

MUNDIALIZAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS CONTEMPORÂNEAS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: o caso brasileiro

*Rita de Cássia Cavalcante Lima**

RESUMO

Este texto aborda as relações entre a política social brasileira de assistência aos usuários de álcool e de outras drogas e as estratégias de expansão e de legitimação dos interesses hegemônicos no processo de mundialização do capital. A mundialização é vista como processo inscrito na lógica do capital desde o seu advento como sistema dominante. A intenção desta discussão é verificar a hipótese de que, particularmente na atual conjuntura de política externa unilateral por parte dos EUA essas políticas públicas são atravessadas por organismos internacionais instrumentalizados para atuarem ideológica e politicamente, como “frentes móveis de ação”, nas estratégias de disseminação da cultura e dos interesses norte-americanos.

Palavras-chave: mundialização, políticas sociais, assistência ao usuário de álcool e de outras drogas

ABSTRACT

This work addresses the relations between Brazilian social policies for alcohol and other drugs users and the strategies of expansion and legitimization of the hegemonic interests operated by the process of mundialization the capital. Mundialization is viewed as a process intrinsic to the logic of capital since its rise as a dominant system. The present discussion intends to address the hypothesis that, particularly in the actual context of an unilateral external policy by the USA, such policies are marked by international agencies instrumentalized to act ideologic and politically, as “mobile action fronts”, in the strategy of dissemination of North American culture, and interests.

Keywords: mundialization, social Policies, alcohol and other drugs users care.

1 INTRODUÇÃO

Esse texto reúne a reflexão preliminar e exploratória da pesquisa em curso *Serviço Social e processos de trabalho com o fenômeno do alcoolismo*¹ implementada na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob minha coordenação, há dois anos.

A inclusão das drogas ilícitas se deveu ao enriquecimento necessário da análise, pois permitiu explicitar interesses do processo de mundialização do capital atravessando, se

*Doutorando pela ESS/UFRJ, Mestre em Serviço Social pela PUC/RIO e Especialista em Psiquiatria Social pela Escola Nacional de Saúde Pública

¹Essa pesquisa integra o Projeto Integrado de Pesquisa Desinstitucionalização, Saúde Mental e Abordagens Psicossociais.

utilizando e dando contornos ao campo das políticas públicas contemporâneas da área de álcool e de outras drogas, no Brasil.

Devo advertir que se trata de uma reflexão exploratória, e somente será problematizado o que se configura como contexto dessa pesquisa: as políticas públicas de atenção ao usuário de álcool e de outras drogas em tempos de mundialização do capital e de contra-reforma do Estado (Behring: 2003).

2 TRAÇOS DA POLÍTICA PÚBLICA CONTEMPORÂNEA NA ÁREA DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS

Nas últimas duas décadas, no Brasil, vem sendo observada a requisição de um diálogo mais plural e polissêmico entre as disciplinas do campo das Ciências Sociais e Humanas por parte dos profissionais, intelectuais, e mais recentemente, pelos gestores das políticas públicas da área de atenção ao usuário de álcool e de outras drogas. A histórica divisão de competências designadas a Justiça e a Psiquiatria para apreender e intervir sobre o fenômeno marcou gerações de interessados sobre essa área, oferecendo-lhes os itinerários exclusivos da especialização do conhecimento e de uma prática profissional tipicamente moralizadora e normatizadora sobre os sujeitos acometidos da experiência da dependência² ao álcool e a outras drogas.

No entanto, o substrato moralizador e a naturalização da vida social respondem a uma lógica que transcende a área de atenção aos usuários de álcool e de outras drogas porque possui determinações objetivas fincadas no modo de produção.

Como exemplo dessa lógica, Birman (1978) indica que o alcoolismo só foi tomado como doença, como objeto patológico, na história, quando o sujeito passou a colocar em risco a propriedade privada – bem próprio ou de sua família – ou incorresse em “comportamentos agressivos e violentos para com os outros, fossem ou não de suas famílias” (BIRMAN, 1978, p.2).

