

Prefeitura Municipal de Camaçari
Prefeitura Municipal de Salvador
Prefeitura Municipal de Lauro de Freitas

Secretaria da Justiça, Cidadania
e Direitos Humanos
Governo do Estado da Bahia

Centro de Estudos e Terapia
do Abuso de Drogas - CETAD
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Programa Nacional de Segurança Pública
com Cidadania - PRONASCI

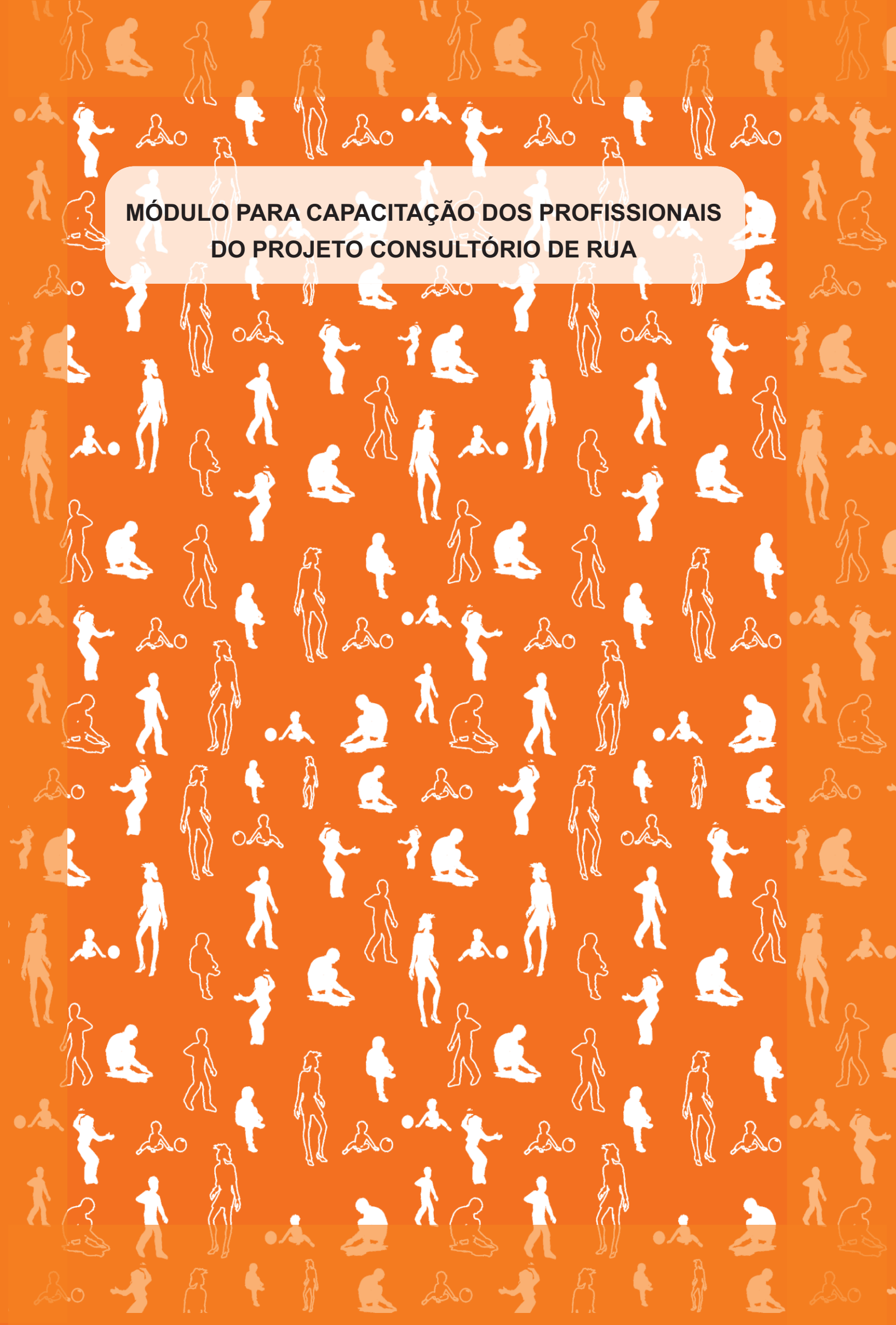
Ministério da Justiça

Secretaria Nacional
de Políticas sobre Drogas

Gabinete de Segurança
Institucional

MÓDULO PARA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO PROJETO CONSULTÓRIO DE RUA

Módulo Para Capacitação dos Profissionais do Projeto Consultório de Rua



**CENTRO DE ESTUDOS E TERAPIA DO ABUSO DE DROGAS (CETAD)
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA)
PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA COM CIDADANIA (PRONASCI)
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS
GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL**

**MÓDULO PARA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DO PROJETO CONSULTÓRIO DE RUA**

Organizadores:

ANTONIO NERY FILHO

ANDRÉA LEITE RIBEIRO VALÉRIO

**Salvador
2010**

Esta publicação é fruto de uma parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e do Ministério da Justiça, para desenvolver ações integradas com objetivo de prevenir o uso de drogas e violência.

Esta publicação destina-se, exclusivamente, para ser usada como material didático para a capacitação de profissionais nos municípios brasileiros, visando a implementação e ampliação da metodologia Consultório de Rua. O conteúdo intelectual dos textos é de responsabilidade dos autores e não expressa, necessariamente, a posição da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e/ou da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Todos os direitos dessa edição são reservados a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) e ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). Nenhuma parte deste material poderá ser reproduzida, transmitida ou gravada, por qualquer meio eletrônico, por fotocópia e outros, sem autorização, por escrito, da SENAD e do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). **VENDA PROIBIDA.**

Tiragem: 80 exemplares

EQUIPE EDITORIAL

Organizadores:

ANTONIO NERY FILHO E ANDRÉA LEITE RIBEIRO VALÉRIO

Capa:

LUZIA CRISTINA G. GOMES

Arte:

VALESSIO BRITO

Revisão:

NOVAIS NETO

Ficha Catalográfica: Teresa Cristina de Aguiar Gonçalves

T355 Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua / organizadores: Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério. – Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.
89 p. : il.

1. Crianças – Uso de drogas – Política social – SENAD (DF). 2. Adolescentes – Uso de drogas – Política social – SENAD (DF). 3. Crianças – Uso de drogas – Política social – CETAD (BA). 4. Adolescentes – Uso de drogas – Política social – CETAD (BA). 5. Substâncias psicoativas (SPAs) – Abuso – Bahia. 6. Consultório de rua – Uso de drogas – Redução de danos – Bahia. I. Nery Filho, Antonio. II. Valério, Andréa Leite Ribeiro.

CDD- 362.293

CDU- 615.099

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO SENAD E PRONASCI	07
SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA COM CIDADANIA	
APRESENTAÇÃO CETAD	09
ANTONIO NERY FILHO	
PORQUE OS HUMANOS USAM DROGAS?	11
ANTONIO NERY FILHO	
POR UM OLHAR SOCIOCULTURAL SOBRE A QUESTÃO DAS DROGAS	17
JOÃO SAMPAIO MARTINS E EDWARD MACRAE	
A INTERVENÇÃO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA: POSSIBILIDADES E DESAFIOS	25
JULIANA PRATES SANTANA	
A CLÍNICA DE RUA: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS-CLÍNICOS PARA UMA INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DO CONSULTÓRIO DE RUA	34
LUIZ FELIPE MONTEIRO E ALICE MUNGUBA CARDOSO MONTEIRO	
O CONSULTÓRIO DE RUA INTERDISCIPLINAR: OLHARES AMPLIADOS	43
PATRÍCIA RACHEL DE AGUIAR GONÇALVES E DIANA PAIM DE FIGUEIREDO BRAITENBACH	
REDUÇÃO DE DANOS: UMA ESTRATÉGIA CONSTRUÍDA PARA ALÉM DOS MUROS INSTITUCIONAIS	49
AMANDA MARQUES E LUANA MALHEIRO	
A REDE DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE SPA EM CONTEXTO DE RUA	54
ANDRÉA LEITE VALÉRIO RIBEIRO E ANA CLAUDIA CALDAS DE MENEZES	
MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL SOBRE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL: CONHECER PARA CUIDAR	61
LUDMILA CERQUEIRA CORREIA	
A POLÍTICA E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS	72
PAULINA DO CARMO ARRUDA VIEIRA DUARTE	
SOBRE OS AUTORES	82
RECURSOS COMUNITÁRIOS	84

«...meu único interesse consistia em que a equipe pudesse promover o encontro entre excluídos-invisíveis e incluídos-visíveis e que esse encontro pudesse ser considerado através de olhares cruzados...»

Antonio Nery Filho

APRESENTAÇÃO SENAD E PRONASCI

Muitas crianças, adolescentes e jovens brasileiros vivem atualmente uma situação de vulnerabilidade social decorrente, principalmente, da exposição a fatores de risco como pobreza, falta de acesso aos recursos disponíveis nas áreas de saúde e educação, desemprego, uso de drogas, dentre outros. Este quadro frequentemente expõe os jovens a situações de violência.

Atuar intersetorialmente e de forma integrada em resposta ao desafio imposto pela associação drogas, violência e juventude é a proposta do programa Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência, um trabalho da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, em parceria com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça.

A SENAD é o órgão responsável pela articulação das ações políticas nas áreas de prevenção ao uso indevido de drogas, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes. Cabe à SENAD assessorar, acompanhar e avaliar a implantação da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e da Política Nacional sobre o Alcool (PNA), bem como coordenar o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

Assim como a SENAD, o PRONASCI, no contexto das diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Segurança Pública, tem como eixo a articulação das ações em nível federal, estadual e municipal, reconhecendo que o desenvolvimento da comunidade ocorre a partir do município. O PRONASCI destina-se a articular ações de segurança pública com diferentes políticas sociais, a partir de um novo paradigma que prioriza ações de prevenção e busca atingir as raízes da violência.

Com base na percepção dessa realidade, o programa Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência, articulado ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, desenvolve ações, tanto de natureza preventiva, como de tratamento e reinserção social, visando à redução da criminalidade associada ao uso indevido de álcool e outras drogas, ao fortalecimento da rede social e de saúde e ao melhor acesso aos serviços disponíveis.

Um dos objetivos do programa Ações Integradas é a disseminação de boas práticas, portanto, é nesse contexto que se insere a implantação do *Consultório de Rua*, uma metodologia reconhecida pela SENAD como uma experiência bem sucedida de atenção, prevenção e redução de danos associados ao uso de drogas por crianças, adolescentes e jovens usuários em situação de rua. Uma das características de destaque desta metodologia é a abordagem ao usuário no local onde ele se encontra, levando em consideração suas condições de vida, facilitando o seu acesso à rede de serviços do município, oferecendo assistência multi e interdisciplinar, cidadania e dignidade.

Para implantar o *Consultório de Rua*, a SENAD e o PRONASCI contam com a parceria do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como órgão responsável pela execução deste projeto.

Imbuída pelo espírito de cooperação e responsabilidade compartilhada, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas deseja que este projeto se fortaleça em seu município e que, a parceria entre governo, sociedade e rede de serviços local renda bons frutos, permitindo que esta experiência se multiplique e se consolide em todo nosso país.

Bom trabalho!

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania

APRESENTAÇÃO CETAD

A experiência original denominada CONSULTÓRIO DE RUA desenvolvida no CETAD/UFBA, a partir da metade dos anos noventa até meados de 2004, mereceu a atenção da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, que resolveu incluí-lo como uma ação de governo.

Lembro-me que na primeira reunião do pequeno grupo selecionado para implantar o Consultório de Rua, Mirian Gracie Plena, sua primeira coordenadora, lançou a questão que ocupou, ao longo dos anos, nossa preocupação: o que é mesmo que você quer dizer com a proposta do Consultório de Rua?

Minha resposta foi dupla: primeiro, voltei a uma das nossas reuniões clínicas, quando constatei a imensa dificuldade na aderência de meninos e meninas de rua – como eram chamados à época – às nossas propostas. Mas, como esperar que essas crianças e adolescentes marcados por toda sorte de carências e criados no mais absoluto imediatismo, sem possibilidade de adesão a construções sólidas, pudessem responder ao nosso dispositivo institucional concebido para os que fracassaram na relação com as substâncias psicoativas a partir de outras possibilidades psicológicas e sociais? Segundo, informei que meu único interesse consistia em que a equipe pudesse promover o encontro entre excluídos-invisíveis e incluídos-visíveis e que esse encontro pudesse ser considerado através de olhares cruzados, isto é, que o psicólogo visse ou tentasse ver através do olhar do antropólogo; o antropólogo através do médico; o médico através do motorista, e assim por diante. Para tanto, seria necessário que cada um se destituisse de seu lugar/saber para estar no saber/lugar do outro, companheiro de trabalho, recuperando, depois, nas reuniões, seu próprio saber revisitado.

Isto foi tudo o que pude explicitar. Depois disso, muito foi feito e dito.

Agora, reanimado pela parceria entre a SENAD, o Ministério da Justiça e a UFBA, o CETAD tem a responsabilidade de implantar esta experiência em Salvador e duas regiões metropolitanas desta capital. Os textos apresentados a seguir, destinados a subsidiar a formação de Técnicos dos Consultórios de Rua trazem a marca do percurso que já começa a se fazer longo, desde minha própria reflexão sobre o lugar dos psicoativos na história dos humanos em seu encontro com a morte pela simbolização e aquisição de linguagem, passando pela sócio-antropologia “psicologizada” pela aproximação de João Sampaio Martins a Edward MacRae; a reflexão de Juliana Prates Santana sobre o lugar e definição da criança e do adolescente em situação de risco social, e a experiência do CAPSad de Pernambués e sua reinvenção denominada EspaSSos de Rua; a clínica proposta por Luiz Felipe Monteiro e Alice Munguba Monteiro valendo-se da concepção winnicottiana de ethos enquanto morada ou lugar da construção psicológica dos indivíduos, concepção de extrema adequação à clínica dos sem lugar; ao olhar cruzado de Diana Paim Braitenbach e Patrícia Rachel Gonçalves, uma de formação médico-psiquiátrica e a outra psicóloga com larga experiência em intervenções de rua, dialogando através da interdisciplinaridade e suas vicissitudes; a Andréa Leite Ribeiro Valério e Ana Cláudia Menezes, ambas assistentes sociais cuidadosas dos laços que sustentam as redes sociais humanas, ou melhor, sua difícil construção e não menos difícil sustentação; o olhar da lei, na revisão cuidadosa de Ludmila Cerqueira Correia, quanto aos marcos legais e institucionais, fundamentais em todos os aspectos e reguladores dos dispositivos sociais relacionados ao uso de substâncias psicoativas, complementado pelo trabalho de Paulina do

Carmo Arruda Vieira Duarte sobre as políticas e a legislação brasileira sobre drogas desde 1998, culminando com a Lei 11.343/2006, o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD) e as mais recentes diretrizes voltadas para os problemas relacionados com o álcool e, em particular, o crack.

Creio que esta coletânea será mais do que textos para subsidiar a formação técnica dos que se interessam pela atenção aos usuários de substâncias psicoativas, jovens ou não; será o ponto de partida para novas aventuras de espíritos curiosos.

Como diz o Cesare de La Rocca, AXÉ.

Axé, para todos, incluídos ou não.

Salvador, 25 de junho de 2010
Prof. Antonio Nery Filho, MD, Phd.



Caravaggio (1594-1596) - Narciso

POR QUE OS HUMANOS USAM DROGAS?

Antonio Nery Filho, MD, PhD

Resumo: Este texto propõe uma resposta à pergunta ‘por que os humanos usam drogas’, através de duas considerações: a Horda Primeva e o mito de Adão e Eva. Em ambas chega-se ao sofrimento determinado pela hominização e sua inevitável consequência, o reconhecimento do tempo e da morte, sendo o encontro com a substância psicoativa a primeira alternativa para o sofrimento humano. Além disso, trata do lugar que a(s) substância(s) pode(m) ocupar na história de cada um e sua relação com as possíveis determinações sociais.

Nos últimos anos, sempre que sou solicitado a falar sobre drogas para algum grupo, os mais diferentes (estudantes, profissionais da saúde, religiosos, professores, profissionais do direito, médicos e tantos outros), tenho me valido de um expediente relativamente simples: solicito que respondam, sem assinar, a esta pergunta aparentemente simples – **por que os humanos usam drogas?**

Rapidamente percebi que as respostas, independentemente da categoria, idade ou cultura, giravam sempre em torno de concepções verdadeiras, em sua maioria, mas descontextualizadas, explicitando certo saber comum, quase banal para não dizer jornalístico: “por curiosidade”, “para fugir do cotidiano”, “por falta de fé”, “para não sentir dor”, “por medo”, “para pertencer a um grupo”, “por causa de amigos”, para citar as mais freqüentes. Didaticamente, sempre leio algumas respostas, comentando-as e enfatizando suas possíveis significações para, finalmente, propor minha própria resposta.

Apresento duas possibilidades ambas a serem lidas na dimensão do universo simbólico: o mito de Adão e Eva e o mito da Horda Primitiva. Valho-me aqui apenas da idéia de Horda Primeva, concebida por Charles Darwin, enquanto grupo original, sem avançar na construção psicanalítica

elaborada por Freud a partir da morte do pai primevo e suas conseqüências fundamentais, isto é, a organização social e cultural humanas¹. A depender do público ou de alguma disposição do meu inconsciente, começo por um deles e acabo, invariavelmente, pelo outro. Não é difícil compreender que contar uma história é diferente de escrevê-la. As inflexões, os gestos, os silêncios, tudo é importante no teatro didático. Escrever exige outra arte da qual sempre fujo. Esta é a primeira vez que experimento escrever a minha resposta à pergunta “por que os humanos usam drogas?”.

Consideremos que os humanos nem sempre puderam ser vistos com as características psíquicas e sociais que hoje os definem. Podemos supor que, no começo, deslocava-se no tempo um grupo de seres liderados por um grande chefe, sem passado e sem futuro, aprisionados num eterno presente, um tempo permanente, posto que não simbolizavam e não eram dotados de linguagem, portanto, impossibilitados de antecipar o futuro ou reconhecer o passado, vivendo num inelutável “aqui e agora”, aprisionados em um eterno tempo presente. Não há como não pensar numa das muitas versões do mito de Narciso: filho de *Céfiso* e *Liríope* era dotado de extrema beleza. *Tirésias*, o adivinho, havia vaticinado vida longa para ele, desde que não contemplesse sua imagem, o que lhe impedia de se reconhecer. Isto significava que Narciso existia enquanto não era. Rezam, ainda, outras versões que Narciso recusava o amor de todos os jovens e de ninfas.

Um dia, enquanto caminhava pelos jardins de Eco, descobriu seu reflexo na água. Apaixonando-se profundamente por si próprio, debruçou-se cada vez mais para o seu reflexo na água, acabando por cair na lagoa, afogando-se².

Isto significa que Narciso **tornou-se**, ganhou existência, isto é, ganhou saber-se existir, no ato de morrer. Esta era a maldição; este era o impasse: existir enquanto não soubesse e saber enquanto não existisse.

Em outras palavras, nossa Horda existia sem saber, sem se reconhecer, eterna. Eterna na Roda do Tempo, no nascer e morrer, sem se dar conta do que ficava para trás nem do que viria por diante. Este teria sido o começo.

Imaginemos que transformações tenham ocorrido *na alma desta horda*, na medida em que o tempo os movia num longo e lento caminhar, dotando-os da capacidade de pensar – simbolizar – e de linguagem, entrelaçados, indissociáveis. Não conheço de modo aprofundado as hipóteses científicas relacionadas à aquisição da fala humana, enquanto expressão sonora de um processo infinitamente complexo e fundador de nossa condição de “seres pensantes”. Recorro a esta construção – simbolizar-pensar-falar – para introduzir uma dimensão fundamental em nossa passagem de Horda a Humano. Simbolizar, isto é, poder reconhecer o passado e significá-lo, dar-lhe sentido, tanto quanto antecipar o futuro, futuro enquanto antecipação do passado, isto porque o futuro é o passado que ainda não chegou. Neste sentido, o presente torna-se uma instância mágica onde o futuro torna-se passado recente. Assim, o presente só seria possível se congelássemos o Tempo. “Ó tempo, suspende teu vô”, nos versos de Lord Byron. Mas, para que nos serve tudo isto?

¹FREUD, Sigmund. **Totem e tabu e outros trabalhos**. Tradução de Órizon Carneiro Muniz. Edição Standard Brasileira das Obras Completas Psicológicas de Sigmund Freud. Vol. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

²BRANDÃO, Junito. **Dicionário mítico-etimológico**. Vol. 2. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.

implicou no reconhecimento daquilo que se deixa para trás, perdido, inalcançável, salvo pela lembrança através da restauração imaginária e, mesmo assim, segundo as regras e leis da memória que se perde no particular para ser inventada no coletivo. Eis que a vida ganha sentido com o reconhecimento da morte. Entretanto, impõe-se para esta horda em transformação o mesmo paradoxo, ou quase o mesmo, de Narciso: não reconhecer a dimensão *Tempo* implica em não ser; reconhecê-la implica em reconhecer-se mortal, finito. E quais as consequências disto para os agora humanos? Creio que a resposta está na imersão em um imenso sofrimento de saberem-se mortais. Da certeza de que o tempo passa inelutável arrastando-os a todos para o passado; o futuro é o passado que não chegou, atravessando um presente que não existe, existindo. Mas isto é repetição. Passemos adiante. O problema daqueles humanos era lidar com o sofrimento que a própria condição humana lhes impunha. O que fazer?

Acompanhemos sua saga. É possível, digo, é bem possível, que a seguinte história tenha ocorrido: um dia, depois de longa peregrinação, um grupo de humanos repousou sob árvores protetoras; talvez fosse tempo outonal e chovesse com frequência. Vejo um humano saindo de seu canto em busca de água para apaziguar a sede. Abaixa-se e, ainda distante dos gestos mais delicados que terão no futuro, bebe sofregamente sem se dar conta de que nesta água estão amolecidos e dissolvidos frutos, frutos de sua árvore, tombados antes de sua chegada. É possível também que tenha sido uma laranjeira esta árvore ou mesmo uma macieira, para antecipar um outro mito mais significativa. Frutos cítricos fermentados, deram a esta água propriedades novas, **enebriantes** pela presença de etanol ou moléculas de propriedades químicas muito próximas, produzindo, pela primeira vez, inevitável efeito depressor do sistema nervoso central e a respectiva alteração da percepção de si mesmo e do mundo exterior. Finalmente, a dor psíquica causada pelo conhecimento da finitude era aplacada e os humanos puderam seguir em frente construindo incessantemente sua história. Posso compreender porque o álcool corresponde à principal substância inserida em nossa pauta cultural, como costumava dizer nosso saudoso antropólogo Gey Espinheira³, protegida por dois deuses, Baco, para os gregos e Dionísio, para os romanos. Posso imaginar, ainda, que outras plantas e produtos químicos foram sendo, aqui e ali, progressivamente “descobertos”.

O outro mito a que me referi acima diz respeito à criação, segundo relatado no Gênesis. Vejamos o que nos diz o Texto Sagrado:

O Senhor Deus formou o homem do pó da terra e insuflou-lhe pelas narinas o sopro da vida, e o homem transformou-se num ser vivo.

Depois, o Senhor Deus plantou um jardim no Édem, ao oriente, e nele colocou o homem que havia formado. O Senhor Deus fez desabrochar da terra toda a espécie de árvores agradáveis à vista e de saborosos frutos para comer; a árvore da vida, ao meio do jardim; e a árvore da ciência do bem e do mal [...].

³Carlos Geraldo D'Andréa Espinheira, ou Gey Espinheira, como era conhecido e chamado. Sociólogo, Professor da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFBA, trabalhou no CETAD/UFBA. Sempre esteve interessado pelos sabores e odores da Bahia e muito escreveu sobre a baianidade. Desde o início de sua carreira, voltou-se para os desvalidos e para os mecanismos de exclusão. Nos últimos anos de sua vida, desenvolveu trabalhos sobre a violência urbana. Via nas drogas um sintoma e, quando causa, a compreendia como o “avesso do avesso”. Gey faleceu em 2009, aos 62 anos de idade.

O Senhor levou o homem e colocou-o no jardim do Édem para o cultivar e, também, para o guardar. E o Senhor Deus deu esta ordem ao homem; “Podes comer do fruto de todas as árvores do jardim, mas não comas o da árvore da ciência do bem e do mal, porque, no dia em que o comeres, certamente morrerás” [...]

[...] A serpente, o mais astuto de todos os animais dos campos que o Senhor Deus fizera, disse à mulher: “É verdade ter-vos Deus proibido comer o fruto de alguma árvore do jardim? ”A Mulher respondeu-lhe: “Podemos comer o fruto das árvores do jardim, mas, quanto ao fruto da árvore que está no meio do jardim, Deus disse: “Nunca o deveis comer, nem sequer tocar nele, pois, se o fizerdes, morrereis”. A serpente retorquiu à mulher: “Não, não morrereis; mas Deus sabe que, no dia em que o comerdes, abrir-se-ão os vossos olhos e sereis como Deus, ficareis a conhecer o bem e o mal”.

Vendo a mulher que o fruto da árvore devia ser bom para comer, pois era de atraente aspecto, e precioso para esclarecer a inteligência, agarrou do fruto, comeu, deu dele a seu marido, que estava junto dela, e ele também comeu. Então, abriram-se os olhos aos dois e, reconhecendo que estavam nus, prenderam folhas de figueira umas às outras e colocaram-nas como se fossem cinturões, à volta dos seus rins. [...] ⁴

Podemos depreender deste relato que o Homem e a Mulher no Paraíso poderiam dispor da eternidade, visto que a árvore da vida não lhes foi interdita. Contudo a proibição do conhecimento foi-lhes taxativa. A expressão “certamente morrerás”, pode ser entendida como “morrerás para a vida eterna”, ou seja, tornar-se-ão mortais, visto que foram expulsos do Édem, e seu acesso à Árvore da Vida, interditado:

[...] O Senhor Deus expulsou-o do jardim do Édem a fim de cultivar a terra da qual fora tirado. Depois de ter expulsado o homem, colocou, a oriente do jardim do Édem, querubins armados de espada flamejante para guardar o caminho da árvore da vida [...].

Antes, era a vida eterna sem consciência de nada que não fosse a própria existência em seu sentido mais estrito. Depois da ingestão do fruto da Árvore da Ciência (Conhecimento) do Bem e do Mal, o Homem e a Mulher reconheceram-se e se reconheceram mutuamente noutra condição: estavam nus e vulneráveis à morte.

Este teria sido o drama de nossos pais inaugurais, Adão e Eva: a passagem da condição de divinos – imortais, a humanos – mortais. Diferentemente do mito da Horda, aqui não se trata de entrada na simbolização e linguagem, mas da significação das coisas, do saber-se sabedor. Daqui por diante a busca do Homem e da Mulher foi dirigida pelo sofrimento e pela nostalgia do paraíso perdido. Outra consideração que me parece fundamental diz respeito ao Tempo. O tempo divino, de Deus, não tem começo nem fim; o tempo humano é finito, tem começo e término; término, desconhecido. Certamente, este foi mais um castigo, e não foi o menor.

