliano Moreira e Franco da Rocha sonharam os manicômios de então, trazendo para o seu interior a totalidade das respostas às necessidades humanas de sobrevivência digna dos ali internados.

O problema das drogas impõe a todos (governo, sociedade civil e povo), lucidez e discernimento para não retroceder a etapas primitivas de políticas sociais e de saúde no Brasil dos anos de ferro nas décadas de 60, 70, 80... Além de infrutíferas, tais políticas trouxeram tantos danos à vida de milhares de usuários dos sistemas sanitário e prisional no campo dos transtornos mentais e da drogadição que ainda hoje precisamos gastar muitos esforços para desinstitucionalizar e reabilitar socialmente, através de programas lentos e custosos nem sempre exitosos, para que suas vítimas ganhem chances de estar na sociedade. Refiro-me à desastrada política de confinamento em manicômios impetrada pela ditadura militar em 1966 capitaneada por Leonel Miranda, ministro da Saúde à época e dono do maior hospital psiquiátrico do país (Eiras-Paracambi) que tanto custou de vidas cerceadas e recursos públicos para recuperar vidas ali confinadas e encerrar o funcionamento daquela casa de horrores nessa última década.

O proibicionismo, hoje, mantém esse traço de servir a interesses velados de frações de classe; de vincular seu enfrentamento a outras esferas econômicas como a indústria bélica e seus equipamentos de tecnologias de segurança; de nublar a crescente medicalização da vida sob a suposta proteção dos benefícios terapêuticos dos remédios produzidos pela indústria farmacêutica e prescritos pela corporação médica; e de incidir sua violência institucional maciçamente sobre segmentos populacionais mar-

cados pela discriminação racial, de gênero e etnia (CAVALCANTE; TAVARES, 2012).

Assistimos hoje a um franco duelo entre democracia, liberdade de escolha e redução de danos de um lado *versus* autoritarismo, proibicionismo e abstinência de outro, com franca hegemonia dessa última vertente pelos governos, sem que possamos usufruir de recursos públicos expressivos que estão sendo despendidos, particularmente da esfera federal.

As informações trazidas sobre o que acontece em Portugal hoje, país que apesar do proibicionismo vigente, já que nenhuma lei descriminaliza ou legaliza o uso de drogas no país, mas sim uma legislação flexível e um modelo de atenção centrado no cuidado singularizado a cada usuário.

Nos últimos dez anos, desde que o novo modelo foi implantado, o consumo de drogas entre menores de idade caiu, o número de contaminações de AIDS e hepatite C despençou, o de usuários de drogas problemáticos diminuiu, o de dependentes de droga em tratamento cresceu, o índice de sucesso do tratamento aumentou, as cadeias e os tribunais estão mais vazios e conseguindo fazer seu trabalho com mais eficiência, a polícia está tendo mais sucesso no combate ao tráfico internacional, e a sociedade está economizando uma fortuna (BURGIERMANN, 2011)

Resultado animador que desestimula as medidas tomadas em nome de uma certa Saúde Pública que violenta os direitos humanos do usuário,

esconde a precariedade das redes de atenção aos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, não se preocupam com o que virá após as internações, camuflando questões que estão na origem e na persistência do problema: a falta de chances de sobrevivida digna com escola, saúde, trabalho, previdência, lazer... inclusivos.

À pergunta das autoras “*Como tornar as comunidades terapêuticas rede complementar no SUS, quando não temos uma rede territorial pública implantada?*” põe a nu quão pouco temos investido na construção da Rede de Atenção Psicossocial persistindo a antiga solução de “enclausurar para cuidar” assumida no passado por entidades religiosas quando nenhuma alternativa era ofertada pelo sistema público de saúde. Sem esquecer que os leitos da chamada “indústria da loucura” dos anos 70, 80 estiveram majoritariamente ocupados por pacientes alcoolistas. Nada de novo, portanto, quando se localizam nas Comunidades Terapêuticas e nas “internações compulsórias” (os alcoolistas costumavam resistir em casa ou nas delegacias de polícia propostas de internação e costumavam ser contidos para consumir o fato). Permaneciam internados por longos períodos atendendo a múltiplos interesses: das instituições psiquiátricas que tinham a garantia de seus leitos preenchidos e as contas pagas pelo Estado; das famílias e usuários que além do alívio provisório de relações desgasta-

das ganhavam legitimidade para conseguir benefícios na Previdência social; e da sociedade e Estado que assim ocultavam suas mazelas com baixos investimentos sociais.

Onde está a propalada Rede de Atenção Psicossocial com Centros de Atenção Psicossocial III funcionando 24 horas, 7 dias na semana como centros de cuidados diurnos, atendendo prontamente usuários e famílias no seu território de pertencimento?

E o importante trabalho capilar nos territórios da Atenção Primária à Saúde garantindo chegar a todos os cantos, urbanos e rurais, o cuidado integral, físico e psíquico, com seus programas de promoção recuperação e reabilitação da saúde e uso nocivo de substâncias?

Onde estão as Unidades de Acolhimento - UAs para 10 ou 15 moradores que garantiriam abrigo e o provisório direito de morar aos que com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas estão na sarjeta semsuprimir-lhes o direito de ir à escola, ao trabalho, ao cinema, namorar, pegar um ônibus... Enfim, as provocações banais do viver cotidiano?

