

Entrevista com o médico **Marcelo Cunha**, coordenador do Núcleo de Direitos Humanos da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro.

1. Como você começou a se trabalhar com o tema de álcool e outras drogas?

Faz parte de uma trajetória, se é que dá para dizer que são escolhas. Na verdade, é uma série de acontecimentos que vai desenhando nossa trajetória. Eu sou médico, sou de Recife e, lá, resolvi trabalhar com população pobre devido à minha origem. Sentia-me na obrigação de me voltar para essa questão da pobreza e da exclusão. Fiz medicina preventiva e vim para a Fiocruz. Trabalhei como médico de família, fiz residência nessa área. Comecei a trabalhar depois com população de favelas e, em seguida, população de rua. Com a população de rua, deparei-me com essa questão do sofrimento psíquico e da utilização de substâncias psicoativas como um dos principais "recursos" dessa população para suportar as agrúrias e os sofrimentos das suas vidas. Para quem trabalha com população de rua, o uso de álcool e drogas é uma pauta inevitável.

2. Qual a sua visão atual sobre a melhor política para lidar com o uso abusivo de álcool e outras drogas?

Hoje, tentamos fazer a sociedade entender que a questão de álcool e drogas não diz respeito somente à saúde e à assistência social. Porque, na verdade, toda essa questão acaba desaguando em nós, médicos, e nos psicólogos e assistentes sociais. E estamos vendo que isso passa por outras áreas, que precisam entender que esse fenômeno diz respeito tanto ao médico e ao psicólogo quanto ao policial, ao técnico da área de Habitação, ao técnico da Secretaria do Trabalho, ao dono do açougue, ao dono da farmácia, à sociedade civil organizada. Ou seja, é um fenômeno que atravessa a todos nós. Por exemplo, a pessoa que acha que não tem nada a ver com isso, mas coloca *insul film* ou vidro blindado em seu carro e casa, tem que perceber que essa questão também diz respeito a ela, ou seja, a violência que gera faz com que ela não consiga transitar na cidade. Então, na verdade, achamos que essa convocação para discutir esse fenômeno na cidade e no planeta, é fundamental. É preciso convocar essas frentes, seja em nível governamental ou não-governamental. É uma forma de enfrentamento, mobilizar todos esses setores, para, numa mobilização intersetorial, enfrentar a questão.

3. E com relação ao atendimento direto a essas pessoas, seja como médico, psicólogo ou assistente social? Como se dá essa relação do profissional com o usuário?

Não pode haver uma ação repressiva, ou seja, um modelo de abstinência exclusiva. Estamos no modelo do MS, que é o modelo de redução de danos. Precisamos nos aproximar dessas pessoas de algum modo, entender suas razões, motivações e necessidades de se aproximar desse tipo de substância. Essas substâncias ocupam um lugar em que o Estado está ausente. Se estivéssemos cuidando dessas pessoas, dando emprego, habitação e cuidado, a droga não teria esse espaço. Então, ela ocupa um vazio da ausência da ação estatal.

4. Com relação especificamente à redução de danos, como você vê essa prática? Qual sua opinião sobre a forma como está sendo empregada no Brasil?

Para nós, essa é a melhor forma que encontramos de chegar até essas pessoas e trazê-las para um tratamento. Não dá para exigir que uma população que não tem casa, roupas ou alimentação entre para um tratamento no modelo de abstinência total. Temos compreendido isso.