É possível pensar que o encontro com uma planta ou produto químico tenha ocorrido de modo

⁴BÍBLIA SAGRADA. Edição da Palavra Viva. São Paulo: Stampley Publicações Ltda, 1974.

semelhante àquele referido linhas acima para os novos humanos oriundos da Horda Primitiva: '...um dia, sedentos, tomaram da “água fermentada” e reencontraram o paraíso, temporariamente'. Um novo fruto do bem e do mal foi descoberto; entretanto, não seria mais de Deus o Juízo e a Sentença, mas dos próprios humanos, na longa trilha calçada pelo livre arbítrio e pela liberdade.

Assim, concluo que, fundamentalmente, os humanos usam drogas porque se tornaram humanos.

Creio que aqui se impõe uma ruptura e outra incursão: se os humanos usam drogas (substâncias psicoativas legais e ilegais) porque são humanos, haveremos de considerar, no mundo de hoje, duas outras dimensões – a dimensão social e a própria substância. Valho-me, aqui, de um relato envolvendo meus mais próximos.

Há quase cinco anos minha filha telefonou-me para dizer que não estava sentindo-se bem. Vale dizer que tinha, àquela época, 27 anos, e vinha de sua primeira experiência de “morar sozinha”. Minha resposta imediata foi “você está grávida”, no que fui veementemente contestado. Elevado ao estatuto de doença, aquele mal-estar foi tratado por um colega otorrino, pois era fundamentalmente tontura e um não sei o quê indefinidos, como se fosse labirintite. Por minha insistência, exame laboratorial revelou, efetivamente, tratar-se, *bel et bien*, de gravidez. Creio que a doença poderia ser atribuída aos temores de minha filha quanto a este evento “autônomo”. Por que tomo, publicamente, fatos de minha vida pessoal? Para salientar que, durante alguns meses, transitamos todos na alegria da espera de minha primeira neta e primeira sobrinha. A mudança para um apartamento maior, as adaptações, a pintura cor de rosa, as compras, tudo era fortemente significado pela Vida. Coisa curiosa: diante desta gravidez fiquei mais sensível à percepção da pobreza de muitos pacientes do CETAD⁵.

Ocorria-me demorar um pouco mais nos semáforos observando meninos e meninas molhados pela chuva ou queimados pelo sol da Bahia, exercitando malabarismos canhestros, montados uns sobre os outros, num circo triste e infame, até que algum impaciente reclamasse com sua buzina. Fiquei mais sensível aos excluídos e sem oportunidades, aos invisíveis que se expunham pelas ruas de Salvador.

Não raro, deparava-me com cenas vividas tempos atrás, no início de meu trabalho com usuários de drogas. Lembro-me, em particular, de ter entrado em um cubículo imundo, em uma rua do Pelourinho, onde viviam crianças e adolescentes em torno de uma mulher envelhecida precocemente pela miséria; estava grávida.

E o que isto tem a ver com o consumo de drogas? Tudo!

Tudo, na medida em que considero as circunstâncias envolvendo o nascimento de minha neta: a vida, a alegria, a renovação, a esperança, a transgeracionalidade. Desta perspectiva, não haveria lugar para outra coisa em sua vida que não fosse amor. Se pudesse imaginá-la como uma Jabulani⁶, ela seria cheia pelo melhor de cada um de nós; suas faltas e falhas seriam tão pequenas..., insignificantes quase, não fosse a importância das faltas na malha de nossa subjetividade. Quantas Anas, Marias, Paulas, Pedros e todos os nomes terão nascido e nascerão nestas circunstâncias!

⁵Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), Serviço Especializado da Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA), sob minha Direção desde o início em julho de 1985.

⁶Nome dado à bola utilizada no Campeonato Mundial de Futebol, ocorrido em junho/julho de 2010, na África do Sul.

Ocorre que, pelo final da gravidez de minha filha, sua mãe adoeceu e tivemos de cuidar de duas situações extremamente significativas para os humanos: de um lado a reinvenção da vida e do outro, os temores da doença e a ameaça de morte. Uma frase, contudo, resolveu a questão: “não posso morrer, tenho minha neta para cuidar...”. Aquela criança era a Vida de todos nós; não havia, naquele momento, lugar para morte.

E o Pelourinho?

Volto àquela gravidez, talvez a quarta, sem assistência, ocorrida naquele quarto dividido em duas pequenas metades por um velho lençol esburacado e sujo, suspenso por um fio... uns dormiam, outros ouviam os ruídos, todos os ruídos, como me disse Gey Espinheira, “não há intimidade na miséria, tudo se expande, tudo é comum e coletivo”. Aquele filho seria mais um filho da tristeza e falta de esperança; para ele estaria longe a alegria de viver; só a expectativa da sobrevivência. Aquele João-Antônio-José, nasceria sob o signo da falta de possibilidades. Sua plenitude, para ser alcançada, exigiria muito possivelmente dor e/ou morte!

E o que isto tem a ver com o consumo de drogas? Tudo!

Tudo, se admitirmos que cada humano consumirá esta ou aquela droga, na medida de suas necessidades subjetivas e sociais. Não são as drogas que fazem os humanos – já foi dito – *mas são os humanos que fazem as drogas*, ou, se dissermos de outro modo, em função dos buracos/faltas que constituem a estrutura de nossas histórias. Alguns de nossos filhos terão pequenos espaços para as drogas em suas vidas; outros filhos nossos encontrarão mais facilmente nas drogas a possibilidade de suportar o horror da exclusão pelo nascimento. Entre uma história e outra, há todas as possibilidades - a vida é *mobile*. Nossos nascimentos não são garantias inelutáveis de destino, mas portam a semente do que poderemos ser.

Neste sentido, o uso de drogas será, sempre, indiscutivelmente, uma questão humana.

POR UM OLHAR SOCIOCULTURAL SOBRE A QUESTÃO DAS DROGAS

João Martins
Edward MacRae

RESUMO: O texto aponta para a maneira cambiante pela qual o uso de substâncias psicoativas vem sendo entendida ao longo da história. Ressalta-se a natureza biopsicossocial do fenômeno e sugere-se que os pressupostos simplistas do Proibicionismo começam a ser considerados como inadequados para políticas eficazes no trato com os problemas que surgem relacionados ao uso das drogas.

O que vem à sua cabeça quando você pensa sobre a questão do álcool e outras drogas? Provavelmente, grande parte das respostas tenderá a ressaltar os aspectos farmacológicos destas substâncias, bem como alguns dos riscos e danos associados ao seu uso, como, por exemplo, a dependência, as síndromes de abstinência, a desorganização familiar, o tráfico e crimes que têm sido frequentemente relacionados a estas práticas. Se tais respostas se apoiam em fortes dados de realidade, refletem também o discurso dominante atualmente disseminado sobre a temática que tende a naturalizar os usos de substâncias psicoativas como sendo essencialmente negativos, reforçando o coro de guerra às drogas.

A este objeto, o objeto droga, tem sido atribuída a responsabilidade por doenças, mortes, crimes, entre outros males que afligem o homem. Mas pode um objeto inanimado ser o autor destas ações? Pode-se atribuir ao crack o ato de apertar o gatilho de uma arma e cometer um homicídio? Pode um “baseado” acender-se sozinho e pular na boca de uma pessoa? Atribuir ao objeto droga uma essência negativa como se esses objetos pudessem por si sós desorganizar a sociedade e causar o “mal”, é produzir uma concepção limitada do fenômeno. Tal concepção não nos ajuda a entender o porquê de os homens continuarem a fazer uso destes objetos a despeito de toda sua suposta negatividade e dos esforços empenhados em combatê-los na busca de um mundo sem drogas. Aliás, será esse um objetivo possível de alcançar-se?

Outra maneira de encarar a questão seria mudar o foco para os usuários. No campo da saúde, vem se procurando compreender a questão das drogas, a partir de um enfoque primariamente biomédico, centrado no indivíduo e no entendimento do abuso e da dependência de álcool e outras drogas como doenças decorrentes de alterações biológicas (BIRMAN, 2001). Não obstante, essa abordagem também acaba por ser insuficiente, pois, ao centrar-se na natureza biológica do indivíduo, esquece de colocá-lo como *persona* ativa dotada de desejos e interesses. Outra abordagem, que busca atentar para os aspectos psicológicos da questão, ignora a existência de usos não perniciosos e socialmente integrados dessas substâncias e muitas vezes generaliza sobre as motivações do sujeito que as usa, atribuindo-lhe, de forma mecânica, personalidade patológica que o induziria a buscar inevitavelmente uma autodestruição através da sua relação com essas substâncias. Melhor seria buscar uma compreensão mais complexa da questão como aquela apontada por Simões (2008, 16), quando afirma que:

[...] as pessoas sempre utilizaram “drogas”, pelos motivos mais diversos, nas circunstâncias mais variadas, e não há razões para supor que deixarão de fazê-lo. É crucial, portanto,

compreender a interpretação que os sujeitos dão à experiência com as “drogas”, de seu estado de motivação que os impele a um consumo repetido de determinada substância, dos sentidos e razões pelas quais a consideram importante ou indispensável para satisfação de determinadas metas e necessidade.

Portanto, um entendimento mais pleno da questão das drogas deve levar em consideração a tríade formada pelos produtos em si, os diferentes sujeitos que fazem usos variados dessas substâncias, assim como os diversos contextos socioculturais em que ocorrem essas práticas. Essa visão se aproxima da perspectiva proposta por Bucher (1992), quando diz que a toxicodependência aparece como um fenômeno de natureza sistêmica, melhor compreendido ao se levar em consideração os seus aspectos biopsicossociais. Nesse sentido, pode-se afirmar que para entender a dependência a uma droga, deve-se investigar seu uso dentro do contexto das relações estabelecidas entre atividades simbólicas e o ambiente. Ao invés de enfatizar exclusivamente os efeitos fisiológicos das diferentes substâncias (cuja importância, porém, não pode deixar de ser ressaltada), trata-se de compreender a interpretação que o indivíduo dá de sua experiência, de seu estado e da motivação que o impele a um consumo repetido da droga. Torna-se, então, importante estudar o que o usuário de substâncias psicoativas considera indispensável à satisfação de suas principais necessidades no plano social, cultural, afetivo e cognitivo, lembrando também que a percepção de tais necessidades é inevitavelmente moldada pelo contexto maior.

Entende-se, assim, à constatação da diversidade de reações e comportamentos suscitados em diferentes indivíduos pelo uso de uma mesma substância. Tal diversidade seria devida às especificidades dos contextos histórico-socioculturais em que ocorrem esses usos, seja em tribos indígenas, populações urbanas, ou mesmo entre subgrupos de um mesmo agrupamento, como, por exemplo, diferentes etnias, diferentes classes sociais, diferentes bairros ou comunidades. Segundo a posição aqui proposta, não seria possível atribuir uma causa universal para os usos, abusos ou dependência de substâncias psicoativas, sendo mais indicado procurar entender a relação estabelecida entre os diferentes fatores que os ocasionariam, incluindo o contexto sociocultural em que os sujeitos estão inseridos. (ESPINHEIRA, 2004; MACRAE, 2001)

Levando em consideração as atividades do Consultório de Rua, é necessário lembrar-se da diversidade de cada novo campo de atuação, onde o território extrapola a noção meramente geográfica e assume feições específicas de determinada forma de interação entre os sujeitos e o ambiente, e onde, por vezes, o público e o privado se confundem. Mesmo que o público alvo pareça muito similar em todos os campos, para cada indivíduo o uso de substâncias psicoativas poderá responder a diferentes necessidades e será entendida de forma diferente por cada um, a depender de sua história de vida e da sua relação com a rua, por exemplo. Deve-se, portanto estar sempre atentos para enxergar o novo e não deixar o olhar ser condicionado pela rotina ou cristalizado em preconceitos.

Se por um lado está claro que não se pode generalizar sobre as razões para o uso de drogas, por outro, pode-se compreender que a “droga” assume diferentes significados em diferentes ocasiões (MACRAE, 2001, p. 25). Com isso se pode buscar na história da humanidade alguns dos variados modos de utilização destas substâncias que ajudarão a compreender como são variadas as suas possíveis representações. A partir daí, torna-se mais fácil apreciar como a atual maneira de concebê-la como “problemática” é mais associada a aspectos socioculturais da contemporaneidade

do que a uma natureza intrínseca das substâncias em si.

Desde a Pré-história até os dias de hoje, pessoas de diferentes culturas têm aprendido a usar plantas, substratos vegetais e substâncias de origem animal para produzir estados alterados de consciência com os mais diferentes e variados propósitos. Exceto em alguns poucos períodos históricos, como a Idade Média, à época da Inquisição, o uso de substâncias psicoativas não se apresentava como um problema para a sociedade. Diferentes conjuntos de normas, regras de conduta e rituais sociais (ZINBERG, 1980), difundidos como parte da cultura, mais do que especificados em lei, funcionavam como eficazes orientadores para o uso feito dessas substâncias. Afinal, deve-se lembrar que são os controles sociais informais, exercidos constantemente por cada pessoa em sua vida cotidiana, os verdadeiros responsáveis pela manutenção da ordem social, uma vez que os controles exercidos de maneira formal pelo Estado ou outros órgãos institucionais são de natureza pontual, incerta e inconstante. (CASTEL; COPPEL, 1991)

Já se encontram referências à cultura da papoula inscritas em tábuas sumérias do Terceiro Milênio a.C., em cilindros babilônicos ainda mais antigos, assim como em imagens da cultura cretense-micênica. Outra referência à papoula ou, mais especificamente ao suco produzido do extrato desta planta, o ópio, pode ser encontrado em hieróglifos egípcios que mencionam os usos medicinais do ópio como analgésico e calmante. (ESCOHOTADO, 1994)

Os primeiros registros do cânhamo, por sua vez, popularmente conhecido no Brasil como maconha, provêm da China, onde foram encontrados restos de sua fibra 4.000 anos a.C. Um tratado médico chinês escrito no século I, cujas informações remontam 3.000 anos, afirma que “o cânhamo tomado em excesso faz ver monstros, mas se utilizado por um longo tempo permite a comunicação com os espíritos e o alívio do corpo” (ESCOHOTADO, 1994, p. 6). O uso de cânhamo para fins medicinais e ritualísticos também leva a incursões pela história da Índia, onde a tradição brâmane considera que seu uso aguça a mente e potencializa os desejos sexuais. Além disso, muitas linhas do budismo utilizaram-no para meditação. Seu uso medicinal era indicado para tratamentos oftalmológicos, febre, insônia, tosse seca e disenteria. No entanto, o cânhamo também teve outros empregos e suas fibras foram utilizadas na confecção de diferentes produtos como, por exemplo, cordas, estopas, velas de barcos, roupas, papel, entre outros. Na antiga Europa Ocidental, no século VII A.C., os celtas exportavam para todo mediterrâneo cordas e estopas de cânhamo (ESCOHOTADO, 1994). Este material também teve papel fundamental no descobrimento da América, uma vez que, das cordas às velas, havia 80 toneladas de cânhamo no navio de Colombo, quando este aportou no continente. (BURGIERMAN, 2002)

Quanto aos povos indígenas da América, destaca-se o uso de diferentes tipos de tabaco para fins recreativos, religiosos e terapêuticos, assim como em rituais de passagem. A utilização de tabaco mascado, fumado ou mesmo bebido foi constatado em toda extensão geográfica que vai do Canadá até a Patagônia (ESCOHOTADO, 1994). Neste continente também se usava ampla gama de plantas visionárias com finalidades rituais de maneira análoga à utilização de cogumelos alucinógenos entre xamãs da Sibéria e regiões setentrionais da Europa. Na África, ainda pouco estudada nesse ponto de vista, também se fazia uso religioso da iboga, dotado de um princípio ativo similar ao LSD25. (MACRAE, 2001, p. 26)

Já os estimulantes como a coca, o guaraná, o mate, o café, o chá e a noz de cola têm sido usados em diferentes continentes com o intuito de aumentar a energia e diminuir a sensação de fome e sono (ESCOHOTADO, 1994; MACRAE, 2001).

O efeito genérico destas plantas é uma injeção de energia, que possibilita comer menos e trabalhar mais. Nunca serviram para produzir transe de possessão ou viagem, e são desde o início, fármacos profanos, que o abonado usa por gosto e o pobre por necessidade. Na essência do efeito também está que seu usuário seja um usuário regular, e recorra a ela várias vezes ao dia. (ESCOHOTADO 1994, p. 9)

Em relação às bebidas alcoólicas, constata-se que são incontáveis as plantas que podem servir para a produção de bebidas alcoólicas através do processo de fermentação, e sua utilização pelo homem vem desde a Pré-história. Essas substâncias eram usadas com as mais diversas finalidades, de natureza lúdica, religiosa e terapêutica. O uso medicamentoso da cerveja é mencionado em uma tábua cuneiforme da Mesopotâmia, 2200 a.C., do mesmo modo que, no antigo Egito, bebidas alcoólicas entravam na composição de 15% dos 800 medicamentos conhecidos na época (ESCOHOTADO, 1994). São também numerosas as referências ao vinho no Antigo Testamento. Este, assim como a cerveja, poderia ser misturado com outras drogas, produzindo bebidas de grande potência numa época em que ainda se desconhecia a destilação.

Na Grécia Antiga, após um período inicial, quando as doenças e os seus tratamentos eram concebidos em termos mágicos, a escola hipocrática de medicina foi a primeira a apresentar esses processos como resultantes de causas naturais. A ação das drogas era entendida de maneira relativa, como dependendo de sua dosagem, entendendo-se que era esta que diferenciava entre um efeito curativo e um envenenamento. O uso do ópio era bastante disseminado para o tratamento de uma série de males e essa substância também servia de base para preparados conhecidos como “triacas”, muito consumidos por importantes personagens que temiam serem envenenados. Neste caso, o desenvolvimento de uma “tolerância” ao ópio era visto de maneira positiva como “tirando o veneno” e permitindo o consumo de doses cada vez maiores desse suposto antídoto. O uso do ópio nunca foi percebido pelos gregos como degradante, ao contrário do vinho, visto com bastante reserva.

Assim como os gregos, os romanos compreendiam as drogas como substâncias essencialmente neutras, cujos efeitos negativos ou positivos dependeriam da dosagem utilizada. Existem registros do uso da *Cannabis* em reuniões sociais romanas, merecendo destaque o emprego medicamentoso da papoula (ópio) e da videira, como também o ideal da “ebriedade sóbria” na utilização do álcool, onde o importante seria poder manter a compostura apesar de um estado de alcoolização. (ESCOHOTADO, 1994)

Com o advento da cristianização do Império Romano, entraram em colapso as antigas noções pagãs sobre a neutralidade da droga, a ebriedade sóbria, a automedicação e a fronteira entre moral e direito. A nova religião do Estado passou a perseguir os praticantes de cultos vistos como rivais, tentando obliterar qualquer traço de suas antigas crenças e práticas, incluindo aí suas vastas farmacopéias. As drogas passaram a ser estigmatizadas não só por sua associação a cultos mágicos e religiosos, mas também por seus usos terapêuticos para aliviar o sofrimento, já que a dor e a mortificação da carne eram concebidas pelos cristãos como formas de aproximação com Deus. Tal foi a perseguição ao conhecimento farmacológico que, no século X, o emprego de drogas para fins terapêuticos tornou-se sinônimo de heresia, e a busca de cura tinha que se limitar ao uso de recursos de eficácia puramente simbólica, tais como estranhas substâncias conhecidas como “pó de múmia” e “pó de chifre de unicórnio”, além das indulgências eclesiásticas, óleos santos, velas e

água benta. (ESCOHOTADO, 1994)

No mundo islâmico, ocorreram fortes restrições ao uso do álcool, ao passo que o ópio era bastante utilizado para fins medicamentosos. Lá também se conheciam as propriedades medicinais da *Cannabis*, indicada para o tratamento de casos graves de melancolia e epilepsia, além de seu uso também dar-se em contextos não terapêuticos por determinados grupos sociais, que a utilizavam em certas danças extáticas e modalidades de meditação. Contudo, a partir do século XIV, movimentos fundamentalistas e intolerantes assumem o poder e ocorrem queimas de livros e perseguições a usuários de álcool e haxixe, que passam a ser punidos. No entanto, o grande destaque do mundo islâmico foi a descoberta do café, ocorrido na Arábia depois do século X. Este produto teve grande importância para evitar o cansaço durante a leitura das escrituras sagradas, mas a liberação de seu consumo em cafés públicos só ocorreu em 1551. (ESCOHOTADO, 1994)

Nesse período, a Europa também passava por crises. Pragas, catástrofes naturais, caos social, guerras e invasões produziram situações de colapso econômico e social que demandavam bodes expiatórios, levando a caça às bruxas, que duraria por vários séculos. Fazia-se relação entre o uso de drogas, a luxúria e a bruxaria, alegando-se que feiticeiros usavam drogas para manter relações sexuais com o demônio. Certos estudiosos defendem que tais crenças teriam como fundamento a prática do uso de determinados unguentos, compostos em grande parte de solanáceas, utilizadas por certos indivíduos para produzir sensações de voo ou de deleite sexual, cujas receitas constam dos autos da Inquisição. Esta punia com torturas e morte o uso de qualquer droga que não o álcool.

Durante o século XVIII, a influência do racionalismo e do iluminismo produzem mudanças no modo como homem compreende sua relação com o divino e com o mundo à sua volta, permitindo que as drogas “pagãs” voltem a ser utilizadas para fins lúdicos e medicamentosos. Nesse período, o ópio volta a destacar-se como a principal substância utilizada na composição de diversos medicamentos que são produzidos em larga escala e usados por pessoas de todas as classes sociais. Estas circunstâncias agregam valor ao ópio que se transforma em uma das principais mercadorias de exportação do mercado europeu, gerando situações conflituosas, com destaque para a chamada “guerra do ópio”, entre Inglaterra e China.

A partir do início do século XIX, cientistas conseguiram isolar os princípios ativos de várias plantas, produzindo fármacos como a morfina (1806), a codeína (1832), a atropina (1833), a cafeína (1841), a cocaína (1860), a heroína (1883), a mescalina (1896), e os barbitúricos (1903). Estes eram mais puros e de manejo mais fácil que as plantas das quais eram extraídos, já que suas dosagens podiam ser calculadas com maior exatidão. (ESCOHOTADO 1994)

Estes avanços da ciência, somados às mudanças sociais e guerras, favoreceram o aumento do consumo de diversas substâncias pelas mais diversas razões. Intelectuais buscavam inspiração e transcendência através do uso de ópio e do haxixe, enquanto membros de classes sociais menos favorecidas e mais expostas às mazelas da Revolução Industrial recorriam às bebidas alcoólicas e a medicamentos baratos à base de ópio e cocaína, para enfrentar sua dura realidade. Todos os estratos da população recorriam a diferentes tipos de substâncias psicoativas para evitar qualquer tipo de sofrimento.

No Ocidente, a passagem para a sociedade urbano-industrial, juntamente com a crescente influência da medicina científica, que se atribuiu o direito de definir os usos legítimos e ilegítimos de drogas, tiveram papel decisivo na construção do que, atualmente, compreende-se como a questão

das drogas. Conceitos médicos foram adotados pelos estados para respaldar leis e políticas públicas sobre o assunto. O resultado desta confluência de fatores foi o surgimento e a ascensão do modelo proibicionista, cuja meta era eliminar em definitivo a produção e o consumo de determinadas substâncias psicoativas. Este modelo teve os Estados Unidos como seu primeiro e maior proponente. As principais características do modelo proibicionista são o foco na natureza farmacológica das drogas, a ilegalidade das mesmas, a repressão e a abstinência. (MACRAE, 2001; RODRIGUES, 2009)

Criou-se, assim, um novo tipo de crime e um novo mercado ilícito. A forte pressão internacional, vinda principalmente dos Estados Unidos, levou à consolidação do Proibicionismo como modelo hegemônico no mundo, formalizado através da adesão da maioria dos países a convenções internacionais, com destaque para a Convenção Única de Viena de 1961 e a Convenção Sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971. Estas serviram como referência para a elaboração das distintas leis e políticas públicas adotadas pelos países para lidar com a questão (MACRAE, 2001; RODRIGUES, 2009). “[...] as normas proibicionistas, antes de banir as drogas visadas, acabam por inventar o narcotráfico”. (RODRIGUES, 2008, p. 94) Passados os anos, constata-se que, ao invés de conter, o Proibicionismo pode estimular um mercado ilícito de tal forma, que indivíduos antes sujeitos a vigilância ganham um acréscimo de “periculosidade” na medida em que, além dos crimes que já poderiam cometer, passam ser potenciais autores deste novo crime.

[...] É interessante reparar que o “novo crime” do tráfico e consumo de drogas foi imediatamente conectado a camadas das crescentes populações urbanas que representavam uma ameaça ao Estado e às classes que o controlavam: perigo de insubmissão, de greve, de higiene, de ataques à pessoa e à propriedade. Na Europa, Estados Unidos ou Brasil, essa massa amedrontadora era conformada por negros, imigrantes e migrantes rurais, socialistas, anarquistas, ladrões, prostitutas, operários, mulheres, homens e crianças de “hábitos exóticos e não civilizados”; eram eles a antítese do progresso e das maravilhas do mundo moderno. (RODRIGUES, 2008, p. 96)

Assim, o dito “problema das drogas”, antes de configurar-se como algo inato, oriundo de uma essência negativa das propriedades de cada substância psicoativa, não pode ter uma explicação simplista, devendo ser visto como um problema multifacetário e complexo, atrelado à evolução da sociedade, seus conflitos e desequilíbrios. Em tempos recentes, o modelo ainda hegemônico de lidar com esta questão, o Proibicionismo vem perdendo força frente a novas abordagens do problema, que o circunscrevem de forma mais ampla, levando em conta a heterogeneidade dos modos de consumo, das razões, das crenças, dos valores, dos ritos, dos estilos de vida e das visões de mundo que o sustentam. Torna-se cada vez mais difundida a idéia de que somente assim será possível avançar na adoção de medidas realmente eficazes para lidar com as consequências nocivas do uso de drogas.

Exemplo dessas mudanças que estão ocorrendo no Brasil foram as declarações feitas em 11/3/2009, pelo Governo Brasileiro, em documento apresentado por ocasião da Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas (UNGASS), 2009, em Viena, quando o Brasil afirmou que:

Temos clareza de que as metas de um 'mundo sem drogas' se mostraram inatingíveis, com visível agravamento das 'consequências não desejadas', tais como aumento da

população carcerária por delitos de drogas, aumento da violência associada ao mercado ilegal das drogas, aumento da mortalidade por homicídio e violência entre jovens - com reflexo dramático nos indicadores de mortalidade e de expectativa de vida da população. Agregue-se a isso exclusão social por uso de drogas, a ampliação do mercado ilegal e a emergência de novas drogas sintéticas⁷.

Em diversas partes do mundo, inclusive no Brasil, cresce, por parte de alguns setores da sociedade, o questionamento do proibicionismo como uma forma eficaz de lidar com os variados problemas que se apresentam relacionados ao uso de drogas. Aponta-se que, assim como em tempos anteriores, cessada a interdição da discussão sobre formas de uso mais adequados das substâncias psicoativas, a própria sociedade poderia desenvolver sistemas de normas, regras de conduta e rituais sociais mais adequados do que a simples proibição para orientar e conter o uso dessas substâncias. Afinal, está-se acostumado a conviver com o uso social de bebidas alcoólicas, cujo potencial de dano está entre os mais altos das substâncias psicoativas conhecidas.

REFERÊNCIAS:

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. 304 p.

