



PUC GOIÁS

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PROGRAMA DE PESQUISA E EXTENSÃO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

JOSUÉ VIERA FILHO

**QUESTÕES LEGAIS E PROIBICIONISTAS DAS DROGAS: SUA
REPERCUSSÃO SOBRE A SOCIEDADE, POLÍTICAS E JUVENTUDE DE
GOIÂNIA/GOIÁS
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**GOIÂNIA
2013**



PUC GOIÁS

JOSUÉ VIEIRA FILHO

**QUESTÕES LEGAIS E PROIBICIONISTAS DAS DROGAS: SUA
REPERCUSSÃO SOBRE A SOCIEDADE, POLÍTICAS E JUVENTUDE DE
GOIÂNIA/GOIÁS**

Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação do Serviço Social, área de concentração em PPSS Teoria Social e Serviço Social; Política Social, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lucia Maria Moraes

**GOIÂNIA
2013**

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)

(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Vieira Filho, Josué.

V658q Questões legais e proibicionistas das drogas [manuscrito] : sua repercussão sobre a sociedade, políticas e juventude de Goiânia/Goiás / Josué Vieira Filho.-- 2013.

100 f.: il.; graf.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Mestrado Políticas Sociais e Serviço Social, Goiânia, 2013.

“Orientador: Prof. Dr. Lúcia Maria Moraes”.

1. Drogas - Descriminalização. I. Moraes, Lúcia Maria. II. Título.

CDU 343.976(81)(043)

JOSUÉ VIEIRA FILHO

**QUESTÕES LEGAIS E PROIBICIONISTAS DAS DROGAS: SUA
REPERCUSSÃO SOBRE A SOCIEDADE, POLÍTICAS E JUVENTUDE
DE GOIÂNIA/GOIÁS**

Dissertação de mestrado em Trabalho de apresentada à Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação do Serviço Social, área de concentração em PPSS Teoria Social e Serviço Social; Política Social, para obtenção do título de Mestre, aprovado em _____ de _____ de _____, pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:

Professora Dr^a Lucia Maria Moraes - PUC Goiás

Professora Dr^a Glácia Lelis Alves – UFRJ

Professora Dr^a Conceição Sarmiento Padial Machado - PUC Goiás

Professora Dr^a Maria José Machado Rocha - PUC Goiás

**GOIÂNIA
2013**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles jovens que de um modo muito especial e dolorido, com suas vidas, me ensinaram o respeito à integridade humana.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Lucia, minha orientadora, aos meus amigos que acreditaram que eu podia contribuir com estes questionamentos e pensamentos sobre uma vida e sociedade diferentes, aos meus professores e colegas de mestrado que tornaram os debates dentro de sala de aula mais ricos, aos meus parentes (mãe e irmãos) que estiveram sempre comigo torcendo por minha qualidade profissional, a todos os meus amigos de trabalho e da vida, que souberam esperar os muitos momentos em que eu não podia estar com eles para estudar, enfim à vida, que me ensinou a perseverar, mesmo diante dos momentos de perda, tristeza e solidão no meu processo de conhecimento.

RESUMO

Este trabalho tem como proposição o estudo do uso das drogas pelas sociedades através dos processos históricos, até os dias de hoje, com o advento das leis proibicionistas que marcaram e ainda marcam profundamente toda uma forma de sociabilidade dentro da sociedade capitalista na atualidade. Pretende em outro momento resgatar, junto a este apanhado histórico, as concepções que foram surgindo ao longo deste período as quais se denominou de saber/poder por meio dos estudos de Michael Foucault: na constituição do Estado, política, economia, a constituição da medicina social, das instituições hospitalares, especialidade da psiquiatria, o nascimento dos manicômios, o entendimento de saúde mental e imbricados a estas instituições, o tema do usuário de drogas. E por fim, pretende contribuir para o entendimento do tema das drogas na contemporaneidade por meio da sociedade, política, instituições de cunho conservador e não conservador, academia, etc., em face do fenômeno do abuso do *crack* por parte da juventude e as consequentes soluções encontradas pelas políticas sociais diante do que se denomina como “epidemia do *crack*” na cidade de Goiânia e no Estado de Goiás.

ABSTRACT

The purpose of this research is the study of drug use amongst societies throughout processes of human history up to this day, with the advent of prohibitive laws which has deeply marked all sorts of social interaction within capitalist societies nowadays. It is also intended at a further moment to retrieve, along with this historical overview, concepts of knowledge and power emerged in this period and present in Michel Foucault's theories on: the State constitution, politics, economy, the creation of social medicine and hospitals, psychiatric specialty, the birth of mental facilities, the understanding of mental health and drug users issues interwoven with these institutions. And therefore it is aspired to contribute with the understanding of drug use in contemporary world through the society, politics, conservative and non-conservative institutions, academy etc... facing the phenomenon of crack substance abuse by youth and its solution found by social politics on what is called "crack epidemic" in the city of Goiânia and in the state of Goiás.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CETAD/BA	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas- BA
CIA	Central Intelligence Agency
CREDEC	Centro de Recuperação em Dependentes Químicos
CEBRID	Centro Brasileiro Informação sobre Drogas Psicotrópicas
DENARC	Departamento Estadual de Repressão ao Narcotráfico
EUA	Estados Unidos da América
FBI	Federal Bureau Investigation
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FUNAD	Fundo Nacional de Antidrogas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia
JIFE	Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes
LCD	Diatilamina do ácido lisérgico - Ácido lisérgico
MPGO	Ministério Público do Estado de Goiás
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCB	Pasta-Base de Cocaína
SIVAM	Sistema de Vigilância da Amazônia
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SID 10	Classificação Internacional de Doenças
SUS	Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
XTC	Ecstasy
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1 CAPÍTULO: HISTÓRIA DAS DROGAS.....	16
1.1 História das Drogas no Mundo.....	16
1.2 História das Drogas no Brasil.....	21
1.3 História da Política Proibicionista.....	23
1.4 O Surgimento da Política de Drogas no Brasil.....	31
2 CAPÍTULO: O MOVIMENTO DA REFORMA ANTIMANICOMIAL.....	36
2.1 Uso de Drogas como tema de saúde e de saúde mental.....	42
2.2 A Reforma Antimanicomial e o tema das drogas.....	48
2.3 A Implementação da Política Antimanicomial CAPs A/D em Goiás/Goiânia e a estratégia da redução de danos.....	51
2.4 Política de Drogas e o Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack e Juventude no Estado.....	56
3 CAPÍTULO: A POLÊMICA SOBRE A POLÍTICA DE DROGAS.....	60
3.1 O Discurso Problemático Entre Drogas Lícitas e Drogas Ilícitas.....	60
3.2 As Cracolândias e os Bares da Vida.....	67
3.3 A Questão Social e as Drogas.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	77
ANEXOS.....	87

INTRODUÇÃO

Os estudos acadêmicos contemporâneos, na sua hegemonia, têm dado ênfase para a problemática em uma perspectiva “epidemiológica e de cunho positivista”, como expõe SILVA (2010, p. 30), atendendo a um modelo biomédico, sobretudo nos efeitos que as drogas produzem sobre os indivíduos usuários de algumas determinadas modalidades de psicotrópicos. Tal ênfase tem como foco os aspectos físicos, psíquicos e neurológicos, no que tange aos efeitos que muitas substâncias psicoativas provocam no organismo. Por outro lado, há pouca pesquisa relevante ao que diz respeito às questões sociais complexas que envolvem este problema nas ciências da contemporaneidade. Segundo Silva a contribuição ao tema das drogas no Brasil encontra um “divisor de águas” como nos coloca o pesquisador, em Gilberto Velho, antropólogo urbano brasileiro, com sua tese publicada em 1987, para o qual, continua ele, o fenômeno drogas é destacado como um fenômeno estrutural a todas as configurações etnográficas ou históricas (SILVA, 2010, p.38).

Os estudiosos da temática das drogas têm trazido contribuições de dentro da medicina, da farmoquímica, da psiquiatria (especialidade da medicina) e da psicologia, sob uma perspectiva epidemiológica em um recorte positivista, no qual o modelo clássico quantitativo (por ser o único com base realmente científica, pleno do discurso legítimo da ciência, segundo muitos pesquisadores) tem dado o norte das pesquisas sobre o tema. Há estudos, também, sob uma perspectiva sociofamiliar em que predomina a análise da subjetividade da relação familiar, e com as reflexões acerca das populações, dos indivíduos e dos grupos. No entanto, a pesquisa sobre a temática do uso de drogas ainda é escassa em outras dimensões da sociedade, como por exemplo, no âmbito político e em seus aspectos econômicos, históricos e sociais, o que dificulta a compreensão de como estes aspectos influencia o cenário onde os sujeitos e/ou indivíduos usam determinadas substâncias psicoativas ou por que, com que forma, ou quais os aspectos estruturais e estruturantes desta forma de sociedade, na construção de seu conhecimento e seus saberes, que produzem e reproduzem os seus reflexos sob uma forma de “epidemia de drogas” como querem chamar alguns.

Assim, por entendermos que pouco se tem estudado sobre a forma de desenvolvimento social contemporâneo que permite, por exemplo, que a população juvenil fique em situação vulnerável em relação aos altos padrões de consumo de determinadas substâncias psicoativas no Brasil e sejam, ainda, também as maiores vítimas da violência que o comércio e tráfico das drogas produzem em nossos dias, decidimos nos aproximar deste

tema a fim de melhor compreendê-lo e buscar contribuir para as muitas reflexões que estão se fazendo sobre a problemática das drogas na atualidade.

Esta pesquisa foi pensada a partir do meu local de trabalho visto que eu desenvolvia minha função de Assistente Social no Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc da Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Goiânia onde trabalhei por um período de dois anos. Logo em seguida fui conduzido à disposição do TJGO, para o Programa da Justiça Terapêutica, onde atualmente estou exercendo a função de Assistente Social junto a equipe de profissionais daquele programa.

Escolhemos, então, para o nosso estudo, um recorte da população jovem com faixa etária entre 15 e 25 anos, uma média de idade significativa a qual tem sido, dentre toda a população, a mais afetada pelas políticas que pretendemos estudar. Esta população juvenil tem aprofundando a relação com as drogas e em especial com *crack*, que é um tipo de droga sintética ou “droga de *designer*” como menciona Escotado (2004, p. 167), derivada da cocaína e é o que tem produzido hoje aquilo que denomina-se como “epidemia”. O *crack* é uma droga de baixo custo, muitas vezes de fabricação caseira e tem se tornado de fácil acesso para os jovens, pois a forma de tráfico está extremamente capilarizada na rede social.

A discussão sobre a disseminação do uso e do tráfico de drogas, enquanto fenômeno social tem sido realizada sob a influência de um cariz ideocultural, econômico e político, que a nosso ver, tem trazido, em seus fundamentos, uma lógica de sociabilidade na qual o uso e abuso de drogas tem encontrado o seu espaço ideal, uma vez que envolve uma quantidade cada vez mais crescente de jovens.

Relacionamos a esta lógica à forma de produção e reprodução de sociedade em sua forma capitalista, que contribui para balizar sobre a demanda da produção e circulação de mercadorias, que fazem imposição para uma forma de vida de consumo totalmente voltada para os interesses da garantia e conservação daqueles que detêm o poder. Leia-se aqui a burguesia (na forma do empresariado) em sua produção das condições necessárias para a boa imagem do Brasil no que diz respeito à realização dos grandes eventos da Copa de 2014 e das Olimpíadas de 2016, para as quais tem havido uma enorme campanha de “higienização” das cidades sedes destes jogos¹.

¹ O contraditório nestes processos de preparação para os jogos da copa de 2014 e também das olimpíadas 2016, é que tem havido um enorme esforço das autoridades, principalmente das autoridades das cidades sedes da copa, com a justificativa de cuidado com a saúde das pessoas envolvidas com crack de ter que fazer internações involuntárias e muitas vezes compulsórias retirar-las das ruas escondem assim um aspecto de higienização, por outro lado atender ao “lobby” fortíssimo de grandes companhias de bebidas, principalmente cervejas, para liberar o uso em meio aos jogos.

Hoje os estudos sobre drogas no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde - MS de 2010, apontam para um número aproximado de 600.000 jovens envolvidos com uso de drogas, em especial o *crack*, tipo de droga mais consumida atualmente, principalmente pelos adolescentes e jovens das camadas de baixa renda. Esta problemática crescente tem gerado uma profunda preocupação entre as família e sociedade em geral, as quais, por sua vez, têm demandado dos governos a implantação de políticas específicas para a sua prevenção, tratamento e seu combate.

Recentemente foi lançado o Plano Nacional de Combate ao *Crack* (SENAD 26/10/2010) por diversos órgãos e ministérios ligados ao governo federal, no sentido de prevenir, combater e tratar o abuso deste tipo de droga. Este plano objetiva promover diversas ações junto aos Estados e Municípios brasileiros, bem como tem dado ênfase também em ações nas áreas de pesquisas sobre drogas, no que diz respeito ao uso, abuso e efeitos desta substância, formas de atenção e tratamentos mais eficazes para aqueles que têm se tornado seus dependentes.

A pesquisa sobre o tema da drogadição na juventude tem sido vastamente feita pela medicina e por outras áreas da saúde no sentido de expor essa temática como consequência de questões relacionadas à “desestruturação familiar” - Drogadição significa adição a drogas, conforme sua etimologia tem a seguinte explicação: Adicto, do latim *addictu*, é um adjetivo, que significa: Afeiçoado, dedicado, apegado; Adjunto, adstrito, dependente; em medicina é quem não consegue abandonar um hábito nocivo, mormente de álcool e drogas, por motivos fisiológicos ou psicológicos. Constata-se, no estudo de comportamentos relacionados à drogadição, que todas as acepções acima descritas são-lhe aplicáveis, de forma conjunta e sinérgica.

Como foi mencionado a drogadição é vista, em seus aspectos endógenos fisiológicos, psicológicos, neurológicos. No entanto, é perceptível certa desatenção para a questão social como consequente mecanismo estrutural, de todos os processos fenomênicos e de como a sociedade na sua política, economia no detalhamento de sua legislação e implementação das suas políticas, se constitui cultural e institucionalmente para determinar e manter uma população juvenil saudável e longe da opção do uso abusivo de algumas drogas e, ao mesmo tempo se contradiz, pois satisfaz também a interesses mercadológicos por contribuir para que esta população jovem seja cativa de todo um discurso de poder/saber das drogas.

A política de tratamento e combate às drogas, em especial, ainda tem muito presente a concepção de menos estado social e mais estado para o capital (WACQUANT, 1999, pg. 13), favorecendo aos interesses de mais prisão e cerceamento das liberdades em nome dos lucros de determinadas instituições em detrimento de outras medidas de atenção às drogas mais abrangentes e mais integrais, ou seja, não são repressivas e segregacionistas e não suprimem a participação social.

A nossa pesquisa procura entender as formas de manifestação do Estado como coordenador de um poder/saber que ao invés de agregar jovens a uma sociedade e promover sua sociabilidade, torna-se aliado aos interesses particulares institucionalmente legitimados e isola uma parcela da juventude em espaços de não realização enquanto seres humanos, aonde as condições de reprodução da vida são restritas ao uso e abuso de drogas, especialmente da cocaína em forma de *crack*.

Pretendemos, também, desvelar os movimentos fundamentalistas (entendidos aqui em uma perspectiva idealista e conservadora) os quais têm influenciado as discussões sobre políticas públicas sobre drogas, e propor um debate para além das mistificações presentes sobre o tema no momento. Para isso, a nossa pesquisa busca contribuir criticamente para a produção das políticas públicas e sociais voltadas para a população usuária de drogas no Estado de Goiás, cidade de Goiânia, onde o discurso predominantemente proibicionista e segregacionista tem se desenvolvido ao longo de determinado período histórico.

Nesse contexto, definimos como objetivo a análise dos processos históricos de produção e reprodução de políticas públicas e sociais voltados para a população jovem a partir de adventos históricos das drogas, da construção dos saberes que determina o fazer político, econômico e concreto, bem como seu rebatimento consequente ao crescimento do fenômeno das drogas na cidade de Goiânia/Goiás no período de 2005 a 2012. Dentre os objetivos específicos analisaremos as políticas de drogas no período de 2005 a 2012, suas consequências para a atenção e acompanhamento da população juvenil no sentido de conhecermos melhor os resultados, os pontos positivos e negativos das políticas públicas sobre o assunto, a fim de que as mesmas redirecionem essa parcela da juventude para outra possibilidade de vida, no sentido de sua formação como cidadãos, entendidos de sua corresponsabilidade, preparados para uma vida social produtiva e de forma crítica.

Analisaremos, a contradição apresentada no debate de drogas na atualidade a partir de um recorte histórico compreendido como a era proibicionista com seu rebatimento nas políticas sociais na atualidade, fator que muito nos intriga pelas contradições implícitas

nas implementações desta. Outro aspecto a ser analisando é a conjuntura que deu forma aos saberes sobre drogas a partir de conhecimentos e saberes bem específicos apropriados pelo Estado e seu posterior alinhamento ao ramo da medicina e a consequente repercussão na vida da sociedade. Além disso, será necessário, também, examinar o recente Plano Nacional para o enfrentamento ao fenômeno crescente do abuso do álcool e outras drogas com seus reflexos para a juventude moradora da cidade de Goiânia.

No decorrer da leitura bibliográfica, na construção do objeto de pesquisa foram formuladas as seguintes hipóteses sobre o tema: O debate sobre as drogas balizado pela onda proibicionista constituída a partir de acordos internacionais do Brasil com outros países, especialmente e a partir dos Estados Unidos da América-EUA, como proponente destas políticas desde seu início, apresenta na contemporaneidade, pontos de estrangulamento no avanço das políticas de lidamento com as drogas incontornáveis; O avanço das políticas de enfrentamento às drogas e de tratamento aos usuários das mesmas polariza o debate na atualidade causando uma inércia no setor público responsável, trazendo consequências profundas no que diz respeito à população jovem; Como o sistema de enfrentamento aos usos e abusos de substâncias tóxicas por parte da juventude atende a outra demanda de maior e mais criminalização, bem como incentiva o crescimento de clínicas de internação, principalmente aquelas que atendem de forma compulsória, fica evidente o reforço da exclusão cada vez maior da população. Reforço este claramente balizado pelo mecanismo de saber/poder sobre o jovem em detrimento de outras propostas de políticas alternativas com ênfase em prevenção, mais integrativas e participativas de lidamento com o problema.