Para onde levar pessoas quando necessário for internar, por que não, afinal qualquer sistema de cuidados não poderá prescindir da necessidade clínica de internação para cuidar intensivamente de agravos críticos à

saúde física ou mental? Quais hospitais gerais estão prontos e receptivos para acolher e tratar de estados críticos em transtornos mentais e/ou uso de substâncias psicoativas? Onde estão as clínicas especializadas oferecendo o que há de tecnologia científica disponível para um cuidado irrepreensível?

Os 1750 CAPS como os únicos baluartes do sistema de atenção à saúde mental e álcool e outras drogas, fragilizados por vínculos de trabalho precários e pelas sazonalidades eleitorais que os deixam tão vulneráveis às críticas de ineficácia de respostas terapêuticas, gravitam sós e frágeis, como recursos únicos da rede em vastas regiões (PITTA, 2011). Como torná-los eficazes, efetivos, eficientes, com funcionamento diurno, gerenciando o cuidado da rede comunitária e suplementar?

Como incluir Comunidades Terapêuticas como rede complementar se a rede de atenção psicossocial está tão cheia de furos? Como ser complementar se sua concepção de uso de drogas calcada na abstinência apresenta ancoragem ética e técnica distinta da rede "oficial" que assume a "redução de danos" como eixo organizador do sistema de cuidados?

Qual o risco dessa decisão ratificar que assistir usuários de drogas somente deva se dar sob internação?.

Essa é uma questão crucial nesse confronto de modelos *hospitalocêntrico X redes comunitárias*. A internação de alcoolistas na rede de hospitais psiquiátricos públicos e conveniados instituída nas décadas de 60, 70, 80 apenas criou um exército de cronificados psiquiátricos a um custo muito elevado.

Finalmente, *“o que a pressão por inclusão das comunidades terapêuticas como dispositivos residenciais transitórios na rede de atenção psicossocial² implica na estratégia de liderança da saúde pública para a área das drogas?”* indagam nossas autoras provocando a todos os que militam em defesa de um Sistema Único de Saúde decente e expressão única das políticas de Saúde Pública vigentes no país!

Lugar injusto e perigoso está sendo reservado à Saúde Pública que entra em cena numa área que sempre lhe mereceu referências de sua importância epidemiológica, seus danos físicos, psíquicos e sociais, sem jamais ter tido uma política consequente. Nesse momento é responsabilizada pela sanha higienista de sequestrar usuários e compulsoriamente interná-los não se sabe bem onde.

Política se faz com ira, amor e dinheiro. Ira para indignar-se por alguma situação negligenciada ou aviltada; amor ético e universal para abraçar a causa que se pretende intervir; e dinheiro, para dar consequência às prescrições e desejos de

enfrentamento do problema identificado.

Fato novo nesses últimos dez anos são leis, decreto presidencial e as consequentes portarias ministeriais e interministeriais que liberaram recursos financeiros para o enfrentamento do crack, fechando o ciclo que afirma uma intenção de governo como uma política de estado.

Tomando como referência crianças, adolescentes, adultos e idosos que estão nas ruas numa associação frequente entre os que o uso da droga destrutura laços sociais e familiares e observarmos o que lhes está sendo oferecido, percebemos que algo não vai bem.

Para um grande avanço normativo com CAPS III AD, Casas de Acolhimento Transitório, Pontos de Encontro, Leitos de desintoxicação em Hospitais Gerais, Consultórios de Rua observa-se que os serviços de excelência e referência costumam oferecer seus serviços quase que exclusivamente em ambulatórios diurnos. E para quem usa prejudicialmente drogas a noite é mais cruel. Raras experiências como a “embaixada da Liberdade” no Rio de Janeiro que oferecia acolhimento 24 horas para meninos e meninas vulneráveis, vivendo nas ruas, rapidamente se extinguiu. Nesse vazio de alternativas oficiais de redes de atenção psicossocial públicas em período integral as “comunidades terapêuti-

cas” crescem e se insinuem na ocupação desse espaço.

A vida é crônica, resiste a todas as intempéries incluindo o uso prejudicial de drogas. Precisamos aprender a cuidar em liberdade! Nosso primeiro princípio constitucional é o direito de ir e vir... livremente. A defesa de políticas e estratégias de redução de danos, consolidando o cuidado em rede de base territorial e comunitária com todos os recursos que se fizerem necessários para garantir sua potência (leitos em hospitais gerais, clínicas especializadas e personalizantes, unidades de acolhimento, CAPS III, etc.). Não esquecendo portas de saída do cuidado sanitário para uma vida comunitária inclusiva com justiça, escola, trabalho, previdência, lazer, garantidos. Talvez esteja aí “a grande fal-

ta” que as nossas políticas públicas ainda não preencheram!

Referências

BURGIERMANN, Denis Russo. **O fim da guerra: maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas.** São Paulo: Leya, 2011.

CAVALCANTE, Rita; TAVARES, Priscilla. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre drogas: enfrentamento ao crack e ao proibicionismo. **Argumentum**, Vitória, v. 4, n. 2, jul./dez. 2012.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p. 4579-4589, 2011.