BUCHER, Richard. **À procura de uma abordagem interdisciplinar da toxicomania**. In: Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BURGIERMAN, Denis Russo. **Maconha: super interessante**. Coleção para saber mais. São Paulo (SP): Abril, 2002.

CASTEL, R. e COPPEL, A. **Les contrôles de la toxicomanie**. In: Ehrenberg, A. (org.). Individus sous influence. Paris: Éditions Esprit, 1991, p. 237-256.

ESCOHOTADO, Antonio. **Las drogas: de los orígenes a la prohibición**. Madri: Alianza Editorial, 1994.

ESPINHEIRA, Gey. **Os tempos e as substâncias psicoativas das drogas** In: Alba, R. A. et al. Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA, 2004, p., 11-26.

MACRAE, Edward. **Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos**. In: Dependência de drogas, Seibel, S. D.; Toscano Jr., A. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 25-34.

RODRIGUES, Thiago. **Tráfico, guerra, proibição**. In: Drogas e cultura: novas perspectivas. LABATE, B. C. et al. (Orgs.). Salvador: Edufba, 2008, p. 91-104.

⁷Intervenção do Governo Brasileiro, no Debate Geral do Segmento de Alto Nível da Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas (UNGASS), em 11 de março de 2009.

SIMÕES, Júlio. Prefácio. In: **Drogas e cultura: novas perspectivas**. LABATE, B. C. et al. (Orgs.). Salvador: Edufba, 2008, p. 13-22.

TRAD, Sergio. **Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais**. In: NERY FILHO, A. et al. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 97-112.

ZINBERG, N. **The social setting as a control mechanism in intoxicant use**. In: LETTIERI, D. J.; MAYERS, M.; PEARSON, H. W. *Theories on drug abuse*, NIDA Research Monograph 30. Rockville: NIDA, 1980, p. 236-244.

A INTERVENÇÃO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Juliana Prates Santana

RESUMO: Este texto busca caracterizar as crianças e os adolescentes em situação de rua, principalmente, no que se refere ao uso de drogas nessa população. O objetivo é discutir as possibilidades e os desafios de uma intervenção pautada no paradigma da proteção integral. Utiliza-se como fonte de dados pesquisas realizadas sobre a temática e a prática do projeto EspaSSos da Rua⁸, vinculado ao CAPSad – Pernambués, em Salvador.

INTRODUÇÃO

O presente texto tem por objetivo discutir as possibilidades e os desafios de uma intervenção junto a crianças e adolescentes em situação de rua usuárias de drogas, a partir do paradigma da proteção integral. Nesse sentido, o texto é composto de quatro partes, sendo a primeira delas destinada a apresentar os avanços legais instaurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) e que devem pautar qualquer intervenção com esta população.

Em seguida, são apresentadas as principais características desta população, com base na literatura científica nacional e internacional, seguida da exposição de alguns dados referentes ao uso de drogas. Por fim, são discutidas as principais possibilidades e desafios de uma intervenção que busca defender e garantir os direitos fundamentais da população infanto-juvenil em situação de rua.

PARÂMETROS LEGAIS

Toda a intervenção voltada a crianças e adolescentes deve ser pautada nos parâmetros legais existentes no país, especificamente no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990). Este instrumento legal é construído com o intuito de defender os direitos das crianças e dos adolescentes no país. Além disso, o ECA vem ao encontro da legislação internacional que é a Convenção dos Direitos da Criança (CDC), promulgada em 1989 e ratificada pelo Brasil no dia 24/11/1990. Os direitos previstos pela CDC podem ser agrupados em três grandes categorias: provisão, proteção e participação. Os primeiros referem-se aos direitos sociais das crianças, como direito à saúde, educação, convivência familiar, entre outros. O direito à proteção implica, por sua vez, reconhecer um conjunto de direitos destinados àquelas crianças que se encontram privadas e limitadas aos seus direitos. Por fim, estão os direitos de participação que se referem ao reconhecimento de que as crianças e os adolescentes são sujeitos ativos, que devem ser consultados e ouvidos, assim como possuem o direito de tomarem decisões em seu benefício.

⁸O Projeto EspaSSos da Rua tem o objetivo de atender crianças e adolescentes usuárias de substâncias psicoativas no contexto da rua no período noturno e foi desenvolvido com base no pioneiro trabalho de intervenção denominado Consultório de Rua, que foi criado e desenvolvido pelo Centro de Estudos e Terapia do abuso de Drogas (CETAD) e realizado em Salvador entre os anos de 1999 a 2004.

Quando se analisa a realidade das crianças e dos adolescentes em situação de rua, verifica-se total violação de direitos e pode-se erroneamente acreditar que existe uma hierarquia dos mesmos. No entanto, para que se alcance a proteção integral, é preciso que os direitos de provisão, proteção e participação caminhem juntos.

Além de conceber a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, o ECA avança ao definir que não é apenas papel da família a garantia desses direitos, mas também do estado e da sociedade como um todo. A partir do ECA, a legislação brasileira substitui diversos termos como menor por criança e adolescente; delinquente por sujeito em conflito com a lei, delito por ato infracional e pena ou punição por medida socioeducativa (CONCEIÇÃO; OLIVEIRA, 2010). Espera-se, por conseguinte, que a mudança não seja apenas de nomenclatura, mas de princípios filosóficos e formulações de políticas públicas diferenciadas.

Ao analisarem a relação entre as políticas voltadas para a criança e o adolescente e a política nacional sobre drogas, Conceição e Oliveira (2010, p. 260) afirmam que

A grande mudança refere-se à passagem de uma abordagem orientada pela sanção, tendo como foco aqueles em situação social irregular, para ações voltadas à proteção, objetivando atingir todas as crianças e adolescentes, inclusive, aqueles em situação de risco pelo envolvimento com drogas e violência.

Para garantir o cumprimento da proteção integral prevista pelo Estatuto à população infanto-juvenil em situação de rua e usuária de drogas, tornam-se fundamental a articulação intersetorial e o conhecimento de outras políticas nacionais como a Política Nacional sobre as Drogas (Resolução nº 03/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005) e a Política Nacional sobre o Álcool (Decreto Presidencial nº. 6.117/2007), em que se verifica preocupação prioritária com a prevenção do uso destas substâncias. Outras legislações e políticas setoriais importantes a serem integradas são as de saúde e educação, sendo que em ambas há destaque ao trabalho preventivo, de caráter comunitário e inclusivo.

AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA

O primeiro ponto a ser discutido nesse texto refere-se ao termo crianças em situação de rua que atualmente é utilizado para designar crianças e adolescentes cuja rua é o contexto principal de desenvolvimento. Nem sempre essa foi a denominação recebida por essas crianças. No início do século passado, estas crianças e adolescentes eram chamados de “expostos”, “petizes”, “peraltas”, “vadias”, “pobrezinhos sacrificados”, entre outras denominações igualmente carregadas de valor pejorativo. (ALVIM; VALLADARES, 1988)

A partir do primeiro Código de Menores (1927), estas crianças e adolescentes passaram a ser denominados de “menor”, sendo este termo utilizado como categoria classificatória e seguido de inúmeros adjetivos que foram se multiplicando ao longo do tempo. Falava-se, então, de “menor infrator”, “menor abandonado”, “menor assistido”, “menor em situação de risco”, etc.

Apenas no final da década de 1980 é que começa um esforço em construir-se uma tipologia das crianças que estavam nas ruas, pois se percebe a diversidade de características desse grupo anteriormente considerado de forma tão homogênea. Uma primeira tentativa de tipificar as crianças

que se encontravam na rua tem origem no trabalho de Peter Taçon (1985) que propõe a distinção entre crianças na rua e crianças de rua. Segundo essa proposta, as crianças na rua são aquelas que utilizam a rua como espaço de trabalho e lazer, mas que mantêm laços familiares e retornam para casa à noite. As crianças de rua são aquelas que romperam os laços familiares e que utilizam a rua como principal local de moradia. Trata-se de uma distinção tênue, pois o que se constata é que estas crianças se deslocam entre essas duas situações extremas.

Ao estudarem a variedade de tipologias e nomenclaturas referentes a essas crianças e adolescentes, alguns autores acreditam que a melhor denominação para essa população seria *crianças em situação de rua*. Koller e Hutz (1996) defendem que essa nomenclatura ressalta a importância de um entendimento mais aprofundado da história de vida de cada criança sem a necessidade de situá-la em uma categoria específica. Para Stoecklin (2003), a denominação crianças em situação de rua permite transferir o foco do problema da criança para a situação em que ela se encontra. Segundo o autor, outras categorias se limitam a considerar apenas dois aspectos da vida da criança que são o contato com a família e o tempo passado na rua.

A discussão sobre a nomenclatura utilizada é extremamente pertinente quando se considera que elas refletem a forma como a sociedade, os pesquisadores e o poder público concebem a infância e a adolescência, definindo quais são as melhores soluções para aquilo que é considerado um problema.

Explicitado a escolha da denominação a ser adotada, faz-se necessário apresentar as principais características dessa população. De fato, a descrição minuciosa desse grupo foi o principal foco de pesquisadores da área. No âmbito desse texto, cabe retomar apenas algumas características principais que irão desempenhar importante papel na elaboração das estratégias de atuação.

Antes dessa exposição, cabe ressaltar que não se trata de um grupo homogêneo que pode ser facilmente descrito, pois a situação de rua é complexa e multifacetada, e envolve as singularidades das trajetórias individuais que devem ser o foco primordial da intervenção. De maneira geral, pode-se afirmar que o grupo de crianças e adolescentes em situação de rua é composto majoritariamente por meninos com idades entre 11 e 14 anos, sendo que a idade de ingresso na rua ocorre por volta dos sete anos. Já a idade de saída, com maior incidência, ocorre por volta dos 16 anos de idade. (APTEKAR, 1996; RIZZINI; RIZZINI, 1996; VERMA, 1999)

A idade da população atendida é de fundamental importância, quando se considera os aspectos legais envolvidos. De acordo com o ECA (1990), crianças são todos os indivíduos desde o nascimento até 12 anos incompletos, sendo que adolescentes são aqueles com idades entre 12 e 18 anos incompletos. Tomando como exemplo o ato infracional e a medida legal possível, tem-se que as crianças são submetidas a medidas de proteção, sendo que apenas os adolescentes podem ser submetidos a medidas socioeducativas. A população de rua sabe desses marcos legais e isso interfere de forma significativa na relação que estabelecem com a rua, com os pares e com as próprias instituições de atendimento. (SANTANA, 2003)

Todos os estudos referem à existência de um número significativamente mais elevado de meninos do que de meninas nas ruas. De acordo com esses estudos, a explicação para essa diferença centra-se no papel social que as meninas desempenham na vida doméstica, sendo responsáveis pelos cuidados com os irmãos mais novos, pela limpeza da casa e muitas servindo como objetos sexuais para pais ou padrastos (RIZZINI, 1995; MACIEL; BRITO; CAMINO, 1997).

Além da diferença numérica, a literatura apresenta diferenças de adaptabilidade e de experiências vividas por esses dois grupos. Aptekar (1996) aponta que as meninas são mais vulneráveis à situação de rua, apresentando maiores níveis de estresse e desajustamento psicológico. O autor argumenta que esses dados podem ser justificados pelo maior nível de desintegração familiar, que é verificado entre as meninas, quando essas migram para a rua.

A equipe que intervém na rua deve estar preparada para lidar com a questão de gênero, tanto para melhor compreender as meninas atendidas, como para oferecer atividades que atinjam ambos os grupos. As meninas que estão na rua tentam, muitas vezes, disfarçar o gênero, utilizando roupas folgadas e masculinas, bonés, movimentando-se e agindo de forma bastante masculinizada. Do outro lado, temos meninas que exploram bastante a própria sexualidade, utilizando roupas bastante sensuais e reveladoras do próprio corpo. As primeiras parecem usar como defesa a camuflagem e um mimetismo com os meninos, apresentando, alto grau de agressividade que as torna respeitadas perante o grupo. As segundas utilizam a sedução como forma de obter a proteção que precisam dos membros mais fortes e poderosos do grupo.

Outra característica da população de rua é a elevada rotatividade e mobilidade espacial. A literatura refere que as crianças em situação de rua costumam buscar os lugares que na rua melhor respondem às suas necessidades, seja em função da oferta de recursos, seja em função de menor vigilância policial (FENELON; MARTINS; DOMINGUES, 1992; MILITO; SILVA, 1995; HECHT, 1998). Além disso, os locais escolhidos devem permitir o acesso às drogas que são consumidas por algumas crianças, assim como oferecerem alternativas de entretenimento para as mesmas.

Segundo Koller e Hutz (1996), a formação de grupos entre as crianças em situação de rua é uma estratégia de sobrevivência importante, havendo dois tipos distintos: o primeiro caracteriza-se pela grande dimensão e organiza-se por razões econômicas. O segundo tipo de grupo caracteriza-se pela pequena dimensão, sendo formado de acordo com as relações de camaradagem e intimidade. Em outro trabalho (1999), os mesmos autores afirmam que as crianças apresentam grande senso de pertencimento e identidade social, e desenvolvem relações de afeto, trabalho e moralidade no grupo.

Outro aspecto importante de ser referido em termos da organização social das crianças em situação de rua é a criação de expressões linguísticas próprias, o que indica, segundo Menezes e Brasil (1998), uma cultura particular, e a criação de um dialeto que corresponde à natureza da organização e identidade grupal.

As crianças e os adolescentes que estão na rua desempenham, geralmente, atividades como olhar e lavar carros, vender diversos produtos, engraxar sapatos, mendicância ou mesmo a perambulação (ALVES, 1998; MARTINS, 1996; ROSEMBERG, 1996). Com estas atividades os jovens conseguem dinheiro que é levado, na maioria das vezes, para suas famílias (APTEKAR, 1996; MACIEL, BRITO; CAMINO, 1997; YUNES; ARRIECHE; TAVARES, 1997), sendo também utilizado para a compra de alimentos, drogas, entre outros. A rua é, em geral, financeiramente vantajosa para as crianças, os adolescentes e para suas famílias.

Os estudos com as crianças e os adolescentes em situação de rua demonstram também que a maioria destas tem ou já teve experiência escolar, sendo notório, no entanto, a baixa escolaridade e o alto índice de analfabetismo funcional. A principal fonte de rompimento dos vínculos com a escola deve-se à sucessão de fracassos a que a criança e/ou o adolescente são submetidos (FORSTER E COLS., 1992; KOLLER, 1994; VASCONCELOS, 1996). O alto grau de repetência,

as impossibilidades de conciliar a necessidade de trabalhar com a frequência na escola, e a própria falta de atratividade escolar, com conteúdos tão distantes da realidade vivida por elas, também são razões que promovem o abandono da instituição escolar. Inserir essas crianças e adolescentes na escola constitui um dos grandes desafios nas intervenções, que começa desde a ausência de documentação adequada até a falta de preparo da rede de ensino formal para acolher essas crianças e adolescentes.

Por fim, vale ressaltar duas importantes características das crianças em situação de rua, que devem ser consideradas em uma proposta de intervenção. Trata-se da imagem que a criança tem da rua e a identidade que estabelece nesse espaço. De acordo com Lucchini (2003), esses aspectos são cruciais para uma possível saída da criança da rua. Quanto mais identificado com os valores da rua e quanto mais a rua é idealizada pela criança ou pelo adolescente, mais difícil será romper com a situação de rua. Em geral, os sentimentos provocados pela rua são ambivalentes, sendo que a sensação de liberdade pode conviver pela vivência de violência e desamparo (SANTANA, 2007; RIZZINI; BLUTER, 2003).

O USO DE DROGAS ENTRE AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA

O uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua é relatado em quase todos os estudos e pesquisas, sendo um dos principais fatores de risco para esta população. É importante considerar que, apesar da própria situação de rua possuir inúmeros fatores que contribuem para o uso das drogas, este depende ainda de outros aspectos, como características pessoais, relações familiares, contexto de vida, entre outros. Além disso, é necessário considerar o tipo de vinculação do usuário com a droga, visto que muitas das crianças e adolescentes em situação de rua fazem apenas uso experimental ou mesmo esporádico dessas substâncias.

As principais drogas utilizadas pelas crianças e adolescentes em situação de rua nas capitais brasileiras são o álcool e o tabaco (76,0% e 63,7%, respectivamente, de uso na vida). A frequência diária do uso destas substâncias também apresenta níveis mais elevados, quando comparados com as crianças e adolescentes que não se encontram em situação de rua. (NOTO et al., 2003)

De acordo com Noto e colaboradores (2003), 44,4% das crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil já fizeram uso na vida de inalantes, no entanto, as principais substâncias utilizadas foram cola, *thinner* e loló (mistura de vários solventes e/ou vernizes). O uso diário dessas substâncias foi relatado por 16,3% dos participantes do estudo, mas o início do uso ocorreu após a situação de rua em 26,8% dos casos. Os inalantes têm sido relatados como a primeira droga ilícita⁹ experimentada por essa população.

A segunda droga ilícita mais utilizada pelas crianças e adolescentes em situação de rua foi a maconha (40,4% de uso na vida), seguida pelos derivados da coca, cocaína, *crack* e merla (24,5% de uso na vida). Dentre os derivados, o uso do crack merece análise mais cuidadosa, pois tem apresentado aumento significativo em todas as capitais brasileiras. Trata-se de uma droga significativamente mais barata que a cocaína e cujo efeito ocorre em média 10 a 15 segundos após o

⁹A distinção entre drogas ilícitas e lícitas feita pelos autores foi mantida, sendo necessário ressaltar que a comercialização de álcool e tabaco são proibidas a crianças e adolescentes de acordo com o ECA (1990, art. 81).

uso, por isso, é extremamente atraente para o usuário (NOTO et al., 2003).

Os motivos que levam as crianças e adolescentes em situação de rua a usarem drogas são obviamente complexos e variados, visto que essa população está exposta a praticamente todos os fatores de risco que aumentam a probabilidade de uso. Para Noto e colaboradores (2003), os motivos relatados para o primeiro uso de drogas foram acompanhar um amigo (29,4%) e curiosidade (29,2%), e a manutenção do uso é justificada pelo prazer obtido (19,8%), a fim de esquecer a tristeza (8,9%) e pelo fato de os amigos as usarem (8,8%). As drogas também podem ser utilizadas como estratégia de enfrentamento (*coping*), para lidar com os eventos estressores e as dificuldades enfrentadas.

Após a realização de uma pesquisa longitudinal com crianças e adolescentes em situação de rua na cidade de Porto Alegre, Neiva-Silva (2008) identifica que as variáveis “vinculação familiar”, “número de horas que passa na rua” e “número de anos que frequenta a rua” são importantes preditores para o uso de drogas entre essa população. Para o autor, os fatores que levam as crianças e adolescentes a usarem drogas ilícitas, principalmente, maconha e solventes, num primeiro momento, são os mesmos que os levaram a usar *crack* e a manter o uso das demais drogas após um ano. Segundo o autor:

o fato da criança ou do adolescente em situação de rua não morar com a família, passar mais de oito horas na rua e estar há mais de cinco anos na rua aumenta significativamente a probabilidade de fazer uso de drogas ilícitas no presente, bem como de iniciar o uso de *crack* no futuro. (NEIVA-SILVA, 2008, p. 188).

Estes são elementos importantes a serem considerados na elaboração de uma intervenção voltada a crianças e adolescentes em situação de rua. Em estudos anteriores (SANTANA, 2003; 2007), foi possível verificar que o uso de drogas nesta população é a preocupação mais frequente entre as instituições e os profissionais da área. De fato, o uso das drogas tem sido referido por profissionais e adolescentes, como o principal motivo para a não adesão aos projetos de intervenção. A falta de preparo e de recursos para lidar com essa questão, aliados ao preconceito e aos estigmas que envolvem o uso de drogas, impedem a realização de um trabalho efetivo.

POSSIBILIDADES E DESAFIOS DE UMA INTERVENÇÃO

A intervenção com as crianças e adolescentes em situação de rua é desafiadora e exige dos profissionais e técnicos reflexão constante e envolvimento com o contexto de atuação. Essa população não consegue acessar os serviços sociais e de saúde pela forma tradicional, seja pela ausência dos documentos mínimos exigidos, seja pela resistência e preconceito enfrentados ao buscarem esses espaços. Isso significa permanecerem à margem de um sistema de garantias de direito, sem acesso a saúde, educação, moradia e lazer.

A ida de uma equipe multiprofissional para a rua parece ser a possibilidade mais viável e efetiva de alcançar essas crianças e adolescentes. Esta ida deve ser precedida de uma preparação da equipe, que precisa conhecer a população que vai ser atendida, as características do território e o sistema de garantia de direitos a esses indivíduos.

Além disso, os profissionais envolvidos devem refletir e enfrentar seus próprios preconceitos e concepções. Questões como – *Qual a imagem de criança e adolescente que possuem? O que esperam da intervenção? O que significa para cada um o uso de drogas entre crianças e adolescentes?* – precisam ser discutidas e refletidas pelo grupo. Para compreender efetivamente a realidade complexa em que vivem, é preciso abandonar visões dicotômicas e maniqueístas que não permitem conceber as crianças como simultaneamente vítimas e vitimizadoras, a rua como boa e ruim, a liberdade e opressão. Esses aparentes opostos conjugam-se na configuração da realidade a ser enfrentada pelo profissional.

A ação na rua, para alcançar a população infanto-juvenil, deve ser permeada de respeito, de confiança e disponibilidade para acolher. As estratégias adotadas podem ser as mais diversas, mas tornam-se mais efetivas quando priorizam a participação das crianças e adolescentes. Conforme verificado em estudo anterior (SANTANA, 2007), as metodologias participativas são extremamente eficazes como estratégia de ação que consistem dar voz a esses sujeitos. Para isso, o profissional deve disponibilizar de outros recursos que não apenas a escuta, afinal, esse público fala através dos seus corpos, da dança, da música e, principalmente, através do lúdico.

O projeto de intervenção na rua deve funcionar como porta de entrada para o sistema de garantias de direitos e acesso à rede de serviços sociais e de saúde. A equipe deve disponibilizar aos sujeitos atendidos encaminhamentos que se façam necessários. A criança e o adolescente, juntamente com sua família, devem ser inseridos nos programas sociais existentes. Para que isso ocorra, a equipe deve trabalhar de forma articulada com a rede de atendimento do município. Quando essa rede ainda não existe ou não está articulada, a equipe que foi ao encontro dessa população em seu local de moradia, ocupa lugar privilegiado para identificar as principais demandas e denunciar a ausência dos recursos previstos na legislação. Nesse sentido, são importantes parceiros da equipe de rua, tais como, os Conselhos Tutelares e o Ministério Público.

Outro aspecto relevante a ser destacado é a dificuldade enfrentada por uma equipe que atua na rua juntamente com as crianças e adolescentes e nem sempre consegue tirá-las desse espaço. Afinal, tirar “esse problema” dos grandes centros urbanos é o maior desejo de grande parte da população que, muitas vezes, considera a atuação na rua como forma de apoiar a marginalidade. São constantes os apelos de redução da maioria penal e de reclusão compulsória dessa população.

No período da intervenção, é preciso um espaço de supervisão permanente que permita constante reflexão da prática e do acolhimento das angústias e dilemas vivenciados pelos profissionais. Afinal, trata-se de um trabalho em que há risco constante de acreditar-se onipotente e, dessa forma, tentar resolver sozinho todos os problemas e mazelas vivenciados pela população atendida ou, por outro lado, um estado de impotência pura em que se deixa de acreditar em uma solução possível. É preciso, nesse tipo de intervenção, suportar as inúmeras frustrações, respeitar o tempo do outro e perceber-se uma pequena parte de uma mudança que precisa ser estrutural.

Por fim, vale pontuar uma questão que é crucial no atendimento a crianças e adolescentes usuários de drogas. Muitos acreditam e partem do princípio de que esse público não deve consumir drogas, nem ter uma vida sexual ativa, o que implica ser a única meta possível a abstinência, não devendo a equipe fornecer, preservativos ou informar estratégias de redução de danos ao uso das drogas. De fato, em nossa legislação, a criança e o adolescente não podem consumir drogas e a prática sexual com crianças é crime. Cria-se, portanto, aparente conflito, mas que pode ser

minimizado da seguinte forma: a meta desejável para as crianças e os adolescentes que fazem uso de drogas é a abstinência e devem ser oferecidas alternativas de tratamento e de inserção familiar, social e comunitária para esses usuários. No entanto, essa meta nem sempre é viável e, enquanto não for alcançada, as crianças e os adolescentes têm o direito de ser informados de estratégias que possam reduzir o risco envolvido no uso de drogas. Trata-se de uma opção clara ou nega-se a realidade de que esta população faz uso de drogas e mantém-se um discurso de total repressão ou assume que tal uso é uma verdade e que precisam ser utilizadas estratégias que preservem, minimamente, a saúde e segurança dos usuários. Isso não significa que não serão feitos todos os esforços possíveis para que tal realidade seja alterada e que a droga e a vida nas ruas sejam substituídas pelo direito à convivência familiar e comunitária, à educação e saúde.

REFERÊNCIAS

ALVIM, M. R. B.; VALLADARES, L. P. **Infância e sociedade no Brasil: uma análise da literatura**. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB). N. 26. São Paulo, 1988, p. 3-37.

APTEKAR, L. **Crianças de rua nos países em desenvolvimento: uma revisão de suas condições**. Psicologia: Reflexão e Crítica, N. 9. Porto Alegre, 1996, p. 153-184.

CONCEIÇÃO, M. I. G; OLIVEIRA, M. C. S. Legislações e políticas para a criança e o adolescente e a Política Nacional sobre Drogas. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010, p. 259-275.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. São Paulo: Cortez, 1990.

FENELON, G. M.; MARTINS, L. C.; DOMINGUES, M. H. M. S. **Meninas de rua: uma vida em movimento**. Goiânia: CEGRAF/UFG, 1992.

FORSTER, L. M. K. et al. **Meninos na rua: relação entre abuso de drogas e atividades ilícitas**. Revista da ABP-APAL, n. 14. São Paulo, 1992, p. 115-120.

HECHT, T. **At home in the street: street children of northeast Brazil**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

HUTZ, C. S.; KOLLER, S. H. Methodological and ethical issues in research with street children. In: M. Raffaelli; R. W. Larson (Orgs.). **Homeless and working youth around the world: exploring developmental issues**. New Directions for Child and Adolescent Development, n. 85. São Francisco, CA: Jossey-Bass, 1999, p. 59-70.

KOLLER, S. H. **Julgamento moral pró-social de meninos e meninas de rua**. 1994. Tese (Doutorado em Educação). Não publicada. Curso de Pós-Graduação em Educação. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, (RS).

KOLLER, S. H.; HUTZ, C. S. Meninos e meninas em situação de rua: dinâmica, diversidade e definição. Coletâneas da ANPEPP: Aplicações da Psicologia na Melhoria da Qualidade de Vida, n. 1. Rio de Janeiro, 1996, p. 11-34.

LUCCHINI, R. A criança em situação de rua: uma realidade complexa. In: RIZZINI, I. (Coord.). Vida nas ruas: crianças e adolescentes nas ruas: trajetórias inevitáveis? Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2003, p. 45-86.

MARTINS, R. A. **Censo de crianças e adolescentes em situação de rua em São José do Rio Preto**. Psicologia: Reflexão e Crítica, n. 9. Porto Alegre, 1999a, p. 101-122.