Questionaremos, então: Será que esta forma de enfrentamento às drogas não é para atender também a setores da sociedade em sua perspectiva de maior lucro em face da necessidade do consumo e mercadorização da saúde?

A metodologia de nosso trabalho constitui-se em fazer um percurso sócio-histórico, conceitual e documental em primeiro lugar, retomando os aspectos históricos em registro documental da discussão e polêmica sobre as drogas desde o começo do Século XX. Neste período, analisaremos documentos de textos produzidos por historiadores e pesquisadores como Devenport-Hines (2001), Courtwright (2001), Escotado(2004), Hobsbawm (2004), Garcia *et all* (2011), Foucault (1972, 1975, 1984), Silva (2011), Rodrigues (2003, 2011), Santos (2012), Vasconcelos (2010) e outros para os quais a questão das drogas passa a ser um tema de cunho administrativo jurídico e em outros momentos passa a ser estrito dos saberes médicos e fármacos, especializados na perspectiva do controle

fundamentado nos saberes médicos em função ou como queira, a serviço do Estado, como nos coloca Foucault(1984).

No primeiro capítulo, aprofundaremos no debate atual relativo às legislações e políticas que norteiam os tratamentos das pessoas envolvidas com as drogas psicoativas, como o *crack*, por exemplo, a partir dos estudos historiadores como Escohotado, Devenport-Henes e Courtwright que trazem a análise da temática das drogas desde o momento em que sobre estas não existia a ação proibicionista.

Será tema do segundo capítulo, a construção histórico-social de todo um saber/poder aqui apresentado. Temos como consequência e referência à história do movimento antimanicomial e a política antimanicomial, Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Queremos fazer uma incursão pela história desta política desde o seu surgimento, até a atualidade no país, Goiás e Goiânia, questionando qual tem sido o debate travado entre esta política e a atual lei de drogas, 11.343/2006, mais precisamente as propostas de mudança pelo projeto de lei 7.663/2010, do deputado Osmar Terra, que afetam diretamente a lei 10.216/91. Pretende-se discutir, ainda neste capítulo, sobre como são dadas as diretrizes para o acompanhamento e tratamento dos usuários de drogas psicoativas e como esta política tem sido implementada no Brasil, seus avanços e retrocessos, mais precisamente seus retrocessos diante dos entraves colocados por setores conservadores da sociedade e como diante da demanda de maior criminalização das drogas - mais precisamente da população pobre usuária de *crack* – esta política tem se comportando e quais têm sido as saídas, as propostas de alternativas como a redução de danos.

No terceiro capítulo, vamos discorrer sobre as consequências que a polarização que a discussão destas políticas tem tomado no cenário goiano; como esta polêmica tem afetado concretamente a população em estudo. Queremos mostrar o verdadeiro problema que vem a ser as drogas como uma refração da questão social e mostrar como este problema é tratado hoje pela Justiça por meio de um discurso conservador escamoteando o enfrentamento de fato. Partiremos da análise dos três eixos centrais nos quais se baseia a Política de Drogas no Brasil: eixo do combate Art. 27 a 30; prevenção, Art. 18 e 19; tratamento das pessoas usuárias de drogas Art. 20 a 26, sendo todos pertencentes à Lei 11.343/2005, confrontando os Artigos que dizem respeito ao tratamento com a Lei 10.216/2001. Assim, evidenciaremos as drogas como refração da “questão social” e seus rebatimentos na vida da população juvenil goianiense.

O estudo será orientado por documentos jornalísticos, registros de debates na mídia de forma geral, em debates dos quais participamos, no sentido de apreender o discurso hegemônico sobre o tema das drogas e que ao nosso modo de ver estão balizados por tendências econômicas, políticas, ideológicas e éticas (leia-se aqui moralistas) as quais norteiam a forma como se pretende enfrentar o tema das drogas pela via das políticas sociais e públicas.

1CAPÍTULO: HISTÓRIA DAS DROGAS

1.1 História das drogas no mundo

As drogas sempre estiveram ligadas à humanidade, desde a sua mais longínqua existência. Em um simpósio sobre drogas realizado em 2011 no Ministério Público do Estado de Goiás - MPMGO, em decorrência dos altos índices de uso de *crack* por parte da juventude goianiense, o médico do Centro de Estudos e terapia do Abuso de Drogas - CETAD/BA, Antônio Nery, conta que as drogas sempre serviram de recurso para que o homem, nas diversas culturas, pudesse enfrentar a sua finitude, a angústia e a ansiedade do incerto que o rodeava. Serviram, também, para aliviar o ser humano dos momentos da vida que não podia controlar, das condições climáticas adversas e intempéries, bem como estiveram presentes nos momentos de festas e comemorações. Enfim, conta Nery que as drogas sempre foram parte do tema central que sempre rodeou a humanidade, ou seja: a morte, a existência e o sofrimento (2011).²

Outros autores já analisaram o consumo das drogas nos diversos momentos históricos desta sociedade e o sentido que elas têm para grupos, comunidades. Sentidos estes que vão desde a constituição de um modo de ajuntamento e socialização, a fim de garantir a espiritualidade destes e os seus valores coletivos e culturais - Escotado (1989), Birman (1993), Hobsbawm (1994), Zaluar (1999), Kalina (1999), Masur (2004) -, até ao que diz respeito à manutenção de um determinado “*status quo*”.

O historiador espanhol Antônio Escotado, jurista, filósofo e sociólogo (1941), tradutor de outros importantes textos como de Thomas Hobbes, Newton e Jefferson, fez uma pesquisa densa e extensa sobre as culturas e o uso das drogas desde os mais longínquos tempos até os nossos dias. A sua produção foi publicada pela primeira vez em 1989, em espanhol, intitulada *História General de las Drogas*. Este autor demonstrou que, em si, “as drogas nada têm de bom e de mal” (ESCOHOTADO, 2008 p.23 e 24). Em outro livro seu: *História Elementar das Drogas* (aqui um resumo da sua produção central já citada anteriormente) (ESCOHOTADO, 2004), relata que o termo "droga", já no entendimento dos gregos, traz o mesmo significado de “remédio/veneno” (*phármakon*) e “bode expiatório”

² Esta fala do Médico Antônio Nery, Coordenador Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas de Salvador- BA – CETAD, foi extraída de um seminário que aconteceu na sede do Ministério Público no ano de 2012.

(*pharmakós*), sendo que no segundo caso, no termo que traz o entendimento de "bode expiatório"³ a palavra tem apenas as duas letras finais trocadas.

Neste entendimento, o autor segue ao longo do seu texto mostrando que este ou aquele significado vai ganhando ou perdendo força em momentos diferentes da existência destas culturas. "Reflete posicionamentos políticos, econômicos, médicos, ideológicos e filosóficos" (ESCOHOTADO, 2004, p.167a 178). Relata que o uso das drogas até o início do século XX, na primeira década não era considerado proibido e não era motivo de punição, e que existiam nas culturas mais antigas, espaços e significados relacionados para as mais diversas espécies de drogas, sendo o seu uso considerado prerrogativa, em muitos lugares, de chamãs, para o acesso dos cidadãos ao extraordinário, à cura, alegria, morte - através do suicídio ou extermínio de grupos - (ESCOHOTADO, 2004).

Muitos tipos de drogas eram usadas como elemento importante, como parte das festas de povos, como é o caso dos antigos moradores das regiões andinas, no que diz respeito à folha de coca. Na Grécia e Roma antiga os povos usavam o vinho misturado com uma planta de efeito alucinógeno, a qual chamava de "bebida forte", e que eram usadas nos bacanais, festas dedicadas ao deus Baco em momentos determinados do ano. "(...) sabemos que nos tempos dos césores não era infrequente fumar flores de cânhamo fêmea (maconha) em reuniões para dar início a hilaridade e o desfrute" (ESCOHOTADO, 2008, p.31.).

Já no final do século XIX, o ópio se tornou um ótimo incremento nas transações comerciais, era usado como moeda de troca por parte da Inglaterra com a China, que via neste produto ou no ouro as únicas possibilidades de pagamento pelas mercadorias que aquele país produzia. Segundo autores como Escotado e Hobsbawm, a China prescindia das manufaturas trazidas da Inglaterra e a única forma de pagamento e comércio seriam estes produtos.

O comércio da China com outros países, principalmente com a Inglaterra, vinha sendo realizado de forma difícil visto que estes produtos manufaturados não despertavam os interesses chineses, pois este era superior na produção de tecidos como a seda e outras espécies de manufaturas. No entanto, o ópio estava no centro dos interesses do comércio chinês ao mesmo tempo em que este país não aceitava mais certas imposições comerciais de

³Escotado aqui faz alusão ao "bode expiatório" da Bíblia, no velho testamento, no livro de Levitico que trata das leis dadas por Deus ao Povo Judeu quando da peregrinação dos mesmos pelo deserto depois da sua libertação do jugo opressivo e da escravidão do rei do Egito. Deus manda que os judeus, todas as vezes que estes estivessem cheios de pecados ou falhas perante Deus, deveriam em lugar de serem sacrificados como mandava a lei, deveriam oferecer, por meio do sacerdote, um bode expiatório como substituição e este bode deveria ser mandado para o deserto.

outros países, principalmente as imposições da Inglaterra, desencadeiam-se as chamadas Guerras do Ópio⁴ (ESCOHOTADO, 2004 e HOBBSAWM, 2010). Escotado relata que a China manda para o mar 1400 toneladas de ópio da Companhia *East India Company*, como forma de se opor às exigências comerciais inglesas, o que desencadeou uma declaração de guerra por parte da Inglaterra em 1839 (2004, p.80).

Na Primeira Guerra “civil norte-americana e na guerra franco-prussiana, a morfina começou a ser usada como remédio, para acalmar ou mesmo suprimir a dor dos feridos de guerra. Este foi o primeiro fármaco, um alcaloide derivado do ópio” (ESCOHOTADO, 2004, p.85). Em seguida veio a heroína, cinco vezes mais forte do que o ópio e começou a ser comercializada pela F. Bayer, a qual se tornou uma grande e poderosa empresa na área da química graças ao comércio intenso deste produto. A heroína era comercializada em uma embalagem dupla: heroína e aspirina teve seu comércio livre por um bom tempo, mesmo depois da morfina e o ópio já começarem a ser controlados (ESCOHOTADO, 2004).

A folha da coca, descoberta pelos espanhóis, era usada em comemorações dos povos da América Latina, a exemplo dos povos indígenas que viviam e vivem nas regiões Andinas. Sempre foi parte intrínseca da sua cultura até os dias de hoje. O historiador espanhol Escotado (2008) conta que a coca foi um grande achado dos espanhóis, que viram nela grandes oportunidades de negócio e riqueza, já desde o século XVII. O cloridrato de cocaína foi isolado pela primeira vez em 1859 e logo foi comercializado em grande escala. É um precedente da manipulação química da folha da coca para a qual a propaganda foi muito mais intensa do que a da morfina e da heroína, além disso, era uma droga utilizada como alimento para os nervos (ESCHOTADO, 2008).

O pesquisador relata ainda que as drogas, como no caso da cocaína, eram consideradas como objeto de *status* social no meio da classe média, logo depois da sua descoberta e seu desenvolvimento em laboratórios, no século XIX. Sigmund Freud era um dos grandes conhecedores e o maior especialista da época sobre esta droga, conduzia-se com autoexperiências e era o perito chamado para atestar qualidades de cocaína para o uso comercial antes de ser conhecido como o mestre da psicanálise. Também foi responsável por fazer a revisão bibliográfica de toda a literatura existente na época.

Na história das descobertas das drogas pelos laboratórios logo vieram o éter e o clorofórmio, introduzidos no mercado como drogas lúdicas ou recreativas. Já no final do século XIX começam a ser introduzidos também no mercado os soníferos como o paraldeído

⁴ Para conhecer detalhes chamadas Guerras do Ópio que foram motivo para o tráfico, as formas de exploração no início do capitalismo ver em Courtwright (2002), Escotado (2004), Devenport-Hines (2001).

e os barbitúricos, todas as drogas muito propensas à formação de hábitos e dependência (ESCOHOTADO, 2004).

Já na segunda guerra mundial, na guerra espanhola e do Vietnã, os soldados traziam as aminas, dexanfetamina, metanfetamina em meio a seus apetrechos como parte generosa da sua carga de suprimentos para aliviar a fome, náuseas, o cansaço, o desânimo e o sono. Por outro lado, outros historiadores relatam que soldados americanos levavam a cocaína de volta para os Estados Unidos da América – EUA por meio de contrabando. Os soldados tinham o hábito tão intenso de uso de drogas que muitas vezes, por terem desenvolvido dependência de algum tipo delas, tinham que ficar em quarentena em país como a Austrália para se livrarem do vício - Escotado (2004), Courtwright (2001) e Devenport-Hines (2001).

Este momento histórico sobre as drogas se torna um pouco “complexo e nebuloso”, conforme expõe Escotado (2004), pois a *Central Intelligence Agence* (CIA), em denúncia de jornal da época, foi responsável por muita heroína que passava a chegar nos Estados Unidos por meio de suas conexões na Europa, a notícia deste jornal era que este seria o motivo de tanta heroína entrar em um determinado tempo nos Estados Unidos, e que esta droga vinha, muitas vezes, sob acordos secretos desta Instituição de investigação dentro dos corpos dos soldados mortos e repatriados. Escotado define como sendo uma espécie de anomalia produzida pela guerra do Vietnã (2004).

A história das drogas, neste momento, tem um recorte importante no sentido em que marcou toda uma geração, pois foi quando história ficou dividida a partir daquilo que veio a se chamar de Movimento *Hippie*. Um forte movimento de contestação diante de toda a ordem social estabelecida naquele momento, sustentada pela forma de política interna e internacional, economia e cultura de forma geral. Pela forma de ver as liberdades e de se viver a vida

(...) ao perceberem que os valores da sociedade em que viviam não os faziam felizes, os alienavam e envolviam numa engrenagem de que eles, como indivíduos, eram apenas uma peça a mais, esses jovens propunham uma vida baseada no amor a todas as coisas e no presente, sem hipotecas sobre o futuro. Mas se pode dizer que os jovens hippies foram, de fato, os mais significativos representantes dessa nova atitude diante dos acontecimentos do mundo, cuja principal inspiração era o sentimento de liberdade que contagia a todos? (CIDREIRA, 2008, p.36)

É neste sentido que o uso de determinadas drogas se torna um incentivo a uma forma de contestação coletiva e forma de fazer parte de um caldo cultural revolucionário para a promoção das liberdades dos indivíduos, sustentando uma forte pressão social contra um

Estado de cunho ideológico, político e econômico que em um viés conservador queria a todos conformar. Assim se apresentava, então, o governo do presidente Nixon o qual lançou a mais violenta campanha contra as drogas (não menos paradoxal) de que se têm notícias (DEVENPORT-HINES,2001).

Neste mesmo período, coincidentemente ou não, a utilização de droga entre os jovens crescia significativamente: alucinógenos como o LSD e a maconha. Ocorre que a droga desempenhava um papel de expressiva importância, como principal símbolo de ruptura com os padrões existentes. Isso porque devemos entender o movimento hippie a partir de três elementos: a droga, a música e aquilo que seriam as posturas ético-sociais, integradas por roupas, maneira de ser e de participar socialmente (CIDREIRA, 2008, p.36).

Hobsbawm afirma, também, que na revolução Cultural nos Estados Unidos da América, a juventude, estimulada pelo movimento *hippie*, passou a fazer uso de drogas psicodélicas como forma e parte de protestos relacionados diretamente ao perfil político-cultural no qual a sociedade estava mergulhada. O movimento trazia uma frase emblemática "*Make Love, Not War*",⁵ que traduzia o que realmente era um dos problemas insuflados pela Guerra do Vietnã: a luta dos Estados Unidos contra o emergente comunismo, a qual deixava claro para o conhecimento de todos, o verdadeiro interesse estadunidense, que era a sua luta com efeitos de dominação e disputa de território, segundo Devenport-Hanes (2001). Este movimento protestava contra os interesses de um Estado que não levava em conta a vida dos soldados que para a guerra traduzia-se apenas nos interesses de maior dominação imperialista em detrimento de milhões de vidas que se perdiam em meio a ela.

"*Make Love, Not War*", letra de música de John Lenon e palavra de ordem do movimento denominado *beatniks* na década de 60, se tornaria então o lema de toda uma geração. Este movimento, em protesto às condições da Guerra do Vietnã, que foi promovida e financiada pelos EUA, com objetivo de intensificar sua corrida -imperialista, colocava claramente a insatisfação em relação a toda uma forma de sociedade. Hobsbawm coloca que o lema era: "Liberação pessoal e liberação social, davam-se as mãos, sendo sexo e drogas as maneiras óbvias de despedaçar as cadeias do Estado, dos pais e do poder dos vizinhos, da lei e da convenção" (2008, p.326 e 327).

No entanto, esse movimento, naquele momento, que muito prometia em termos de manifestação cultural com uma forte crítica ao *status quo* capitalista, foi incorporado ao modo de vida e de consumo cultural desse sistema, deixando de ser uma forma de comportamento

⁵ Tradução: "faça amor, não faça guerra".

crítico social e consistente, que pudesse colocar em cheque todo um modo de sociabilidade existente para ser apenas mais um movimento. O que era antes uma promessa, iniciada por centenas de jovens descontentes, foi se incorporando como um modismo do qual a indústria da música, moda e estilo de vida viria lucrar.

Por outro lado, pode-se ver que determinadas drogas como é o caso da cocaína, com seu poder estimulante, venham servir como um forte aditivo para o desempenho de profissionais e pessoas de um modo em geral como aponta alguns estudos sociais.

Determinados grupos da classe média, para dar impulso ao seu crescimento econômico, por condições e garantia de *status* social como os *Yuppies*⁶ (jovens executivos nos Estados Unidos da década de 1980), viam na cocaína um estímulo ao seu desempenho, uma forma de garantir alta produtividade no trabalho, em especial, o aditivo para a sua realização, alavancamento dos seus projetos profissionais. Esta foi uma forma encontrada por muitos jovens executivos a fim de conquistar o sonho americano. Tornaram-se, então, usuários de cocaína para dar conta de alcançar este estilo de vida individual, tão cobiçado e propagado por muitos como o “*American Way life*”, comonos conta Hobsbawm:

A revolução cultural de fins do século XX pode assim ser mais bem entendida como o triunfo do indivíduo sobre a sociedade, ou melhor, o rompimento dos fios que antes ligavam os seres humanos em texturas sociais. (HOBSBAWM , 2008, p. 328).