Examinando este campo dos impulsos considerados patológicos por suas conseqüências morais, podemos inicialmente destacar os seguintes casos de alcoolismo que se transformaram em objeto da intervenção e da reflexão

² Em matéria de noções relativas aos quadros de uso de drogas, estarei adotando o da Organização Mundial de Saúde. Na última Classificação Internacional de Doença (CID 10), no capítulo F, foram referidos os quadros de dependência a drogas como *Síndrome de Dependência as Drogas*, como um estado que reunia alguns dos seguintes sintomas: “envolve o desejo pronunciado de tomar a substância, a dificuldade de controlar o uso, estados de supressão fisiológica, tolerância, descaso de outros prazeres e interesses e uso persistente não obstante os danos causados à própria pessoa e aos outros” (OPAS/OMS, 2001: 58). Conquanto, a despeito das lutas concorrenciais na área de álcool e de outras drogas para imputar certas noções como “científicas”, em certos momentos históricos, o termo *dependência*, contido no texto, pode o seu sentido ser apreendido próximo ao da versão do CID 10.

psiquiátrica: 1) aqueles que por seu “vício”, chegavam ao ponto de comprometer a sua própria riqueza; 2) os que por seu “vício” punham em risco, igualmente, a riqueza de sua família; 3) aqueles que por seus comportamentos envergonhavam a sua tradição. (BIRMAN, 1978, 310).

O limite para aferição se o sujeito se tornará alvo da ação pública será o ataque frontal, profano na ordem capitalista, à propriedade privada e/ou à primeira instituição da organização societária, a família, que possui como algumas de suas atribuições ser guardiã dos bens e ser *locus* privilegiado da socialização primária de seus membros.

No caso dos usuários de drogas ilícitas, o quadro se agrava, pois o ato de usar uma droga proibida para produção, distribuição e consumo torna o sujeito, a priori, objeto da ação da Justiça pela legislação em vigor. Esse quadro de criminalização do usuário de álcool e de outras drogas suscita a primeira hipótese de que isso também corresponde a uma internacionalização da política ditada pelos países centrais como uma das vias de controle e de intervenção sobre os países de economia periférica.

A ampliação do poder do Estado de punir, alimentada pelos sentimentos de medo e insegurança, fortemente instalados nas formações sociais do capitalismo pós-industrial, em que ao neoliberalismo econômico se soma um neautoritarismo no campo do controle social, encontra campo essencialmente fértil neste tema das drogas qualificadas de ilícitas, onde o mistério e a fantasia que as cercam, as falsas informações que apressadamente as associam às ameaças reais ou imaginárias do mal definido fenômeno da chamada criminalidade organizada, e o superdimensionamento das eventuais repercussões negativas da disseminação de suas ofertas e demandas, comovendo e assustando, provocam a busca dos rigores da repressão, da maior intervenção do sistema penal, como alternativa tão palpável, quanto irreal, de solução. (KARAM, 2000, p.151).

Outra relação será analisada por Quinney, no final da década de 1970, início de uma *onda longa de estagnação* (Mandel *apud* Behring, 1998), quando discorre sobre crime e crise fiscal do Estado em meio à crise do capitalismo.

Para manter sua legitimidade, o Estado deve aumentar seus gastos com o controle do crime em resposta ao aumento da criminalidade provocado pelo capitalismo. Ao fazer isto, sua capacidade de garantir a acumulação continuada de capital fica ameaçada. Assim, o crime está implicado nas contradições do capitalismo. (QUINNEY *apud* BOTTOMORE, 1988, p. 83).

Algumas agências internacionais e governos preferem associar o aumento expressivo da população carcerária motivado ao fim da década de 1990 à oferta crescente de drogas no mercado, defendendo uma lógica unifatorial e moral da causa do crime, e com isso, justificar a “cruzada bélica” contra as drogas.

O tema das drogas, portanto, se inscreve na contemporaneidade como um dos elementos dos discursos oficiais e dos acordos multilaterais de combate a “lavagem de dinheiro”, ao tráfico de drogas e aos crimes relacionados às drogas. No entanto, essa

associação, drogas e crime, não pode ser apreendida como natural. Além dos marcos temporais em que algumas drogas conhecidas hoje como ilícitas passaram a ser instituídas como tal pelo campo jurídico no primeiro quartel do século XX³.

De outra forma, a histórica vinculação subordinada das políticas sociais às políticas econômicas exige observar a liderança assumida pelo Banco Mundial com o seu receituário de reformas, em especial, para a América Latina, nas quais a saúde se converteu em um setor estratégico para a recuperação das taxas de lucro para o capital nas últimas duas décadas do século passado – seguros privados de saúde – bem como um componente junto com a área da educação para o enfrentamento da pobreza⁴.