MENEZES, D. M. A.; BRASIL, K. C. T. **Dimensões psíquicas e sociais da criança e do adolescente em situação de rua**. Psicologia: Reflexão e Crítica, n. 11(2). Porto Alegre, 1998, p. 327-344.

MILITO, C.; SILVA, H. R. S. **Vozes do meio fio**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

NEIVA-SILVA, L. **Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua: um estudo longitudinal**. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia) Não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS).

NOTO, A. R. et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras - 2003**. São Paulo: Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (UNIFESP); Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2003.

RIZZINI, I.; BUTLER, U. M. **Crianças e adolescentes que vivem e trabalham nas ruas: revistando a literatura**. In: RIZZINI, I. (Coord.). Vida nas ruas: crianças e adolescentes nas ruas: trajetórias inevitáveis? Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2003, p. 17-44.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **Menores institucionalizados e meninos de rua: os grandes temas de pesquisa na década de 80**. In: FAUSTO, A.; CERVINI, R. (Orgs.). O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80. 2.ed. São Paulo: Cortez Editora, 1991, p. 69-90.

ROSEMBERG, F. **Estimativa sobre crianças e adolescentes em situação de rua: procedimentos de uma pesquisa**. Psicologia: Reflexão e Crítica, n. 9. Porto Alegre, 1996, p. 21-58.

SANTANA, J. P. **Instituições de atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua: objetivos atribuídos por seus dirigentes e pelos jovens atendidos**. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) Não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS).

SANTANA, J. P. **Cotidiano, expressões culturais e trajetórias de vida: uma investigação participativa com crianças em situação de rua**. 2007. Tese (Doutorado em Estudos da Criança). Não publicada. Doutorado em Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

TAÇON, P. **A UNICEF response to the needs of abandoned and street children**. Genebra: UNICEF, 1985.

VASCONCELOS, M. M. P. **Família, trabalho e drogas: estudo exploratório da representação dos meninos de rua na cidade de João Pessoa sobre as suas condições de vida**. 1996. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Não publicada. Curso de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB).

VERMA, S. Socialization for survival: developmental issues among working street children in India. In: RAFFAELLI; LARSON, R. (Orgs.). **Homeless and working youth around the world: exploring developmental issues: new directions for child and adolescent development**, n. 85. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1999, p. 5-18.

YUNES, M. A. M.; ARRIECHE, M. R. O.; TAVARES, M. F. A. **Meninos(as) em situação de rua na cidade de Rio Grande: vida na rua e vida na instituição**. Revista Momento. Departamento de Educação e Ciências do Comportamento, n. 10. Rio Grande, 1997. p. 131-142.

A CLÍNICA DE RUA: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS-CLÍNICOS PARA UMA INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DO CONSULTÓRIO DE RUA

Luiz Felipe Monteiro
Alice Munguba Cardoso Monteiro

Resumo: O texto tem como objetivo refletir sobre o uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes em situação de rua, a partir de uma leitura Winnicottiana. São traçados aspectos da trajetória e condição existencial de crianças e adolescentes em situação de rua: os desafios encontrados, os riscos a que estão submetidos e dados sobre o consumo de drogas. Por fim, é realizada uma articulação dos conceitos winnicottianos com os elementos da trajetória de vida da população citada, a fim de estabelecer proposições sobre a função desempenhada pelo uso que fazem das substâncias psicoativas e as possibilidades de intervenção psicológica.

Diante da proposição de estabelecer parâmetros em uma discussão sobre aspectos clínicos envolvidos no trabalho do consultório de rua com uma população inserida num contexto de uso de substâncias psicoativas, deve-se partir inicialmente de uma busca por posicionar quais as possíveis funções que o uso de drogas desempenha para estas pessoas, especialmente, entre crianças e adolescentes com histórias de vivências no ambiente de rua. A partir deste ponto, pode-se não somente destacar que aspectos da história de desenvolvimento foram marcantes na fundamentação das condições de vida dessas pessoas, como também apontar referenciais clínicos importantes para compreensão e manejo do fenômeno.

Parte-se das seguintes interrogações: de que maneira as configurações socioculturais, permeadas na história da população em situação de rua, influenciam na função que o uso de substâncias psicoativas pode vir a ocupar em suas vidas? Qual a expressão de esperança que esta população pode vislumbrar com o uso de drogas? São esses os questionamentos que dão origem à produção do presente trabalho, cuja proposta reside em leitura acerca do fenômeno do uso abusivo de drogas na população citada, a partir do referencial psicanalítico winnicottiano.

Winnicott foi um teórico-clínico da psicanálise cujo eixo de pesquisa assentou-se nas questões do desenvolvimento emocional relacionadas ao sofrimento psicótico de crianças. Apesar disso, a escolha desse autor deu-se em razão de suas proposições acerca do desenvolvimento emocional aplicadas, originalmente, na compreensão de transtornos psicopatológicos e nas tendências antissociais, por possuírem substratos que possibilitam refletir sobre o uso de drogas como marca do indivíduo em sua interação com o mundo. Neles estão contidos elementos que perpassam a concepção de homem, de sofrimento humano e de práxis clínica, qual seja: a compreensão de que o ser humano em sua trajetória de vida é, desde antes do nascimento, afetado por acontecimentos no mundo. Nesta perspectiva, a existência dá-se necessariamente em presença de variantes sociais, culturais, políticas, econômicas, históricas e religiosas (em um registro coletivo), e em *presença* de outro cuidador que possibilita a capacidade de sentir-se vivo, real e criativo, em um registro individual (SAFRA, 2004; VAISBERG, 2004).

Esta é uma antropologia fundamentada na compreensão dos processos de constituição do *self* e dos sofrimentos psíquicos derivados de intempéries no desenvolvimento do indivíduo. A ênfase que Winnicott confere ao ambiente na formação do *self* da criança é tomada nesta

perspectiva como elemento essencial para o entendimento dos movimentos de subjetivação que estão associados desde sempre à presença de uma alteridade¹⁰ vista na figura dos cuidadores e do contexto que estes estão inseridos.

Desse modo, uma práxis clínica que se proponha a atuar no contexto dos sujeitos em situação de rua deve estar sensível às influências que os registros coletivos e individuais exercem na função que os usos das drogas podem ocupar em suas vidas. Tal qual apontado por Vaisberg (2001), a razão de uma práxis clínica estar atenta aos aspectos social, histórico e cultural do acontecimento humano, transcende a uma questão meramente social ou política, tal posicionamento é fundamentalmente ético. Sem dúvida, uma afirmação de peso e que permite ampliar os horizontes de reflexão sobre a psicologia clínica na atualidade, contudo, é válido o seguinte questionamento: a que ética refere-se a autora?

Gilberto Safra (2004) em seu livro “A pó-ética na clínica contemporânea” indica uma possibilidade de compreensão acerca deste posicionamento ético que será acompanhado ao longo deste trabalho. O autor faz uma apropriação da palavra ética como morada e pátria – *ethos*. Ou seja, uma clínica assentada na ética como morada pode ser entendida como aquela que possibilita a compreensão sobre os modos que o homem exerce em sua morada no mundo com os outros. O *ethos* aqui refere-se à *presença* da alteridade em seus registros individual e coletivo, que são as condições de possibilidade para a emergência do ser. São as marcas dessas presenças ao longo da vida de uma pessoa que formarão seus modos característicos de existência, seja através de sofrimentos psíquicos, seja por meio das ações criativas no mundo, traço apontado por Winnicott como sinal de saúde psíquica.

A ênfase que Safra confere ao *ethos* na formação do ser humano permite uma reflexão sobre como uma fragmentação do *ethos* humano repercute, em consequências, nas estruturas que precedem à formação das operações psíquicas: “são sofrimentos que acontecem em registro ontológico” (SAFRA, 2004, p. 27). É importante destacar essa citação, pois o autor leva a crer que as marcas de um *ethos* humano fragmentado possuem implicações nos processos de formação do sentido de existir como um ser real e vivo – na sensação de existir a partir do seu próprio ponto de vista. Vaisberg (2003) faz um comentário sobre os liames da prática clínica que auxiliam na compreensão do tipo de sofrimento envolvido no contexto de vivência na rua e de como o psicólogo pode posicionar-se ante esta situação. Segundo a autora (2003, p. 4), a clínica

vem apresentando crescentemente outro tipo de demanda, que se liga a angústias profundas presentes em todos os seres humanos e que se expressam como queixas relativas à falta de sentido da vida, aos sentimentos de futilidade da existência, às depressões, ao pânico, à violência e à drogadição. São sofrimentos que comprometem basicamente a qualidade do viver e do sentir e que requerem uma clínica capaz de lidar com aspectos que nunca foram sabidos e depois esquecidos, de lidar com situações ligadas a falhas ambientais ocorridas quando não estava constituída uma presença pessoal para experienciar e simbolizar acontecimentos, mas que comprometeram a continuidade de ser e o desenvolvimento emocional.

¹⁰ Termo que traduz toda a variedade de representações do que é outro, distinto de si-mesmo; diz respeito desde alguém de carne e osso como os pais ou mesmo propriamente, a cultura de determinado contexto social.

De acordo com Safra (2004), existem elementos, especialmente no registro coletivo, como a perda do senso de historicidade e a situação de exclusão social podem levar a uma intensa fragmentação do *ethos* humano. Neste ponto, a noção de enraizamento proposta por Simone Weil, inscreve-se como eixo importante para reflexões sobre os modos de subjetivação do ser-humano.

O enraizamento é talvez a necessidade mais importante e mais desconhecida da alma humana e uma das mais difíceis de definir. O ser humano tem uma raiz por sua participação real, ativa e natural na existência de uma coletividade que conserva vivos certos tesouros do passado e certos pressentimentos do futuro (WEIL¹¹, 1996, p. 347 apud BOSI, 2003, 175).

Tendo em vista o *ethos* de crianças e adolescentes em situação de rua, pode-se afirmar que este favoreceria a instalação de um desenraizamento humano na medida em que há um enfraquecimento de vivências que possibilitem a conexão do indivíduo com a percepção do lugar que veio ocupar no destino de sua família, com a tradição cultural que o precede e com a memória social de sua origem. Pode-se afirmar que o desenraizamento é a alienação do homem em relação ao destino de suas ações, ao destino de seus sonhos e desejos. Tal proposição pode ser mais bem compreendida a partir da seguinte perspectiva: a permanência desses sujeitos na situação de rua e no uso de substâncias psicoativas é uma resposta a que aspectos de sua história de vida?

A compreensão do *ethos* que permeia esses sujeitos aponta para uma equipe multiprofissional como a do Consultório de Rua, a necessidade de um posicionamento em sua posição em sua práxis atenta às influências da ordem social, política e cultural na vida de cada sujeito no contexto de inserção na rua.

Para traçar as primeiras linhas a partir das interrogações iniciais, é necessário situar aspectos importantes na trajetória de vida e condição existencial de muitos que fazem da rua o seu ambiente de vivência cotidiana.

Um primeiro passo nessa iniciativa é buscar compreender quem é a população que está em situação de rua fazendo uso de substâncias psicoativas. Não cabe aqui a distinção posta por alguns autores, entre moradores de rua e frequentadores da rua. O interesse nesse momento é compreender como os usos de substâncias psicoativas por uma população amplamente marcada por uma vivência na rua repercutem em implicações sociais e subjetivas relevantes em suas vidas. Enfoca-se, nesse momento, especialmente crianças e adolescentes em situação de rua pela peculiaridade das fraturas com os vínculos sociais e familiares, sendo assim, amplamente expostos a riscos sociais variados.

O Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras, uma iniciativa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, é importante fonte de dados para compreender os contextos vividos por esta população. Destaca-se a frase no plural, pois é necessário estar atento à diversidade de situações em que a população de rua pode estar inserida. Segundo NOTO et al, (2003), responsáveis pela pesquisa do último levantamento, 68,8 % dos entrevistados, apesar de passar boa parte do dia na rua, moram com a família. O restante do percentual, 31,2%, representa os indivíduos que não moram com a família e ficam na rua sozinhos

¹¹WEIL, S. A condição operária e outros estudos sobre a opressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996, p. 347.

ou em companhia dos “irmãos de rua”. Dentre as crianças e adolescentes que não moram com a família, foco do presente trabalho, constata-se como principal motivo para a situação de rua, as relações familiares ruins (conflitos, agressão). Neste mesmo escopo, foi verificado que 49,5% fazem uso de algum tipo de droga ilícita, sendo que os principais motivos atribuídos para o uso atual de substâncias psicoativas são: porque acham “legal, gostoso, divertido”, e para esquecer a tristeza. De acordo com Noto e outros (2003), caso se tome como parâmetro de uso, o último mês, verifica-se que as drogas mais utilizadas são: o cigarro (44,5%); bebidas alcoólicas (43%); solventes (28,7%); maconha (25,4%) e os derivados da coca¹² (12,6%).

Os dados apresentados pelo levantamento, além de contribuir para uma compreensão mais aproximada da circunstância de muitas crianças e adolescentes em situação de rua, permitem refletir até que ponto este fenômeno não é, para além das vicissitudes particulares de cada indivíduo e sistema familiar, sintoma social de uma sociedade marcada pela desigualdade social. Desse modo, além de identificar o fenômeno da situação de rua como efeito da conjunção de inúmeros fatores socioculturais, familiares e individuais, é possível localizar aqueles que mais se destacam. Conforme NOTO et al, (2003, p. 28), podem ser citados:

a pobreza, a inadequação geral da educação, o rápido processo de industrialização e urbanização, a falta de capacidade dos órgãos governamentais para lidar com a questão e, no que diz respeito às famílias, a falta de controle da natalidade, a multiplicação dos parceiros, a fragilidade dos vínculos e a tensão no ambiente familiar.

Para além de identificar esses fatores macrossociais e familiares, o presente trabalho busca inserir-se numa perspectiva que privilegie reflexões sobre elementos da particularidade da trajetória desses indivíduos, especialmente, aqueles que perderam o vínculo com a família de origem. Nesse sentido, Alves (1998) aponta como causa prioritária da saída de crianças e adolescentes de suas casas a miséria econômica e afetiva – efeitos de uma exclusão social que incide diretamente sobre classes populares urbanas dos grandes centros. Ainda que a saída de casa possa desempenhar para muitos a fuga de um ambiente hostil de agressividade excessiva e de até abuso físico ou sexual, “do ponto de vista emocional, a saída de casa pode representar o fracasso total do apego que um indivíduo tinha com as pessoas de sua família e desta para com ele” (HUTZ; KOLLER, 1997, p. 7). Ou seja, a ausência de cuidado oferecido por um adulto e a significação que esta atenção possui no desenvolvimento do indivíduo, proporciona uma constituição subjetiva muitas vezes marcada pela falta de proteção e pelo sentimento de rejeição. Falta a essas crianças e adolescentes, sobretudo, um espaço simbólico que permita reconhecê-los como singulares e, ao mesmo tempo, pertencentes a uma coletividade (FERREIRA, 2001). Tal perspectiva, na leitura em que o trabalho se propõe, é sinônimo de fraturas na constituição do *ethos* em seus registros coletivo e individual. Constatar isso, portanto, traduz-se em perceber como essa população está exposta a uma série de riscos, de ordem médica (doenças, desnutrição, etc.), social (ambientes violentos e de exposição à drogas) e de ordem psicológica (efeitos do abuso de drogas, negligência ou exploração). (HUTZ; KOLLER, 1997)

Fica patente que, apesar de a rua ser um local de risco para tal população, é também um local onde as crianças e adolescentes encontram algum tipo de compensação que as mantém na

¹²Cocaína, crack e merla.

condição existencial em que vivem. Portanto, é possível pensar sobre a manutenção dos modos de existência de tais pessoas, incluindo aí, as condições socioeconômicas, como uma tentativa de organização relacional com o mundo e com as pessoas ao seu redor. E mais, tal tentativa pode ter como substrato a busca de sentidos ou soluções para uma história de conflitos, frustrações e privações emocionais (SÁ, 2001). Perceber tais pessoas nesta perspectiva distancia uma concepção onde estas são tidas apenas como efeito de uma condição socioeconômica desfavorável. Nesse aspecto, é cabível vislumbrar em seus movimentos, uma busca de posição ativa frente a si mesmas e ao mundo. Mesmo que a permanência na rua esteja permeada pela ruptura precoce com a família, com a comunidade de origem e, muitas vezes, com as diversas instituições e programas de assistência, as sucessões de perdas possibilitam que se criem, no espaço da rua, relações substitutivas. Segundo Ferreira (2001, p. 35),

o bando passa a ter a função de proteção e controle; alguns considerados – conhecidos em instituições, viagens ou próximos de seus locais de maior permanência – donos de restaurante, pessoas caridosas, moradores complacentes – passam a ter certa função afetiva.

Isto posto, faz-se necessário um olhar diferenciado sobre o espaço no qual essa população se desdobra em seu dia-a-dia. Para isso, deve-se partir da concepção onde a rua é, para além de suas vicissitudes, um espaço público e, ao mesmo tempo, um espaço privado. Atividades como higiene pessoal, alimentação, a vida sexual e dormir, tidas como essencialmente privadas na sociedade moderna, são vividas cotidianamente pela população citada em meio à exposição e à falta de fronteiras da rua.

Lugar público por excelência, onde tudo (ou quase tudo) é permitido, a rua torna-se, a cada dia, na sociedade atual, espaço privado ou, pelo menos, lugar onde gestos da vida privada tornam-se visíveis aos olhos de todos, sob as árvores das praças, embaixo dos viadutos ou, escancaradamente, nas calçadas, diante de cinemas, lojas ou pontos de ônibus. (NERY; JACOBINA, 1999, p. 35)

Compreende-se, portanto, a apropriação da rua como expressão de aspectos subjetivos de cada indivíduo, onde muitos irão construir seus referenciais de identidade, de sobrevivência e de relação com o outro. Assim, noções de limite, de regras de conduta, de privacidade e acolhimento são constituídas em meio à fragmentação, transitoriedade, vulnerabilidade que definem os movimentos, os sons e o tempo da rua. A temporalidade põe-se aqui de modo paradoxal, posto que o tempo vivido na rua está fixado no presente, preso à fluidez dos acontecimentos, às urgências de sobrevivência. Na rua, o tempo não pára, não porque existe um futuro pela frente, mas porque há constante presença do imediato.

Esse é um retrato de um *ethos* de formação de indivíduos sobremaneira fragmentado para não fornecer as possibilidades adequadas para a vivência de um mundo onde o indivíduo possa reconhecer-se na expressão facial de seus cuidadores e nos elementos estéticos de configuração dos espaços, do tempo e dos objetos que o cerca. Cabe ressaltar a questão do espaço na medida em que se verifica, a partir de Winnicott, a importância do ser-humano ver-se representado nos objetos com que lida e nos espaços onde vive. Ou seja, trata-se daquilo que permite a todos

identificar-se e sentir como próprio, o ambiente onde se vive. Tal identificação/representação é um dos elementos que define o modo de inserção do indivíduo na história cultural e familiar que lhe precede. Viver em um ambiente onde a capacidade desse espelhamento no mundo está comprometida, como é o caso de muitas crianças e adolescentes que vivem em situação de rua, atesta quanto tal população pode estar desenraizada em relação a sua inserção e seu posicionamento no mundo, à história de sua cultura e família, bem como em relação a seu futuro.

Compreender a vivência dos meninos e meninas em situação de rua, a partir do vértice do *ethos* humano, é, sobretudo, reconhecer as consequências do contexto desta população. A falta dos cuidados essenciais das figuras parentais e a falta de um continente cultural e comunitário que abarque as necessidades de desenvolvimento em termos da vivência de um mundo tido como próprio, “leva a um tipo de sofrimento que, apesar de alcançar o registro psíquico, não tem sua origem no psíquico. São sofrimentos que acontecem em registro ontológico¹³”. (SAFRA, 2004, p. 26-27)

As condições de vivência na rua, onde a delimitação dos espaços públicos e privados é extremamente frágil, é um traço da fragmentação do *ethos* da população em situação de rua, na medida em que não se constituem as possibilidades de sentirem que possuem uma vida privada, única, singular. A hipótese aqui é que o uso de substâncias psicoativas pela população em situação de rua cumpre a função de possibilitar a vivência de um estado onde a fragmentação do *ethos* dê lugar às sensações que remetam a uma solidão essencial. Ou seja, um estado de dependência absoluta onde não há uma distinção entre eu e o não-eu, refere-se, portanto, às sensações promovidas pelos primeiros cuidados maternos que atendem satisfatoriamente às necessidades psíquicas e físicas do lactente. (SOUZA, 2003)

Tratar-se-ia, portanto, de uma espécie de reparação frente a uma história de exclusão social e desagregação familiar. Tal hipótese aproxima-se da afirmação encontrada no Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras, onde os autores descrevem uma das funções ocupadas pela droga na vida de crianças e adolescentes em situação de rua:

a alteração da percepção da realidade pode adquirir um caráter lúdico, com a vivência de momentos mágicos, sensações de poder e/ou euforia. Ao aliviar o enfrentamento da realidade, o uso de drogas também pode representar uma forma paradoxal de preservação mental (NOTO et al., 2003, p. 32).

Tais elementos clínicos possibilitam a partir desse ponto a proposição de referenciais para uma condução clínica por parte da equipe, que leve em consideração as particularidades de tal condição de vida e das funções desempenhadas pelos usos de substâncias psicoativas.

De acordo com Souza (2003, p. 5) em seu artigo “Aspectos Clínicos e Metapsicológicos dos usos das drogas”, as experiências proporcionadas pelos usos de substâncias psicoativas “podem ser melhor avaliadas quando aproximadas dos objetos líquidos e gasosos que se misturam fusionalmente com o sujeito”. Tal proposição sustenta-se pelo fato de que, ao fazer uso das drogas, as crianças e adolescentes em questão, estariam diminuindo as angústias relacionadas a

¹³Ou seja, sofrimentos que acontecem em um registro que concerne ao Ser a existência do sujeito no mundo.

suas condições existenciais, distanciando-se da realidade externa, e, assim, através das sensações de prazer e êxtase, estariam vivenciando uma experiência de solidão essencial.

No movimento compulsivo de experimentar tais sensações, pode-se vislumbrar uma tentativa de reparação frente a uma história de desenvolvimento caracterizado por falhas ambientais. Sendo assim, é neste ponto que se percebe uma expressão de esperança no uso de substâncias psicoativas por tal população, pois, o mesmo uso gerador de consequências danosas ao indivíduo proporciona uma experiência de solidão que remete a uma unidade frente a um contexto atual e história de fragmentação. Essa experiência de solidão, no uso das substâncias psicoativas, configura-se como um momento onde opera uma modulação que afasta de um ambiente perturbador e fragmentado, onde não existem espaços afetivos para a reclusão, para a reserva psíquica, para uma vivência que não seja ameaçada pelas intempéries do ambiente da rua.

Em consonância com a proposta de formação do *ethos* através das inscrições da *presença* coletiva e individual, Gilberto Safra (2004) adverte sobre a importância das noções do privado e do público ao longo do desenvolvimento infantil. Para além de uma questão meramente social de estar ou não em convívio com outros, o estabelecimento do público e do privado é um dos pontos mais importantes na trajetória do processo de singularização, onde se posiciona a possibilidade de constituição de um corpo próprio e num mundo compartilhado.

Alguns pacientes, sem poder criar o privado, buscam no isolamento uma saída para a angústia de sentir-se invadido pela presença constante dos outros em seu espaço íntimo. Frequentemente, essa solução defensiva traz outro tipo de angústia: o horror de jamais ser encontrado. (SAFRA, 2004, p. 152)

Esta compreensão pode ser deslocada para a condição existencial das crianças e adolescentes em situação de rua. Neste escopo, não só a trajetória de vida, mas também a vivência da fragmentação da rua contribuem para a constituição precária das noções do público e do privado. Falta no percurso de desenvolvimento dessa população um contingente afetivo e simbólico que possibilite a fundação desses dois modos de experiência. Isto pode ser expresso de modo especial nos nomes que cada um possui, visto não haver a enunciação dos sobrenomes, nem mesmo do nome próprio. Os apelidos usados na designação de suas pessoas não os imbricam a uma história familiar, a um desejo de continuidade de uma geração. Dessa forma, suas identidades são constituídas fora de um registro coletivo e imersas em um registro puramente transitório e fragmentado: seus apelidos são dados, geralmente, a partir de uma característica corporal ou devido a um acontecimento marcante.

A inserção precária dos cuidadores ou dos responsáveis na história de vida dessa população os exime de uma participação naquilo que é compartilhado por uma família ou uma comunidade, ou seja, os mitos, a tradição geracional e os conflitos característicos de uma família ao longo de sua história. Esses elementos fazem parte da configuração do lugar subjetivo que a criança pode ocupar na vida de seus cuidadores, sendo, portanto, extremamente relevantes na fundação do registro coletivo. Sem esse registro, resta um substrato deveras escasso para a constituição do domínio privado, por excelência, espaço da singularização do indivíduo a partir do domínio público. Desse modo, como a dimensão simbólica originária dos elementos citados anteriormente não faz presença na singularização do indivíduo, resta-lhe apenas o corpo como espaço de uma vivência privada e singular. Eis aí um lugar que o uso de drogas pode vir a ocupar.

Ao possibilitar sensações de entorpecimento e êxtase, a depender de qual substância for consumida, o uso de drogas por essa população possibilita uma experiência eminentemente corporal. A lacuna do registro coletivo impede que o uso dessas substâncias remeta a algum elemento simbólico de sua subjetividade. Nestas circunstâncias, o corpo é o único elemento próprio que o indivíduo possui diante de um uma história de vida e de um ambiente fragmentado como a rua. O consumo de droga funciona como dispositivo que garante vida a esse corpo. Em última instância, essa função desencadeia a possibilidade de sentir-se vivo no único registro que lhe é próprio – o corpo.

Tal constatação leva, por sua vez, ao paradoxo que o consumo de substâncias psicoativas imprime a essa população: ao mesmo tempo em que o uso compulsivo posiciona o indivíduo numa rota mais próxima da morte, é esse mesmo uso que o possibilita sentir-se vivo em algo exclusivamente seu (o corpo).

Tomando essas proposições como norte para reflexão, os problemas psicossociais relacionados ao uso de drogas da população em questão não se assentam apenas sobre o consumo das substâncias em si, mas pela falta de experiências (afetivas, culturais, lúdicas) de contato com o mundo que lhes dê a possibilidade de experienciar-se como sujeitos para além da ligação com as drogas. Esta perspectiva confere uma dimensão ao fenômeno indo além de uma mera hipótese psicológica. As questões provocadas por essa população pedem por um olhar que tenha em vista aspectos sociais e também aspectos de ordem ética em sua aceção como ethos – morada. Qual o âmbito simbólico disponível para essas pessoas que permita a produção de objetos e a execução de atividades para que elas possam ver-se representadas? Ou seja, que espaços-tempo tal população têm disponível para poder expressar-se para além do registro do consumo da droga?

A partir de tais questionamentos é possível criar reflexões e ações visando, sobretudo, a abrangência de experiências com o mundo e com o outro em sua materialidade e afetividade. Assim, um trabalho de equipe como o Consultório de Rua que se propõe atuar junto a essa população, deve proporcionar um ambiente onde se possa desdobrar sua existência através de materialidades que as possibilitem ver-se representadas; de brincadeiras onde possam sentir-se espontâneas e seguras; e de relações afetivas que inspirem segurança. Aqui, as experiências proporcionadas pela equipe podem exercer função relevante frente a um ambiente fragmentado.