A história iria ainda reservar capítulos mais tenebrosos quanto ao uso das drogas, ou melhor, as condições que o proibicionismo das mesmas, suscitando nos espaços sociais as artimanhas do tráfico, poderia reservar cenas de fragilidades sociais, violências sem igual e um sistema carcerário sem parâmetros, em função das altas criminalidades. Estas são as condições nas quais se apresenta, no cenário internacional, na atualidade, o tema das drogas o qual gera circulação de quantias de dinheiro sem igual em toda a história humana, no entanto, também sob um alto preço de vidas e vidas de jovens principalmente.

1.2 História das Drogas no Brasil

No Brasil, bem como nas Américas de um modo geral, as drogas estimulantes e medicinais, segundo Escohotado, existiram sempre em abundância: dez espécies para cada espécie encontrada na Europa, dado à grande quantidade destas plantas nestas regiões.

⁶*Yupipie*” é uma derivação da sigla ”YUP”, expressão inglesa que significa ”*Young Urban Professional*” ou seja: jovem profissional urbano.

Tomamos como exemplo o guaraná (*Paulinia cupana*), ricamente encontrado nas regiões amazônicas, mais estimulante que a cafeína e o mate, tardiamente descoberto, e hoje tem o seu consumo crescente dado a sua importância (2004).

A *Psichotriaviridis* e a *Baniteriopsiscaapi* são plantas importantes da flora da América Latina para a produção do chá de ayahuasca (GOULART, 2008). É um chá de efeitos psicodélicos, muito difundido no Brasil, em especial na região norte, onde é geralmente usado em rituais coletivos como os rituais da União do Vegetal ou os rituais do Santo Daime⁷, aos quais os povos e culturas que participam atribuem efeitos espirituais e sagrados. Na história recente das drogas no Brasil, grupos conservadores e adeptos ao proibicionismo, têm criado uma enorme polêmica no sentido de tornar estes encontros do chá e os usos coletivos da droga proibidos.

As drogas adquirem, já nos estudos e anais de das ciências no Brasil, o estigma de, na sua maioria, serem causadoras de grandes males, sendo considerados hábitos da marginalidade e de vadios. Eram constantemente vinculadas a seus efeitos negativos, Silva relata em seus estudos que “outros pesquisadores chegaram a afirmar que a toxicomania era uma das causas da loucura e do aumento da criminalidade entre os brasileiros” (ADYALA *apud* SILVA, 2011, p.22). Não poucas vezes drogas, como por exemplo, a maconha, era relacionada aos negros e mestiços e seus hábitos degenerativos, segundo Silva citando Doria e Nina Rodrigues. Este autor coloca que já nos primeiros estudos, até meados dos anos sessenta, a relação do uso das drogas identificava e reforçava a faceta demoníaca e conservadora e isto só ajudava estigmatizar os usuários de determinadas substâncias (2011, p.23).

As drogas lícitas e ilícitas como relatam Escotado (2004; 2008) e outros autores como Rodrigues (2003; 2011), Garcia e autores (2008), Lima (2010); Vargas (2011) dentro da sociedade capitalista ocuparam a posição na garantia de que muitas economias se mantivessem em equilíbrio em suas balanças comerciais e enfim, dando sustentação do modo de produção e reprodução da forma capitalista, balizando um modo da sociedade como a compreendemos. Ora ocupam um lugar no processo de desenvolvimento das forças produtivas capitalistas proporcionando equilíbrio da balança comercial⁸ - como o caso do

⁷ O Ritual do Santo Daime foi criado por Raimundo Irineu Serra, o mestre Irineu como era conhecido. Ele criou o ritual do Santo Daime na década de trinta em Rio Branco – Acre

⁸ A lavagem de dinheiro é feita da seguinte maneira: os traficantes depositam o dinheiro advindo do tráfico de drogas e este dinheiro é sucessivamente transportado de banco em banco, muitas vezes em paraísos fiscais até que chegue em uma determinada região um dinheiro completamente limpo.

tráfico drogas e lavagem de dinheiro por parte dos grandes bancos em momento como estes de crises, ora ocupam outro lugar como forma de estímulo ao consumo, para fins de uso medicinal, como o caso da maconha, agora liberada em alguns Estados Nortes Americanos⁹, ou mesmo para fins de recreação como na Holanda.

Muitas vezes, este comércio é impulsionado e fortalecido pela mídia, como é o caso dos comerciais das diversas marcas de cervejas e de fármacos, que são vendidos sob prescrição médica ou sem prescrição por meio dos *sites* especializados ou via redes sociais. (ESCOHOTADO, 2008). Na década de 1980, outras drogas começaram a ser difundidas e ser comercializadas nos Estados Unidos da América, as quais Escohotado chamou de drogas de *designer* ou drogas de desenho. Figuram entre estas drogas o cristal (ESCHOTADO, 2004, p.170) e o *crack*, sendo este comercializado no Brasil a partir da década de 1990.

1.3 História da Política Proibicionista

Antes de entrarmos no tema propriamente proposto por este capítulo, que trata da atual política de drogas no Brasil e toda a contradição na atualidade gerada pela política proibicionista de drogas, faz-se necessário um resgate histórico das condições que deram início a essa política no mundo (leia-se Estados Unidos da América do Norte), estimuladas por organismos internacionais, e que afetou em todos os sentidos a vida política e social dos países, com rebatimento nas políticas de segurança, saúde e outras políticas de todos os envolvidos pelo proibicionismo.

Por volta de 1900, todas as drogas conhecidas se encontram disponíveis nas farmácias e drogarias, podendo-se comprá-las ao fabricante pelo correio. Isto acontece a nível planetário, tanto na América como na Ásia e Europa (...). Há sem dúvida dependente do ópio, morfina e da heroína, mas o fenômeno no seu conjunto não chama a atenção de jornais ou revistas, e nada a de juízes e polícias. Não é um assunto jurídico, político ou de ética social (ESCOHOTADO, 2004, p.91).

“Assim como líderes destacados apoiaram a proibição, se opuseram a ela importantes representantes das ciências e das artes, cujos critérios se estendem em grupos de resistência ativa e passiva” (ESCOHOTADO, 2008). O peso dos que estavam contra o uso livre de drogas, já no início do século XX se tornava bem maior e bem mais diverso do ponto

⁹ O Filme Cortina de Fumaça derruba o mito da maconha como uma droga somente prejudicial, nos leva a entender os interesses que sempre estiveram por traz da proibição da maconha e mostra o outro lado da moeda que aqui através de entrevistas nacionais e internacionais com médicos, pesquisadores, advogados, líderes, policiais e representantes de movimentos civis, o jornalista Rodrigo Mac Niven traz a nova visão do início do século 21 que rompe o silêncio e questiona o discurso proibicionista.

de vista das várias ideologias predominantes: “se puséssemos os primeiros em um prato de balança e o segundo em outro, é tão avassaladora a supremacia do brilho institucional em uns como o brilho intelectual em outros” (ESCOHOTADO, 2004). Entre os preconizadores da cultura farmacológica “encontramos uma grande sequência, a partir de Teofrasto e Galeno a Huxley e Bateson, passando por Paracelso, Sydenham, Coleridge, James e Freud”. “Esta oposição se equivalia à oposição no período da inquisição com a caça às bruxas”. Para uma exatidão histórica comparativa, a diferença entre ambas as correntes nos faz recordar a polêmica da bruxaria, pois de um lado estavam humanistas como Pomponazzi, Bruno, Cardano, Laguna e Porta e do outro, homens de credos tão diferentes como Calvino, Bonifácio W. Torquemada e Melancton formavam uma frente comum de salvação pública” (ESCOHOTADO, 2004 e ESCOHOTADO, 2008, tradução nossa).

O governo estadunidense era cada vez mais persuadido pelo grupo que alegava que a liberdade do uso das drogas estava corrompendo drasticamente a sociedade. Esta reação puritana ocorre por dois motivos fundamentais: primeiro pela reação a urbes de imigrantes que se formavam nas grandes cidades, os quais eram vistos com extrema desconfiança por parte destes grupos moralistas que alegavam a relação do chineses/ópio à corrupção infantil; a cocaína ao ultraje sexual por parte dos negros; a maconha à irrupção dos mexicanos e a imoralidade de judeus e irlandeses ao álcool. Estes grupos todos eram tidos como infiéis e pagãos por parte destes conservadores. O segundo motivo se deve ao crescente desenvolvimento do estado mínimo com o aumento da burocracia como respostas à crescente contradição entre capital e trabalho, o que segundo o autor, um estamento crescente terapêutico vai tomando o lugar do eclesiástico assumido noutros tempos. Uma forte disputa entre curandeiros e ervanários contra médicos e farmacêuticos que pretendiam consolidar o monopólio do atendimento dos que usavam drogas (ESCOHOTADO, 2004).

Seguiu-se a este movimento pela proibição, a criação da *Prohibition Party*, em 1869, nos Estados Unidos que tinha um forte apoio dos fazendeiros latifundiários controladores de vários senados estatais. Contava com o apoio de fortes associações femininas vocacionadas para promover a temperança e o decoro cristão, próceres unânimes em que a América tinha que redimir o mundo. (ESCOHOTADO, 2004). Em seguida, na linha deste movimento, veio sob a direção de Anthony Gomstok, 1873, a Campanha da Sociedade para a Supressão do Vício. Este foi o pai da cruzada contra a obscenidade, que por métodos e preceitos, constitui-se o precedente da cruzada contra as drogas que viria tomar forma nos

anos seguintes. Estes seriam os indícios da Lei Seca que viria mais tarde, conhecida como Lei *Harrison*.¹⁰

Seguiram, então, os encontros internacionais promovidos pelos Estados Unidos da América com o fito de estimular outros países a aderirem às proibições de drogas sob a alegação do “bem estar” e “saúde” de todos os cidadãos. Mas que, por outro lado, promoviam as descobertas recentes de laboratórios sobre novos tipos de drogas, que inclusive na ótica e visão do tratamento, serviam como substitutos para determinados vícios como alguns tipos de barbitúricos que viriam a ser usados em grande escala para tratamento da dependência do ópio e da morfina.

A proibição das drogas relaciona-se ao fato de que a sua prescrição, a princípio, dependia de acordos que determinavam a atribuição exclusivamente médica de prescrever e sob um já crescente controle farmacológico. No entanto, o controle que dependia do apoio médico para se legitimar, foi aos poucos ganhando outra forma de controle mais política e administrativa do que estritamente de aspectos relacionados com saúde. Este controle passa a se sustentar, em outro momento por outro tipo de defesa, a de monopólio e de mercado, desvelando assim os interesses da crescente indústria de estupefacientes posteriormente denominados de psicotrópicos. É neste sentido que a artimanha da proibição das drogas esconde, na verdade, a defesa de mercado para “outras drogas”, fabricadas em laboratórios e aceitas como drogas lícitas.

Escohotado, em seu texto *História General de las Drogas: La Prohibición: Principios y Consecuencias* (2008), relata que já havia um debate da corrente proibicionista sobre as drogas, dentro dos diversos segmentos da sociedade, no início do século XX. Este analisa que a discussão sobre estupefacientes¹¹, já desencadeando uma enorme confusão sobre o que deveria e quais deveriam ser as drogas (estes estupefacientes) a serem proibidas, visto que nas comunidades científicas e médica não se chegava a uma conclusão precisa sobre o que eram estupefacientes, ou mesmo se esta denominação relacionada a aquilo que deveria ser proibido era a mais correta. Para compreendermos: eram considerados como estupefacientes alguns compostos químicos como ópio, morfina, cocaína e maconha cujo uso desregrado devia ser desaconselhado por parte da comunidade médica.

¹⁰ Conhecida como Lei Harrison - 1919. Foi a lei criada por grupos conservadores nos Estados Unidos da América. Tinha como objetivo a proibição do comércio e de vendas de bebidas nos estabelecimentos comerciais do país.

¹¹ Denominação para drogas que causam torpor e transtornos mentais, mais precisamente drogas que produzem certa inércia física e mental.

No entanto, este assunto era controverso dentro das comunidades científicas, pois ficavam de fora desta lista, outros compostos químicos como: anfetaminas, barbitúricos, opiáceos sintéticos, meprobamato, benzodíazepinas, etc, que também na lógica eram estupefacientes já que estes outros também se encontravam na mesma categoria dos demais acima citados, relata o pesquisador. De qualquer forma, responde ele, o debate e a falta de clareza chegavam até os peritos dos organismos mais sérios como a Organização Mundial de Saúde - OMS. Ninguém "conseguia explicar" com clareza, sobre o porquê que alguns componentes químicos deveriam ser considerados estupefacientes e outros não e conseqüentemente alguns deveriam ser proibidos e outros não.

Estas drogas, como é o caso do ópio, morfina, cocaína, maconha, etc., cada vez mais iriam sendo superadas pela grande capacidade dos laboratórios de produzir outras drogas sintéticas mais eficazes e também mais perigosas. Porém, Escohotado relata que por estes compostos químicos serem de difícil manuseio e controle exato e de sua prescrição ter que ser feita por especialista, esse debate passou a ser exclusivamente de cunho ético-legal. Todos os Estados Americanos,¹² então, passavam a ser responsáveis pela saúde mental das pessoas usuárias de drogas, como também eram responsáveis pelo controle do sistema nervoso dos seus cidadãos. No entanto, barbitúricos, anfetaminas, o álcool e outras drogas sintéticas não só ficavam de fora desta lista como também podiam ser encontrados em comércios e farmácias com facilidade e serem usados sem este controle. A partir daí, nasceu o conceito de psicotrópicos para as drogas que viriam a ser proibidas e, paralela a isso, os análogos sintéticos daqueles outros estupefacientes ou psicotrópicos seguiam sendo produzidos pelos laboratórios e comercializados livremente e adquiridos de outras formas, sob prescrição médica, até o meio da década de sessenta.¹³

As drogas têm sido motivo de controvérsia ao longo dos anos, mas com um grau extremamente acentuado em nossos dias, em função de outros interesses que não têm sido os estritamente de questão epidemiológica e de saúde pública e sim comercial e de "segurança nacional". Em Escohotado, há alguns dados esclarecedores que confrontam qualquer pesquisador conservador, que as drogas, a despeito de muitos, desmente aquela ideia da espiral da dependência, tão alardeada pelo "bureau administrativo da droga estadunidense" nos meios de comunicação, principalmente nos anos dos governos de Nixon, Reagan, Jorge

¹²Outras nações se adaptariam a estas exigências sob os influentes recursos persuasivos políticos e econômicos dos EUA.

¹³Sua investigação, Lançamento em Língua Espanhola, a princípio, (1989), resultou em uma produção de mais de 1500 páginas de pesquisa histórica, científica e documental, que acompanhou pormenorizadamente a história das drogas, desde que começaram as civilizações gregas, até os dias atuais.

W.Bush e o governo da Sra. M. Thatcher. E com ele concordam Devenport-Hines (2001), bem como Courtwriht (2001).

Os anos sessenta representam um marco divisor no tema das drogas. É neste período que a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que era insolúvel o problema da “definição técnica dos estupefacientes”, posto tratar-se de uma questão extra farmacológica, passando então a classificar as substâncias psicoativas em drogas lícitas e ilícitas para o uso” (ESCOHOTADO *apud* SILVA, 2010, p.20.).

As drogas, agora tornadas ilícitas e como tema da saúde, não se justificava, no entender deste pesquisador, pois o mesmo desenvolve um vasto estudo da relação drogas ilícitas e aumento de problemas de saúde na população, um estudo sobre o aumento de dependentes que justificassem o fato de essas drogas serem execradas e serem consideradas ilícitas. Na sua investigação, encontrou que em dado momento, antes da onda proibicionista, um número de cada dezesseis iniciados em heroína, um necessitou de intervenção médica, enquanto outros quinze seguiram suas vidas administrando sua relação com a droga à sua maneira (Ibidem, 2004).

Com a cocaína, a proporção multiplica para mais de cada cem pessoas, uma buscou ajuda. Segundo ele, na época: "morrem mais pessoas em função do tráfico do que pela relação em si com a droga" (ESCOHOTADO, 2004, p.160). Quanto ao caso da *Canabis* e seus derivados, não se ouviu falar de nenhum caso de entrada em emergências de hospitais durante o período da pesquisa nem em dados de pesquisa anteriores por causa dessa droga. Escohotado certifica que, apesar do rótulo de drogas “super perigosas”, listada na categoria um, não se encontrou mais de 0,01% de casos de envenenamento por overdose destas drogas. Já quanto aos delitos por causa das drogas, estes sobem para 20 a 25%. Estes são os casos de delitos praticados em função do tráfico e seus similares. Enfim, relata que o ritual de satanização em torno destas drogas se tornou desproporcional aos verdadeiros índices de prejuízo real, que tais drogas vieram a causar. (2004, p.162).

Em relação ao discurso dos proibicionistas, o autor entende que a ênfase no discurso destes agentes, principalmente religiosos e dirigentes conservadores diversos, são de que se a drogas fossem liberadas, uma grande, ou seja, a maior parte da população viria a se tornar adicta em função de não haver mais regras e controle. Entretanto, com o confronto destes alarmantes argumentos, diz que a China diminuiu de 160% para 5% o aumento das importações de ópio ao liberar aquela droga naquele país. Nos EUA, depois da liberação da bebida alcoólica, caíram alarmantemente os índices de corrupção, as mortes por envenenamentos ocasionados por ingestão de álcool metílico, bem como houve sistemática

queda no crime organizado e esta volta da liberação do álcool não teve efeito no aumento dos dependentes de álcool naquele país (Ibidem, 2004, p. 162).

O caso mais recente foi o da Holanda na década de 1970, que ao liberar as drogas tornando o seu consumo acessível a todos não promoveu o uso e tão pouco o abuso de drogas, segundo alguns, pesadas¹⁴ como o caso do haxixe e maconha. No caso de outras drogas, que ainda são proibidas e que têm o controle de qualidade sob o domínio e financiamento do dinheiro público, são encontradas em alta qualidade, livrando assim os seus usuários dos tipos de drogas contaminadas e que causam maior risco à saúde, como é o caso da heroína, cocaína, XTC ou LCD, como exemplo.