Uma agenda substancial e atual se abre a partir da associação drogas e crime, emergindo com vigor a lógica bélica de controle mais amplo da informação, das Forças Armadas nacionais e transnacionais, da vulnerabilização da soberania nacional, do desenvolvimento das forças produtivas, sobretudo nas áreas da informatização e da produção de armamento, cujos processos se inscrevem na tecitura dos interesses econômicos de dominação do capital.

Neste cenário, é possível ter como segundo pressuposto que as políticas públicas na área de álcool e de outras drogas somente podem ser analisadas se inseridas no contexto da Cooperação Técnica Internacional (CTI) e considerando o *campo* (Bourdieu, 1983) das tendências distintas, complementares e antagônicas no plano internacional.

Assim, uma questão que se abre refere-se à origem da demanda por constituição de política pública na área de álcool e de outras drogas. Além do pressuposto já elaborado de que essas políticas requerem de seus analistas uma concepção mais global dos interesses econômicos em fluxo, parece que sua demanda também, em parte, se expressa e se organiza via interesses das frações da classe dominante sob escopo internacional. Como pensar política pública de uma área pouco precisa na agenda de lutas dos trabalhadores? Diante de uma ordem que se mundializa, como analisar as diretrizes, princípios e ações do que é chamado de política pública para a área de álcool e de outras drogas no percurso histórico de lutas das classes sociais no capitalismo?

³Em início do processo de hegemonia americana que se dará, em 1914, o Ato de Narcóticos Harrison, cujo ato presidencial instituiu a proibição, nos EUA, do uso da cocaína em remédios patenteados e o seu uso para fins recreativos. Em seguida, em 1921, no Brasil, por decreto presidencial, a cocaína também será colocada na ilegalidade.

⁴Seguramente, não faz parte do marco referencial dos ditames do Banco Mundial conceber a pobreza como componente intrínseco ao sistema capitalista, portanto, produzida na produção e reprodução da da ordem do capital.

3 CENÁRIO BRASILEIRO CONTEMPORÂNEO: AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS

Poucos trabalhos vêm sendo envidados sobre as políticas públicas brasileira nessa área. Talvez porque as publicações mais específicas gravitem entre a medicina, o direito, a psicanálise, a antropologia, e em número menor, no âmbito da sociologia. As disciplinas da ciência política e da economia política pouco têm influenciado o debate na área até para problematizar se o que se constitui como intenções de políticas públicas do governo brasileiro, poderia ser nomeado como tal.

Assim, quando os poucos autores se debruçam sobre a temática das políticas públicas tendem a analisar os documentos oficiais produzidos em esferas burocráticas do governo federal ou em instâncias mais coletivas recentemente, como fóruns e encontros nacionais, como se esse tipo de fonte fosse suficiente para dispor os elementos constitutivos de uma política pública.

Cabe aqui destacar dois pontos relevantes para a introdução desse item. O primeiro enunciado por Bucher (1992), quando rememora a afirmação do documento “Política Nacional na Questão das Drogas” (Brasília, Conselho Federal de Entorpecentes/CONFEN, 1988) de que “o Brasil jamais teve uma política nacional a respeito de drogas”. Essa afirmação, no entanto, parece ser confirmada pelo autor através de uma análise endógena: refere a pouca capacidade do CONFEN vinculado ao Ministério da Justiça em coordenar, articular e implantar uma política pública de corte transversal para a área; bem como “as constantes mudanças do contexto político brasileiro e a substituição de pessoas-chaves nas áreas de justiça, educação, saúde e previdência” (BUCHER, 1992, p. 315).

O segundo ponto se deve a coexistência de, no mínimo, duas respostas do governo brasileiro ao crescente consumo de drogas, “corporificadas nas políticas públicas implementas pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Ministério da Saúde” (Oliveira, 2004:179). Vejamos a que núcleo se refere essas respostas, e em que medida, não possui uma origem antiga: a correlação de forças entre ações repressivas e assistenciais em saúde sobre o usuário de drogas.