O oferecimento de atividades lúdicas, onde tal população tenha um espaço promotor de um fazer-no-mundo diferenciado, é uma das possibilidades de intervenção. Na medida em que possam expressar suas angústias, alegrias, medos e desejos é oferecido outro modo de lidar com tais vivências. Atividades como o teatro, o trabalho com argila, a pintura e a música são formas de por em ação, por em palavras muito daquilo que só tinha vazão no entorpecimento da droga. Em razão dessas atividades serem veículos de representação de si mesmo, a produção de uma obra é uma oportunidade para ver-se de forma diferente, para refletir sobre novas formas de inserção no mundo, para despertar satisfação para além do seu próprio corpo com o uso de substâncias psicoativas.

O fazer artístico em um ambiente como este é a oportunidade de abrir caminhos de satisfação através da produção de objetos no mundo, e não por meio do consumo de objetos como a droga. Saber reconhecer estas oportunidades e realizar intervenções a partir delas é, portanto, um dos desafios do trabalho com esta população. A função da intervenção da equipe pode assentar-se em desenvolver as possibilidades para um fazer diferenciado, criando, assim, as bases para uma inserção no mundo para além do uso das drogas e da exclusão social.

Antes de ser um mal que deva ser extinto, o uso de substâncias psicoativas pode ser tomado como uma experiência que pede por ser desdobrada num caminho que tenha em vista a apropriação de si mesmo e do mundo com uma maior amplitude e pluralidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. B. **O brinquedo e as atividades de crianças em situação de rua.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

BOSI, E. **O tempo vivo da memória.** São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

FERREIRA, T. **Os meninos de rua: uma interpelação à psicanálise.** Belo Horizonte: FUMEC/Autêntica, 2001.

HUTZ, C. S.; KOLLER, S. H. **Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua.** Estudos em Psicologia (Natal). Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. V. 2, n. 1, 1997, p. 175-197.

NEISA-SILVA L., KOLLER, S. H. A rua como contexto de desenvolvimento. In: LORDELO, E. R.; CARVALHO, A. M.; KOLLER, S. H. (Orgs.). **Infância brasileira e contextos de desenvolvimento.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 205-230.

NERY FILHO, A.; JACOBINA, R. **Conversando sobre drogas.** Salvador: Edufba, 1999.

NOTO, A. R. et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras.** São Paulo: Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (UNIFESP); Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2003.

SÁ, A. **Delinquência infanto-juvenil como uma das formas de solução da privação emocional.** Psicologia Teoria e Prática. São Paulo, v. 3, n. 1, jan.-jun. 2001. p. 13-21.

SAFRA, G. **A face estética do self.** São Paulo: Idéias & Letras; São Paulo: Unimarco Editora, 2005.

_____. **A pó-ética na clínica contemporânea.** São Paulo: Idéias & Letras, 2004.

SOUZA, O. **Aspectos clínicos e metapsicológicos dos usos das drogas. Estados Gerais da Psicanálise.** Encontro Mundial, 2. Rio de Janeiro, p. 1-14, 2003. Disponível em: <http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5c_Souza_81071003_port.pdf>. Acesso em: 17 out. 2006.

VAISBERG, T.A. **A função social da psicologia clínica na contemporaneidade.** Psicologia: teoria e prática, São Paulo, v. 3, n. 1, jan.-jun. 2001, p. 93-99.

_____. **Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana.** Aparecida: Idéias e Letras, 2004.

_____. **Sofrimento humano e psicanálise contemporânea.** Estados Gerais da Psicanálise. Encontro Mundial, 2. Rio de Janeiro, 2003, p. 1-15. Disponível em: <http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5c_Vaisberg_132161003_port.pdf>. Acesso: 17 out. 2006.

O CONSULTÓRIO DE RUA INTERDISCIPLINAR: OLHARES AMPLIADOS

Patrícia Rachel de Aguiar Gonçalves
Diana Paim de Figueiredo Braitenbach

Resumo: O presente texto discute a interdisciplinaridade como referência de trabalho para a equipe do Consultório de Rua. Tece reflexões sobre esse dispositivo de atenção à população em situação de rua, caracterizando-a e partindo de algumas considerações sobre a história desse dispositivo. Também situa a rua, com alguns de seus aspectos, como locus de sua atuação. Retrata a formação de sua equipe e designa a população-alvo desse trabalho como um objeto complexo. Aponta a interdisciplinaridade enquanto eixo essencial para o diálogo entre as disciplinas que atuam no Consultório de Rua, para constante reflexão e construção de novos olhares em direção ao trabalho e à realidade tão complexa em que ele se faz.

A PARTIR DE UM PONTO DE VISTA

Um olhar lançado às ruas da cidade do Salvador, na passagem da década de 1980 para 1990, revela nuances e peculiaridades talvez inapreensíveis em uma leitura veloz. Naquele período, como em dias atuais, neste cenário destacava-se a presença de pessoas e de lugares, transeuntes e praças, inseridos através de seus costumes e em uma cultura. Mas este espaço foi também capturado como algo *sui generis*, ao ser observado em outra perspectiva, realçando uma cultura de rua marcada por signos, símbolos, hábitos e comunicações muito próprias, que ocorriam entre aqueles que ali estavam. Há um *modus vivendi*¹⁴ na rua e isso foi notado desde aquela época.

Esse olhar partiu de uma equipe multiprofissional, vinculada ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA), que foi até a Praça da Piedade, no centro de Salvador, levando consigo seus olhares. Dirigiu-os a tudo aquilo que se dava a ver, naquele espaço público, e com isso estava posta a experiência que foi nomeada de “Banco de Rua”¹⁵.

Os profissionais envolvidos nesse projeto traziam consigo a experiência do CETAD/UFBA, que já naquela época trabalhava, há 14 anos, com pessoas que tivessem alguma questão com o uso e/ou abuso de drogas. A experiência prévia nessa instituição determinou o foco de interesse do trabalho e também a tonalidade que seria impressa nele. O importante era olhar para crianças e adolescentes em situação de rua, expostos a riscos relacionados a essa condição, a partir de um novo ponto de vista. Aproximar-se dessa realidade possibilitou a essa equipe apropriar-se de um novo modo de ver aquilo que já era uma constatação: os grandes riscos aos quais essa população estava exposta.

Esses riscos, relacionados à integridade física e/ou psicológica dessas pessoas, ou ainda, em relação à contaminação por doenças infectocontagiosas, DST/AIDS, consumo e tráfico de drogas, delinquência e submissão à extrema violência física e moral, impunham-se e, ainda hoje, impõem-se como condições de significativa destituição da dignidade do ser humano. Portanto, a

¹⁴Uma espécie de arranjo temporário que possibilita a convivência entre elementos e grupos antagonicos e a restauração do equilíbrio afetado pelo conflito. O antagonismo é temporariamente regulado e desaparece como ação manifesta, embora possa permanecer latente. (LAKATOS, 1990, p. 317)

¹⁵Experiência coordenada pelo prof. Antônio Nery Filho, Gey Espinheira, Jane Montes, Margareth Leonelli e Nívea Chagas, realizada no período entre o ano de 1987 e 1989.

marca deixada por esse trabalho foi e tem sido, primeiramente, resgatar essa dignidade através dos olhos dos que o vêem.

Sair dos muros do CETAD/UFBA trouxe a marca da mudança de posição. Deslocar-se do lugar de quem olha para esse fenômeno, a partir das condições institucionais, para o lugar de quem olha de perto, *in loco*, de dentro do contexto sociocultural, constituiu a singularidade desse trabalho. Naquele momento, essa mudança resultou na instauração de numa nova perspectiva de trabalho, que se foi transmitindo para equipes seguintes como um eixo central para esse dispositivo, que se implantava em Salvador.

Nesse sentido, essa questão tão crucial para o trabalho passou a ser localizada no ponto de partida do olhar para essa problemática e no modo como uma equipe poderia debruçar-se sobre ela para, então, desenvolver suas intervenções. E logo surgiu mais uma constatação: as inúmeras variáveis, ora constituindo obstáculos, ora como vias facilitadoras da aproximação com essas crianças e adolescentes.

A rua, entendida como espaço público, é o lugar onde as pessoas exercem seu direito de ir e vir, livre e plenamente. Mas ao longo do tempo passou a agregar também outras significações, principalmente, em sentido metafórico. Uma delas, e que nos interessa aqui, é a significação de um lugar marcado por condições muito específicas, que vão indicar características para os que se apropriam de maneira adversa desse espaço, ocupando-o de forma a contrapor-se aos ideais de civilidade pregados por nossa sociedade. Verifica-se, então, nos dias mais atuais a chamada “população em situação de rua” que, segundo a Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua, “encerra em si o trinômio exprimido pelo termo exclusão: expulsão, desenraizamento e privação” (BRASIL, 2008, p. 3). A rua passa a ser entendida como uma expressão que designa esse trinômio e, com isso, também é possível observar que uma das formas de apropriação desse espaço é pela via da exclusão da possibilidade de acolhimento em outros espaços. Para muitos, torna-se a única opção possível de lugar para se viver. E como exemplo de apropriação desse espaço Espinheira (2008, p. 14-15) retrata:

[...] sem falar também na incivilidade, como uma alternativa, que muitos jovens assumem para o enfrentamento social de seus conflitos e manifestação de suas frustrações; e, por último, o sentimento de ser periférico, descentralizado, afastado das possibilidades de participação na sociedade da superabundância e do prazer, posto em situação de inferioridade, cuja tradução mais expressa está em ser periferia.

E, diante dessa realidade, um conjunto de estratégias foi pensado para que se pudesse realizar de algum modo esse trabalho e, desde então, o dispositivo de atenção, que ganhou o nome de Consultório de Rua, vem sendo desenvolvido por uma equipe multiprofissional. Essa equipe busca realizar suas intervenções dentro da referência interdisciplinar, cuja proposta vem favorecendo resultados mais efetivos diante de uma realidade tão complexa.

INTERDISCIPLINARIDADE: (ENTRE) OLHARES

Alguns autores como Almeida Filho (1997) e Vasconcelos (2002) discutem a questão da interdisciplinaridade como possibilidade de interação em equipes de trabalho que tem como alvo de intervenção objetos complexos. Nesse sentido, as características presentes na população de

crianças, adolescentes e jovens usuários de substâncias psicoativas que estão em situação de risco e vulnerabilidade social e pessoal, são determinantes para que se possa defini-la como objeto complexo. E para elucidar esse termo, Almeida Filho (1997, 1997, p. 7-8) descreve-o como:

[...] aquele que pode ser apreendido em múltiplos níveis de existência, dado que opera em distintos níveis da realidade. [...] É multifacetado, alvo de diversas miradas, fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares da ciência [...] e para designá-lo apropriadamente é necessário o recurso à polissemia resultante do cruzamento de distintos discursos disciplinares. [...] É sintético, não-linear, múltiplo, plural e emergente.

Para Oliveira (2008), a complexidade do objeto de trabalho foi determinante para o funcionamento da equipe do Consultório de Rua dentro da perspectiva da interdisciplinaridade. Diante da peculiaridade desse objeto complexo específico, como exposto acima, uma atuação profissional consistente diante dele deve, necessariamente, fazer emergir suas intervenções a partir de um contexto de diversos saberes. As diretrizes desse trabalho, na inspiração interdisciplinar, denotam tanto ações e reflexões de cada saber específico, quanto práticas e construções resultantes do diálogo entre esses distintos saberes.

Nessa perspectiva, o Consultório de Rua está distante de uma imposição técnica à população que pretende atender. Está ligado a uma inter-relação, cujos resultados serão construídos dia a dia, pelas partes envolvidas no processo, o que resguarda o respeito à liberdade do outro e, portanto, o caráter ético das intervenções.

É importante resgatar nessa discussão o caminho pelo qual o Consultório de Rua constitui-se como dispositivo, e de que maneira ocorre o desenvolvimento do seu trabalho. Este vem sendo pensado como um conjunto de abordagens realizadas por uma equipe de profissionais que pertencem a diversas áreas do conhecimento, o que confere a essa equipe característica multiprofissional. Em seu início, a equipe dispunha de um médico psiquiatra, um estudante do curso de medicina, um antropólogo, um psicólogo e um motorista. Ao longo do tempo, essa composição foi modificada, mas sem perder seu caráter multiprofissional.

Na sua mais recente atuação, a equipe esteve formada por um médico generalista, um assistente social, um psicólogo, um pedagogo ou educador social, redutores de danos, um motorista e também estagiários das áreas atuantes na equipe. Essa constituição multidisciplinar favoreceu, desde sempre, que o objeto de intervenção pudesse ser olhado pelas mais diferentes perspectivas, mas não foi a única garantia de que os vários olhares estivessem realmente atentos para a complexidade do fenômeno, nem tampouco que as intervenções do Consultório de Rua fossem construídas e aplicadas, isso porque a multidisciplinaridade, como define Almeida Filho (1997, 1997, p. 8), é uma “justaposição de disciplinas em um único nível, estando ausente uma cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares”. E o Consultório de Rua sempre esteve radicalmente distante disso. Esteve a todo tempo permeado exatamente pela cooperação sistemática entre os campos disciplinares. Foi, portanto, a partir da ideia de atuação interdisciplinar que o Consultório de Rua encontrou base para fazer funcionar a aproximação necessária para suas intervenções.

A análise de determinada temática sob a lente de um único saber reduz a complexidade do objeto ao que pode ser abordado pelas regras do discurso de apenas um campo de conhecimento

que se pressupõe central ou a partir de um paradigma exclusivo. Assim, Vasconcelos (2002, p. 101) expõe a necessidade de fazer intervir outra lógica ao introduzir as relações interparadigmáticas:

[...] a hipótese de que os conceitos de complexidade e de práticas interdisciplinares e interparadigmáticas com todas as suas implicações epistemológicas, teóricas e práticas, são imprescindíveis e constituem parte integrante e fundamental da agenda emancipatória nas sociedades de capitalismo avançado e no ambiente da pós-modernidade.

O conceito de interdisciplinaridade, tema sobre o qual longas reflexões têm sido tecidas, surgiu então como uma busca por novas maneiras de dialogar e interagir entre os distintos campos do saber. Nessa proposta, a cooperação entre as disciplinas promoveria uma troca real entre elas, e essa reciprocidade é a chave que vai mediar as mudanças em cada área específica. Nessa relação interdisciplinar, cada parte envolvida, ao entrar em contato com outros saberes (e conseqüentemente com pressupostos outros), encontra possibilidade para aprofundar e questionar seu próprio conhecimento, caminho essencial em todo processo de desconstrução e renovação. O campo interdisciplinar propicia essa forma de interação entre as disciplinas e aponta na direção de uma alteridade, criando este colóquio mais rico e dinâmico.

É importante ressaltar, diante desse projeto interdisciplinar, o cuidado em resguardar o espaço para cada saber. Cada disciplina lança um olhar particular aos fenômenos, em função da singularidade de seu próprio campo, que lhe confere uma percepção/concepção específica. Como enfatiza DEMO (1997, p. 86),

[...] não escapamos de ser especialistas, em nome do conhecimento aprofundado, analiticamente capaz, mas precisamos de especialistas que componham grupos diversificados, ou seja, que saibam dialogar com companheiros especialistas.

Em suas palavras, a interdisciplinaridade surge como uma arte do aprofundar, preservando o particular e o complexo. Ele aponta ainda:

[...] seja como for, a interdisciplinaridade parte, como regra, da análise especializada. Quer dizer, seu habitat, pelo menos por enquanto, é a verticalização. Ao criticá-la hoje não pretende em absoluto abandoná-la, mas enriquecê-la com o aporte horizontalizado. Este, entretanto, carece ir na direção verticalizada. Assim, não se trata jamais de tornar superficial a análise científica, borboleteando ao léu e metendo-se a entender de tudo, mas de garantir que a visão complexa seja ela também suficientemente profunda, para ser considerada científica. (DEMO, 1997.p. 88)

Dentro dessa perspectiva, o Consultório de Rua fez funcionar seu trabalho a partir da interação entre os olhares das disciplinas, o que favoreceu, no campo de atuação profissional, a construção de saberes voltados para o melhor atendimento à clientela, mas também abriu possibilidades outras para perceber o fenômeno em questão. A interdisciplinaridade foi sendo afirmada no trabalho ao longo da própria experiência do Consultório de Rua e, para Oliveira (2008, p. 68), ocorreu da seguinte forma:

[...] a interdisciplinaridade se colocava quase que como uma imposição, na medida em que a população ia colocando nos técnicos da equipe demandas de todas as ordens, convocando os profissionais a atuarem nas interfaces dos vários campos disciplinares que caracterizavam a equipe.

Nesse sentido, a autora enfatiza toda discussão que vem sendo realizada nesse artigo acerca das diversas facetas da população-alvo de intervenção do Consultório de Rua, e com isso poder melhor compreender suas intervenções e também sua lógica.

QUANDO OS OLHARES SE AMPLIAM

A discussão sobre interdisciplinaridade e o projeto do Consultório de Rua, como todo debate dentro do campo do conhecimento, constitui tema sempre aberto a novas contribuições. A experiência cotidiana do Consultório de Rua e o constante debruçar sobre seus fundamentos, conceitos e diretrizes proporcionam recíproca influência entre essas diferentes formas de abordagem. Influência que não se pretende nem se consolida como interação complementar, já que este processo não se esgota.

Essa pressuposição encontra-se afinada com a abordagem interdisciplinar aqui discutida. Ao trazer o debate entre disciplinas como eixo essencial na proposta e, na atuação do Consultório de Rua, não se configura um cenário onde supostamente as divergências entre as disciplinas serão eliminadas, gestando um ambiente homogêneo. Trata-se, na verdade, de um percurso bastante diverso. Neste, a característica central é a idéia de conhecimento como terreno marcado por lacunas, conferindo-lhe caráter sempre incompleto. O diálogo entre os saberes encontra-se aí como possibilidade de aprofundamento, troca, enriquecimento, justamente (e somente) em função da existência da diferença entre estes mesmos campos. Essas diferenças, limites, são a tradução do permanente questionar humano. A interdisciplinaridade apresenta-se, assim, como solo onde relações criativas possam manter o saber em constante transformação.

A rua, os sujeitos, suas vias, suas histórias, estes “conjuntos habitacionais itinerantes” compõem um cenário além da paisagem no qual o Consultório de Rua atua ao percebê-lo a partir de um novo espectro. Situa essa rua como outro espaço, ao vislumbrar, aí, também lugar de escuta e fala. Oferta, nesses recortes das cidades, quadras e avenidas, degraus e calçadas, nos bancos e nas esquinas, um campo de intervenção e, com isso, a possibilidade de construção de outros olhares para esse *locus* que traz consigo toda riqueza de um modo de vida bem marcado por sua multiplicidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Transdisciplinaridade e saúde coletiva**. 1997. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/transdisciplinaridade_e_saude_coletiva.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2010.

BRAITENBACH, Diana Paim de Figueiredo. **Interdisciplinaridade**: reflexões sobre o atual campo da Saúde Mental no Brasil. 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado em Ensino, Filosofia e História das Ciências) – Universidade Federal da Bahia, Salvador.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política nacional de inclusão social da população em situação de rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/2297.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2010.

DEMO, Pedro. **Conhecimento moderno sobre ética e intervenção do conhecimento**. 4.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2001.

ESPINHEIRA, Gey. Prelúdio por uma ciência social engajada. Uma prática de intervenção: conhecimento de causa e a causa do conhecimento. In: ESPINHEIRA, Gey (Org.). **Sociedade do medo**: teoria e método da análise sociológica em bairros populares de Salvador: juventude, pobreza e violência. Parte 1. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 13-27.

LAKATOS, Eva Maria. Apêndice – Glossário. In: LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Sociologia Geral**. 6.ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1990, p. 305-323.

OLIVEIRA. Mirian Gracie Plena Nunes de. **Consultório de rua**: um relato de experiência. 2009. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador.

VASCONCELOS. Eduardo Mourão. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar – epistemologia e metodologia operativa**. 2.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.

REDUÇÃO DE DANOS: UMA ESTRATÉGIA CONSTRUÍDA PARA ALÉM DOS MUROS INSTITUCIONAIS

Amanda Marques dos Santos
Luana Malheiro

Resumo: A Redução de Danos tem se mostrado como uma estratégia eficaz para o atendimento das demandas biopsicossociais das pessoas que usam drogas. Para tanto, o presente artigo pretende demonstrar aspectos relacionados ao surgimento da prática de Redução de Danos, e refletir sobre a importância desta prática para a abordagem a pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social, na perspectiva da clínica ampliada. Demonstra-se que este novo olhar acerca do fenômeno da drogadição que a Redução de Danos promove, requer um diálogo entre o saber especializado do profissional de saúde e o saber prático do sujeito que usa drogas, fatores que devem ser levados em consideração no trabalho de campo em Redução de Danos.

CONSTRUINDO UM LUGAR E UM CONCEITO PARA A REDUÇÃO DE DANOS (RD)¹⁶

O modelo de Redução de Danos nasceu na década de 1980 na Holanda e no Reino Unido. Existe um consenso na literatura sobre Redução de Danos, cujo impulsionador da criação desta estratégia foi a constatação do fracasso das terapias tradicionais, pautadas na abstinência e a crescente propagação de Hepatites Virais e HIV. A Holanda e o Reino Unido constituíam-se um cenário ideal para o surgimento de um modelo como o de RD, pois, os serviços de saúde já atuavam de forma pragmática e humanista, ao incluir em seu sistema assistencial a prescrição médica de heroína para dependentes da droga (em Liverpool), algo como hoje entendemos por sala de usos seguros, que existem em países da Europa. (FERNANDES; RIBEIRO, 2002)

Na Holanda, a implantação de programas de RD estabeleceu-se através do movimento dos próprios usuários de drogas e, depois, apoiados pelo governo. A estratégia da distribuição de seringas, que se tornou muito popular nestes programas, surgiu a partir da demanda levantada por um segmento de usuários organizados, denominado *Junkiebond*. A iniciativa dos usuários de drogas veio denunciar um descaso à saúde dessas pessoas, visto que não havia nenhum tipo de medida preventiva à contaminação de doenças transmitidas pelo compartilhamento de seringas, e as intervenções ocorridas até aquele momento consistiam na repreensão aos usuários, não atendendo suas necessidades, mas marginalizando-os. (FERNANDES; RIBEIRO, 2002)

No Brasil, em 1989, no município de Santos (SP), cidade brasileira com a maior taxa de infectados pelo vírus da AIDS, com provável origem pelo uso de droga injetável, houve a primeira tentativa de fazer troca de seringas, contudo, uma intervenção judicial interrompeu a ação interpretada como incentivo ao uso de drogas. Logo após o ocorrido, diversas ações foram encampadas, inclusive com o apoio e a participação de universidades, associação de usuário de drogas, organizações governamentais e não governamentais de todo mundo, visando a realizar ações de RD frente ao crescente consumo de drogas e disseminação do vírus HIV. (BRASIL, 2001; MESQUITA, 2001)

Vale registrar a ação histórica do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA), primeiro Programa de Redução de Danos a

¹⁶No presente artigo, a expressão “Redução de Danos” será utilizada sob a sigla RD.

trocar seringas no Brasil, em 1995.

A Redução de Danos, atualmente, prevista pela Lei 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, é descrita pela Organização Mundial de Saúde como estratégia de saúde que visa prevenir ou reduzir às consequências negativas associadas a certos comportamentos e, ainda, pelo Ministério da Saúde, como ações para a prevenção das consequências danosas à saúde, decorrentes do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo, sendo que o princípio fundamental que a orienta é o respeito à liberdade de escolha, vez que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas.

A partir da mudança na lei, que ocorre em 2006, a estratégia de Redução de Danos passa a inserir-se nos espaços institucionais através das políticas centrais de saúde do SUS, como a Política Nacional da Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Mental e a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas. Está prevista também na Política Nacional sobre Drogas, realinhada em 2004.

A RD pode ser entendida como um dispositivo da Reforma Psiquiátrica, na medida em que traz novos desafios à clínica e implementa novas tecnologias de cuidado, levando os compromissos e diretrizes da Reforma para pessoas que usam substâncias psicoativas (SPA). O princípio da clínica ampliada, como diretriz principal das estratégias de redução de danos, aproxima a Reforma Psiquiátrica do campo da drogadição, fazendo emergir deste processo novos sujeitos de direito: pessoas que fazem uso abusivo de drogas e que são marginalizadas pelo histórico de uma política repressiva.

Sendo assim, compreende-se como RD toda ação que procura minimizar os possíveis danos que o consumo de uma substância pode causar à saúde (entendendo a saúde no seu sentido biopsicossocial) da pessoa que usa SPA, visando à promoção da saúde, cidadania e direitos humanos. Entende-se que muitos destes danos não são advindos do consumo de drogas, unicamente, estando, também, relacionados à estigmatização do consumidor de drogas.

A injustiça social, desagregação familiar, o isolamento, o racismo, a marginalização, a pobreza e a violência, entre outros, são fatores que contribuem para o processo de estigmatização do indivíduo, afetando sua autonomia, bem como suas capacidades para diminuir os danos e adotar comportamentos mais saudáveis. Um dos focos da RD é, portanto, a atuação para além do consumo de drogas nos territórios onde se fortalecem estes estigmas.

A RD COMO ESTRATÉGIA FUNDAMENTAL NO DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA JUNTO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS (SPAs)

A RD entende saúde, em seu sentido mais amplo, como saúde integral do ser humano que, para esse fim, a autonomia é indispensável. Os dispositivos de saúde orientados para RD devem aceitar diversos contratos, levando em consideração a necessidade real do indivíduo, fugindo, dessa forma, da lógica da abstinência e da internação. A pessoa que faz uso de SPA, na perspectiva da RD, é visto como ser ativo, capaz e útil para seus pares e para a sociedade como um todo (protagonista), e não relegado a um papel passivo menor como no passado. É um cidadão de direitos, e não deve perder seus direitos por fazer uso de SPAs ilícitas.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas

busca atender aos pressupostos do Sistema Único de Saúde, a saber: universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2003). Também está em consonância com os princípios da política de saúde mental expressos na Lei Federal 10.216, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, pois propõe alternativas ao tratamento pautado no confinamento e na abstinência, típicos da proposta manicomial. Desta forma, as atividades que contemplam a RD como pilar para cuidado dos usuários de drogas são pertinentes não só aos serviços substitutivos ao manicômio como também na perspectiva da clínica ampliada.

Nesse sentido, o trabalho de campo junto à clientela usuária de álcool e outras drogas fora dos muros institucionais, na perspectiva da RD, possibilita a construção de estratégias que tenham como ponto de partida o saber do usuário de SPA. O trabalho dos redutores de danos (profissionais da saúde que desempenham sua prática profissional norteadas pela RD) deve buscar valorizar o saber da população com a qual trabalham – os usuários –, para o planejamento e as ações de intervenção, buscando discussão coletiva e não restrita ao campo das disciplinas e experts.

Para isso, os profissionais de saúde que trabalham norteados pela lógica da RD têm como princípio a desconstrução do lugar do seu saber especializado, para o entendimento da ecologia social em que o consumo de drogas está inserido. Ir a campo é, em primeira e última instância, estar disposto a estabelecer uma relação dialógica com o usuário de modo a valorizar seu estoque de conhecimento.