Segundo o autor, o número de usuários de maconha e haxixe na Holanda, tem se mantido estável, desde 1984, não ultrapassando aos 20% de usuários, sendo que este número já se reduziu para menos de 14% de usuários, conta o pesquisador. Para outras drogas proibidas, o número de usuários na Holanda é o mais baixo da Europa, segundo dados estatísticos. Escohotado (2004) relata que para cada “*junkie*”¹⁵ em Amsterdã, há pelo menos 14 em Frankfurt e 13 em Milão”. Em resumo, todas as vezes que houve proibição de algum tipo de psicoativo, o consumo tendeu a crescer, como foi o caso do mate no Paraguai, que foi proibido por razões teológicas. Há outras drogas que hoje alimentam um verdadeiro negócio do tráfico que dá acesso às mais diversas drogas de baixíssima qualidade e que colocam em risco a saúde dos usuários, principalmente da população jovem em função da sua alta curiosidade sobre as mesmas e pouquíssimo conhecimento a respeito da sua qualidade.

No entanto, a decisiva e determinada marcha contra as drogas não remete a uma posição verdadeira de interesse de fazer com que a população usuária de drogas, neste caso, venha a se convencer de uma mudança de comportamento se não que o discurso está naquilo que reproduzimos na íntegra sobre o poder de mandar e sua consequente hierarquização. Este é o discurso de um pensador do direito que compete a uma lei:

A essência do argumento hierárquico é a de que o indesejável se combata com punições e que definir o que vem a ser o indesejável corresponde em cada caso a quem manda. Então, aí o resultado tem muito de desnecessário, pois o decisivo nisto, é conservar o próprio princípio normativo. Aplicada às drogas, esta orientação não pretende dissuadir aos que consomem as drogas proibidas – por mais que possa parecer assim demais; e com este objetivo arbitra um sistema tão eficaz para uns como eficaz para outros, fieis a estes costumes denominados de vida. (ESCOHOTADO, 2008, p.58, tradução nossa).

¹⁴Drogas do grupo um: cocaína, heroína, maconha, ecstasy, tabaco, LSD (ácido lisérgico), crack (derivado da pasta base da cocaína).

¹⁵Junkie palavra usada para pessoas que tem um estilo de vida alternativo ou conceitual de ser. Ou termo comum para definir viciados em drogas, principalmente a heroína. (Dicionário informal.com. BR.)

Em 2012, completaram cem anos desde que as drogas começaram a sofrer um controle internacional, a partir do primeiro encontro de Haia, Holanda, (MCALLISTER *apud* RODRIGUES, 2012, p.10). No entanto, como relata Rodrigues, este encontro, a princípio, se tratava apenas de uma reunião iniciada pelos EUA e não apresentava, até então, uma obrigatoriedade dos países membros a seguir os preceitos sobre drogas discutidos naquele encontro. Mas estabelecia algumas sanções sobre drogas, em especial em relação ao ópio e seus derivados, com objetivo, como nos coloca Rodrigues, de delimitar o seu uso apenas ao campo da medicina e as finalidades médicas neste sentido, considerando já que uso de drogas se não for para este fim é patológico (RODRIGUES, 2012, p.8).

Um aspecto relevante desta discussão é que estas mudanças no pensamento sobre as drogas começavam a tomar força diante das questões de controle sanitário de populações de imigrantes como os chineses que começavam a chegar aos Estados Unidos. O que em outro momento iria progredir para o controle da maconha em relação à população hispânica, da cocaína relacionada aos negros, do álcool em relação aos irlandeses. O que se tratava claramente de um controle étnico e xenófobo (ESCOHOTADO *apud* RODRIGUES, 2002, p.106).

A somatória entre os medos sociais, moralismo, xenofobia e racismo fortalecida pelas alegações no campo da saúde pública - catalisou clamores pela criminalização e consumo de drogas (RODRIGUES, 2012, p.11)

Talvez aqui estejamos nos perguntando qual o sentido de tratar as drogas como um problema de saúde pública, relacionando o seu uso não médico e recreativo a um problema de saúde. Como aqueles que detêm o poder começam a pensar desta forma? A saber, é nesse sentido que os Estados Unidos da América e aqui os Estados, membros, participantes das convenções internacionais sobre drogas, a partir de 1912, começam a se reunir para a formulação de leis sobre drogas, até as leis que temos hoje. Neste encontro participaram Grã-Bretanha, França, Alemanha, Japão, Holanda, Portugal, Rússia, China, Sião, Pérsia, Itália, Áustria-Hungria e Turquia, além dos EUA, Países da América Latina como o Brasil e Caribe¹⁶.

¹⁶As conferências Internacionais foram: Conferência de Shanghai (1909); primeira conferência Internacional do ópio (Haia, 1911); Primeira Convenção Internacional do ópio (1912); Criação da comissão constitutiva do ópio e outra drogas (1921); Conferência de Genebra (1924); Conferência de Bangkok (1931); Duas conferências realizadas em Genebra (1931 e 1936); Conferência da Organização das Nações Unidas – ONU (1946); Assinatura de Protocolos (Paris, 1948 e Nova Iorque, 1953); Convenção Única sobre Entorpecentes – Nova Iorque (1961); Convenção Sobrepsicoativos-Viena (1971); Convenção Única sobre Entorpecentes Genebra (1972); Conferência Internacional sobre o abuso de Drogas e Tráfico Ilícito – ONU (1977); Convenção cota o

Para responder a esta pergunta, seguimos os passos de Rodrigues (2012), quando o mesmo, em seu estudo, retoma Foucault no estudo da Microfísica do Poder, das biopolíticas de controle de população. Foucault traz a história das políticas de controle que tiveram seu surgimento na Alemanha, França e Inglaterra a partir dos séculos XVII, XVIII e XIX, as quais influenciaram de forma profunda a medicina, o modelo de policiamento (segurança), entendimento de saúde/doença relacionados à economia, urbanidade, controle sanitário, epidemiologia, entendimento de saúde mental e controle dos indivíduos, definição dos lugares do saber e do não saber como forma de domínio de uns sobre os outros, etc., (FOUCAULT, 2012).

Neste contexto, queremos resgatar um dos conceitos dos estudos de Foucault: a disciplina, estudada e compreendida por ele como: poder disciplinar como “técnica, dispositivo, um mecanismo, um instrumento do poder”, que se impõe aos corpos para assegurar sua sujeição constante, fazendo com que estes, uma vez dóceis, como queira, sejam manipuláveis, contribuindo para fabricação assim, de um homem útil aos aparelhos de produção necessários à produção econômica capitalista (FOUCAULT, 2012). O corpo só se torna força de trabalho quando trabalhado pelo sistema político de dominação característico pelo poder disciplinar (FOUCAULT, 2012, p.22).

Rodrigues resgata para a sua análise o pensamento de Foucault quando este, em seus estudos, revela o "poder disciplinar" (2012) que as instituições exercem sobre os corpos e como esta institucionalidade determina padrões de comportamento que venham satisfazer a forma de ser e de viver dentro da sociedade capitalista. Este comportamento caracterizou o movimento de proibição das drogas como um forte mecanismo de controle de população e controle de força de trabalho útil ao sistema crescente. Ao passo que estes idealizadores do discurso proibicionista, de cunho ideologicamente conservador, vendo a necessidade de crescimento de um comércio da produção da indústria farmacêutica naquele momento, em nome de um discurso do controle das drogas, para a garantia de “saúde dos povos” desenvolve acordos internacionais que tinham por trás, interesse de mercado (ESCOHOTADO, 2004, p.94). Este tema, no que tange a medicina social, medicina com saber a serviço do Estado como controle de populações e saúde mental, voltaremos a tratar mais detalhadamente no segundo capítulo deste estudo dissertativo.

O que é interessante apreendermos com os estudos de Foucault, sobre as biopolíticas do poder, nos põe frente ao tema que passa a ser considerado um tema de saúde a

princípio, e que depois é confundido, propositadamente na defesa e em nome de um “saber específico” (FOUCAULT, 2012). Em outro momento vai se tornar um tema de segurança pública (se é que poderemos dizer assim) e tema de controle social pela via do saber médico em se tratando do uso de drogas. Este “poder político-administrativo” se vale da força do saber e da especialização médica para definir parâmetros de usos de drogas por parte da sociedade e também da privação de determinadas drogas e até da proibição de outras, alegando um problema de controle de saúde e de controle epidemiológico em nome do “bem estar” de outros. O que vai se caracterizar depois como um problema de segurança nacional e até diplomático entre os países. (RODRIGUES, 2012).

No entanto, a questão da proibição das drogas toma outros rumos que vão se tornando mais complexos e de difíceis soluções apenas do ponto de vista da proibição pura e simples das mesmas, como se tornou o caso do tráfico de drogas e o conseqüente controle de determinados produtos psicotrópicos de má qualidade, bem como a fabricação caseira de outras “drogas de desenho” ou “*designer drugs*” como o caso do *crack* e de muitos tipos de metanfetaminas (ESCOHOTADO, 2004), que têm causado danos bem maiores à saúde da população e sociedades e têm sido temas mais difíceis para aqueles que lidam com saúde e segurança pública resolver.

1.4 O Surgimento da Política de Drogas no Brasil

No Brasil, no início do século XX a questão das drogas, não era propriamente questão de preocupação dos controles de vigilância sanitária, saúde, tão pouco da polícia ou menos ainda do judiciário no início do século vinte. Nesse sentido em que dizemos que as drogas eram até então livres, pois não era disseminadas e conhecidas por muitos tais qual eram já nos países Norte Americanos e na Europa e na Ásia.

O tema do controle das substâncias psicoativas entrava tangencialmente na pauta sanitária, e a venda e o uso destes produtos não eram controlados desde a década de 1910, passíveis de qualquer controle estatal. No início da década de 20, contudo, a situação modifica-se, de um lado o Brasil desde o encontro de Haia passa a fortalecer o controle sobre opiáceos e cocaína, o que de fato nunca fizera; de outro, os “vícios elegantes” dos rapazes finos logo perderam a aura romântica perante os olhos governamentais ao se disseminarem entre as “classes perigosas, ou seja, entre os negros, pardos, imigrantes e toda a plebe nacional” (RODRIGUES, 2002, p.102).

Segundo Rodrigues, o Brasil se tornaria signatário frequente de acordos internacionais sobre o controle de drogas em função, muitas vezes, de garantir os acordos diplomáticos de

interesse comercial com aquele país. A partir de então, do encontro de Haia, participaria destas reuniões financiadas pelo governo americano muitas vezes, mas este interesse veio, dentro do país, com o interesse de manter a população sob um controle estreito, no que dizia respeito a certos setores da população que, de certa forma, ameaçavam a segurança nacional, como movimentos sociais ou como grupos políticos que traziam pensamentos diferentes dos pensamentos que dominavam o cenário político da época (RODRIGUES, 2002).

O controle das drogas no país, então, em princípio, não nasce de uma preocupação estritamente sanitária e de saúde pública para o cuidado e proteção da população no que diz respeito a uma espécie ou espécies de drogas que poderiam botar a perder os projetos de nação, corrompendo a saúde de jovens principalmente. Nascia, antes de um aparato jurídico-político, no sentido de coibir e de combater o tráfico de drogas, como relata o pesquisador, sustentado por encontros internacionais. A primeira Lei é o decreto presidencial de nº 891 de 1938, baseado nas convenções de Genebra de 1931 e de 1938, das quais o Brasil, no governo de Getúlio Vargas já havia se tornado signatário. Esta Lei aprimorava outro documento ante drogas já existente desde 1921: a reforma da Lei de 1967, como nos fala Rodrigues, “deu-se na esteira da incorporação e adesão ao ordenamento jurídico brasileiro da Convenção Única sobre Entorpecentes, o mais completo documento proibicionista de abrangência internacional assinado na sede da ONU em 1961” (2002).

Composta de cinquenta e um artigos relaciona os entorpecentes, classificando-os segundo suas propriedades em quatro listas. Estabelece as medidas de controle e fiscalização prevendo restrições especiais aos particularmente perigosos; disciplina o procedimento para a inclusão de novas substâncias que devam ser controladas; fixa a competência das Nações Unidas em matéria de fiscalização internacional de entorpecentes; dispõe sobre as medidas que devem ser adotadas no plano nacional para a efetiva ação contra o tráfico ilícito, prestando-se aos Estados assistência recíproca em luta coordenada, providenciando que a cooperação internacional entre os serviços se faça de maneira rápida; traz disposições penais, recomendando que todas as formas dolosas de tráfico, produção, posse etc., de entorpecentes em desacordo com a mesma, sejam punidas adequadamente; recomenda aos toxicômanos seu tratamento médico e que sejam criadas facilidades à sua reabilitação. (ONU, 30/03/1961)

Logo veio a Lei de Tóxicos, Lei n. 6.386 – 1976. O que é importante notar, no desenvolvimento destas leis, é que elas sempre estão relacionadas ao combate do tráfico em primeiro lugar e que o alvo central das autoridades do país passa a ser o combate do crime organizado, como logo sucedeu, no dizer do pesquisador. Já na década de 1980, começou-se a promover o combate ao crime como ao Comando Vermelho, nascido nas favelas do Rio de Janeiro, até o projeto de Sistema de Vigilância da Amazônia - SIVAM, um sistema de

tecnologia de satélite altamente sofisticado, já bem recente, criado no governo Fernando Henrique Cardoso, ano de 1990, e que visa o rastreamento específico da região da Amazônia no sentido de coibir o crime organizado, articulado ao tráfico de drogas que cresceu muito depois do aumento da demanda da cocaína vinda dos países andinos. (RODRIGUES, 2002).

No ano de 1990, depois de passar por uma mudança na composição, nasce a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, a partir de estruturas do antigo – Sistema Nacional Antidroga - SISNAD, vinculada ao Gabinete da Presidência da República (Atualmente Gabinete de Segurança Institucional). Garcia, Leal e Abreu relatam que esta “postura do governo brasileiro ao criar o SENAD é a de mostrar à comunidade internacional (leia-se EUA), uma postura de combate às drogas como prioridade do governo” (GARCIA *et al*, 2008, p.209). No governo de Luís Inácio Lula da Silva, foi criada a Lei de Drogas nº 11.343 de 23 de agosto de 2006 – SENAD. Em setembro de 2006, foi criado o SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas pelo decreto de Lei n.5.912 para ser executado pela Secretaria Nacional de Drogas a qual, até o ano de 2010, era dirigida junto ao Gabinete de Segurança Institucional – GSI pelo general Paulo Roberto Uchoa e, desde então passou a ser comandada por um civil junto ao Ministério da Justiça, por meio do decreto de Lei n.7.426, de 07 de janeiro de 2011.

Por se tratar o tema das drogas, segundo os dirigentes, de um problema da segurança pública, esta mudança vinha sendo pleiteada desde o governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso. O novo secretário nacional desta pasta, junto ao novo posto, passou a ser o Sr. Pedro Abramovay e foram transferidos, também, o Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD e o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD.

Recentemente, a partir do advento do aumento do uso do *crack*, a postura governamental, sustentada pelo legislativo, de endurecer a política de combate às drogas em detrimento de políticas que visam mais prevenção das drogas, as quais têm sido sustentadas por setores conservadores da sociedade querem a volta das clínicas psiquiátricas e de tratamento compulsório e de maior criminalização do tráfico de entorpecentes no Brasil.

Está no congresso o Projeto da Lei n. 7.665 de 2010, do Deputado Raul Henry, que propõe mudanças no Art. 23 da Lei 11.343, quanto às regras gerais ao atendimento aos usuários e pessoas que fazem tráfico de entorpecentes. A repercussão de tal projeto será desenvolvida ao longo do capítulo 3, no qual discutiremos sobre as consequências do acirramento da intolerância sobre o tema das drogas, principalmente quanto ao atendimento das políticas sociais em relação à juventude. O Artigo 23 da Lei está expresso que: As redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios

desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no Art. 22 desta Lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada.

É nesta perspectiva que está, até o momento, sendo construída a política sobre drogas no Brasil, atendendo aos interesses de organismos internacionais, no que diz respeito, principalmente ao combate às drogas. Os Estados, membros da federação, seguem a cartilha de combate e da tolerância zero.

Na pauta deste debate, queremos contribuir na análise desta relação saúde/doença, retornar a discussão construída por Michael Foucault sobre a construção dos saberes, saúde mental e drogas e estes saberes, relacionados ao atual movimento antimanicomial. Pretendemos analisar como este movimento tem se apresentado historicamente na sociedade brasileira a partir da influência de movimentos de outros países como a Itália, a qual redimensionou toda sua trajetória com a saúde mental partindo de um forte movimento antimanicomial.

As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;

V - observância das orientações e normas emanadas do Conad;

VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

Aspiramos avançar no capítulo dois desta dissertação, onde vamos discutir sobre e a partir do movimento de reforma antimanicomial, como a questão das drogas está se dando no cenário atual tendo por influência e determinantes a questão concreta do Crack. Como, na atualidade, esta se fazendo em relação ação do movimento e a estratégia de redução de danos no Estado e na cidade de Goiânia como enfrentamento ao problema crescente do abuso de crack, não ignorando as resistências conservadoras ao seu entorno.

O *crack* é originado a partir da pasta base de coca ou PBC ou BASE, oriunda de folhas de coca pisadas com querosene e amassado com ácido sulfúrico diluído. Para converter a pasta base em cocaína requer éter, ácido clorídrico e acetona, fundamentalmente. O nome *crack* é provindo do ruído que faz quando é queimada a pedra, a qual é uma mistura de pasta base com bicarbonato sódico, quinze vezes mais barato que o cloridrato de cocaína, é

colocada em cachimbos e, ao ser queimada produz fumaça que é absorvida pela via nasal. O efeito imediato é uma anestesia do paladar e da garganta, seguida por um estímulo comparado à dose alta de cocaína, no entanto mais breve que esta (quinze minutos aproximadamente). A rapidez e a intensidade do efeito desta pedra produz uma imensa vontade de outros usos seguidos.

O uso do *crack*, seu comércio “*es una mística de la miséria*” como fala Escotado (2004), pois se para todos a “cocaína traduz o luxo dos ricos, o *crack* traduz o luxo dos miseráveis” (ESCOHOTADO, 2008). Esta droga, sem dúvida, é a representação da condição complexa na qual se apresenta a pobreza em nossos dias. Começou a ser usadas nos Estados Unidos da América por populações pobres e excluídas como negros e mexicanos, na década de 1980, enquanto que ao Brasil chegou por volta da década de 1990. Como relata o escritor, esta droga é a representação das campanhas bem sucedidas do governo americano de controlar os componentes (éter e cetonas) usados no fabrico da cocaína, como também é o resultado da política proibicionista que relegou ao tráfico o papel fundamental de substituir drogas mais caras e por subprodutos de drogas, mais baratos e bem mais tóxicos e destrutivos. No entanto, as causas de altos índices de mortalidade não são atribuídas aos efeitos diretos da droga sobre o organismo e sim aos efeitos indiretos como desnutrição, complicações de saúde como tuberculoses e a violência advinda do tráfico.