Trabalhei no CAPS Mané Garrincha, onde tentávamos nos aproximar da população usuária de crack, principalmente crianças e adolescentes. Quando ainda estávamos organizando a abertura do CAPS, em Vila Isabel, fomos almoçar num restaurante próximo. Na calçada, havia um menino caído. Vimos que por esse menino passava muita gente: estudantes da UERJ, profissionais de Saúde do Hospital Pedro Ernesto, profissionais do Instituto de Psiquiatria, senhoras, pessoas do Tribunal Eleitoral etc. Mas ninguém se importava com aquela criança de 10 anos caída, porque ela era negra, tinha cabelo "pichaim", estava suja. E me perguntei: se houvesse um menino lourinho de olhos azuis caído ali no chão, todo mundo não iria se mobilizar? Mas acostumamos a ver crianças como aquela naquela situação, inclusive nós, profissionais da área de Saúde. Então, fomos ajudar aquele menino. Quando começamos a cuidar dele, vimos que estava com fome, não tinha pai nem mãe, já estava na rua havia dois anos, estava magérrimo, doente. Pensamos em andar mais na calçada. Demos a volta no quarteirão e trouxemos oito meninos. Outros dias, trouxemos mais. Até que ficamos com 40 meninos no CAPS. E como iríamos cuidar deles? Sob a perspectiva da redução de danos. Oferecemos a eles o que estavam precisando: comida, banho e possibilidade de dormir. Oferecemos isso sem nem discutir a questão das drogas. Até que um dia eles começaram a acordar e querer ficar mais um pouco para ver televisão. Foi então que começamos a conversar sobre a questão das drogas. Porque chegava um horário em que eles queriam ir para a rua usar drogas. Ele saía e, no dia seguinte, voltava. Então, começamos a nos aproximar e criamos um dispositivo, que é a Casa Viva.

5. Você falou mais sobre sua experiência com crianças. Há diferenças no trabalho com usuários crianças e com a população adulta? No uso da redução de danos, por exemplo?

Uma questão é: como tratar redução de danos para uma criança de 10, 12 anos? Com nossos filhos, muitas vezes, nós somos muito rigorosos. Meu filho de 11 anos não sai de casa após as 22h de jeito nenhum. Ela está sempre comigo. Se ele está doente, não vou discutir com ele se ele vai se tratar ou não. Eu vou forçá-lo a tomar a medicação. Então, temos que tratar essas crianças como tratamos qualquer criança, inclusive as nossas. Então, com crianças, a redução de danos tem que ser redimensionada. Não dá para deixar que esse menino continue usando crack enquanto tentamos nos aproximar. Então, temos que trazê-los para cuidá-los.

As crianças não têm discernimento ou maturidade suficientes para decidir, não têm esses critérios estabelecidos. Então, temos que orientá-los, assim

como fazemos com nossos filhos. Não vou deixar uma criança de 12 anos decidir se quer se drogar. Elas têm que ser trazidas e cuidadas. Essa é a obrigação do Estado quando o pai está ausente.

6. Como é o trabalho conjunto dos profissionais de Saúde e Assistência Social nessa área? E a interação com outros profissionais?

Deve haver uma interface da Saúde com a Assistência Social. Como vamos acudir essa população desabrigada? Para essa criança, o modelo do abrigo não consegue acolhê-la, porque ela vai poder sair para se drogar, e o modelo de internação em hospital também não dá conta. Então, ela fica num hiato, num vazio, com necessidade de um terceiro lugar, que possa acolhê-la com suas características de ser criança e ser de rua. E para esse terceiro lugar é que temos pensado estratégias. Um modelo que acho importante é o da Casa Viva, que é uma casa que criamos. Não é um hospital, não é um abrigo nem é a casa dele, porque ele não tem casa. Fica no meio do caminho para tentar atender as singularidades que essa população traz.

Toda ação que ocorra com relação a álcool e drogas precisa transcender a atuação de um profissional ou de um setor. Tem que ser uma ação transdisciplinar e transectorial. Quando pegamos o exemplo daquele menino que estava na calçada, vamos encontrar uma família totalmente desestruturada, um pai desempregado, uma mãe grávida, o irmão mais velho já morto pelo tráfico. Vai encontrar uma realidade por trás desse menino. E ele mora num lugar para onde não pode voltar porque está devendo ao tráfico. Então, só para esse menino, seria preciso uma casa em outro lugar para ele morar, para poder voltar para a família, então teria que haver um auxílio-moradia para essa família; a Secretaria de Trabalho precisa entrar com um emprego para o pai desse menino; Secretaria de Saúde precisa cuidar da saúde do menino e da sua família, como o pré-natal da mãe; a Secretaria de Educação precisa ter vaga em creche para o irmãozinho dele, porque a mãe precisa trabalhar. Ou seja, não pode depender só de saúde e assistência.