3.1 A SENAD e a Cooperação Técnica Internacional

Na 20ª Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas (20/06/1998), o então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso anunciou a criação da SENAD, por Medida Provisória nº 1.669/1998, a qual estaria vinculada a Casa Militar, “numa posição que tanto sinaliza a alta prioridade dada ao tema pelo Governo Brasileiro quanto permite a melhor coordenação das ações de Governo” (SENAD, 2002, p. 06). Com o Decreto nº 3.696/2000, a SENAD e o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) passaram a integrar o Gabinete de Segurança Institucional, ao lado da Agência Brasileira de Inteligência, Subchefia Militar e Secretaria de Acompanhamento e Estudos Institucionais, bem como é instituído o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD).

Para Oliveira (2004, p. 180), a criação da SENAD expressa a “pressão externa da política internacional proibicionista” demonstrando à comunidade internacional a posição brasileira em assumir o “combate às drogas” como alta prioridade, como também, indica as drogas ilícitas como foco de preocupação, “quando são as drogas lícitas as mais consumidas no país”

A retórica da preocupação do governo brasileiro com a “prevenção”, “tratamento, recuperação e reinserção social”; “redução de danos” e “repressão”, parece, no entanto, dar ênfase a última dimensão. Isso rememora quadro muito similar ao apresentado com o *Escritório contra Drogas e Crime das Nações Unidas* (UNODC), o qual também possui filial no Brasil. Aqui, essa agência “oferece” CTI em três linhas: *programa de redução da demanda por drogas* (foco em prevenir a infecção pelo HIV/AIDS associada ao consumo de drogas injetáveis); *programa de redução da oferta de drogas* (foco na modernização de centros de treinamento e aperfeiçoamento dos currículos de formação das forças policiais Federal, Civil e Militar para ação nos mercados ilícitos) e *ações contra o crime organizado transnacional* (com foco nas drogas ilícitas, armas e tráfico de seres humanos).

Em parceria com a Presidência da República e os Ministérios da Justiça, Saúde e Educação, o UNODC desenvolve no Brasil o maior programa de cooperação técnica desse escritório das Nações Unidas em todo o mundo. Sua atuação foi recentemente ampliada para o Cone Sul (Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai), com o objetivo de promover a cooperação técnica e o intercâmbio de experiências bem-sucedidas na região. Nesses países, assim como no Brasil, seu papel será coordenar a assistência multilateral voltada para a consolidação de políticas nacionais de enfrentamento dos problemas das drogas, da lavagem de dinheiro e do crime transnacional. (UNODC – folder oficial).

Essa citação mostra a relevância do Brasil na tecitura dos interesses mundiais relativos à área; seu lugar estratégico para uma política internacional se capilarizar pelo Cone Sul Latino-Americano e, sobretudo, a interferência das agências internacionais na conformação e consolidação de políticas “nacionais”.

3.2 O Ministério da Saúde e sua política para a atenção a usuários de álcool e de outras drogas

Ao longo da década de 1990, o Ministério da Saúde produziu manuais técnicos para orientar a assistência ao usuário de álcool e de outras drogas na rede pública de saúde, sob orientação da Coordenação de Saúde Mental. Esta instância do Ministério encontrava-se no país, envolvida com a implantação dos serviços alternativos ao manicômio e articulando lutas no campo jurídico⁵ e cultural para afirmar direitos civis, políticos e sociais dos usuários com transtorno mental e, de forma simultânea, consolidar um novo modelo assistencial de base comunitária.

A despeito do alcoolismo, nessa década, já ser a segunda causa de internação psiquiátrica no país, a política pública de saúde mental incidiu suas ações sobre os psicóticos hospitalizados de longo tempo nos hospitais psiquiátricos. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumiram gradativamente a prerrogativa de oferecer assistência extra-hospitalar, de base territorial e tentando substituir o modelo hospitalocêntrico. Os alcoolistas e os usuários de outras drogas com quadro de dependência psíquica e/ou física não foram alvo da atenção da saúde mental.

Porém, não se pode restringir uma política pública da saúde a apenas um dos seus setores. Outras iniciativas do Ministério da Saúde se organizaram nessa década, a partir de outras frentes, como a política pública implementada pelo Instituto Nacional do Câncer aos tabagistas; a redução de danos para os usuários de drogas injetáveis, e finalmente, a criação de regras para os funcionamentos das comunidades terapêuticas.