2 CAPÍTULO: O MOVIMENTO DA REFORMA ANTIMANICOMIAL

Neste capítulo, há o delineamento de nossa história da política antimanicomial, uma insurgência entre os saberes dominantes em relação à loucura, história essa que está em aberto visto que a política não foi, ainda, completamente implementada e tem sofrido rupturas neste processo. No recente momento, tem sofrido retrocessos significativos em decorrência das investidas constantes por parte dos setores da sociedade (leia-se setores conservadores e empresariado médico), que insistem no retorno da política hospitalocêntrica em decorrência da problemática do *crack*, em detrimento de alternativas mais inclusivas e de participação social.

A partir da produção de Foucault, buscamos alguns conceitos norteadores que vão balizar nosso estudo e análise como: verdade e poder, construção do saber, o nascimento medicina social, loucura, temas que devem ser abordados antes de entrarmos propriamente no tema dos movimentos sociais relacionados à questão manicomial, que ao nosso modo de ver, tem grande influência do pensamento foucaultiano para a sua sustentação enquanto movimento de enfrentamento ao tema das drogas como vem sendo concebido em nossos dias.

No seu estudo histórico da construção dos saberes, Foucault nos relata que na era moderna, com o surgimento do capitalismo em fins do século XVIII e início do século XIX, a urgência do capitalismo socializou um primeiro objeto: o corpo, enquanto força de produção, força de trabalho (FOUCAULT, 2012). A medicina social ou de Estado, para o autor, nasceu antes da medicina clínica, entendida como aquela que vai construir sua observação e conhecimento focado no indivíduo. Já com a urgência do capitalismo, esta medicina social, foi criada no sentido de manter o controle das populações e das sociedades, na garantia e fortalecimento do Estado, que precisava se afirmar na defesa de seu território. Nesse sentido, a medicina do cuidado das populações, a medicina do controle de população nasce.

Ao contrário de Marx¹⁷, Foucault relata que o controle social ocorre antes pelos corpos e não pela ideologia ou pela consciência, que este controle começa com o corpo e no corpo, sendo o corpo, no entendimento do autor, uma realidade biopolítica. A medicina vai

¹⁷ Aqui não vamos aprofundar o debate sobre o começo do controle capitalista, ocorre de maneira concreta no corpo, ou de maneira ideológica e pela consciência, como nos fala Karl Marx em uma de suas obras como A Ideologia Alemã. Procuramos metodologicamente para desenvolver o nosso pensamento sobre o objeto do nosso trabalho qual seja: a questão das drogas e neste capítulo, tratar do nascimento da psiquiatria/instituição psiquiátrica e todo um movimento que a ela se segue, devemos necessariamente buscar a contribuição pelos estudos seminiais de Michael Foucault.

funcionar como uma estratégia biopolítica para a qual toda uma estratégia de controle e de poder vai ser construída (FOUCAULT, 2012).

Neste seguimento, Foucault, de forma hipotética, nos fala que o corpo que trabalha, o do proletariado como força de produção, não foi considerado problema de primeira importância a ser atingido pelo poder médico. Este corpo, objetivo do poder do Estado, estava em terceiro lugar e, somente na metade do século XIX estabeleceu-se o momento histórico em que corpo do proletariado - a força produtiva - foi tomado como um problema e o controle das massas produtivas com suas mazelas passaram a ser um problema de Estado.

Ele segue expondo que as formas de medicina como saber/poder de Estado, apareceram na era moderna, em sequência: medicina social, medicina urbana e medicina da força de trabalho, surgidas na Alemanha, na França e na Inglaterra (FOUCAULT, 2012, p.145 a 170).

A medicina é um saber que se torna, a princípio, pela via estatal, pelo controle do Estado, uma forma de controle populacional. Este controle se apresenta na forma da normalização do saber dos médicos na Alemanha com a preocupação real do nível de saúde da população com o controle do Estado e pela necessidade da efetivação do Estado enquanto território soberano, com a “Prússia que foi o primeiro modelo de Estado moderno” (FOUCAULT, 2012, p.147).

Nesta perspectiva a “França, Inglaterra e a Áustria começaram a calcular a força ativa de suas populações. É assim que na França se estabelece as estatísticas de nascimento e de mortalidade e na Inglaterra, no século XVII aparecem as grandes contabilidades populacionais. No entanto, aqui, no caso da Inglaterra, esta preocupação não passa de um simples controle populacional” (FOUCAULT, 2012, p.148).

Não é o corpo que trabalha o corpo do proletariado que é assumido por esta administração estatal de saúde, mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: é a força, não do trabalho, mas, estatal, a força do Estado em seus conflitos econômicos, com certeza, mas igualmente políticos com seus vizinhos. (FOUCAULT, 2012, p.151).

A França surge com a forma de medicina policial que contribuía para o que este Estado pretendia: garantir uma população para suas conquistas de território. A Alemanha, por sua vez, no que diz respeito a esta forma de controle produz:

Com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de

fenômenos inteiramente novos que o caracteriza o que pode ser chamado de medicina de Estado. (FOUCAULT, 2012, p.150).

Não é o corpo que trabalha o corpo do proletariado. A força do Estado enquanto território, deve se garantir enquanto nação. Portanto, este corpo para o capitalismo, como o autor fala, vai ser descoberto em outro momento quando este Estado incorpora a sua força e seu poder pela via da manutenção daquele que produz as suas riquezas. Este é, então, o corpo do proletariado.

Segue-se a esta estratégia de Estado, segundo, o pensador, a ideia de controle urbano dos líquidos como a água, o ar, pelo controle sanitário. “(...) a medicina urbana não é uma medicina dos corpos, dos homens e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos uma medicina das condições de vida e dos meios de existência” (FOUCAULT, 2012, p.162), controle urbano das populações, nascimentos e óbitos, e no surgimento dos hospitais nasce, ou melhor, concebe-se a reformulação do controle de doenças contagiosas por meio das quarentenas.

Este esquema de quarentena foi um sonho político-médico da boa organização sanitária das cidades do sec. XVIII. Houve fundamentalmente dois grandes modelos de organização médica na história ocidental: o modelo suscitado pela lepra e o modelo suscitado pela peste (...) o leproso, logo descoberto, era expulso do espaço comum, [da família] posto fora dos muros da cidade, o mecanismo da exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. O internamento dos loucos, malfeitores, etc., em meados do sec. XVII obedece ainda este esquema (FOUCAULT, 2012, p.156).

Este esquema mostra de forma clara a segregação social dessas pessoas, formando núcleos populacionais fora das cidades, assim enfatizando o autor “tem-se, portanto o velho esquema de exclusão, de purificação, de exílio, de forma religiosa de purificação da cidade, de bode expiatório”. (FOUCAULT, 2012, p.157). A medicina urbana, com seus métodos de vigilância e de hospitalização no século XVIII, não é nada mais do que um esquema sofisticado deste antigo sistema “político-médico de quarentena” adotado nos séculos XVI e XVII, da Idade Média e ainda presente em nossas cidades de outra forma com o *marketing* da higienização das cidades.

Enfim, o nascimento do hospital. Este lugar é identificado por Foucault, em seus estudos, não como o antigo hospital que existia até o século XVIII, como espaço de caridade, lugar onde os pobres eram recolhidos para morrer, para ter uma morte “digna”, assim

recebendo salvação. E esta salvação era tanto para aquele que morria quanto para aquele que cuidava. Dizia-se nesta época que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer, e as pessoas que trabalhavam ali não trabalhavam pela cura do doente, eram “pessoas interessadas em sua salvação, eram pessoas caridosas e religiosas - que estavam preocupadas em obter a sua salvação”. “O hospital era um lugar de transição entre a vida e a morte” (FOUCAULT, 2012, p.175).

Sobre o nascimento do hospital, Michael Foucault traz o entendimento de que este lugar, situado geograficamente, determinava-se como o espaço da produção do saber sobre determinada doença, que por meio de processo de doenças reelaborado e supervisionado, e muitas vezes produzidos por meio de experimentos, a doença passou a ser mais controlada, por meio do controle de seus agentes causadores e assim podendo ser então tratada. (FOUCAULT, 2012, p.171 a 198).

A medicina, até este tempo, era muito individualista e a noção que tinha de doença era que esta devia ser vista como uma crise que determinava a intervenção do médico, pois “o médico devia observar o doente e a doença desde seus primeiros sinais para ver o momento em que a crise aparecia” (FOUCAULT, 2012, p.176). Neste sentido, um saber hospitalar não estava presente porque se tratava apenas de uma mera observação dos elementos da crise e o mero estabelecimento de uma parceria do médico com a natureza a favor do doente para possibilitar a cura deste.

Já para aquilo que estamos discorrendo sobre o que veio a ser o hospital estatal, de controle populacional, espaço do saber moderno sobre saúde e controle de pessoas, os estudos deste autor sobre o nascimento do hospital, este põe duas questões importantes na modernidade, como é concebido a partir do século XVIII. Trata-se da questão dos hospitais marítimos (os primeiros a nascer), como o controle para tráfico de mercadorias e do contrabando. Primeiro, os viajantes que chegavam a portos como os da França, Marseille e La Rochelle, usavam os hospitais como porta de entrada para os seus interesses de contrabando passando-se por doentes, cabendo assim à necessidade de que estes portos fossem mais bem controlados. Segundo, foi o da necessidade de manter a capacidade plena de um soldado, que em função da guerra, os Estados tinham muitas baixas, a formação de um soldado não saía barato, daí a necessidade de preservar ao máximo um soldado, por meio de um processo de saber, advindo destes espaços de cuidado. Assim, a reorganização dos hospitais conta com o desenvolvimento de tecnologias de disciplina ou “técnica de política à disciplina” (FOUCAULT, 2012, p.179).

(...) mas, se a disciplina torna-se médica, se o poder disciplinar é confiado ao médico, isso se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar e por outro à transformação nessa época, do saber e da prática dos médicos (Foucault, 2012, p.183).

Estes dois aspectos do hospital, estas tecnologias citadas acima vão dar, com o ajuste e submissão à disciplina hospitalar, o “esquadrinhamento, a vigilância e a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença e assim transformar as condições do meio em que os doentes são colocados”. (FOUCAULT, 2012, p.184).

Paulatinamente, o hospital vai deixando de ser um espaço do domínio das entidades filantrópicas, como foi dito, de salvação do moribundo e de autosalvação, para se transformar em um espaço que contava cada vez mais com o médico como especialista, que detinha grande conhecimento sobre a cura dos doentes. Os hospitais que contavam com um médico residente tinham neste especialista uma pessoa de grande conhecimento, considerando-o como sábio entre todos, por ter mais experiência na arte de coordenar um hospital. “Tenon¹⁸, por exemplo, foi um médico do hospital e Pinel¹⁹ pôde fazer o que fez em Bicêtre²⁰ graças à situação de detentor do poder no hospital” (FOUCAULT, 2012, p.187).

O estudo que Foucault (2012) faz sobre a medicina/psiquiatria como saber/poder, é de fundamental importância para entendermos como este apresenta-se hoje como objeto da oposição dos movimentos sociais, aqui especificamente, o movimento da luta antimanicomial por se tratar de um saber/poder ligado a uma estrutura político administrativa, a qual é um determinante de um “*status quo*”, que colima com os interesses de uma classe e grupos que estão no poder. O poder promotor da ideologia da disciplina hospitalar é um poder/saber formador e promotor da ordem das relações sociais, tal qual nós a concebemos dentro de uma lógica de disciplina capitalista para a produção como bem colocou o autor anteriormente.

Já no início dos seus seminários sobre as biopolíticas (2012), Foucault nos traz elementos para debate sobre o que veio a ser, a partir da sua pesquisa histórica documental, a construção da medicina/psiquiatria como um saber que opera em acordo com um determinado movimento político-econômico, a fim de fortalecer a dominação dos espaços para o capitalismo. Entendendo a psiquiatria como uma técnica que tem um “perfil epistemológico

¹⁸ Jaques-René Tenon, médico francês que contribuiu na criação do Hotel-Dieu de Paris.

¹⁹ Phillippe Pinel considerado por muitos, o pai da psiquiatria.

²⁰ Hospital Bicêtre é um hospital localizado em Le Kremlin-Bicêtre, nos subúrbios ao sul de Paris- França.

pouco definido”, ela se coloca como um saber o qual coaduna com os interesses de determinado poder, no sentido de que “a prática psiquiátrica está ligada a uma série de instituições de exigências econômicas imediatas e de urgências políticas e de regulamentações sociais” (FOUCAULT 2012, p.35 e 36). O autor nos diz que esta forma de saber disciplinador

(...) é uma técnica, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento de poder, são “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo que asseguram uma sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade”, é o diagrama de um poder que não atua no exterior, mas trabalha o corpo dos homens, manipula seus elementos, produz seu comportamento, enfim, fabrica o tipo de homem necessário ao funcionamento e a manutenção da sociedade industrial capitalista (...) responde à necessidade de sua utilização racional, intensa, máxima em termos econômicos (FOUCAULT, 2012, p.21).

Esta posição de saber/poder se estabelece a partir de pressupostos como o de considerar o saber científico como um saber que pode ser generalizado, desde o momento em que o mesmo possa ser posto à prova e constatado por meio de experimentos sucessivos, o que poderia já acontecer após o advento do hospital conforme já colocamos. Outro aspecto, é que, somada à prática deste modo sistematizado de observação, surgem os instrumentos jurídico-político legal aplicável aos inquiridos sobre a natureza (FOUCAULT, 2012). Esta então passa a ser a forma de se conceber a verdade por meio da produção dos fenômenos, neste caso a crise que desencadeia a verdade: “o hospital do sec. XVIII deveria produzir as condições para que a verdade do mal explodisse” (FOUCAULT, 2012, p.201). Este hospital passa a ser o lugar da produção e da demonstração, mas também um lugar da purificação e de produção da prova é o lugar do diagnóstico preciso e incontestável.

Neste sentido, a doença mental era entendida como um mal a ser debelado, mas também um mal que precisava ser combatido por tratar-se de não mais como um julgamento perturbado, e sim “como uma desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre” (FOUCAULT, 2012, p.202). O médico passa a ser aquele que detém o poder da verdade e que pode submeter o doente aos seus experimentos, no sentido de trazer e propor a este o senso de normalidade, a partir de um lugar de saber específicos.

Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do sec. XIX, isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições, como ducha, pregações morais, encorajamentos ou repressões, disciplina rigorosas, trabalho obrigatório, recompensas relações preferenciais entre o médico e alguns dos seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre o doente e o médico tinha por intuito a manifestação da verdade quando ela se esconde. (FOUCAULT, 2012, p.2004)

Neste momento, o autor expressa, de maneira categórica, que deste entendimento da crise produzida em hospital vem à revelação de que Charcot, grande médico psiquiatra da época, descrevia a crise da histeria por meio da indução, ou seja, forçava para que crise aparecesse e a descrevia posteriormente por meio de processos de observação.

A medicina passa a constituir, a partir deste momento histórico, pela via do discurso institucional que a legítima, uma prática técnica e lugar de saber/poder na sociedade a qual se tornará uma prática importante que vai definir o modo de conduzir a instituição psiquiátrica. Ela também passa a ser o desencadeador daquele que denominou de movimento da antipsiquiatria, que será a partir de agora o nosso objeto de análise. No entanto, antes queremos dar uma pausa para tecer algumas considerações sobre as implicações do tema drogas e saúde mental.

2.1 Uso de Drogas como tema de saúde e de saúde mental

O entendimento de como a questão das drogas, do uso de drogas, passa a ser um tema de saúde, relacionado à saúde mental, psiquiatria e conseqüentemente tema do movimento antimanicomial²¹ visto que até o século XIX, como bem já foi dito, as drogas não eram um tema que preocupava os seguimentos da saúde a não ser quando realmente passava a ser um tema relacionado ao seu abuso e, conseqüentemente, à overdose. O seu uso, mesmo de maneira contumaz, era da responsabilidade de cada pessoa, não havia uma preocupação moral ou mesmo epidemiológica sobre o ato de usar drogas. De outra forma, as drogas eram parte da vida das pessoas e da vida recreativa das mesmas. As drogas eram mais controladas no que diz respeito a sua qualidade, ou seja, não havia drogas de baixa qualidade (drogas sujas que pudessem fazer com que o seu usuário fizesse uma “má viagem”) e os consumidores, em sua grande maioria, não eram jovens, muito menos crianças.

Como explicamos no primeiro capítulo, sobre os conceitos (mais precisamente pré-conceitos) que passaram a surgir sobre as drogas no início do século XX, as mudanças

²¹*Bicho de Sete Cabeças* é um filme de drama brasileiro de 2000 dirigido por Laís Bodanzky e com roteiro de Luiz Bolognesi baseado no livro autobiográfico de Austregésilo Carrano Bueno, *Canto dos Malditos*. O filme foi realizado com a parceria entre as produtoras brasileiras Buriti Filmes, Dezenove Som e Imagens Produções Ltda. e Gullane Filmes, com a participação brasileira. Rio Filme Distribuidora e da italiana Fabrica Cinema, e contou com Rodrigo Santoro, Othon Bastos e Cássia Kiss nos papéis principais.

O filme conta a história de Neto (Rodrigo Santoro), um jovem que é internado em um hospital psiquiátrico, após seu pai descobrir um cigarro de maconha em seu casaco. Lá, Neto é submetido a situações abusivas. O filme além de abordar a questão dos abusos feitos pelos hospitais psiquiátricos, também aborda a questão das drogas e a relação entre pai e filho.

ocorrem dentro de um determinado espaço de tempo. Silva, em seus estudos, mostra que as “bebidas alcoólicas, bem como o ópio, tinham um papel importante na economia dos Estados modernos do sec. XIX”, no entanto, passaram a ser associados à “improdutividade no trabalho e a comportamentos imorais” (SILVA, 2011). O pesquisador nos informa que o termo “alcoholismo crônico” elaborado pelo médico sueco Magnus Huss (Suécia, 1850), trata o usuário de álcool como portador de uma enfermidade “que independia do indivíduo”, e ainda, que a lógica dessas abordagens do alcoholismo, a exemplo, estavam em sintonia com as transformações no campo da prevenção a saúde, portanto, em consonância com o desenvolvimento tecnológico científico proporcionado pela revolução industrial e com o surgimento de novas disciplinas na formação médica como a Psiquiatria e a Antropologia.