As intervenções em RD devem produzir efeito Paidéia (Campos, 2006), ou seja, devem possibilitar a construção de sujeitos cogestores (cogestão definida como compartilhamento de poder) de saúde, tendo como pano de fundo seu horizonte de experiências vividas na comunidade, retirando, assim, o lugar da reflexão sobre estratégias de produção de saúde de gestores institucionais que, por vezes, desconhece a realidade dos usuários, para a emergência de novos sujeitos atuantes e implicados neste processo. Seria uma educação para a vida, tendo como escola a própria vida, mediante a construção de modalidades de cogestão (Campos, 2006), que permitam aos sujeitos participarem do comando de processos de trabalho, de educação, de intervenção comunitária e, até mesmo, do cuidado de sua saúde e de seus pares.

UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência de participar do Projeto Comunidade oportunizou, dentre outras, vivenciar a utilização da RD como possibilidade de estratégia para o cuidado à saúde de pessoas que possuem em comum o fato de consumirem SPA. O projeto foi desenvolvido pelo antigo Programa de Redução de Danos do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (PRD/CETAD) na cidade de Salvador, em três bairros da periferia (chamado de áreas), caracterizadas pelo alto índice de consumo e comércio de SPA ilícitas.

As intervenções semanais foram feitas entre os anos de 2003-2005, por uma equipe multiprofissional composta por uma enfermeira, duas estagiárias de enfermagem, duas estagiárias de medicina, seis redutores de danos moradores da comunidade e um motorista.

As atividades do “Comunidade” eram semanais, sendo que a equipe se encontrava em cada área de intervenção, uma vez na semana, já que o Redutor de Danos, que geralmente era morador

da comunidade, estava diariamente, em horário comercial, realizando atividades de assistência ao público alvo do projeto.

Para a execução das atividades do Projeto Comunidade foi necessário, previamente, abertura do campo/área, trabalho geralmente realizado pela equipe em parceria com o redutor de danos. Este é conhecedor de toda localidade, possui boa relação com a comunidade e responsabiliza-se pelo início da tessitura da rede junto às escolas, associação de moradores, líderes comunitários, dentre outras instituições, futuras parceiras.

Dentre as ações diárias do Projeto, eram propostas realizações de sessão relâmpago sobre temas relacionados ao cuidado com a saúde, visitas domiciliares, troca de seringas em razão do uso de anabolizantes, oficinas abordando temáticas para promoção da saúde, distribuição de preservativos, encaminhamentos para serviços de saúde e para retirada de documentos. Todas as atividades desenvolvidas eram registradas nos diários de campo, registros feitos pelos membros da equipe sobre as percepções individuais acerca do que foi vivenciado no campo. Esses registros, além de subsidiar os relatórios mensais do projeto, balizavam suas práticas cotidianas.

Em relação às atividades implementadas e a percepção da aplicação da estratégia da RD entre o público alvo, chamava atenção associação feita pelas pessoas atendidas entre o projeto e a possibilidade de cuidar da própria saúde. Rotineiramente, amigos de pessoas atendidas pelo projeto, que eram usuários de drogas, mas não conheciam o trabalho, eram levadas para serem “atendidos”.

Havia relatos de adoção de práticas mais seguras para o consumo da droga, como a busca de cachimbo para utilização do crack, ao invés de latas de alumínio, e a substituição de uma droga por outra, como a troca do crack pela maconha em alguns horários do dia.

Outras ações diziam respeito à aquisição de preservativos seguida da busca de orientação sobre seu uso correto, principalmente, o preservativo feminino, entre as mulheres que admitiam a prática de trocar sexo por droga, bem como consumir drogas durante a realização de suas atividades profissionais, uma vez que eram profissionais do sexo.

Dois anos de atuação do Projeto Comunidade deixou clara a possibilidade de propor ações de cuidado para a saúde que dialogassem com o público alvo das ações pensadas. A construção das intervenções tendo a participação de seus principais sujeitos, além de aproximar-se das suas reais necessidades, serviu para a construção e o fortalecimento do vínculo entre a equipe da Comunidade e os moradores das áreas trabalhadas, e serviu, ainda, como elemento crucial para desenvolvimento dos trabalhos.

O CONSULTÓRIO DE RUA E A RD

O Projeto Consultório de Rua, tecnologia que visa atender crianças e adolescentes com vulnerabilidade social e em situação de rua, adota a RD como uma das estratégias de intervenção enriquecida pelo cruzamento de olhares oriundos de sua constituição multidisciplinar longe dos muros institucionais.

A complexidade do acesso às ruas, oferecer-se como possibilidade de interação e, algumas vezes, concorrer com as drogas, exigem estratégias de intervenção comunitária que, minimamente, dialogue com os principais atores da intervenção, em campo. Nessa perspectiva, a RD como tática

de trabalho juntou-se à população usuária de droga e já se configurou como a mais potente forma de aproximação e acesso.

Assim, a prática de RD no Projeto Consultório de Rua implica em assumir o compromisso de esforçar-se para atender a singularidade de cada indivíduo, respeitar suas escolhas e, principalmente, tentar inovar frente aos grandes desafios que o trabalho com álcool e outras drogas impõem diariamente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redução de danos**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 2 mar. 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, mar. 2003, p. 21.

_____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17-20.

_____. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2006.

FERNANDES, L; RIBEIRO, C, **Redução de riscos, estilo de vida junkie e controlo social**. Revista Sociologia, Problemas e Práticas, n. 39, 2002, p. 57-68.

MESQUITA, F. **Perspectivas das estratégias de redução de danos no Brasil**. In: MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. (Orgs.). Drogas e AIDS: estratégia de redução de Danos. São Paulo: IEPAS, 2001. 215p.

A REDE DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE SPA EM CONTEXTO DE RUA

Andréa Leite Ribeiro Valério
Ana Claudia Caldas de Menezes

Resumo: Reconhecer o território e suas redes sociais é importante para se pensar em estratégia de tratamento para usuários de substâncias psicoativas (SPAs), em situação de rua. Tais estratégias devem ser baseadas na transformação do conteúdo das práticas sociais tradicionais na saúde, bem como suas articulações sociais e/ou nos grupos específicos, em favor do sujeito. Nesse sentido, o presente texto tem por objetivo discutir a necessidade e a importância da articulação da rede formal e informal, para o desenvolvimento do suporte social da população atendida pela equipe do projeto Consultório de Rua (CR). O público alvo do projeto apresenta uma rede interna, relacional e social fragilizada e, para a grande maioria destes, o que existe é um rompimento dos vínculos sociais, sem qualquer possibilidade de articulação, necessitando, assim, da mediação de terceiros, tal qual a dos profissionais do CR.

A VIDA EM REDE

Inicialmente, é necessário sinalizar que se desenvolver em rede faz parte da vida em sociedade, sendo a primeira a que o indivíduo faz parte, a de convívio familiar, que se deve trazer a base de valores, de educação, de princípios, além de apresentar-se à sociedade, ampliando as conexões. Logo, “funcionar em rede, é da natureza humana”. (TURCK, 2010, p. 16)

Ao tratar de questões relacionadas à área da saúde e da assistência social é necessário estimular e implantar o trabalho de articulação em rede não apenas entre instituições, mas, principalmente, a rede entre profissionais e técnicos da mesma organização, precedendo, assim, qualquer atividade dessa natureza.

Articular a rede de atenção pressupõe disponibilidade para reconhecer os limites internos individuais, profissionais e, principalmente, o institucional, para que se possa recorrer a uma ação extramuros e um melhor atendimento às necessidades do público assistido.

O trabalho desenvolvido pela equipe do Projeto CR é, por natureza, de articulação, ocorrendo entre meninos e meninas em situação de rua e os profissionais do projeto, as instituições, as políticas públicas, seus familiares e, sobretudo, a rua, local em que estão inseridos.

Várias são as causas que levam crianças, adolescentes e adultos à situação de moradia fora de casa. O desemprego, a exclusão social e a desestruturação familiar, associada ao uso de álcool, são os principais aspectos motivadores desse processo. Os meninos de rua estão, em geral, fugindo da violência de suas famílias e da precariedade da situação em que vivem, acreditando que a rua é um lugar mais seguro para morar (OLIVEIRA, 2005). Já as mães e os pais, sem perspectivas futuras, carência de oportunidade de emprego e de possibilidades de modificar sua realidade, por vezes, agridem de diversas formas os filhos e as(os) companheiras(os).

Entretanto, não obstante a realidade vivenciada nos lares, a sobrevivência na rua impõem a adoção de regras e de condutas que, em geral, estão relacionadas à promiscuidade, com exposição a situações de toda ordem, principalmente, aquelas geradas pela prática de sexo desprotegido e do uso de diversas substâncias psicoativas, sendo percebido nessa relação pouco apoio institucional, tanto quanto as políticas públicas e sociais.

A IMPORTÂNCIA DE TRABALHAR A REDE: POPULAÇÃO DE RUA, DESAGREGAÇÃO E USO DE DROGAS

A pobreza contribui para a violência, não que o pobre seja mau, mas é embrutecido pelo não ter. (ESPINHEIRA, 2004. p. 26)

Sem explicitar a metodologia da pesquisa, a Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de Salvador tornou público que 4.912 pessoas encontravam-se em situação de rua na capital baiana em 2007. A lenta, porém importante modernização da cidade de Salvador e sua transformação socioeconômica, trouxe para poucos o acesso a bens e serviços, bem como a possibilidade de inserção no mercado de trabalho por meio das indústrias, do terceiro setor e dos postos de trabalho. No entanto, o crescimento econômico não representou desenvolvimento da sociedade.

Tal como o desemprego, problemas habitacionais e de saúde, dentre outros, agravava a situação de pobreza nas grandes metrópoles, resultando em paulatino crescimento da população em situação de rua, como reflexo do processo de inclusão-exclusão socioeconômica. Nesse sentido, é possível compreender, a partir da perspectiva da construção do sujeito social, de que maneira a exclusão leva à elaboração de mecanismos para a manutenção de vida e de satisfação do desejo de consumo dos sujeitos, onde as Substâncias Psicoativas (SPAs)¹⁷ apresentam-se como mecanismo de fazer-se existir na sociedade; de lidar com seus conflitos subjetivos e com as mazelas da vida nas ruas; como forma de defesa e de sobrevivência, sendo evidenciadas na relação com o tráfico e na violência. Sobretudo, vale sinalizar que,

A pobreza não tem como consequência direta a violência. A construção da desumanização da pessoa coloca como diferente o outro (diferente dos parâmetros da sociedade), que deve ser execrado, cria-se um estado de separação social. Estigmatiza-se a pessoa, ela deixa de ter direito à proteção do estado. (SANTOS; GOMES, 2008, p. 101)

O cenário atual dos grandes centros urbanos revela a problemática da exclusão social, com grande concentração de renda nas mãos de uns poucos e a submissão da maioria da população à marginalização e à exclusão, fator que contribui para o aumento da condição de pobreza e de miséria.

Em Salvador, a realidade não difere das grandes cidades do país. Aqui, destaca-se a situação em que vive a população de rua, ausente das políticas públicas que visem a superação ou minimização de sua condição: uma população pobre e indigente que ocupa as ruas, praças, viadutos, prédios abandonados, e que encontram apoio em abrigos públicos com ações pontuais, assistencialistas e fragmentadas.

Mostrando para exemplo, segundo dados do IBGE, de 2004, Salvador é a terceira cidade mais populosa do Brasil, com pouco mais de 2,6 milhões de habitantes. Sua região metropolitana é a sétima mais populosa do país, com quase 3,3 milhões de habitantes (ALMEIDA, 2006). Mesmo sendo um dos principais pólos econômicos do país e a mais importante economia do Nordeste, Salvador, conforme a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua¹⁸, realizado pelo

¹⁷ Substâncias psicoativas é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem propriedade de atuar sobre um ou mais sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. (BRASIL, 2008)

¹⁸ Dados disponíveis no formato PDF no site: <<http://www.mds.gov.br/noticias/institucional/secretarias/secretaria-de-avaliacao-e-gestao-da-informacao-sagi/arquivo-sagi/pesquisas>>. Acesso em: 1 jul. 2009.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), tem 3.289 pessoas morando na rua, sendo a segunda capital no seguimento (o estudo foi realizado entre agosto de 2007 e março de 2008).

Problemas de saúde, tais como tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), assim como questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, fazem parte do cotidiano dessas pessoas que vivem nas ruas.

Dados da Secretaria de Desenvolvimento Social de Salvador (SEDES) revelam que mais de 200 pessoas são acolhidas por noite na Casa de Pernoite e no Albergue Noturno pelo Programa de Resgate da Cidadania da População de Rua. A população de rua é permanentemente exposta à brutalidade de um modo de vida em que predominam miséria, pobreza e violência, expressas nas mais variadas situações. A luta diária pela sobrevivência contribui para a gradativa deterioração da idéia de tempo futuro, a fuga do passado familiar, o desconhecimento de como será o amanhã, o enfraquecer da confiança em si mesmo e a perda da esperança na vida.

É fato comum encontrar nas ruas de Salvador e região metropolitana, nos cruzamentos de grandes avenidas e na agitada vida noturna, como nos bairros do Rio Vermelho e da Barra, crianças e adolescentes esmolando, vendendo doces, flores e pequenos serviços tais como limpeza de vidros de veículos e até mesmo fazendo números de malabarismo, como apelo à comiseração popular. Conforme apontam Santos e Gomes (2008, p. 101), “os jovens são as principais vítimas de um ambiente social adverso, exposto a situações de vulnerabilidade social e violência”.

Tais considerações apontam para a necessidade do desenvolvimento de articulação [entre pessoas e] entre instituições, visando favorecer a reinserção social e familiar das pessoas em situação de rua, em especial, crianças e adolescentes.

NA TEIA DA REDE: DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

As redes constituem os territórios e devem ser pensados como correntes elétricas que são ativadas e desativadas a partir das necessidades do usuário. Essas redes são caracterizadas por movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias, universidades, e são fundamentais para a elaboração de planos estratégicos das ações desenvolvidas pelos profissionais do Projeto Consultório de Rua. Esse projeto amplia significativamente a cobertura de ações dirigidas à população em situação de risco e vulnerabilidade social, exposta a privações sociais e, principalmente, a violências físicas e simbólicas, às DSTs/AIDS e ao uso e abuso de álcool e outras drogas.

Na atividade cotidiana do CR, ao deparar-se com tais situações, o profissional, e o seu conhecimento sobre os recursos existentes na comunidade/território em que o indivíduo e o trabalho do CR estão inseridos, tornam-se importantes ferramentas para buscar as mínimas garantias sociais para o beneficiário. Nesse sentido,

Quando nos referimos a recurso, estamos falando de uma rede composta por profissionais, instituições públicas e privadas, além daquelas que compõem o terceiro setor e que hoje desempenham importante papel como suporte à rede pública e privada de tratamento e reinserção social. (DUARTE, 2006, P. 163)

O profissional que desenvolve suas atividades em rede, no processo de atendimento/acompanhamento ao beneficiário, ao ir a campo para construir o trabalho de rede, conforme aponta Valério (2010), acaba por desenvolver, uma intervenção na vida comunitária, diminui as barreiras entre os usuários de drogas ilícitas, comumente vistos como marginais, os usuários de outras substâncias e os não usuários da comunidade. O fornecimento de informações para o cuidado com a saúde, as indicações de locais de tratamento e a distribuição de insumos¹⁹ de forma responsável, através da orientação quanto ao uso e à importância deste para evitar agravos à sua saúde são extremamente relevantes, pois é uma maneira de a comunidade sentir-se cuidada. (VALÉRIO, 2010, p. 89)

O trabalho de articulação com a rede de suporte social (formal e informal) produz efeitos a curto e médio prazos no desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos usuários de SPAs. As instituições que compõem esta rede são representadas por recursos potenciais de serviços que vão da paróquia ao sindicato; das associações esportivas às agregações mais ou menos formalizadas dos cidadãos; de recursos e oportunidades que são infinitas, como são as articulações individuais desenvolvidas entre serviço/paciente/comunidade, capazes de produzir sentido, contratualidade e bem-estar.

Um importante parceiro para o desenvolvimento do trabalho no território em que o projeto CR e seus assistidos estão inseridos são os agentes comunitários de saúde, pois esses conhecem os recursos da comunidade, como também a movimentação, a linguagem, os personagens, os líderes (do tráfico, comunitário, religioso), possuem, ainda, a vivência do cotidiano da rua, o que pode favorecer o encontro entre a realidade local e a proposta do projeto, bem como a inserção/articulação das pessoas vivendo em situação de rua.

Para tecer a rede, a estratégia metodológica a ser desenvolvida, deve ser o reconhecimento de território que, segundo Monkem e Barcellos (2005), é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para conhecer suas redes de suporte sociais, o que possibilita a criação de vínculo com a comunidade.

Nesse sentido, é necessário que os profissionais do projeto CR, inicialmente, identifiquem a região na qual deseja trabalhar em função do alto índice de população vivendo em situação de rua. Porém, faz-se mister atentar para não trabalhar de forma assistencial e, sim, com um olhar e uma atenção ao saber, que compete aos profissionais do CR, sobre as questões relacionadas ao uso e abuso de álcool e outras drogas, ainda que algum trabalho de assistência também seja desenvolvido.

Para o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), o trabalho com crianças e adolescentes em situação de rua tem por base (e isto o diferencia de outras atividades) a liberdade e a ausência de proposta salvadora ou de “recuperação”, posição sempre defendida pelo idealizador do Projeto Consultório de Rua, professor Antonio Nery Filho, fundador e Coordenador Geral do CETAD/UFBA.

Após a delimitação do local de desenvolvimento do trabalho, é necessário que a equipe realize visitas a populares, lugares e instituições com o objetivo de conhecer a rede de suporte social formal/informal e como os moradores locais articulam-se, identificando aqueles que possuem algum engajamento social. Os encontros favoreceram o conhecimento da dinâmica da comunidade

¹⁹Preservativos, cachimbos, lenço umedecido, etc.

e possibilita a aproximação, o que permite o estabelecimento de parcerias diversas. No desenvolvimento desse trabalho, é possível deparar-se com nuances marcadas pela singularidade, com características bastante próprias, que vão desde as geográficas até as culturais.

Vale ressaltar a necessidade de priorizar/iniciar o trabalho de reconhecimento do território e das redes sociais nas quais está localizada a instituição que dá suporte a equipe do Projeto CR, devendo ser essa um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad) ou um Centro de Referência para Atenção ao Usuário de Substância Psicoativa (SPA), a exemplo do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD).

A participação da comunidade e dos serviços existentes nela, segundo Santos (2006), vem como dispositivo de promoção da saúde. O dispositivo é um conjunto heterogêneo que engloba discurso, instituições, organizações, decisões regulamentares, leis, proposições filosóficas, morais e filantrópicas. A experiência com a rede permite perceber como a comunidade é articulada, com dispositivos de saúde, unidade penal e carcerária, serviços sociais, ONGs, rádios comunitárias, lideranças comunitárias atuantes, unidades escolares municipais e estaduais, incluindo universidades.

O acesso à rede de suporte social rompe com o modelo tradicional de atenção ao usuário de serviço de saúde e favorece a formação de vínculos, a partir da filosofia do trabalho desenvolvido. A metodologia de trabalho do Projeto CR com o território, o seu público alvo e a equipe possibilita ainda a discussão sobre as questões relacionadas aos usos de droga, quais sejam: a reformulação da clínica, tomando não apenas a doença, mas o sujeito (o biológico, o subjetivo e o social do processo saúde e doença); a ampliação das práticas de promoção à saúde; a articulação em equipes interdisciplinares; a expansão dos espaços em que se atende, além do consultório e da sala de procedimentos, do domicílio, da escola, do bairro e da rua, mas, sobretudo, cuidar das pessoas, pensando-as inseridas em redes sociais, como o território, a família e as instituições.

Tecer a rede é indispensável para mover barreiras, compartilhar experiência, respeitando os limites e as possibilidades de ambos os lados, o que favorece a atenção ao usuário e amplia a atuação, alcançando espaços do cotidiano da comunidade para a promoção da saúde. Dessa forma,

A informação dos lugares de tratamento quando se está em campo é bastante relevante, pois os vínculos formados na atuação no território, no contato com o profissional, poderão garantir ao usuário sentir-se seguro e confortável para buscar a assistência necessária em um serviço [...]. (VALERIO, 2010, p. 91)

É importante apontar que a população atendida pelo projeto CR, por motivos diversos, não busca o cuidado e a saúde, sendo, portanto, fundamental, que os profissionais envolvidos no projeto atentem para diminuir as barreiras existentes entre as ruas e os muros institucionais.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população atendida pelo CR, comumente, não busca o acesso a serviços sociais e de saúde, como cidadãos, em vista do estigma que a vivência na rua provoca. Tal atitude resulta em agravos à saúde, principalmente, pelas práticas sociais desprotegidas e usos de SPAs. É nesse

ponto que a articulação é fundamental, pois, além de estimular o cuidado em saúde dos assistidos, possibilita também mudança de atitude dos profissionais e das instituições acessadas para a construção da rede, incitando a essas outros movimentos de promoção da saúde.

Muitos profissionais, principalmente, de saúde, nutrem preconceitos e reforçam estigmas aos usuários de SPAs, como argumenta Valério (2010, p. 105),

A articulação com a rede de suporte social é uma importante ferramenta para desmistificar questões relacionadas ao uso e ao usuário de drogas, na medida em que convoca as pessoas a refletirem sobre o seu papel frente aqueles que buscam ajuda ou aos cidadãos que vêm seus direitos não garantidos em função do seu exercício de liberdade individual, nesse caso, configurado pelo uso da droga. A perspectiva é de envolvimento dos múltiplos equipamentos e atores na problemática dos usos de álcool e outras substâncias psicoativas, enquanto um problema que não será resolvido marginalizando ou prendendo o usuário em manicômios ou unidades prisionais.

A articulação com a rede possibilita o desenvolvimento de ações de cuidados à saúde. No Projeto CR, a prioridade é abordar as questões relacionadas à prevenção das DSTs/AIDS, e ao uso e abuso de álcool e outras drogas por meio do estabelecimento de parcerias, com outros setores, atuando numa perspectiva ampliada de saúde. Essa é apenas uma provocação para o trabalho que pode ser desenvolvido e um desafio para um novo posicionamento dos profissionais de saúde.

Por fim, tecer rede é uma conexão de teias com o campo social que envolve o cotidiano da comunidade, trabalhar essa comunidade e os recursos inseridos nela é ainda possibilitar um olhar a respeito dos usuários, é pensar nesses sujeitos como membros dessa coletividade, como parte da construção de um novo lugar para os usuários de SPAs.

REFERÊNCIAS

DUARTE, Paulina do Carmo Vieira. Abordagem, atendimento e reinserção social. In: SENAD. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: Conhecer para Ajudar.** Florianópolis: SENAD, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, 1:** relatório. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas:** curso de capacitação para conselheiros municipais. Brasília, 2008.

ESPINHEIRA, Gey (Org.). Sociabilidade e violência: criminalidade no cotidiano de vida dos moradores do subúrbio ferroviário de Salvador. Salvador: UFBA, 2004.

MONKEN, M.; BARCELLOS. C. **Vigilância em saúde e território utilizado:** possibilidades teóricas e metodológicas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 21(3):898-906, mai.-jun., 2005.

OLIVEIRA, Miriam Gracie Plena Nunes de. **Consultório de rua:** uma proposta de assistência a crianças e adolescentes usuários de drogas em situação de risco em Salvador. 2005. Tese (Especialização em Saúde Mental). Departamento de Neuropsiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SANTOS. E. J; MEIRA. M. B. O. **Roda da saúde, articulando saberes:** uma experiência da Universidade do Estado da Bahia no Distrito Sanitário do Cabula-Beiru, Salvador, BA. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 3, p. 30, 2006.

SARACENO B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2.ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

TURCK, Maria da Graça Maurer Gomes. **Rede interna e rede social:** o desafio permanente na teia das relações sociais. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002.

VALERIO, Andréa Leite Ribeiro. **Mal(dita) liberdade e cidadania:** a redução de danos em questão. 2010. f. 112. Tese (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania). Universidade Católica do Salvador, Salvador. 2010.

MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL SOBRE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL: CONHECER PARA CUIDAR

Ludmila Cerqueira Correia

Resumo: Aborda-se o marco legal e institucional sobre substâncias psicoativas adotado pelo Brasil e sua importância para a construção de uma rede de atenção integral que garanta os direitos humanos das pessoas que usam tais substâncias, com destaque para a população em situação de rua.

INTRODUÇÃO

O que queremos dizer quando nos referimos ao marco legal e institucional sobre substâncias psicoativas no Brasil? Essa é uma das dimensões do tema das drogas que abarca as normas, leis, políticas e os mecanismos institucionais de promoção, implementação, participação e controle social. Sendo assim, para compreender as ações que vêm sendo organizadas no Brasil acerca desse tema, faremos um percurso sobre esta dimensão, tentando destacar a aplicação destas à população em situação de rua.

Inicialmente, cabe esclarecer que o marco legal nacional vem passando por modificações, sobretudo a partir da última década, na tentativa de tratar as questões relacionadas às substâncias psicoativas não apenas no âmbito da segurança pública, mas, sobretudo, nas áreas da saúde e da assistência social, daí o reconhecimento e a ampliação das estratégias de redução de danos, pois considera o respeito à autonomia e aos direitos humanos de cada pessoa. Nesse sentido, a política sobre substâncias psicoativas adotada pelo Brasil passa a ser reconhecida como a mais avançada da América Latina e ainda mais avançada do que as previstas nas convenções internacionais sobre o tema (BOITEUX, 2009).

É importante ressaltar que não pretendemos, neste texto, esgotar toda a construção normativa em torno do tema, mas trazer ao conhecimento aqueles instrumentos e mecanismos indispensáveis a qualquer trabalho que venha a ser desenvolvido na área das substâncias psicoativas.

MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL SOBRE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL

No âmbito da Constituição Federal (CF) e do Sistema Único de Saúde (SUS), é garantido aos usuários dos serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por causa de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas – a universalidade de acesso e direito à assistência. A descentralização do modelo de atendimento também é uma das diretrizes, quando se determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, devendo-se configurar redes de cuidado mais atentas às desigualdades existentes, ajustando as ações às necessidades da população de forma equânime e democrática. (BRASIL, 2004)

Para observar como o Estado brasileiro vem se organizando para oferecer esse modelo de

atendimento, é necessário conhecer os instrumentos e mecanismos legais vigentes no país sobre o tema das substâncias psicoativas. Nesse sentido, trataremos daqueles principais, seguindo uma cronologia.

Primeiramente, merece destaque a Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira, que reafirmou os princípios e diretrizes do SUS, prevendo a garantia aos usuários de serviços de saúde mental, incluindo as pessoas que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, da universalidade do direito à assistência, bem como à sua integralidade. Nesta lei, observa-se a opção pela descentralização do modelo de atendimento, a partir da estruturação de serviços mais próximos do convívio social das pessoas.