A atual política pública da saúde intitulada *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* apresentou seus principais marcos institucionais no ano de 2002. Um de seus dispositivos normativos foi a Portaria GM/816/2002, que instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e de Outras Drogas, no Sistema Único de Saúde. Através desse programa foi previsto a implantação de 250 Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad), prevendo como estratégia assistencial a redução de danos⁶ e a reversão de um quadro assistencial sustentado fundamentalmente por iniciativas

⁵A Lei Federal 10.216/2001 constitui marco legal da Reforma Psiquiátrica: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

⁶A redução de danos é uma das políticas de saúde pública em curso em alguns países, alternativa para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas. Para aprofundamento, ver Marlatt, G.A

da sociedade civil, seja os grupos anônimos de Alcoólicos Anônimos seja as comunidades terapêuticas religiosas.

No vácuo de propostas concretas, e na ausência do estabelecimento de uma clara política de saúde voltada para este segmento, surgiram no Brasil diversas “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p. 5).

A afirmação do Ministro da Saúde de que “o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p. 6). deve ser contextualizada diante dos múltiplos interesses em *campo*, cujos protagonistas tendem a estabelecer sua autoridade. A liderança da saúde nessa área encontra não um vácuo de ações, mas um arranjo assistencial de múltiplas facetas – criminalização do usuário; isolamento para o tratamento em comunidades terapêuticas religiosas; baixo potencial de organização política dos usuários dessas políticas e dos trabalhadores da área, além de uma lógica bélica de “combate às drogas”.

Parece que a noção *tardia* para caracterizar um certo momento de posicionamento do Ministério da Saúde requer uma análise menos vinculada a uma *dimensão temporal*, e mais a um certo tipo de requisição de política pública com novas configurações no cenário atual, cujo processo de mundialização dos interesses econômicos recrudescer a contra-reforma do Estado brasileiro (BEHRING, 2003). O curso dessas políticas públicas – *tardias*⁷ - em países de capitalismo periférico somente pode ser discutido se levado em consideração o forte contexto de destituição dos direitos sociais.

4 CONCLUSÃO

O caráter exploratório do texto sobre as políticas públicas contemporâneas na área de álcool e de outras drogas no Estado brasileiro demonstra o nível de tensionamento entre posições distintas, alimentadas por interesses mundializados do capital e por forças complementares e antagônicas no *campo*. Faz-se necessário melhor mapeá-los para não se incorrer em lógicas binárias em que facilmente se reduzem as tendências a dois pólos: uma que reforça a lógica bélica de combate às drogas, institui a relação entre droga e crime e tem como meta uma “sociedade livre de drogas”; e a outra, que insere o fenômeno do uso

e colaboradores. *Redução de Danos. Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1999.

⁷No cenário brasileiro, as políticas públicas referentes à seguridade social e à educação apresentaram sensíveis avanços e marcos legislativos a partir da Constituição de 1988. Podemos dizer que elas foram matizadas, produzidas e inflexionadas, conforme a força dos movimentos sociais que a sustentaram ao longo da década de 1990. As políticas públicas recentes, aqui, nomeadas provisoriamente de *tardias* foram cunhadas num complexo campo de forças políticas: no bojo da onda *neoliberal*, que preconiza a ampliação da esfera de ação da sociedade civil a partir da negação do Estado, e nas forças de resistência e de lutas *democráticas*.

de drogas no percurso da história da humanidade e, portanto, complexifica a visão do fenômeno, tendo como meta a redução de danos.

REFERÊNCIA

BEHRING, Elaine. **Política social no capitalismo tardio**. São Paulo, Cortez, 1998.

_____. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.) **Pierre Bourdieu..** São Paulo: Ática, 1983. Coleção Grandes Cientistas Sociais, n. 39.

BRONFMAN, Mario; POLANCO, Jorge Díaz. La Cooperación Técnica Internacional y las políticas de salud. **Ciência & Saúde Coletiva**, Ciências sociais e saúde na América Latina: visões contemporâneas. Rio de Janeiro, ABRASCO, FIOCRUZ, v. 8, n.1, 2003.

BUCHER, Richard. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KARAM, ML. Legislação Brasileira sobre Drogas: história recente – a criminalização da diferença. IN ACSELRAD, Gilberta (Org.). **Avessos do Prazer: drogas, aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.

MARLATT, G.A et al. **Redução de Danos**. Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

OLIVEIRA, C.J. O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo estado brasileiro. In: BRAVO, M.I.S et al. (orgs.). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas**. Brasília, 2004.