Desta forma, havia que preservar a força de trabalho importante para o recém-capitalismo e a força de trabalho deveria se manter intacta sem o perigo do contágio de um ambiente pernicioso, do ponto de vista “moral”, pois as drogas estavam estreitamente relacionadas à moral da época, como bem afirma Foucault na *Microfísica do Poder* (FOUCAULT, 2012) e Silva, em seus estudos,

Adotou-se o modelo “contagionista” para a prevenção às drogas, impedir o contato entre o agente (a droga) e o hospedeiro (o indivíduo), através da repressão ao uso das drogas consideradas ilegais (...) a proposição do contágio permitiu que o enfoque biomédico passasse a ser a base teórico-conceitual e tecnológica da chamada medicina científica, principalmente por se tratar de um modelo mais harmônico com o desenvolvimento industrial (SILVA, 2011. p.18).

Silva relata que depois de ter sido desvinculado da esfera moral, o uso do álcool foi inscrito no campo das patologias que centrou a investigação no campo fisiológico. A adição ao álcool foi considerada enfermidade pela Organização Mundial da Saúde – OMS, em 1951.

No que diz respeito aos outros tipos de drogas como a cocaína, heroína e maconha, abordamos, neste estudo, as razões que fizeram com que estas drogas passassem a ser um “motivo” de saúde pública e a ser consideradas drogas “perigosas para o uso”, sendo vistas muito mais a partir de quem as usava do que do mal (de saúde) que realmente poderiam causar a quem as consumisse. Nesse contexto, então, duas condutas foram assumidas: uma conduta demonizadora sobre as drogas e uma moral sobre os seus usuários, como relata Escotado (2004), ficando, porém, fora desta discriminação, às drogas fabricadas pelos laboratórios administradas pela via médica. No entendimento da OMS, estas drogas conhecidas até aquele momento, como estupefacientes, passaram a denominarem-se

psicotrópicos, ilícitos e lícitos. Tal decisão não foi produzida pela OMS como bem colocamos no capítulo anterior, mas, pela via da administração política e por meio da normatização jurídica, balizada por acordos internacionais posteriormente (ESCOHOTADO 2004, RODRIGUES, 2003). Esta medida não deixava claro para o público o motivo de drogas como metanfetaminas serem lícitas e a heroína ser ilícita, sabendo-se, por meio de estudos feitos na época da proibição, que o prejuízo do uso dessas era muito superior e com um grau de dependência bem mais comprometedor e destrutivo do que o prejuízo da heroína (ESCOHOTADO, 2004).

Para a questão das drogas como um tema da saúde, no decorrer do nosso levantamento bibliográfico, foram encontradas poucas referências de estudos de abrangência nacional sobre os prejuízos reais sociais que as drogas causam aos seus usuários - queremos ressaltar que não entendemos aqui os prejuízos como os alegados pela via do saber dominante, relacionado aos conceitos que delineamos em Foucault, que foram construídos pela via do saber médico, apropriado por um conceito de sociedade produtiva como, por exemplo: capacidade do ter ou não ter, capacidade de trabalho ou não, capacidade de consumo nesta sociedade. Aqui temos em mente, que a grande maioria dos estudos que se tem hoje, sobre prejuízos das drogas, segue um modelo biomédico coerente com determinada sociedade econômico-produtiva-capitalista, de observação de padrões de consumo de álcool, que procura identificar, os tipos de bebedores para determinados fins, como relata Silva (2011).²²

Como expusemos, o modelo biomédico passou a ser o modelo de investigação que, de certa forma, estendeu-se para outros tipos de usuários e de outras drogas, considerando os males que as drogas podem causar as pessoas produtivas ou pessoas que estão no processo de formação como os estudos referentes aos jovens. Outro aspecto fundamental e, nesse sentido, concordamos com Silva, (2011), quando se refere a esse modelo biomédico de investigação, é que existe um recorte histórico cultural pautado por uma cultura proibicionista, portanto, de cunho e de influência jurídico-político-administrativo predominante no ideário social que é determinante para a formação de estigmas, de como se devem olhar tipos diferentes de consumidores; de como estes consumidores devem olhar (seu vício, sua culpabilidade, “seus pecados”), a partir de uma determinada forma cultural de sociedade. Essa análise deve ser levada em conta, no que diz respeito aos que usam as drogas lícitas e as ilícitas, pois ao nosso modo de ver, influenciam certamente as pesquisas feitas,

²² Ver anexos sobre os conceitos do Ministério da Saúde sobre o que vem a ser Dependência em especial para os adolescentes e Jovens

uma vez que estas são realizadas dentro de uma lógica determinante de uma forma de sociabilidade determinada (porque há uma discriminação, embora não nos aspectos propriamente de saúde e de doença).

Os primeiros estudos sobre drogas no Brasil datam de 1861, a partir da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde o tema sobre drogas e saúde mental já estão presentes, e na fala deste pesquisador Silva (2011), o interesse destes estudos procurava registrar o estado mental dos usuários de ópio e álcool. Silva (2011) nos informa que os estudos sobre drogas até a década de 1960, relacionavam uso de drogas à “vida moral”. Determinada pessoa era tida como uma pessoa de bons costumes, se não tivesse o hábito de usar certas drogas, o que não a associava a uma doença contagiosa. No final do século XIX, na Faculdade de Medicina da Bahia, Nina Rodrigues (SILVA, 2011, p.10) relacionava a incidência de alcoolismo no meio da população negra a sua vulnerabilidade enquanto raça inferior a dos brancos (SILVA, 2011, p.20).

O Centro Brasileiro de Estudos Sobre Drogas – CEBRIDE comporta arquivos de estudos sobre a temática das drogas, feitos, desde o século XIX, e foi lá que fomos buscar nossa informação, no sentido de clarificar como o tema das drogas tem se apresentado no cenário nacional e em especial, na região Centro Oeste e em Goiás, visto que até o momento não existe, ainda, um centro tão completo sobre o tema nesta região. Além disso, para a região Centro Oeste, segundo dados da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2009), não passava de 3% o número de centros de estudo sobre o tema.

Este banco de dados foi criado por uma equipe do CEBRIDE com o interesse de subsidiar pesquisadores do Brasil, sobre os diversos temas relacionados ao uso e abuso de drogas. E foi neste banco de dados que buscamos concentrar a nossa pesquisa na área relacionada ao tema da questão social e sociedade, trabalho, adolescente, jovem, psicotrópicos, cocaína, *crack*, tráfico, violência, óbitos, drogas lícitas e ilícitas, legislação, prevenção, tratamento, pobreza, Brasil, Estado de Goiás, etc. Neste levantamento, encontramos vários²³ estudos de abrangência local e estadual referentes aos temas acima citados. O que nos chamou a atenção foi que sobre estes temas, a maioria dizia respeito aos estudos sobre legislação e prevenção.

Em 2001, foi realizado o primeiro estudo feito nesse Centro em âmbito nacional sobre as drogas, no qual se propuseram mostrar a prevalência de usos de determinadas drogas no meio da população, em especial a juvenil. Estes estudos consideram os usos de

²³total de 2.373

determinadas drogas e a constância de uso e intensidade deste uso, nos quais, segundo os pesquisadores, havia importantes diretrizes para políticas de saúde. No entanto, tendo aqui em mente a perspectiva da integralidade e intersectorialidade de tais políticas, o questionamento que se tem a respeito desta forma de questionário, é que ele é determinante para que tipo de política de saúde?

As formas de usos de drogas e suas intensidades dependem de vários fatores que, ao nosso modo de ver a temática, não são colocados em conta, na nossa análise, as seguintes perguntas não existem para tais estudos como, por exemplo: se determinada pessoa pudesse fazer escolha de determinado tipo de droga, ela optaria por não usar aquele outro tipo de droga existente? (É claro aqui, se não houvesse criminalização e houvesse legalização das drogas, porque nesse ponto acreditamos que as interferências legais, sobre os aspectos da saúde, interferem determinantemente - tendo como exemplo a interferência “legal” que se tem, ainda sobre as estratégias de redução de danos.) Que padrões de dependência poderiam ser considerados a partir, por exemplo, da isenção do conceito social proibicionista vigente e conseqüentemente “moral”, apropriado por todos, do que vem a ser dependência, ou seja, por que determinado grupo pessoas se sente dependente usando as mesmas quantidades de drogas para as quais outros grupos não se sentem relacionados a outros tipos? Ou quando esta dependência de drogas é compreendida como algo que traz prejuízos sociais - entendendo prejuízos sociais reais e não os prejuízos mencionados acima de ordem financeiro-econômica, etc? (Aqui há um padrão de vida e de capacidade de consumo dos indivíduos em determinadas sociedades: ser produtivo e consumidor como exemplo.)

O que fica um pouco obscuro, é que para se levar em conta os prejuízos do ponto de vista da saúde, as pesquisas feitas têm como relevante a condição de vida em que esta pessoa se encontra do ponto de vista social/econômico, tendo isto como um dos elementos que pesam na avaliação de saúde, a exemplo neste modo de sociabilidade é claro: produtividade, “funcionalidade/disfuncionalidade” (dentro da família e sociedade) do indivíduo usuário de determinadas drogas para considerá-lo doente ou não. Além do mais, existem os aspectos construídos culturalmente do que vem a ser dependência ou não. Considerar que uma pessoa que dependa de cocaína é mais dependente do que uma pessoa que usa tabaco, por exemplo - considerando que o estigma do tabaco seja inexistente, o mesmo não podendo dizer do estigma da cocaína, e como este peso culturalmente construído,

pode ser considerado para uma pessoa se considerar dependente ou não e conseqüentemente, considerar tendo um problema de saúde ou não.²⁴

Outro aspecto, é que deveria se levar em consideração que as estatísticas dos hospitais de emergência, no que diz respeito aos pacientes que entram em função de overdose são ínfimas em relação à regularidade de entrada de indivíduos em coma alcoólico devido ao abuso de álcool, a acidente no trânsito por dirigirem alcoolizados ou por serem vítimas de quem estava dirigindo alcoolizado. Relatamos isto em função de que seria nos hospitais de emergência, onde realmente um problema de saúde relacionado ao uso de determinada droga (ilícita) poderia ser visto e quantificado em dados ou não, no que diz respeito ao tema do abuso e do prejuízo real que as drogas causam, pois se vemos com pouca ou rara regularidade a entrada de indivíduos nos hospitais de emergência por causa da overdose de drogas como cocaína, maconha e muito menos o *crack*, subproduto da cocaína. Nos Institutos de Medicina Legal – IML, o número de óbitos ocasionados em função do tráfico de drogas é crescente em especial, por causa de dívida com o tráfico com *crack*. Os crimes por tráfico de *crack* apresentam uma evolução na pesquisa feita: Região Centro-Oeste 2005, 9,4%, 2006 2,7%, 2007/ 12,5%.

Os dados considerados neste capítulo referem-se aos óbitos cuja causa básica foi envenenamento (intoxicação) ou transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, notificados no sistema SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), no período de 2001 a 2007. O número absoluto de óbitos cresceu no Brasil como um todo entre os anos de 2001 e 2007. Evolução do número de óbitos associados ao uso de drogas por 100.000 habitantes. Brasil, 2001 a 2007. 2001 entre 2003, 3,2 e 3,4%, 2003 e 205 entre 3,4 e 3,6 % 2005 e 2007 entre 3,8 e 4,4% (SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2009)

O Brasil, como já foi mencionado, neste estudo dissertativo, se tornou signatário da política proibicionista estadunidense desde o início do século XX²⁵ e as ações, advindas destes acordos, das políticas de saúde a exemplo, foram pautadas pela diretriz proibicionista, prioritariamente. Mesmo que já nos Estados Unidos da América – EUA, os estudos de Garcia (GARCIA *et all.*, 2008), como nos vimos, relataram que os programas de prevenção do uso de drogas e de tratamento de pessoas dependentes de drogas se tornaram muito mais baratos do que as ações de combate. As estimativas, nestes estudos, mostravam que a prevenção e o

²⁴ Aqui, registramos a nossa experiência de trabalho em um centro de emergência psiquiátrico para usuários de drogas onde o que se vê constantemente, são usuários querendo internação, em função do estigma que trazem por usar certos tipos de drogas, mas não pela consciência que de que aquela relação com determinadas drogas lhes causa um problema de saúde. Querem internar pelo fato de não conseguir lidar com a aceitação social do uso.

²⁵ Ver o primeiro capítulo deste estudo, quando relatamos sobre as convenções e acordos realizadas nos Estados Unidos da América – EUA, às quais o Brasil se tornou signatário.

tratamento ficavam em torno de 10 a 20 vezes mais baratos. É necessário entender que esta adesão do discurso político, moral e religioso sobre as drogas por parte de determinados setores conservadores da sociedade, resultou no que nós conhecemos hoje como política proibicionista a qual só se tornou possível com o endosso e aval dos *experts* da saúde e suas “pesquisas” (setores médico e farmacêutico), como nos relata o pesquisador Escohotado (2004).

Em 2005, o Brasil, no governo do presidente Lula, passou a incluir o debate das drogas em fóruns regionais e nacionais, com o envolvimento da comunidade científica e de seguimentos da sociedade (Garcia *et all.*, 2008). Estes debates contribuíram para mudar a diretriz sobre a política do governo Lula o qual, a partir daí, mudou a denominação de Sistema Nacional Anti Drogas - SISNAD para Políticas Públicas Sobre Drogas - PPD. Esta mudança aconteceu paralela ao movimento antimanicomial no âmbito nacional que incluiu, na pauta da saúde, a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas, no entanto, com enormes divergências na condução das políticas com princípios e diretrizes de posição contrárias, no sentido de que uma se pautava pela repressão, em que eram consumidas maior parte dos recursos, e a outra consome pequena parte destinada à prevenção e tratamento (GARCIA *et all.*, 2008).

2.2 A Reforma Antimanicomial e o tema das drogas

A Reforma Antimanicomial em curso nasce da demanda histórica e crescente dos movimentos de trabalhadores e usuários dos serviços de atenção aos portadores de transtorno mental, e dos diversos setores da área dos direitos humanos, organizados em protesto contra as condições dos hospitais psiquiátricos, que em denúncia, eram identificados como verdadeiros campos de concentração.

O movimento brasileiro teve a influência no plano internacional dos seguintes determinantes conjunturais: havia uma influência dos acontecimentos, como os movimentos de comunidades terapêuticas nos Estados Unidos e na Inglaterra que tratavam os soldados durante e após a Segunda Guerra Mundial; mudanças nas conjunturas sociais e políticas dos países que estiveram diretamente ligados às grandes guerras; havia a emergência de novos movimentos sociais na afirmativa dos direitos civis e políticos (reconhecimento dos direitos dos doentes mentais); o desenvolvimento dos sistemas de bem estar social; a diminuição dos sistemas hospitalares, em busca de sistemas alternativos públicos mais econômicos com

reformas implementadas por governos de recortes neoliberais (VASCONCELOS, 2010, p.22).

Pensadores na área das Ciências Humanas como Goffman (1958), na Sociologia, os trabalhos de Michel Foucault (1971 a1984) tiveram influência no plano intelectual dos estudos de filósofos, assim como os pensamentos decisivos daquele que veio a se tornar o pai da Antipsiquiatria: Franco Basaglia (1968 e 1982),²⁶ o qual, sob forte influência dos pensamentos de Michel Foucault, propôs uma mudança radical no sistema de tratamento de Saúde Mental italiano. No âmbito intelectual, aconteciam reflexões epistemológicas sobre os conceitos e na condução do tratamento da loucura. Toda uma forma de exclusão social determinava uma visão do homem e dos sistemas institucionais de tratamento da loucura quando se entendia, a partir daí, qual era a lógica do lidamento com a loucura dentro da sociedade capitalista, qual a função das instituições neste processo, como que o saber/poder determinava toda uma geopolítica de espaços que eram segregadores e opressores.

Havia denúncia dos hospitais privados como verdadeiras indústrias da loucura, os quais eram conveniados com o – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS. Havia denúncias sérias de locais de hospitais como verdadeiros depositários de pessoas, as quais eram submetidas a condições sub-humanas de tratamento, lembrando os campos de concentração do Sistema Nazi-fascistas. No registro histórico, esta foi à fala de Franco Basaglia quando da sua vinda ao Brasil, em 1979, momento em que visitou o hospício Colônia na cidade de Barbacena – Minas Gerais. Segundo história contada por Daniela Arbex, jornalista investigativa, para lá eram levados os “alcoólatras, epiléticos, prostitutas, homossexuais, meninas grávidas, homens e mulheres que perderam seus documentos, gente que se rebelava e se tornava incômoda para alguém com mais poder” era um verdadeiro campo de concentração nazista (ARBEX, 2013, p.14).

As mudanças no pensamento em relação à saúde no Brasil já vinham acontecendo com o movimento mais tarde denominado de Movimento de Reforma Sanitária, no qual trabalhadores da saúde propunham mudanças no sistema de tratamento de saúde para uma forma hierarquizada “que no início dos anos 80 iriam ser chamadas de ações integradas de saúde” (VASCONCELOS, 2010, p.24). O movimento propunha:

Expansão e formalização do modelo sanitaria (Ações Integradas de Saúde e Sistema Único de Saúde, 1986); Montagem das Equipes Multiprofissionais

²⁶ A antipsiquiatria, uma feérica crítica a psiquiatria enquanto tal surgiu no seio da psiquiatria a partir da década de sessenta deste século, tendo como nomes de destaque: Ronald David Laing (1927 a 1989), David Cooper (1931 a 1986) e Thomas Stephen Szasz (1920).

Ambulatoriais de Saúde Mental; Controle e Humanização do Setor Hospitalar; Ação a partir do Estado. (...) primeira conferência Nacional de Saúde, 1986, e Constituição Federal, 1988 (VASCONCELOS, 2010, p.24).

Nesta luta Antimanicomial, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM propunha que não se criassem mais leitos em hospitais psiquiátricos, queria especialização das equipes de atendimento e redução onde possível; regionalização das ações em saúde mental, integrando os hospitais com a rede e setores ambulatoriais do SUS em áreas geográficas de referência; controle das internações em hospitais psiquiátricos via central de expedição de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, a partir dos hospitais de emergência do setor público; expansão da rede ambulatorial em saúde mental composta basicamente por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e às vezes enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos; humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais com equipes multiprofissionais. (VASCONCELOS, 2010).