No ano seguinte à promulgação da Lei de Reforma Psiquiátrica, é publicada a Portaria GM nº. 816/2002, que institui, no âmbito do SUS, o “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas”. É a partir desta que começaram a ganhar mais consistência as propostas de atenção e cuidado a pessoas que consomem álcool e outras substâncias psicoativas não mais focadas na abstinência. Este programa propõe a articulação de uma rede assistencial para tratamento e o desenvolvimento de ações nas áreas de capacitação, prevenção de agravos e promoção à saúde. (BRASIL, 2002)

Em 2003, foi lançado o documento intitulado “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, no qual se observa a importância da superação do atraso da responsabilidade do SUS nesse campo, com o compromisso de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras substâncias psicoativas (BRASIL, 2003). De acordo com Flach (2010, p. 17),

Este documento pode ser considerado um marco político que rompe com as propostas reducionistas e focadas na abstinência ao conceber o consumo de drogas na sociedade como um fenômeno complexo que não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas, e exige a construção de respostas intersetoriais e a participação da sociedade.

Vale assinalar que o compromisso de tratar as questões referentes ao consumo de álcool e outras substâncias psicoativas como questões de saúde pública é reafirmado quando da revisão do mencionado documento, e posterior publicação no ano de 2004. Tal política propõe a criação de uma rede de atenção integral a usuários de álcool e outras substâncias psicoativas no SUS a partir da intersetorialidade, contemplando ações de prevenção, promoção e proteção à saúde. Ademais, prevê a implantação de Centros de Atenção Psicossocial voltados ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas (CAPSad), além dos Centros de Atenção Psicossocial não-especializados (BRASIL, 2004). É importante destacar, ainda, que nesta publicação, as diretrizes da política do Ministério da Saúde para essa área, foram elaboradas “em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira e dentro de uma lógica ampliada de redução de danos”. (MACHADO, 2006, p. 95)

Nesse percurso, destaque-se a “Política Nacional sobre Drogas”, realinhada e aprovada em 23 de maio de 2005 pelo então Conselho Nacional Antidrogas (BRASIL, 2008).

Tal política apresenta orientações e diretrizes sobre: prevenção; tratamento, recuperação e reinserção social; redução dos danos sociais e à saúde; redução da oferta; e estudos, pesquisas e

avaliações. De acordo com o próprio texto do documento, tal política orienta-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, o que significa dizer que deve haver cooperação e articulação entre “governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos”, reafirmando a necessidade de descentralização das ações sobre substâncias psicoativas no Brasil. (BRASIL, 2008)

Conforme avalia Flach (2010, p. 15), ainda que proponha ações para a redução da oferta e da demanda de substâncias psicoativas, a referida Política Nacional sobre Drogas enfatiza a redução de danos, “o que representa uma importante mudança no discurso quanto ao 'ideal' de uma sociedade abstinentemente das drogas para uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas”. Nesse caso, refere-se à relevância da implementação de uma rede de atenção a pessoas que usam álcool e outras drogas, constituída pelos três níveis de atenção.

Outro instrumento é o Decreto nº. 6.117, de 22 de maio de 2007, que aprova a “Política Nacional sobre o Álcool” e dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e a criminalidade. Neste documento constam diretrizes e medidas para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, dentre as quais merecem destaque: estimular que a rede local de cuidados tenha inserção e atuação comunitárias, seja multicêntrica, comunicável e acessível aos usuários, devendo contemplar, em seu planejamento e funcionamento, as lógicas de território e de redução de danos; ampliar o acesso ao tratamento para usuários e dependentes de álcool aos serviços do SUS; articular, com a rede pública de saúde, os recursos comunitários não governamentais que se ocupam do tratamento e da reinserção social dos usuários e dependentes de álcool (BRASIL, 2008).

Em que pese tal documento inserir medidas específicas referentes à redução da demanda de álcool por populações vulneráveis, não há nenhuma medida direcionada à população em situação de rua. Porém, é importante evidenciar um instrumento mais recente: o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo Decreto 7.179, de 20 de maio de 2010, que tem como um de seus objetivos, no inciso I do art. 2º:

I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua;

Ainda no campo da saúde, vale a pena observar as Portarias do Ministério da Saúde: Portaria nº. 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS; Portaria nº. 1.059/GM, de 4 de julho de 2005, que destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em CAPSad; Portaria nº. 384, de 5 de julho de 2005, que autoriza os CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas; e a Portaria GM/MS nº. 1.612, de 9 de setembro de 2005, que aprova as normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Além disso, outra estratégia que tem sido adotada pelo Ministério da Saúde é a da redução de danos, de acordo com a Portaria nº. 1.028, de 1º de julho de 2005.

Um instrumento importante e mais abrangente é a Lei nº. 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

além de estabelecer normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e definir crimes.

Com a edição desta lei, o tratamento penal dispensado ao usuário de substâncias psicoativas aproxima a Justiça dos serviços de saúde e de assistência social, conferindo-lhes um papel central no atendimento a tais pessoas, tendo em vista que não mais subsiste a pena de prisão para esses casos, como ocorria com a legislação anterior. A punição para a pessoa que usa drogas foi atenuada, tendo em vista que foram estabelecidas outras medidas, como: advertência, prestação de serviços à comunidade e comparecimento a programa ou a curso educativo (GOMES, 2008). No que se refere à produção não autorizada e ao tráfico de drogas, as sanções são acentuadas, com o aumento das penalidades previstas.

Sendo assim, ela é considerada mais avançada do que a lei anterior (Lei 6.368/1976, que se baseava em uma política repressiva), por se encontrar em consonância com a Política Nacional sobre Drogas em vigor. Para Flach (2010, p. 14), a Lei nº. 11.343/2006 representa “um avanço em relação a um posicionamento político e legal mais brando em relação ao usuário de drogas, com ênfase nas atividades de prevenção ao consumo de substâncias psicoativas, atenção e reinserção social”.

Porém, mesmo com tais mudanças, ainda observa-se a expansão do poder punitivo, que vem superpovoando prisões e suprimindo direitos fundamentais, privilegiando a intervenção do sistema penal em detrimento da atuação de outros atores (KARAM, 2008). É o que demonstra pesquisa realizada no ano de 2009 pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e pela Universidade de Brasília, ao revelar que a maioria dos condenados por tráfico são réus primários, presos sozinhos e com pouca quantidade de droga (BOITEUX, 2009).

Conforme aponta Karam (2008, p. 116):

A simples posse para uso pessoal das drogas qualificadas de ilícitas, ou seu consumo em circunstâncias que não envolvam um perigo concreto, direto e imediato para terceiros, são condutas que não afetam nenhum bem jurídico alheio, dizendo respeito unicamente ao indivíduo, à sua intimidade e às suas opções pessoais. Não estando autorizado a penetrar no âmbito da vida privada, não pode o Estado intervir sobre condutas de tal natureza. Enquanto não afete concretamente direitos de terceiros, o indivíduo pode ser e fazer o que bem quiser.

[...]

As reflexões devem avançar e colocar em pauta o repúdio à repressão e a afirmação da liberdade, revelando os riscos, os danos e os enganos globalmente produzidos pelo proibicionismo, questionando o discurso que oculta fatos, demoniza substâncias e pessoas, molda opiniões conformistas e imobilizadoras, censura e desinforma, entorpecendo a razão.

Portanto, constitui-se dever dos gestores públicos assegurar a construção das ações de atendimento e cuidado a pessoas que usam substâncias psicoativas segundo os princípios da Constituição Federal, da Lei nº. 11.343/2006 e da atual Política Nacional de Saúde Mental, da Política Nacional sobre Drogas e da Política Nacional sobre o Alcool.

Acerca dos mecanismos existentes no âmbito institucional, destacamos o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, sobre os quais abordaremos brevemente a seguir.

Apesar do atraso histórico na articulação entre a área de álcool e outras drogas e o campo da saúde pública (MACHADO, 2006), especialmente, com o SUS, como o próprio Governo Brasileiro assumiu ao apresentar suas diretrizes nessa área através do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), na última década, conforme se observou acima, esse Ministério construiu uma política para atenção a usuários de álcool e outras drogas. Nesta destacam-se os seguintes pontos: a implementação de práticas de redução de danos; mudança do “olhar” (menos preconceituoso) para o usuário de drogas; a realização de atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários; a garantia de direitos sociais e dos dispositivos do SUS; e o consumo de drogas colocado como problema de Saúde Pública. (MACHADO, 2006; FLACH, 2010)

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República é um órgão de articulação e coordenação de ações políticas na área de substâncias psicoativas, com destaque para a prevenção do uso indevido de drogas. Tem suas competências previstas no Decreto nº. 5.912, de 27 de setembro de 2006, a saber: exercer a secretaria-executiva do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD); articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido de drogas, de atenção e reinserção social a usuários e dependentes de drogas; propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência e gerir o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID).

Nessa seara, vale assinalar que em 2009, a SENAD, em parceria com o Ministério da Justiça, decidiu reinstalar em Salvador, e duas regiões metropolitanas desta capital, o Projeto Consultório de Rua, desenvolvido e executado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

GARANTINDO OS DIREITOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A população em situação de rua é composta por pessoas que, “vivendo em situação de extrema exclusão social, fizeram da rua sua casa, nela desenvolvendo suas relações e nela provendo – de diversas maneiras – seu sustento.” (RECH et al., 2007, p. 563). Uma das características marcantes da sua identidade é a extrema vulnerabilidade nas condições de vida, dada a ruptura sofrida nos vínculos ou relações familiares, de trabalho e culturais. No caso de crianças e adolescentes, a violência (doméstica, sexual, dentre outras) é fator determinante para passar a morar na rua. Outros fatores são apontados pelas próprias pessoas que moram na rua: conflitos familiares, desemprego, dependência química, doença mental, narcotráfico e falta de moradia (RECH et al., 2007).

Conforme explica a Organização Não Governamental “NOVA Pesquisa e Assessoria em Educação” (RECH et al., 2007):

Morar na rua equivale a condições de higiene inadequadas, alimentação precária, exposição às intempéries, aglomeração ao dormir, sexo sem preservativo, uso e abuso de álcool e outras drogas, habitar o único espaço físico que restou e que concretiza a ruptura com a vida cidadã, ruptura esta aceita submissamente por esse segmento social e por todos que passam a considerar “normal” a sua presença.

A referida instituição pontua algumas das discriminações pelas quais passa essa população: a sua não inclusão no censo da população brasileira realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); a ausência de pesquisas quanti-qualitativas atualizadas sobre o perfil desse segmento social dificultando a formulação de políticas públicas de acordo com as suas especificidades; a grande maioria das ações – tanto dos governos quanto da sociedade civil – visa a responder necessidades imediatas como roupa, alimentação, pernoite, sendo que, na prática, frequentemente lhes são negados pelos diversos serviços do Estado atendimentos imprescindíveis nas áreas de saúde, trabalho, moradia e educação. (RECH et al., 2007)

Acerca do fenômeno do aumento do consumo de substâncias psicoativas, uma grande preocupação tem sido o alto consumo dessas substâncias pela população que vive nas ruas, como é plenamente observável no cotidiano das cidades em diversos países do mundo, inclusive o Brasil, onde esse tema tem sido objeto da atenção de diversos profissionais, tanto no sentido de buscar compreensão sobre o fenômeno, quanto de investigar estratégias adequadas para o enfrentamento da questão (OLIVEIRA, 2009, p. 16). Registre-se que, pelas ruas do município de Salvador, há um número expressivo de crianças, adolescentes e adultos jovens em situação de risco pessoal e social e em uso de substâncias psicoativas.

Conforma acentua Oliveira (2009, p. 41),

O cuidado à saúde dos usuários de drogas na rua exige propostas que levem em consideração o contexto e o modo de vida, buscando-se o resgate do valor da vida e da saúde, da cidadania e da dignidade humana. Os contextos de vida e as particularidades do público atendido pelo CR são aspectos singulares na experiência de atendimento na rua: para os profissionais, ir ao encontro da clientela onde ela está, implica em uma série de adaptações no seu modo de atuar; para os usuários, poderá tornar-se um meio pelo qual se possibilita a passagem de uma posição de objeto, em que o indivíduo está “coisificado”, para ocupar um outro lugar, enquanto sujeito e cidadão.

A referida autora constatou que “a existência de serviços que caracterizem uma rede de saúde especializada para o usuário de substâncias psicoativas em situação de rua ainda é incipiente” (OLIVEIRA, 2009, p. 129).

Ressalte-se que a legislação vigente, que dispõe sobre a proteção da infância e da adolescência e na área sobre substâncias psicoativas (Constituição Federal, Estatuto da Criança e do Adolescente, normativa sobre substâncias psicoativas – leis, políticas e portarias sobre o tema – conforme quadro resumo ao final), ainda não consegue modificar a realidade desse grupo social concretizando os seus direitos, o que enseja a adoção de providências pelo Estado e pela sociedade. Como pontua Oliveira (2009, p. 139), no plano teórico, o que está escrito na lei pode garantir os direitos desse segmento social, “mas uma efetiva mudança neste cenário requer conscientização, sensibilização e, sobretudo, vontade política e, ainda, as transformações das práticas de saúde e de seus profissionais, operadores das novas práticas”.

Observando os instrumentos acima elencados, na “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” há referência a crianças e adolescentes em situação de rua e o consumo de substâncias psicoativas, a partir de alguns dados de um estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Movimento Nacional de Meninos e Meninas

de Rua, em junho de 2002. A inserção dessa realidade no contexto do consumo de substâncias psicoativas no Brasil denota a responsabilidade do Estado em formular e implementar políticas públicas para garantir a atenção e cuidado a esse segmento tão negligenciado pela sociedade.

Por fim, vale lembrar que os usuários de substâncias psicoativas em situação de rua estão mais distanciados da rede de saúde e social institucionalizada, o que requer práticas criativas e a otimização da acessibilidade aos tratamentos.

Nesse sentido, merece destaque o Projeto Consultório de Rua, já mencionado acima, o qual visa atender crianças e adolescentes que vivem na rua, e, portanto, em situação de risco e vulnerabilidade social, através da atuação de uma equipe profissional multidisciplinar, a partir de um ambulatório móvel que vai até os locais onde se concentra o público-alvo do projeto. A proposta do Consultório de Rua contém os elementos preconizados na política, de tal forma que, “desde o primeiro momento, contou com o apoio de instâncias governamentais (...) sugerindo a consonância de seus princípios com as diretrizes da macro política de saúde e de álcool e outras drogas.” (OLIVEIRA, 2009, p. 39).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca de uma convivência democrática entre os diferentes, pautada nos direitos humanos e na cidadania, passa pela capacidade de reconhecer no outro – ainda que ele seja diferente – a nossa própria humanidade. No que se refere ao uso de substâncias psicoativas, fazemos parte de uma sociedade que, muitas vezes, não reconhece a pessoa que consome substâncias psicoativas como cidadã, que deve ter seus direitos respeitados. Essa situação se agrava no caso das pessoas que usam substâncias psicoativas e estão em situação de rua.

Tendo como horizonte os direitos humanos, entendemos que todos os instrumentos e mecanismos criados para a atenção integral de pessoas que consomem álcool ou outras substâncias psicoativas devem ser utilizados para a promoção e proteção dos direitos humanos da população em situação de rua, com destaque especial às crianças e adolescentes, tendo em vista a sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Nesse sentido, é importante compreender que o acesso a informações é um passo significativo para garantir os direitos desse grupo social.

Considerando a situação de complexidade e de extrema exclusão que caracteriza a população em situação de rua, constata-se a necessidade de programas específicos voltados ao respeito e promoção dos seus direitos humanos, em especial, para a garantia do direito à saúde no campo da atenção e cuidado às pessoas que usam substâncias psicoativas. Daí a importância de qualificar os profissionais que trabalham na área da saúde, capacitando-os para lidar com essas questões, assim como pensar medidas mais adaptadas às necessidades específicas dos usuários, levando em conta a particularidade de cada sujeito e a especificidade do contexto social em que está inserido, conforme salienta Oliveira (2009).

Quadro-resumo dos instrumentos normativos sobre substâncias psicoativas no Brasil

<p>Constituição Federal de 1988</p>	<p>Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.</p> <p>(...) § 3º - O direito a proteção especial abrangerá os seguintes aspectos:</p> <p>(...) VII - programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins.</p>
<p>Lei nº. 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica)</p>	<p>Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.</p>
<p>Lei nº. 11.343/2006 (Lei de drogas)</p>	<p>Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.</p>
<p>Decreto nº. 5.912/2006</p>	<p>Regulamenta a Lei nº 11.343/2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad e dá outras providências.</p>
<p>Política Nacional sobre Drogas (2005) Resolução nº. 03/GSIPR/CH/ CONAD</p>	<p>Aprova a Política Nacional sobre Drogas, a qual adota como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, visando ampliar a consciência para a importância da intersetorialidade e descentralização das ações sobre drogas no Brasil.</p>
<p>Política Nacional sobre o Álcool (2007) Decreto nº. 6.117, de 22/5/2007</p>	<p>Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.</p>
<p>Portaria GM nº. 336, de 19/2/2002</p>	<p>Criou a possibilidade de existência dos Centros de Atenção Psicossocial - álcool/ drogas (CAPS ad) no SUS.</p>
<p>Portaria SAS nº. 189, de 20/3/2002</p>	<p>Incluiu na tabela de serviços do SIA/ SUS, os procedimentos referentes à atenção a pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas nos CAPS ad.</p>
<p>Portaria GM nº. 816, de 30/4/2002</p>	<p>Instituiu, no SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.</p>
<p>Portaria nº. 2.197/GM, de 14/10/2004</p>	<p>Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.</p>
<p>Portaria nº 1.028, de 1º/6/2005</p>	<p>Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.</p>
<p>Portaria nº. 1.059/GM, de 4/7/2005</p>	<p>Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências.</p>
<p>Portaria GM nº. 817, de 30/4/2002</p>	<p>Incluiu, na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), procedimentos referentes à atenção hospitalar em hospitais gerais por uso prejudicial de álcool e outras drogas.</p>
<p>Portaria SAS nº 305, de 3/5/2002</p>	<p>Definiu as normas de funcionamento e de cadastramento dos CAPS ad e designou centros de referência em vários estados para implementar o</p>

REFERÊNCIAS

BOITEUX, Luciana. **Sumário Executivo Relatório de Pesquisa “Tráfico de Drogas e Constituição”**. Série Pensando o Direito. Rio de Janeiro/Brasília: Ministério da Justiça, 2009. Disponível em: <http://arquivos.informe.jor.br/clientes/justica/agencia/agosto/Sumario_executivo_pesquisa_Trafico.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006. **Regulamenta a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.crfsp.org.br/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=472%3Adecreto-no-5912-de-27-de-setembro-de-2006&catid=113%3Alegislacao&Itemid=58>. Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. **Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6117.htm>. Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. **Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em 22 jul 2010.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0277_%20M.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 2 ed. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. Portaria GM nº 816, de 30 de abril de 2002. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios.** 2002c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.htm>>. Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. Portaria nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004. **Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>> . Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. **Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>>. Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. Portaria nº 1.059/GM, de 4 de julho de 2005. **Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1059.htm>>. Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. Portaria nº 384, de 5 de julho de 2005. **Autoriza os Centros de Atenção Psicossocial I - CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-384.htm>>. Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.612, de 9 de setembro de 2005. **Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.** Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/comunidades-terapeuticas-e-servicos-para-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/portaria_1612.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD. **Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: 2004.** Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

FLACH, Patrícia Maia Von. **A implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no estado da Bahia.** 161 f. Dissertação (Mestrado Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2010.

GOMES, Luiz Flávio. et al. **Nova Lei de Drogas Comentada artigo por artigo: Lei 11.343/2006, de 23.08.2006.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

KARAM, Maria Lúcia. **A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo.** In: LABATE, Beatriz Caiuby. et. al. (Org.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas.** Salvador: EDUFBA, 2008. p. 105-120.

MACHADO, Ana Regina. **O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas.** 152 f. Dissertação apresentada ao curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

NOVA Pesquisa e Assessoria em Educação. **População adulta em situação de rua.** In: RECH, Daniel et al. (Org.). Direitos Humanos no Brasil 2: diagnósticos e perspectivas. Rio de Janeiro: CERIS/Mauad X, 2007, p. 563-568.

OLIVEIRA, Mirian Gracie Plena Nunes. **Consultório de rua:** relato de uma experiência. 140 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2009.

APOLÍTICA E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Resumo: Neste texto, você conhecerá o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, as políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas, o Plano de enfrentamento ao Crack e as principais legislações relacionadas ao tema. Conhecer esses marcos políticos é importante para qualquer pessoa que atue junto à comunidade, pois eles orientam as ações de prevenção e facilitam a compreensão da temática do uso de drogas.

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

Até o ano de 1998, o Brasil não contava com uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda²⁰ e da oferta de drogas²¹. Foi a partir da realização da XX Assembléia Geral das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)²², diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República.

Com a missão de “coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade” e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira. Assim, em 2002, por meio de Decreto Presidencial nº. 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD).

Em 2003, o Presidente da República, em Mensagem ao Congresso Nacional, apontou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda de drogas no país, que viesse a contemplar três pontos principais:

- integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações;
- descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município;
- estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica.

²⁰Redução da demanda: ações referentes à prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de usuários e dependentes.

²¹Redução da oferta: atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. As ações contínuas de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas ilegais e/ou de abuso, pela erradicação e apreensão permanentes destas produzidas no país, pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional e pela identificação e desmantelamento das organizações criminosas.

²²Medida Provisória nº 1.669 e Decreto nº 2.632 de 19 de junho de 1998.

Ao longo dos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema drogas manteve-se em pauta e a necessidade de aprofundamento do assunto também. Assim, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando.

Em 2004, foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política, por meio da realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas. Coube à SENAD a responsabilidade pela articulação e coordenação deste grande projeto nacional.

Com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política realinhada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e foi aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro desse mesmo ano, por meio da Resolução nº. 3/GSIPR/CONAD. Como resultado, o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre”, já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo de realinhamento da política.

A Política Nacional sobre Drogas estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada.

Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão das drogas.

Em 2006, a SENAD coordenou um grupo de governo que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº. 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, suplantando uma legislação de trinta anos que se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais.

A LEI Nº 11.343/2006 – LEI DE DROGAS

A Lei nº. 11.343/2006 colocou o Brasil em destaque no cenário internacional, ao instituir o SISNAD e prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas.

Essa Lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: a Lei nº. 6.368/76²³ e a 10.409/2002²⁴. A partir de sua edição, foram revogados esses dois dispositivos legais prévios, com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de forma diferenciada e a ocupar capítulos diferentes na lei.

O Brasil, seguindo tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Esta abordagem em relação ao porte de

²³Lei nº. 6.368/1976, de 21 de outubro de 1976, que fala sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

²⁴Lei nº. 10.409/2002, de 11 de janeiro de 2002, que dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais: a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento.

Assim, a justiça retributiva, baseada no castigo, é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas, tais como:

- advertência sobre os efeitos das drogas;
- prestação de serviços à comunidade em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas;
- medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS (SISNAD)

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, regulamentado pelo Decreto nº. 5.912, de 27 de setembro de 2006, tem os seguintes objetivos:

- I) Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;
- II) promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
- III) promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- IV) reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;
- V) promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios;

O SISNAD está organizado de modo a assegurar a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito. Com a sua regulamentação, houve a reestruturação do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), garantindo a participação paritária entre governo e sociedade.

Em 23 de julho de 2008, foi instituída a Lei nº. 11.754, através da qual o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). A nova lei também alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Esta modificação histórica era aguardada desde o processo de realinhamento da Política Nacional sobre Drogas, em 2004, tornando-se um marco na construção de políticas públicas no Brasil.

A ação do CONAD é descentralizada por meio de Conselhos Estaduais nos estados e de Conselhos Municipais nos municípios:

- I) Atribuições do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)
 - acompanhar e atualizar a política nacional sobre drogas, consolidada pela SENAD;
 - Exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas;

- Acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas²⁵ e o desempenho dos planos e programas da Política Nacional sobre Drogas;
- Promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal.

O Decreto nº. 5912/2006 regulamentou, ainda, as competências dos Órgãos do Poder Executivo no que se refere às ações de redução da demanda de drogas.

I) Atribuições da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)

- articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- consolidar a proposta de atualização da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) na esfera de sua competência;
- definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos para alcançar as metas propostas na PNAD e acompanhar sua execução;
- gerir o Fundo Nacional Antidrogas e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas²⁶;
- promover o intercâmbio com organismos internacionais na sua área de competência.

O trabalho da SENAD é desenvolvido em três eixos principais:

1) Diagnóstico situacional

- **Objetivo:** realização de estudos que permitam um diagnóstico sobre a situação do consumo de drogas no Brasil e seu impacto nos diversos domínios da vida da população. Este diagnóstico vem se consolidando por meio de estudos e pesquisas de abrangência nacional, na população geral e naquelas específicas que vivem sob maior vulnerabilidade para o consumo e o tráfico de drogas.
- **Exemplos de ações:** realização de levantamentos sobre uso de drogas pela população geral brasileira, por estudantes, povos indígenas, crianças e adolescentes; mapeamento das instituições de atenção às questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, entre outros.

2) Capacitação de Agentes do SISNAD

- **Objetivo:** capacitação dos atores sociais que trabalham diretamente com o tema drogas, e também de multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social.

²⁵ O Fundo Nacional Antidrogas é composto por recursos oriundos de apreensão ou de perdimento, em favor da União, de bens, direitos e valores, objeto do crime de tráfico ilícito de substâncias entorpecentes ou de drogas que causem dependência física ou psíquica, e outros recursos colocados à disposição da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

²⁶ O OBID é um órgão de estrutura do Governo Federal, vinculado a SENAD, que, de acordo com o decreto 5.912/2006, capítulo 5º, artigo 16, possui a missão de reunir e centralizar informações e conhecimentos atualizados sobre drogas, incluindo dados de estudos, pesquisas e levantamentos nacionais, produzindo e divulgando informações, fundamentadas cientificamente, que contribuam para o desenvolvimento de novos conhecimentos aplicados às atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas e para a criação de modelos de intervenção baseados nas necessidades específicas das diferentes populações alvo, respeitadas suas características socioculturais.

- Exemplos de ações: cursos de formação para conselheiros municipais, lideranças religiosas, educadores, profissionais das áreas de saúde, segurança pública, empresas/indústrias, entre outros.

3) Projetos Estratégicos:

- Objetivo: projetos de alcance nacional que ampliam o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade.

- Exemplos de ações: parceria com Estados e Municípios para fortalecimento dos Conselhos sobre Drogas; apoio técnico e financiamento a projetos por meio de Subvenção Social; implantação do Serviço Nacional de Orientações e informações sobre Drogas (Viva Voz); ampliação e fortalecimento da Cooperação Internacional, criação da Rede de Pesquisa sobre Drogas, entre outros.

Outra medida relevante e atual, apresentada a seguir, é a construção de uma política específica sobre o álcool.

APOLÍTICA NACIONAL SOBRE O ÁLCOOL

A Política Nacional sobre o Álcool resultou de um longo processo de discussão.

Em julho de 2005, o então Conselho Nacional Antidrogas, ciente dos graves problemas inerentes ao consumo prejudicial de álcool, e com o objetivo de ampliar o espaço de participação social para a discussão de tão importante tema, instalou a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA), composta por diferentes órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil. A Câmara Especial iniciou suas atividades a partir dos resultados do Grupo Técnico Interministerial criado no Ministério da Saúde, em 2003.

Esse processo permitiu ao Brasil chegar a uma política realista, sem qualquer viés fundamentalista ou de banalização do consumo, embasada de forma consistente por dados epidemiológicos, pelos avanços da ciência e pelo respeito ao momento sociopolítico do país. A política sobre o álcool reflete a preocupação da sociedade em relação ao uso cada vez mais precoce dessa substância, assim como o seu impacto negativo na saúde e na segurança.