Atuação do profissional é transdisciplinar. Para chegar nesses meninos, tínhamos artistas (atrizes, bailarinas e percussionistas) que nos ajudavam a desenvolver neles um desejo de cuidado, de deixar a droga. É preciso uma frente que vai além do médico e do psicólogo.

7. Além da Casa Viva, há outras instituições nesse modelo?

Aqui no Rio, não. Mas em Recife há a Casa do Meio do Caminho, na qual nos inspiramos para criar a Casa Viva aqui no Rio.

8. Esse projeto é em nível estatal?

Sim. Esse projeto é parceria das secretarias de Saúde e Assistência Social do Município do Rio. É um projeto piloto, para tentar pensar estratégias. Estamos amadurecendo esse projeto para ampliá-lo.

9. Uma discussão que pode ser travada é a relativa ao “lícito x ilícito”. Muitas vezes, o uso excessivo de medicamentos ou álcool não é visto de forma tão

negativa como ocorre com as “drogas ilícitas”. Como você vê e trabalha essa situação?

Essa coisa da “licitude” é bastante polêmica. Por exemplo, o álcool, que é uma substância legalmente comercializada, consumida de forma liberada, pode trazer até mais danos sociais, como acidentes de trânsito e atitudes de violência às pessoas, do que outras substâncias que sofrem muito mais preconceito. Há essa incoerência.

10. Quais as principais questões que atravessam a área de álcool e drogas?

Minha questão principal é essa coisa da população de rua. Acho importante trazermos a questão da exploração sexual de crianças e adolescentes. Com a chegada do crack no Rio de Janeiro, ela aumentou muito. Os meninos costumam partir para a violência para conseguir o crack, com pequenos furtos. Mas as meninas acabam sendo exploradas sexualmente por aliciadores e exploradores comerciais. Hoje, essa prática, já ligada ao tráfico de drogas e às milícias, se disseminou de modo assustador. Em muitas esquinas da cidade, há crianças sendo abusadas, aliciadores, comércio sexual. Isso é resultado da falta de assistência e cuidado do estado e da sociedade civil.

Disse-se por muito tempo que o crack não vinha para o Rio, que o comando do crime organizado não ia deixar entrar. E a cidade não se preparou para receber esse fenômeno. E tem gente que ainda diz que o crack não chegou, que só ocorre em algumas comunidades, porque na maioria o tráfico não deixa. Mas flagramos uma “epidemia” e as conseqüências que ela traz, como aumento da exploração sexual e dos índices de violência. A cidade não se preparou e ainda não está preparada, e estamos correndo atrás de estratégias para enfrentar.

11. Como vocês lidam com a questão das doenças transmitidas devido à drogas, principalmente HIV?

Muitas dessas crianças já estão com AIDS. E por que ela pegou? Ela estava viciada em crack, não tinha como comprar a pedra, foi para um espaço e foi explorada sexualmente por R\$ 1,99 para comprar a pedra. E, assim, ela se contamina, e vai contaminar outras pessoas.

Como não cuidamos dessa menina antes, oferecendo uma creche, uma escola, uma assistência de saúde ou um abrigo, se for preciso, essa mesma menina vai vir agora precisando de todas essas coisas e mais o tratamento para AIDS. Então, em termos de custo para o Município, é muito maior do que se tivéssemos cuidado dela antes. É importante que o Estado ocupe esse lugar. Ele o tem ocupado, mas ainda é pouco se comparado com o que é necessário.