Em 1989, o Projeto de Lei Paulo Delgado, que definia a Lei Antimanicomial foi lançado e a sua aprovação aconteceu em abril de 2001, Lei 10.216, Lei Antimanicomial como a conhecemos hoje. Houve muitas mudanças neste período e não poucas resistências a sua implementação como até hoje ainda há. Um demonstrativo estatístico da Coordenação de Saúde Mental/MS, no quesito diminuição na oferta de leitos hospitalares no Brasil, mostra o processo de redução dos leitos desde a sua implantação. Em 2002, havia 51.393 leitos de hospitais psiquiátricos, já em 2009 caiu para 35.426, com uma média redução de 2.184 leitos ao ano (Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES, 2009). Em contrapartida, em Goiás, muito a baixo da média proposta, o número de leitos nos hospitais gerais saltou de seis leitos em 2002, para 73 leitos em 2009 (Fonte: SIH/CNES, 2006). A criação de leitos nos hospitais gerais não acompanhou a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos e tão pouco esta demanda de tratamento de transtorno mental/álcool e drogas, foi acompanhada com a criação de mais CAPs A/D, na proporção do crescimento como vimos acima.

2.3 A implementação da Política Antimanicomial CAPs A/D em Goiás/Goiânia e a estratégia da redução de danos

Neste sentido, o processo de envolvimento de mais atores no lidamento com o tema, com certeza, tem dividido muitas concepções, opiniões, respostas de estudos e propostas de atenção ao cuidado, tratamento com certeza, com respeito ao encaminhamento

daqueles que são usuários e dependentes de alguns tipos de drogas, além do respeito aos tipos de trabalhos e ações feitas em relação às pessoas que fazem uso de drogas e abuso das mesmas, em especial das drogas ilícitas²⁷.

De um lado um grupo, representado por entidades governamentais e não governamentais, tem se constituído em um fórum, há algum tempo, na defesa dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental. Neste fórum, entidades que defendem a política antimanicomial têm se posicionado claramente a favor de um tratamento alternativo baseado na Lei de nº10.216/91, principalmente na defesa do parágrafo único:

São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (Lei 10216/2001)

O outro movimento, outro fórum, aquele fundado em perspectiva hospitalar deseja que para o tratamento, dos dependentes de drogas, em especial, os que fazem uso compulsivo de cocaína na forma de *crack*, sejam revistas algumas estratégias de seu tratamento. O Deputado Estadual Hildo do Candango (PTB) apresentou Projeto de Lei que institui o Sistema Estadual de Internação Compulsória de Dependentes Químicos no âmbito do Estado. Ele justifica que sua iniciativa é fundamentada em tese de especialistas na questão. Aprovado preliminarmente em Plenário, o projeto seguiu para discussão e votação na Comissão de Constituição, Justiça e Redação – CCJ (Fonte: O POPULAR/Saúde/03 de março de 2012).

Para este movimento, entre um dos encaminhamentos dados para o tratamento dos usuários, é preciso que sejam mudados os parágrafos que encaminham, como estratégia de tratamento, o acompanhamento em meio aberto, na comunidade como baliza a Lei 10.216/2001. Este movimento tem tentado promover a internação compulsória como forma de tratamento. Aqui em Goiânia, recentemente foi encaminhado ao Legislativo Estadual Projeto de Lei que prevê a internação compulsória para estes casos de dependência compulsiva e esta ação tem aberto um precedente para o retorno à antiga visão de tratamento de pessoas envolvidas com drogas, como a cocaína na forma do *crack*, em ambientes fechados.

²⁷ Drogas ilícitas são aquelas drogas para as quais existe uma convenção por parte de países dos quais o Brasil é signatário a qual tornou de uso indevido o uso e o comércio destas as quais prefigura a cocaína e todos os seus derivados como uma droga que pode causar dependência Lei n. 11.343/2006.

Goiânia, hoje, segundo informações do Pronto Socorro Psiquiátrico de Goiânia Wassily Chuc, tem aproximadamente 140 usuários na fila de espera aguardando vaga para a internação em hospitais, estas vagas não são do Sistema Único de Saúde/Municipal, são vagas compradas em clínicas particulares e que agora, pela atual política de enfrentamento ao *crack*, de setembro de 2011, vão receber uma porcentagem quase que triplicada pelas internações destes usuários, segundo a Diretriz do SUS. É uma forma de internação para quem tem necessidade com casos mais agudos deve ser apenas nos primeiros dias de recuperação, conforme a Lei nº 11.343 de agosto de 2006. A proposta é de que sejam pagos R\$ 200,00 por diária nos primeiros cinco dias de internação, sendo que o usuário de drogas poderá ficar até trinta dias em internação. Setores da saúde mental, defensores da política antimanicomial, relatam que tais internações alcançam no máximo 25% de êxito, e que a média em meio aberto sobe para mais 60% de êxito, sendo esta segunda modalidade bem mais eficaz e barata para o Estado e em uma perspectiva de redução de danos mais apropriada, porque leva em conta o respeito ao direito de ir vir do cidadão.

Em um encontro, promovido pelo Ministério Público do Estado de Goiás governador do Estado, Marconi Perilo salientou que na sua campanha eleitoral comprometeu-se a criar Centro de Referência e Excelência para o Tratamento de Dependentes Químicos - CREDEC, no sentido de oferecer respostas aos pedidos da população. Este Centro de Internação está em fase de implantação, várias equipes de profissionais têm se dirigido aos diversos cantos do país estudando experiências eficazes no tratamento aos toxodependentes, no entanto este Centro prevê, segundo propostas, a internação compulsória.

Neste período, foi constituída, pelo Tribunal de Justiça – GO, em 2011, o Programa da Justiça Terapêutica que é uma orientação do Conselho Nacional de Justiça – CNJ cujo modelo é similar ao do Estado do Rio de Janeiro, o qual visa o atendimento de pessoas toxodependentes que cometeram crime em função da necessidade de sustentar seu vício de drogas. Este programa oferece aos (às) dependentes de drogas uma proposta de reflexão sobre o tratamento de saúde muitas vezes como substitutivos de outras sentenças judiciais ou em concomitância com as mesmas.

O Programa Justiça Terapêutica está associado aos seguintes objetivos do Plano Estratégico do biênio 2009/2011 do TJGO: Ser efetivo nos trâmites judiciais, trabalhando com foco no atendimento ao cidadão e buscando a melhoria contínua do desempenho; Melhorar a imagem do Poder Judiciário do Estado de Goiás perante a sociedade, elevando-lhe a percepção positiva sobre a instituição; Promover ações de responsabilidade social e ambiental, atuando de forma a garantir a sustentabilidade por meio de ações educativas, de inclusão social e de práticas e coeficientes (TJGO/2011).

O Estado de Goiás está situado na região Centro Oeste, composta por quatro estados: Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul. Atualmente a população de Goiás, segundo Instituto Brasileiro de Geografia – IBGE, (IBGE, 2010) conta com uma população de 6.003.788. Goiânia, capital, possui uma população de 1.302.001. Segundo portaria do Ministério da Saúde, os serviços de saúde mental / Álcool e Outras Drogas para esta população em Goiás e em Goiânia, deveriam contar já com os seguintes serviços de saúde mental dada a proporção da cidade, mediante as diretrizes do Ministério via portaria:

A rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como com Programa de Volta para Casa. Ela deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação. (MS, 2003)

Municípios com população de 70.000 a 200.000 habitantes devem ter CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental. Goiás, neste caso, deveria contar com 196 Municípios até 20.000 habitantes com rede básica com ações de saúde mental; 33 Municípios entre 20 a 70.000 habitantes com um CAPS I e rede básica com ações de saúde mental; treze Municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes com um CAPS II, um CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental; quatro Municípios com mais de 200.000 habitantes, no caso de Anápolis e Aparecida de Goiânia, dois CAPS II, dois CAPS III, dois CAPS AD, e dois CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU cada um. Finalmente, a cidade de Goiânia, seis CAPS II, seis CAPS III, seis CAPS AD e seis CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU. Em um total de trinta e três CAPS I, onze CAPS II, onze CAPS III, onze CAPS A/D e onze CAPSi.

No entanto, Goiás possui atualmente instalado apenas desses sete CAPS com três CAPSA/D, dois CAPSA/D em Goiânia, um CAPS AD para adultos; um CAPS AD para adolescentes e um CAPSA/D em Anápolis. Em Goiânia conta-se ainda com duas equipes de Consultório de Rua, que é uma estratégia de Redução de Danos, sobre a qual falaremos mais a frente neste capítulo. A expansão da rede especializada de cuidados em saúde mental / álcool e drogas seguem alguns critérios: população do município ou microrregião a ser atendida; ausência de recursos assistenciais, configurando baixo acesso ao atendimento; maior risco/vulnerabilidade, em função de indicadores epidemiológicos e sociais; existência de

hospital psiquiátrico e consequente programa de desinstitucionalização, com residências terapêuticas e outros dispositivos para a reintegração social de pacientes de longa permanência hospitalar.

Um CAPsAD tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando: prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados; oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados; oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas; trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo; trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

Os CAPsAD também podem ter a responsabilidade de organizar a rede local de serviços de atenção a usuários de álcool e drogas de seu território de atuação, a saber: quando são a porta de entrada da rede de atenção a usuários de álcool e drogas, em sua área de atuação; quando o gestor local indica a unidade para coordenar as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas; devem ainda supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, no âmbito de seu território; devem também manter listagem atualizada dos pacientes que, em sua região de abrangência, utilizem medicamentos para a saúde mental. Para definir as suas estratégias de atuação, um CAPS A/D deve considerar obrigatoriamente que a atenção psicossocial a pacientes que apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deve ocorrer em ambiente comunitário, de forma integrada à cultura local e articulada com o restante das redes de cuidados em álcool e drogas e saúde mental; o mesmo deve ocorrer em relação a iniciativas relativas à rede de suporte social. Desta forma, poderá organizar em seu território de atuação os serviços e iniciativas que possam atender às múltiplas necessidades dos usuários de serviços, com ênfase

na reabilitação e reinserção social dos mesmos. A vulnerabilidade para o uso indevido de álcool e drogas é maior em indivíduos na faixa etária de 15 a 25 anos.

A cidade de Goiânia que tem um público de 50.000 psicoativos aproximadamente (Fonte: J. O Popular 4/09/2011 pg.4), é a única referência para internação, isto é, para aqueles que dependem do SUS. São vagas disponibilizadas por duas clínicas de tratamento: Casa de Eurípedes e Clínica Jardim América, ambas da rede privada, as quais têm um número muito pequeno de leitos disponíveis para a demanda de todo o Estado de Goiás (aqui também se incluem alguns Estados do Norte e Nordeste para tratamento fora de domicílio, pois o SUS atende o princípio da universalidade). Estes leitos são disponibilizados para a rede pública e é destinada para o tratamento de toxodependentes uma porcentagem bem inferior a demanda. Segundo estatísticas, Goiânia conta com 86% da sua rede particular de atendimento hospitalar, 11,2% municipal, 1,7% estadual, e 0,6% da rede federal (IBGE, 2010). Os serviços estaduais encontram atualmente em processo de passagem para administração de fundações, porque o governo já assinou acordos com as mesmas para o seu gerenciamento.

A população, especificamente de Goiânia, conta ainda, pela rede pública, com dois CAPs A/D – O CAPs CASA no Setor Sul e o CAPs-A/D, Girassol, no Setor Oeste, um para adultos e outro para adolescentes, outros dois em fase de implementação, segundo a Divisão de Saúde Mental, para serem instalados em regiões que não dispõem de CAPs ainda. Dispõe, também, de um ambulatório psiquiátrico no Setor Bueno, o qual é porta de entrada para todo o atendimento de internação complementar de atenção aos toxodependentes. Possui um Consultório de Rua com duas equipes revezando no atendimento, os quais fazem abordagem à população que vive nas ruas de Goiânia, atendendo dentro da proposta estratégica da redução de danos, conforme Diretriz do MS.

2.4 Política de Drogas e o Plano Nacional de Enfrentamento ao *Crack* e Juventude no Estado

Recentemente foi lançado o Plano Nacional de combate ao *crack* (SENAD 26/10/2010) por diversos órgãos e ministérios ligados ao Governo Federal, no sentido de prevenir, combater e tratar o abuso desta forma de droga. Este plano tem o objetivo de promover diversas ações junto aos Estados e Municípios brasileiros, bem como, tem dado ênfase também em ações nas áreas de pesquisas sobre drogas, no que diz respeito ao uso,

abuso e efeitos desta substância, formas de atenção e tratamentos mais eficazes para aqueles que têm tornado seus dependentes.

O *crack* é uma droga, produzida a partir da pasta-base de cocaína-PBC amalgamada com bicarbonato de sódio, de alto poder psicodépendente. Segundo muitos usuários, a primeira vez que usada de forma inalada, fumada em cachimbos ou latas vazias de cervejas ou de refrigerantes, produz uma euforia superior à da cocaína, embora bem mais breve; causa uma dependência muito grande e é de difícil recuperação, pois, produz uma vontade intensa no desejo de mais uso da mesma. Tem derruído, segundo os usuários em relatos, a “condição moral, financeira e social de muitos que se tornam seus dependentes”. O pesquisador Escotado expõe que:

Também é interessante observar que o pânico provocado pela “imprescindível epidemia”, e o endurecimento das penas, não só produziu uma decida brusca da idade dos consumidores, com elevados índices de toxicodépendentes juvenis, mas também um vertiginoso incremento de traficantes infantis (ESCOHOTADO, 2004, p.172).

Os jovens têm sido os maiores usuários, tornando-se motivo de grande preocupação e de muita ansiedade dentro da família e na sociedade como um todo. No que diz respeito ao tráfico do *crack*, este tem se tornado extremamente capilarizado na rede social porque é uma droga de fácil acesso, barato, e o controle deste tipo de tráfico tem requerido dos serviços de segurança pública uma inteligência grandiosa, pois muitos que traficam o *crack* são jovens e traficam para sustentar a própria dependência que é muito intensa, bem como para garantir uma renda extra para suas famílias, em face da pobreza em que estas vivem. Somando a esta situação, a violência tem aumentado cada vez mais em torno deste tipo de tráfico: o número de jovens que perdem a vida por causa de dívidas adquiridas em função da dependência do *crack* tem se tornado preocupante, talvez aqui, vale esclarecer que a verdadeira epidemia que esta sociedade está enfrentando em função desta droga, seja a epidemia da violência.

Os centros de tratamento e atenção aos usuários de drogas não são suficientes para fazer frente à demanda de jovens envolvidos com o *crack*. Ao mesmo tempo em que, segundo a diretriz da política atual de saúde mental, Lei 10.216 de abril de 2001, preconiza-se que no tratamento de dependentes químicos, bem como no tratamento dos portadores de outros transtornos mentais, deve priorizar os centros de tratamento que deem preferência à convivência comunitária com a valorização da convivência familiar, evitando assim, ao máximo a internação destes usuários, sendo esta internação, em raros casos e dentro de

critérios rigorosos de avaliação que justifiquem a sua necessidade. Segundo diretriz da Lei Antimanicomial 10.216/2001, os usuários que vão ao centro de emergência quando estão em crise, devem ficar até 72 horas em observação e, ao passar deste período, deve-se comunicar ao Ministério Público - MP o caso. Ressalta-se, também, a prioridade para tratamento em hospitais dos adolescentes entre 12 e 18 anos, como está exposto na Lei 8.069/13/06/1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Por outro lado, tem crescido cada vez mais a demanda de que mudem as leis e regras quanto à forma de internação de usuários de drogas²⁸, dependentes compulsivos, em relação ao tratamento, tornando a internação obrigatória e compulsória, aqui, em especial, para os casos de dependentes do *crack*. Os usuários e dependentes em tela passariam por avaliação de equipe interdisciplinar para a necessidade da internação, item II, IV parágrafo primeiro do Art. 23. Outro aspecto deste Projeto de Emenda Constitucional - PEC, no parágrafo 2º, é que o Judiciário poderá determinar que os estabelecimentos da rede privada recebam o paciente para tratamento com o ônus para SUS.

Nesta PEC 7.665/2010, o deputado Henry propõe que o usuário de *crack*, em um nível de envolvimento com a droga, por padecer de compreensão quanto a sua dependência da mesma, deve ser tratado a sua revelia, o que contrapõe os setores de defesa de direitos humanos que entendem, em especial os defensores da área da saúde e da estratégia de redução de danos, que tais sujeitos são sujeitos de direito. Têm o direito de ir e vir consoante resguarda o art.5º da Constituição de 1988. Os setores dos direitos humanos defendem, na área da saúde, que a estratégia de redução de danos é uma estratégia que respeita os sujeitos nas suas escolhas e pretende, por outro lado, contribuir para compreensão destes usuários de que existem outros agravantes para a saúde das pessoas usuárias de drogas, como as Hepatites Virais, a AIDS e as Tuberculoses.

Outro aspecto desta Lei, é que a lógica dos financiamentos dos tratamentos destes usuários, ao contrário de ampliar a rede no Sistema Único de Saúde, por meio dos serviços substitutivos como CAPs AD, atende ao aumento dos atendimentos na rede privada e a uma lógica de mercadorização da saúde. Esta proposta segue na contramão do Projeto da Política Antimanicomial que visa à redução sistemática dos leitos dos hospitais psiquiátricos substituindo-os pelos leitos nos hospitais gerais, o que evitaria maior estigma destes usuários

²⁸ Projeto de Lei nº 7.665, 2010 do Sr. Raul Henry que acrescenta dispositivos ao art. 23, da lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, para definir regras gerais para a execução de atendimento aos usuários ou dependentes de drogas.

e impediria um recorrente processo de exclusão.

A lógica do asilo, da exclusão “Um imaginário social calcado no preconceito/rejeição em relação à loucura” (ALVERGA, 2006), é o maior desafio que se tem para resolver. Neste sentido, muitos de nós que trabalhamos com a saúde mental, temos que tomar o cuidado para não sermos “apreendidos pelo imaginário da loucura, cativos de uma lógica que atravessa a todos” contra o que Alverga chama do “desejo dos manicômios chamando atenção para o fato de que o mesmo atravessa o tecido social, e, nesse sentido, constitui força motriz que alimenta as instituições que se fazem presentes cotidianamente nas práticas e concepções no campo da saúde mental” (ALVERGA, 2005).

Este desejo de manicômio se traduz em desejo de “dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar de oprimir e de controlar”, continua ele. Aqui devemos entender que não se trata somente de trabalhar, reafirmando a estratégia da redução de danos com uma perspectiva antimanicomial, mas ter, dentro das instituições existentes, a lógica inversa no caminho de emancipação de todo o hábito institucional de manicômio dentro de nós, conforme Alverga levantou, e que devem estar bem fundamentada na subjetividade dos trabalhadores da saúde mental e procurar reproduzir no coletivo/movimento de trabalhadores de saúde mental.