Em maio de 2007, o Governo Federal, por meio do Decreto Presidencial nº. 6.117/2007, apresentou à sociedade brasileira a Política Nacional sobre o Álcool, numa clara demonstração de responsabilidade e vontade política com um assunto tão difícil, mas de inquestionável relevância.

O objetivo geral da Política Nacional sobre o Álcool é estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo desta substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

Esta política, reconhecendo a importância da implantação de diferentes medidas articuladas entre si e, numa resposta efetiva ao clamor da sociedade por ações concretas de proteção aos diferentes domínios da vida da população, veio acompanhada de um elenco de medidas passíveis de implementação pelos órgãos do governo no âmbito de suas competências e outras de articulação com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade.

Estas medidas são detalhadas no anexo II do Decreto nº. 6.117 e podem ser divididas em nove categorias:

- Diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil;
- Tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool;
- Realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às conseqüências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas;
- Redução da demanda de álcool por populações vulneráveis;
- Segurança pública;
- Associação álcool e trânsito;
- Capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública;
- Estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais.
- Propaganda de bebidas alcoólicas.

Merece destaque, dentre estas medidas estratégicas para minimizar os impactos adversos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, as ações ligadas à associação álcool e trânsito, tendo em vista que, os problemas relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas não atingem apenas populações vulneráveis, mas associam-se diretamente com os índices de morbidade e mortalidade da população geral. Por esta razão, tornou-se urgente desenvolver medidas contra o ato de “beber e dirigir”.

Em janeiro de 2008, o Poder Executivo encaminhou ao Congresso Nacional a Medida Provisória nº. 415, proibindo a venda de bebidas alcoólicas nas rodovias federais e propondo a alteração da Lei nº. 9.503/97 – Código de Trânsito Brasileiro (CTB). Após exaustivo processo de discussão e com ampla participação popular, esta medida provisória foi transformada em um projeto de Lei, aprovado no Congresso Nacional em maio de 2008.

A nova Lei nº. 11.705 foi sancionada em 19 de junho de 2008, por ocasião da realização da X Semana Nacional Antidrogas.

Esta Lei alterou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro, impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool.

O motorista que tiver qualquer concentração de álcool por litro de sangue estará sujeito às penalidades administrativas, previstas (artigo 165, lei 9503/97) como, multa, apreensão do veículo e suspensão do direito de dirigir por 12 (doze) meses.

O motorista que apresentar concentração de álcool igual ou superior a 0,6 g/L de sangue, sofrerá pena de detenção de seis meses a três anos, além das penalidades administrativas²⁷.

1) Penalidades Administrativas – até 0,6 g/L.

2) Penalidades Criminais – a partir de 0,6 g/L.

São vedados, na faixa de domínio de rodovia federal ou em local próximo à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, a venda varejista ou o oferecimento de bebidas alcoólicas

²⁷ O Decreto 6488, de 19 de junho de 2008, no seu artigo 2º determina que: “para fins criminais de que trata o artigo 306 da Lei 9.503/1997 – Código de Trânsito Brasileiro, a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia é a seguinte:
I – Exame de sangue: concentração igual ou superior a seis decigramas de álcool por litro de sangue (0,6 g/L);
II – Teste de aparelho de ar alveolar pulmonar (etilômetro): concentração de álcool igual ou superior a três décimos de miligramas por litro de ar expelido dos pulmões.

(teor superior a 0,5 Graus Gay-Lussac) para consumo no local.

Esta Lei prevê também que os estabelecimentos comerciais que vendem ou oferecem bebidas alcoólicas sejam obrigados a exibir aviso informativo de que é crime dirigir sob a influência de álcool, punível com detenção.

Todas estas medidas têm como objetivo reduzir o número de acidentes de trânsito no Brasil, coibindo a associação entre o consumo de álcool e o ato de dirigir.

PLANO DE ENFRENTAMENTO AO CRACK E OUTRAS DROGAS

O avanço da criminalidade e as complexas relações entre drogas e violência, principalmente o crack, têm imposto desafios cada vez maiores, exigindo respostas eficazes do governo e da sociedade, a partir da convergência de esforços dos mais diferentes segmentos na construção de alternativas que extrapolem as ações repressivas e considerem os diversos componentes associados ao crescimento da violência, da criminalidade e dos problemas decorrentes do consumo de crack.

Na busca de soluções concretas, capazes de reverter os desafios e efeitos perversos que os problemas associados ao crack vêm impondo a todo o país, o Governo Federal lançou, em 20 de maio de 2010, o Decreto Presidencial nº. 7.179, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor e indica uma série de ações de aplicação imediata e outras de caráter estruturante para enfrentamento da questão de forma intersetorial.

O Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas tem por objetivo desenvolver um conjunto integrado de ações federais de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como, enfrentar o tráfico em parceria com estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil, tendo em vista a redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população.

O decreto foi fruto da articulação entre vários órgãos governamentais, para recomendação de ações conjuntas e imediatas que dêem uma resposta às demandas de atenção aos usuários de crack e outras drogas em todo o país, bem como ao enfrentamento do tráfico desta substância.

A coordenação geral do Plano fica a cargo da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e da Secretaria Executiva do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça e envolve a participação de vários Ministérios, Secretarias e Organizações Não Governamentais, além de outras entidades com as quais foram estabelecidos acordos institucionais, como, por exemplo, o Conselho Nacional de Justiça.

Dentre as ações de implementação imediata, destacam-se aquelas voltadas para o enfrentamento ao tráfico do crack em todo o território nacional, principalmente, nos municípios localizados em região de fronteira e a realização de uma campanha permanente de mobilização nacional para engajamento ao plano. O objetivo é também a melhoria do sistema de saúde que atende aos usuários de crack e seus familiares. As ações previstas nesta etapa são:

1. Enfrentamento ao Tráfico: ampliação de operações especiais voltadas ao desmantelamento da rede de narcotráfico com ênfase nas regiões de fronteiras pelas Polícias

Federal e Rodoviária Federal, em articulação com as Polícias Estaduais e apoio das Forças Armadas.

2. Polícias Estaduais: Fortalecimento e articulação das Polícias Estaduais para o enfrentamento qualificado ao tráfico do crack em áreas de maior vulnerabilidade para o consumo.

3. Atendimento, tratamento e reinserção social de usuários de crack:

a) Abertura de edital para financiamento para ações de desenvolvimento e integração da rede assistencial, incluindo casas de passagem e comunidades terapêuticas. Todos os Municípios e o Distrito Federal poderão participar com a apresentação de projetos de acordo com os critérios estabelecidos e com a Política Nacional Sobre Drogas (PNAD).

b) Ampliação da rede de assistência social voltada ao acompanhamento sociofamiliar e à inclusão de crianças, adolescentes e jovens usuários de crack e outras drogas em programas de reinserção social, bem como de população de rua.

c) Ampliação do número de leitos: o número de leitos para internação de usuários de crack e outras drogas será ampliado até o final de 2010. Está prevista também a ampliação dos serviços de urgência e emergência.

4. Campanha Nacional de Mobilização, Informação e Orientação: realização de campanha nacional e permanente com o objetivo de mobilizar a sociedade para o enfrentamento do crack; a Campanha iniciará com a construção de um site interativo no portal do Governo Federal para tratar especificamente do tema do crack e outras questões relacionadas.

5. Projeto Rondon e PROJOVEM: ampliação das ações dos Projetos para regiões de grande vulnerabilidade em relação à violência e consumo de crack e outras drogas.

6. Capacitação: em tratamento e reinserção social, voltada para profissionais da rede de saúde e rede de assistência social, educadores, comunidade escolar, visando a formação de multiplicadores em prevenção.

7. Juizados especiais criminais: capacitação continuada de juízes e equipes psicossociais, com vistas a uniformizar e implantar práticas e políticas de reinserção social, conforme a Lei de Drogas.

8. Disseminação de informação: ampliação do portal interativo e específico sobre o crack, no Observatório Brasileiro de Políticas sobre Drogas, com o objetivo de disseminar informações e estudos bem como fomentar o debate em torno das questões que envolvem o crack.

As ações estruturantes organizam-se em torno de quatro eixos: integração de ações de prevenção, tratamento e reinserção social; diagnóstico da situação sobre o consumo do crack e suas consequências; campanha permanente de mobilização, informação e orientação; formação de recursos humanos e desenvolvimento de metodologias. Estão sendo implementadas de forma simultânea:

1. Integração de Ações de Mobilização, Prevenção, Tratamento e Reinserção Social – implementação de ações de prevenção, capacitação, disseminação de boas práticas, tratamento e reinserção social para usuários e dependentes de crack e outras drogas, com o objetivo de fortalecer as redes locais de serviços socioassistenciais e de saúde.

Está prevista a capacitação de profissionais de diferentes áreas da rede de serviços, profissionais de saúde, educadores e comunidade escolar, conselheiros municipais, profissionais de segurança pública, operadores do direito, líderes religiosos, comunitários entre outros. O objetivo é fortalecer a rede local e garantir o acesso aos serviços disponíveis, tanto para os usuários

quanto para seus familiares.

Cerca de 100 mil profissionais, em 10 diferentes cursos, estão sendo capacitados na modalidade de educação à distância, através de parcerias estabelecidas com universidades. Estas capacitações abordam todas as drogas, com ênfase na prevenção do uso de crack. Há também uma capacitação presencial específica para profissionais de saúde e da assistência social.

O plano prevê ainda a disseminação de boas práticas de atendimento ao usuário de crack e outras drogas em situação de vulnerabilidade social, tendo como modelo as seguintes experiências bem sucedidas:

- Associação Lua Nova – acolhimento de jovens grávidas e/ou mães usuárias de drogas, que promove a inclusão social através da geração de renda.
- Consultório de Rua – atendimento psicológico, médico e social voltado para a população que se encontra vivendo nas ruas.
- Terapia Comunitária – através da metodologia desenvolvida, a própria comunidade busca a solução para seus problemas, por meio da formação de uma rede solidária de acolhimento e encaminhamento.

Diagnóstico: Um amplo diagnóstico para o reconhecimento do consumo de crack no Brasil está sendo realizado por meio de pesquisas de âmbito nacional, entre as quais: perfil dos usuários de crack, suas condições de saúde e necessidades de atendimento nas redes de serviços de saúde e proteção social; estudos clínicos inovadores para o desenvolvimento de novas modalidades terapêuticas e de estratégias mais eficazes para facilitar o ingresso na rede de atenção à saúde e aumentar os índices de adesão aos tratamentos pelos usuários de crack, incluindo gestantes e mães; mapeamento dos serviços de saúde e proteção social que atendem usuários de crack e outras drogas, com avaliação de sua capacidade e da qualidade dos serviços prestados, levando em conta a opinião dos usuários, de seus familiares e da equipe profissional; custos econômicos do uso de crack no Brasil e a instalação de um sistema de monitoramento precoce de uso e tráfico de drogas.

2. **Campanha Permanente de Mobilização, Informação e Orientação:** Realização de campanha permanente de mobilização social para o engajamento ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas junto aos meios de comunicação, setor empresarial e movimentos sociais.

Formação de Recursos Humanos e Desenvolvimento de Metodologias: de forma a garantir a sustentabilidade do plano, serão ofertados, em cinco Universidades Federais, cursos de especialização e mestrado profissional em gestão do tratamento de usuários de crack e outras drogas para profissionais que atuam na rede de atenção à saúde e proteção social. Estão previstos também outros cursos de pós-graduação, nas modalidades de residência multiprofissional, mestrado e doutorado. Serão criados ainda seis centros colaboradores no âmbito dos Hospitais Universitários para a assistência a usuários de crack e outras drogas, com o objetivo de desenvolver pesquisas e metodologias de tratamento e reinserção social. Em sua estrutura, contarão com Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) para dependentes de crack, oferecendo vagas para tratamento em regime ambulatorial e de internação. O Comitê Gestor instituído com a participação de 15 órgãos do Governo Federal, tem a responsabilidade de acompanhar e avaliar a implementação do Plano Integrado em todas as suas etapas.

Você poderá conhecer na íntegra a Política sobre Drogas, a Política Nacional sobre o Álcool, a nova Lei nº. 11.705/08, conhecida como “lei seca” e o Decreto que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, acessando o site: www.obid.senad.gov.br.

Cada vez mais, é fundamental o conhecimento e a ampla disseminação da política e da legislação brasileira sobre drogas em todos os setores do país, mostrando a sua importância nas ações de prevenção do uso, tratamento e reinserção social. O uso de drogas afeta a todos, seja familiares, líderes comunitários, profissionais ou cidadãos. As orientações da Política Nacional sobre Drogas contribuem para o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao uso de álcool e outras drogas numa perspectiva inclusiva, de respeito às diferenças, humanista, de acolhimento e não estigmatizante do usuário e seus familiares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **A prevenção do uso de drogas e a terapia comunitária**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

BRASIL. **Decreto nº 7.179/2010**, de 20 de maio de 2010.

BRASIL. **Inovação e participação. Relatório de ações do governo na área da redução da demanda de drogas**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

BRASIL. **Lei nº 11.343/2006**, de 23 de agosto de 2006.

BRASIL. **Lei nº 11.705/2008**, de 19 de junho de 2008.

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

SOBRE OS AUTORES

Alice Munguba Cardoso Monteiro – Psicóloga, membro do Corpo Técnico do Instituto de Formação e Desenvolvimento Pessoal (IDEP), especialista em Psicologia Clínica Psicanalítica Infantil.

Amanda Marques – Enfermeira, especialista em Saúde Mental pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), supervisora do Consultório de Rua de Salvador.

Ana Claudia Caldas de Menezes – Assistente Social, especialista em Saúde Pública, MBA Executivo em Saúde – Gestão Hospitalar, especialização em Administração e Desenvolvimento de RH, coordenadora do Núcleo de Ações Comunitárias do CETAD/UFBA e Gerente do Núcleo de Promoção da Saúde da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI).

Andréa Leite Ribeiro Valério – Assistente Social, Mestra em Políticas Sociais e Cidadania (2010) e especialista em Saúde Mental pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Atualmente é coordenadora executiva do Projeto Ações Integradas – Consultório de Rua, membro do Núcleo de Projetos Especiais do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), e coordena, ainda, o Curso Preparando para a Liberdade, destinado a internos do sistema prisional.

Antônio Nery Filho – Médico. Psiquiatra. Doutor Sociologia e Ciências Sociais. Professor Associado I da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Professor da Faculdade Ruy Barbosa. Fundador e Coordenador Geral do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA. Assessor da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador Para as Questões Relacionadas Com Álcool e Outras Substâncias Psicoativas. Ex-Próreitor de Extensão da UFBA.

Diana Paim de Figueiredo Braitenbach – Médica. Psiquiatra, Mestra em Ensino, Filosofia e História das Ciências, área de Concentração em Filosofia das Ciências (Interdisciplinaridade e Saúde Mental), pela Universidade Federal da Bahia. Professora do Curso de Especialização “Psicoativos: seus usos e usuários”, promovido pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA.

Edward MacRae – Antropólogo. Doutor em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). É professor Associado ao Departamento de Antropologia e Etnologia e Pesquisador associado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas-CETAD, ambos da Universidade Federal da Bahia, onde ministra cursos de graduação e pós-graduação em torno de temas relacionados a socioantropologia das drogas.

João Sampaio Martins – Psicólogo. Especializando do Curso “Psicoativos: seus usos e usuários” - (CETAD/UFBA). Atualmente é supervisor do Consultório de Rua de Lauro de Freitas, coordenador geral do CAPS AD III Gey Espinheira, coordenador do Grupo de Trabalho de Psicologia e Usos de Substâncias Psicoativas do Conselho Regional de Psicologia - Sessão Bahia/Sergipe e conselheiro do Conselho Estadual de Entorpecentes da Bahia representando a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Juliana Prates Santana – Psicóloga. Mestra em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Doutora em Estudos da Criança pela Universidade do Minho (Portugal). Participou do Projeto EspaSSos da Rua, vinculado ao CAPS ad de Salvador, atuando na intervenção com crianças e adolescentes em situação de rua e usuárias de drogas.

Luana Malheiro – Antropóloga. Residente em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Mental pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Membro do Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Substâncias Psicoativas da UFBA.

SOBRE OS AUTORES

Ludimila Correia Cerqueira – Advogada. Mestre em Ciências Jurídicas, área de concentração em Direitos Humanos, pela Universidade Federal da Paraíba (2007). Professora do Curso de Direito da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e da Pós-graduação em Saúde Mental Coletiva e professora integrante do Colegiado do Curso de Especialização “Psicoativos: seus usos e usuários”, promovido pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - CETAD/UFBA.

Luiz Felipe Monteiro – Psicólogo. Especialista em Teoria Psicanalítica de Orientação Lacaniana. Atualmente é especializando do Curso “Psicoativos: seus usos e usuários”, pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA).

Patrícia Rachel de Aguiar Gonçalves – Psicóloga. Atualmente é especializanda do Curso “Psicoativos: seus usos e usuários”, CETAD/UFBA. Participação como Coordenadora de Campo na Bahia nos últimos quatro Levantamentos Nacionais sobre Uso de Drogas Psicotrópicas, em populações específicas, realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID/UNIFESP) em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – Assistente Social especialista em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR; Mestre e Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP; Secretária Adjunta da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD.

RECURSOS COMUNITÁRIOS

Apresentamos abaixo, algumas indicações de instituições públicas, privadas e órgãos não governamentais onde você encontrará informações confiáveis sobre álcool e outras drogas.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)

Esplanada dos Ministérios Bloco “A” – 5º Andar
Brasília – DF. CEP: 70050-907
www.senad.gov.br

Central de Atendimento VIVA VOZ – 0800 510 0015

<http://psicoativas.ufcspa.edu.br/vivavoz/index.php>

Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)

www.obid.senad.gov.br

No Observatório Brasileiro de informações sobre Drogas (OBID) você vai encontrar muitas informações importantes. Contatos de locais para tratamento em todo o país, instituições que fazem prevenção, grupos de ajuda mútua e outros recursos comunitários. Você encontra, ainda, informações atualizadas sobre drogas, cursos, palestras e eventos.

Dentro do OBID, há dois sites específicos voltados para os jovens: Mundo Jovem e Jovem sem Tabaco, além de uma relação de links para outros sites que irão ampliar o seu conhecimento.

Mundo Jovem: www.obid.senad.gov.br/portais/mundojovem

Jovem sem Tabaco: www.obid.senad.gov.br/portais/jovemsemtabaco

Outras Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE:

www.saude.gov.br
Disque Saúde: 0800 61 1997

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

www.saude.gov.br
Disque saúde: 0800 61 1997

CONSELHOS ESTADUAIS SOBRE DROGAS

Para saber o endereço dos Conselhos do seu estado consulte o site:
www.obid.senad.gov.br

CONSELHOS MUNICIPAIS SOBRE DROGAS

Para saber o endereço dos Conselhos do município consulte o site:
www.obid.senad.gov.br

GRUPOS DE AUTOAJUDA

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (AA)

www.alcoolicosanonimos.org.br

Central de Atendimento 24 horas: (11) 3315 9333

Caixa Postal 580 – CEP: 01060-970 – São Paulo (SP)

AL-ANON

Grupos para familiares e amigos de alcoólicos.

www.al-anon.org.br

AL-ATEEN

Grupos para adolescentes e jovens afetados pelo alcoolismo de algum familiar.

www.al-anon.org.br

NARCÓTICOS ANÔNIMOS (NA)

www.na.org.br

GRUPOS FAMILIARES NAR-ANON

Grupos para familiares e amigos de usuários de drogas

www.na.org.br

FEDERAÇÃO DE AMOR EXIGENTE

Programa de proteção social, que visa a prevenção e a qualidade de vida, através de grupos de apoio.

www.amorexigente.org.br

LEITURAS QUE AJUDAM

Série de publicações disponibilizadas pela Senad:

Estão também disponíveis no portal do OBID (www.obid.senad.gov.br) e no site da SENAD (www.senad.gov.br) para download.

Cartilhas da Série “Por Dentro do Assunto”

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), 2010

- Drogas: Cartilha para Educadores
- Drogas: Cartilha Mudando Comportamentos
- Drogas: Cartilha Álcool e Jovens
- Drogas: Cartilha para Pais de Adolescentes
- Drogas: Cartilha sobre Tabaco
- Drogas: Cartilhas para Pais de Crianças
- Drogas: Cartilha sobre Maconha, Cocaína e Inalantes.

Glossário de álcool e drogas.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010

Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas

Leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID da Universidade Federal de São Paulo, 2010.

OUTRAS REFERÊNCIAS DE LEITURAS:

- Anjos caídos: como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente. Içami Tiba. São Paulo: Gente, 1999.
- Cuidando da Pessoa com Problemas Relacionados com Álcool e Outras Drogas. Coleção Guia para Família. v. 1. Selma de Lourdes Bordin; Marine Meyer; Sérgio Nicastrí; Ellen Burd Nisenbaum e Marcelo Ribeiro. São Paulo: Atheneu, 2004.
- Depois daquela viagem: Diário de Bordo de uma Jovem que aprendeu a viver com AIDS. Valéria Piassa Polizzi. São Paulo. Ática, 2003.
- Desafio da convivência: pais e filhos. Lídia Rosenberg Aratangy. São Paulo: Gente, 1998.
- Doces venenos: conversas e desconversas sobre Drogas. Lídia Rosenberg Aratangy. São Paulo: Olho D'Água, 1991.
- Drogas, prevenção e tratamento: o que você queria saber sobre drogas e não tinha a quem perguntar. Daniela Maluf e cols. São Paulo: Cia Editora, 2002.
- Drogas: mitos e verdades. Beatriz Carlini Cotrim. São Paulo: Ática, 1998.
- Por que não dancei. Esmeralda do Carmo Ortiz. São Paulo: Editora Senac, 2001.
- Liberdade é poder decidir. Maria de Lurdes Zemel e Maria Elisa De Lamboy. São Paulo, FTD, 2000.
- Pais e filhos: companheiros de viagem. Roberto Shinyashiki. São Paulo: Gente, 1992.
- Satisfaçam minha curiosidade: as drogas. Susana Leote. São Paulo: Impala Editores, 2003.
- O vencedor. Frei Betto. São Paulo. Ática, 2000.
- Tabebuias: histórias reais daqueles que se livraram das drogas na Fazenda da Esperança. Christiane Suplicy Teixeira. São Paulo. Cidade Nova. 2001.

FILMES SOBRE O TEMA:

- 28 Dias, 2000. Direção: Betty Thomas.
- A corrente do bem, 2000. Direção: Mini Leder.
- Bicho de Sete cabeças, 2000. Direção: Laís Bodanzky.
- Despedida em Las Vegas, 1996. Direção: Mike Figgis.
- Diário de um adolescente, 1995. Direção: Scott Kalvert.
- É proibido fumar, 2009. Direção: Anna Muylaert.
- Ironweed, 1987. Direção: Hector Babenco.
- La Luna, 1979. Direção: Bernardo Bertolucci.
- Maria Cheia de Graça, 2004. Direção: Joshua Marston.
- Meu nome não é Johnny, 2008. Direção: Mauro Lima.
- Notícias de uma guerra particular, 1999. Direção: João Moreira Salles e Kátia Lund.
- O Informante, 1999. Direção: Michael Mann.
- Por volta da meia noite, 1986. Direção: Bertrand Tavernier.
- Quando um homem ama uma mulher, 1994. Direção: Luis Mandoki.
- Ray, 2004. Direção: Taylor Hackford.
- Réquiem para um sonho, 2000. Direção: Darren Aronofsky.
- Todos os corações do mundo, 1995. Direção: Murillo Salles.

Observatório Baiano sobre Substâncias Psicoativas

www.cetadobserva.ufba.br

Democratização da informação sobre álcool e outras drogas e seus usos são o foco do portal Observatório Baiano sobre Substâncias Psicoativas, um projeto do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - CETAD/UFBA, construído com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, da Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Gabinete de Segurança Institucional.

O objetivo do *site* é fornecer à sociedade, em especial à população baiana, informações que auxiliem o leitor na discussão e reflexão sobre temas que envolvam as substâncias psicoativas para o enfrentamento ao uso abusivo, assim como a outros problemas associados ao seu consumo e comércio, norteando-se pelo princípio de garantia aos direitos humanos.

A equipe do observatório é formada por técnicos e estagiários de psicologia, ciências da computação, comunicação social, sociologia, medicina, entre outros que numa perspectiva multidisciplinar possibilita a troca e riqueza de saberes que condiz com a complexidade de temas relacionados às substâncias psicoativas.

Em quase um ano de atividades já esta disponibilizado para consulta *online*:

Rede de Atenção: com o objetivo de facilitar a identificação, a integração e articulação da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas no estado da Bahia, o *CETAD Observa* possui em seu cadastro mais 900 serviços oferecidos no estado, tanto de natureza pública, como os centros de atenção psicossociais álcool e outras drogas (CAPS ad) e os centros de referência de assistência social (CRAS), quanto de natureza privada e filantrópica, como as comunidades terapêuticas e os grupos de auto-ajuda (AAs, NAs, etc).

Biblioteca Online: Visando contribuir na divulgação da literatura científica sobre substâncias psicoativas e seus usos, o *CETAD Observa* regularmente busca e disponibiliza, na seção Biblioteca, mais de duzentas produções acadêmicas não somente de centros de pesquisa do estado, como de todo o país.

Notícias: Nesta seção, a missão é prestar informações relevantes que auxiliem o leitor para a formação de uma visão crítica que o capacite na participação de um debate social sobre a questão das substâncias psicoativas e seus usos. Notícias que envolvam o tema álcool e outras drogas, sobretudo nos campos de saúde, direitos humanos, pesquisa e políticas públicas, podem ser encontrados no portal, que também dispõe de um canal de colaboração do leitor, o Você no Observa.

Interatividade: Não só informar, mas possibilitar a participação do público e o debate social através de ferramentas virtuais como o fórum, o *chat* e redes sociais, são também ações que integram a missão do *CETAD Observa* visando oferecer à sociedade baiana, estímulo necessário a construção de valores que possam repercutir em avanços nas ações e políticas sociais sobre drogas no estado.

Acesse também: www.cetad.ufba.br



UMA BOA CONVERSA PODE SER UM BOM COMEÇO

Falar sobre drogas nunca é fácil, mas pode ser a principal atitude para não se deixar envolver por elas. Esta é uma das razões para a criação do VIVAVOZ. Mais do que repressão, é preciso compreensão. A informação pode ser decisiva na hora de ajudar familiares de usuários, pessoas que já têm problemas ou até quem não quer usar drogas, sejam legais ou ilegais. Pois, no final das contas, é sempre uma questão de escolha individual, na qual conhecer as conseqüências do uso dessas substâncias pode ser decisivo. E, com uma boa conversa pelo VIVAVOZ, pode ficar mais simples entender tudo isso.

O QUE É O VIVAVOZ?

O **VIVAVOZ** é uma central telefônica de orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas. O telefonema é gratuito e o atendimento é sigiloso. A pessoa não precisa se identificar.

É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE

O atendimento é realizado por consultores capacitados e supervisionados por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde.

- Os profissionais indicam locais para tratamento.
- Oferecem aconselhamento por meio de intervenção breve para pessoas que usam drogas e seus familiares.
- Prestam informações científicas sobre drogas.

O horário de funcionamento: segunda a sexta, das 8 às 24h.

0800 510 0015