Outra contribuição que temos na direção de uma reforma antimanicomial é o que levanta Vasconcelos, seguindo análise teórica de Touraine sobre processos de emancipação política: devemos contribuir na constituição de um sujeito com o “desejo do cuidado de si” (aqui lembrando a produção de Foucault), o que seria a “constituição de um sujeito como vontade de liberdade, a aliança à razão como força crítica” (VASCONCELOS, 2010, p.86).

Seguindo nosso tema, vimos até aqui, uma perspectiva histórica sobre drogas a partir de textos de Escohotado (2004), Rodrigues (2011), Hobsbawm (1991), Courtwright (2001), Devempert-Hines (2001) e outros sobre caminho social, político e econômico das drogas, as repercussões sociais da liberdade de usar drogas ao total proibicionismo (para algumas), sua influência e sobre as leis e políticas que conhecemos hoje.

3 CAPÍTULO: A POLÊMICA SOBRE A POLÍTICA DE DROGAS

3.1 O debate entre drogas lícitas e drogas ilícitas

No período de elaboração desta pesquisa, vários debates foram realizados acerca do que seja a questão relativa ao uso de drogas por parte da população jovem. A exemplo, o Fórum Goiano de Enfrentamento às Drogas que definiu três eixos de ações para o enfrentamento às drogas no Estado de Goiás compreendidos como: eixo da prevenção, das comunidades terapêuticas e combate às drogas.

Segue, na contemporaneidade brasileira, de um modo geral, e em quase todos os Estados da Federação, inclusive em Goiás com muita força e pressão popular, o “discurso” de que há uma “epidemia do *crack*”, justificando dentre as muitas ações do Estado, a internação compulsória como forma de obrigar os usuários da droga a se tratar. Tal internação, todavia, a nosso ver, segue na contramão do processo em curso da diminuição dos leitos e da descentralidade no hospital psiquiátrico. Mas não é sem motivo que esta demanda por mais leitos em hospitais psiquiátricos esteja sendo orquestrada por vozes de saberes sobre drogas de dentro dos próprios espaços e setores da medicina psiquiátrica e donos de hospitais psiquiátricos que perderam seus leitos e conseqüentemente recursos do SUS, em função da queda do número de internações de usuários de drogas que passaram a ser atendidos em serviços como CAPsA/D

O Ministério Público, envolvendo-se no processo de enfrentamento ao *crack* e a outras drogas, provocado pelo Procurador Geral do Estado de Goiás, lançou o programa “INTERAÇÃO”, em 5 de março de 2012, que propôs uma série de medidas e ações desde a prevenção ao combate do tráfico no Estado de Goiás. Na mesa de lançamento e abertura do programa, para a assinatura de diversos acordos de cooperação intersetorial, foram chamadas diversas autoridades: o executivo na pessoa do Governador, representantes de diversas secretarias estadual e municipal, áreas da segurança pública, educação, cidadania, planejamento e administração, diversos representantes do município de Goiânia e de outros municípios do Estado de Goiás. Também foram convidados representantes do Judiciário – TJGO e diversos promotores do MP-GO. Estavam também no evento, diversas entidades do Município de Goiânia e do Estado como por exemplo representantes da igreja. Todos em um verdadeiro “pacto federativo”, segundo fala de algumas autoridades ali reunidas, em prol da “salvação dos usuários de drogas”.

Foram feitos acordos de cooperação técnica, acordos de capacitação das comunidades terapêuticas em torno de conselhos municipais de drogas para a implantação dos Fundos Municipais, com financiamento no valor de R\$ 130.000,00 reais, destinados à capacitação das comunidades por parte da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas -FEBRACT. O Governador foi o último a falar, apresentando quais seriam as ações ao enfrentamento das drogas por parte do Governo Estadual: construção de cinco leitos no Centro de Recuperação de Dependentes Químicos - CREDEC; onze leitos em cada um dos hospitais gerais de Goiânia; implantação de CAPsAD em Anápolis e no conjunto Vera Cruz; projetos de iniciação esportiva; capacitação de quadro de pessoal; aumento no comando efetivo de 200 policiais para o combate às drogas nas divisas do Estado e 180 policiais para ações dentro do Estado.

O Estado dá ênfase aos acordos firmados em mesas de debates e de chamamento coletivo quando se vê pressionado a alguma medida. No entanto, as ações são pontuais e não se tratam de estratégias de organização dos serviços de fato. As políticas setoriais e transversais não aconteceram ainda com a efetividade de que precisam. Esta reunião foi realizada e depois o cenário não apresentou as mudanças propostas naquele encontro e a demanda de mais serviços continuou aumentando. Por outro lado, no aspecto da educação, o governo sofre enormes pressões desse setor denunciando o sucateamento do ensino público e o desrespeito ao cumprimento dos acordos com os trabalhadores da educação no âmbito estadual. Segundo dados do IBGE, 24,4% da população estudantil no Estado de Goiás que está no ensino médio tem um índice de evasão de mais de 54% antes do fechamento do ciclo acadêmico, com um IDEB de 4,9, abaixo da média (IBGE,1010).

O crescimento vertiginoso nos índices de pessoas usuárias de drogas, em especial do *crack*, no Estado de Goiás, fez com que as ações de combate se tornassem mais evidentes em função da pressão social em torno de soluções por parte do governo, o que nos levou a corroborar com o pensamento de Escotado:

Também é interessante observar que o pânico provocado pela “imprescindível epidemia” e o endurecimento das penas, não só produziu uma decida brusca da idade dos consumidores com elevado número de toxicod dependentes juvenis, mas também crescimento vertiginoso de traficantes juvenis (ESCOHTADO, 2004, pg.172).

Em 1998, a taxa de homicídios entre jovens de 15 a 24 anos, em função do tráfico do *crack*, era de 19,6% para cada grupo de 100 mil habitantes em Goiás. A taxa em 2008 foi de 57,7% para cada 100 mil habitantes. Segundo o Jornal O POPULAR, a taxa de

homicídios cresceu 76% entre 1998 e 2008, tendo um crescimento de mais 300%. Os jovens entre 15 e 26 anos representam 32% das vítimas. Segundo estes dados, 50% destes jovens não tinham vínculo com emprego. Foram 204 vítimas em 2008; 145 em 2009; 147 em 2010 e até o mês de agosto de 2011, tinham sido registrados já o número de 126 vítimas dentre os jovens (Jornal O Popular, 11 de setembro de 2011).

O tráfico de drogas, em Goiás, teve um aumento significativo no período que compreende 2006 a 2010. O Estado de Goiás e a cidade de Goiânia, por situarem-se no centro do país, passaram a ser um centro de distribuição além de passagem do tráfico de drogas. O Estado tem recebido, além da pasta base da cocaína, a própria cocaína, que vem da Colômbia e da Bolívia e a maconha que vem do Paraguai. Segundo informação do Jornal O POPULAR, a apreensão das drogas nos últimos anos foi seis vezes maior do que nos outros anos anteriores, pois os criminosos têm encontrado no Estado boas oportunidades de fazer negócios com o dinheiro das drogas, como comprar imóveis rurais, fazendas, imóveis na cidade, comprar carros, montar empresas de fachada e de lavar o dinheiro do tráfico.

Os lucros da droga, no sentido mais básico, são assegurados mediante a capacidade dos cartéis de lavar e transferir bilhões de dólares para o sistema bancário norte-americano. (The Guardian, 11 de maio de 2011).

As crises sucessivas estabelecidas pelos projetos neoliberais fizeram com que bancos, desde os mais importantes do mundo em uma complexa rede de financeirização, passassem a incluir os negócios obscuros do narcotráfico de forma globalizada.

A escala e a envergadura da aliança entre a banca norte americana e os cartéis da droga ultrapassa qualquer outra atividade do sistema financeiro privado norte-americano. De acordo com os registros do Departamento de Justiça dos EUA, só um banco, o Wachovia Bank (propriedade hoje de Wells Fargo), lavou 378.300 milhões de dólares entre 1º de maio de 2004 e 31 de maio de 2007 (The Guardian, 11 de maio de 2011).

Como falamos, os casos de lavagem de dinheiro, em função do mercado, principalmente financeiro, se encontra globalizado, portanto é praticamente impossível fazermos uma distinção do que seja a moeda local, nacional ou internacional. O Brasil mantém o equilíbrio da sua balança de pagamento em relação direta com o que o mercado internacional dita. Então, se países como os Estados Unidos - a exemplo - sofrem influência de questões relativas ao equilíbrio das finanças de bancos sob a lógica do tráfico de drogas, certamente os bancos, tampouco o mercado nacional estão isentos de tal influência

Todos os principais bancos dos EUA tornaram-se sócios financeiros ativos dos cartéis assassinos da droga. Se os principais bancos norte-americanos são os instrumentos financeiros que permitem os impérios multimilionários da droga operar, a Casa Branca, o Congresso dos EUA e os organismos de aplicação das leis são os protetores essenciais destes bancos (...). A lavagem de dinheiro da droga é uma das fontes mais lucrativas de lucros para Wall Street. Os bancos cobram gordas comissões pela transferência dos lucros da droga que, por sua vez, emprestam a instituições de crédito a taxas de juros muito superiores às que pagam – se é que pagam – aos depositantes dos traficantes de drogas. (Laura Carlsen, publicado no Counterpunch, 2011).

O tráfico de drogas, segundo os jornais acima citados só aumentou nos últimos anos, se tornando o segundo motivo para a ocorrência de prisões em Goiás e, segundo Edmundo Dias, delegado da Polícia Civil, o número de presos subiu 320% em 2011. Em 2005, o número de presos registrados era de 32.880, saltando para 106.491 em 2011. (DIÁRIO DA MANHÃ, 6/agosto/2011). Os historiadores com os quais trabalhamos ao longo destes textos: Devenport-Hines (2001), Courtwright (2002), Escotado (2004), Rodrigues (2011) nos mostram como a corrupção de poderes locais instituídos é muito importante para o sustento do comércio do tráfico. Relata o pesquisador Escotado, em nota do final de sua pesquisa, com um levantamento sistemático do sistema do tráfico e como este atinge todo o tecido social em levantamento feito Espanha na época de sua pesquisa (ESCOHOTADO, 2004).

Em todo o lugar onde existem pessoas, desenvolvimento urbano, consumo e mercado há uma realidade “*una trampa cuyo cebo es El placer*” (CURWRITURIGHT, 2001)²⁹. A inteligência do mercado das drogas não deixa nenhuma instituição de fora na sociedade capitalista e caminha paralela a toda forma de desenvolvimento que este sistema possa produzir em nossos dias. De forma globalizada os efeitos desta forma de comércio se faz sentir no mundo todo, esta estratégia de tornar a rota do tráfico pelo Centro-Oeste, Goiás e Goiânia com o local central de onde estas operações acontecem, se tornou logística e lucrativamente muito interessante para os traficantes.

A guerra contra as drogas converteu-se no veículo principal de militarização da América Latina. Um veículo financiado e impulsionado pelo governo norte americano e alimentado por uma combinação de falsa moral, hipocrisia e muito de temor duro e frio. A chamada “guerra contra as drogas” constitui, na realidade, uma guerra contra o povo, sobretudo contra os jovens, as mulheres, os povos indígenas e os dissidentes. (Laura Carlsen, publicado no Counterpunch, 2011).

²⁹ Uma armadilha cuja a isca é o prazer

Percebemos aí o início da contradição, como bem falamos no capítulo primeiro, que se apresentou de várias formas não menos destrutivas uma que a outra. Em primeiro lugar, mostra a demanda crescente por mais drogas, com um poder de dependência cada vez maior, aumentou a procura, no entanto diminuiu sistematicamente a idade daqueles que se envolvem com o tráfico. Consequentemente, o mercado, não tendo como atender a demanda, começou a oferecer drogas de baixa qualidade e de preço bem mais acessível, como é o caso do *crack*, que "é o resultado e o efeito da guerra a cocaína, e em concreto, das medidas tomadas contra os dissolventes necessários para a purificação da primeira" (ESCOHOTADO, 2004, p.172).

Em segundo, uma vez que estas drogas de baixa qualidade e de um poder de dependência muito grande incentivaram, para o tráfico, uma população jovem até então afastada do mercado (Ibidem, 2004, p.172), o índice de violência tornou-se cada vez mais alto porque esta juventude foi incentivada, em sua maioria, para manter o seu próprio consumo. Desse modo, fica evidente que o tráfico de *crack* é sustentado principalmente por dívidas de drogas, conforme noticiado anteriormente. Em terceiro, a capilaridade que a distribuição que *crack* oferece e, por último, a população jovem atingida pelo comércio do *crack* é a população que menos tem recursos financeiros e que não encontra espaço no mercado de trabalho dado a sua baixa qualificação.

No entanto, com toda esta explicação, as drogas do tipo um (1) (cocaína, heroína, maconha), não têm sido as mais frequentemente usadas pela população jovem. Em pesquisa já feita por institutos brasileiros como o CEBRID, financiada por organismos internacionais e pelo FUNAD, e endossadas pelo ONUDC/ONU, a afirmativa é de que o álcool e o tabaco - para esta segunda droga existe uma arquitetura e tecnologia muito inteligente para garantir a sua dependência, como exemplo mostrado no filme "O Informante" -, são de longe o maior problema para a saúde. O *lobby* fortíssimo feito pelas indústrias relativas ao álcool e ao tabaco, junto aos órgãos com poder de decisão e que legislam sobre os temas de interesse público, como o congresso, não tem deixado que políticas efetivamente importantes sejam tomadas no sentido de garantir a melhoria da qualidade de vida das pessoas e principalmente os jovens.

Não muito menos importante fica o acesso que se tem hoje ao álcool e ao tabaco em toda a cidade de Goiânia e no Estado de Goiás. Uma tabela de estudos feitos entre adolescentes estudantes da região Leste de Goiânia sobre o índice de uso de drogas lícitas e

ilícitas (aqui queremos registrar que este estudo é apenas uma amostra para a qual se pode produzir a mesma lógica em toda a cidade de Goiânia), o álcool foi a substância mais consumida entre os jovens. O estudo revela “Uso de drogas lícitas e ilícitas pelos adolescentes, Região Leste, Goiânia, 2010, dentre as substâncias utilizadas pelos adolescentes fica o Álcool 59,1; Cigarro 22,7; Maconha 7,2; Cocaína 5,9; *Crack* 2,7; Cola 2,4” (SOUZA, 2010).

As estatísticas afirmam que no Brasil 78,5% dos adolescentes e jovens bebem regularmente e destes, 19% já têm problemas sérios com a bebida (Fonte: MS 2010). O álcool é responsável por cerca de 60% dos acidentes de trânsito e aparece em 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas entre estudantes do 1º e 2º graus de 10 capitais brasileiras. As bebidas alcoólicas são consumidas por mais de 65% dos entrevistados e estão bem à frente do tabaco. Dentre esses jovens, 50% iniciaram o uso entre os 10 e 12 anos de idade (CEBRID,1997).

Aqui fica a seguinte questão: o que se quer discutir sobre drogas lícitas e ilícitas de forma transparente e verdadeira e que venha realmente contribuir para a conscientização dos jovens, no que diz respeito a atitudes de prevenção para drogas de fato? Na nossa análise, o problema não está sendo enfrentado com a devida seriedade que é necessária, é evidente o conflito de interesses econômicos em torno do tema da venda de bebidas alcoólicas, como por exemplo, se estas deveriam ser ou não vendidas nos estádios de futebol durante os jogos da Copa do Mundo. O que se percebe é uma verdadeira guerra de poderes em que o poder dos produtores juntamente com a mídia e comerciantes de cerveja, determinou os caminhos a serem tomados os quais visam, em especial e principalmente, o lucro em detrimento de outros interesses coletivos.

O plenário do Senado aprovou na noite desta quarta-feira (9), por votação simbólica, o projeto da Lei Geral da Copa, que define as regras estabelecidas pelo governo para a realização do Mundial de 2014 no Brasil. A proposta segue agora para sanção presidencial. O texto votado pelo Senado manteve regra aprovada na Câmara, que suspende, durante o período da Copa do Mundo e da Copa das Confederações, a validade de trecho do Estatuto do Torcedor que veta a venda de bebidas alcoólicas em estádios brasileiros. A venda de bebidas é uma exigência da Federação Internacional de Futebol (FIFA) em razão de acordos com patrocinadores do Mundial. O texto aprovado na Câmara e no Senado não libera expressamente a venda de bebidas - somente retira a proibição prevista no Estatuto do Torcedor. (G1 10/05/2010).

Seguimos na linha da reflexão de como o discurso sobre as drogas e sua proibição concretamente, que nos acompanha desde o passado, tem nos dado resultado crescente de

vítimas - bem jovens - do tráfico e do comércio de drogas lícitas e ilícitas, em função da diminuição sistemática da idade e do uso de drogas mediados pela onda proibicionista. O acesso às drogas, principalmente as sintéticas, agora está também encontrando um novo caminho pelas redes virtuais, o que tem tornado muito difícil a atuação dos órgãos responsáveis pela segurança e justiça descontrolar o comércio ilícito de drogas e o comércio de drogas que deviam ter controle médico, segundo declaração do coordenador da Junta internacional de Fiscalização de Entorpecentes - JIFE, ligados a *United Nations Office on Drugs and Crime* - UNODC.

A cada dia, novos caminhos para o acesso as drogas se abrem para o seu comércio e para a sua produção. As drogas estão sendo cada vez mais usadas em todo o mundo sejam elas produzidas de forma industrial ou mesmo as caseiras e de forma bem artesanal, de forma lícita ou ilícita, com a contribuição de todas as formas de instituições ou não. Os Estados Unidos da America, desde que começou a sua campanha proibicionista e de combate às drogas na década de 20, acirrando muito, desde o governo Richard Nixon (1969-1979), já chegou na casa dos três trilhões de dólares sem nenhum sucesso. O Brasil/Estados da Federação, segundo pesquisas, não tem encontrado sucesso nas suas campanhas de combate às drogas seguindo a mesma lógica dos Estados Unidos da América, com gastos excessivos sem os resultados satisfatórios. .

3.2 As Cracolândias e os Bares da Vida

Em escuta informal, que fazemos no trabalho, no dia a dia os usuários dizem que “são centavos que os usuários de *crack* precisam para comprar a droga que lhe mata a fome e a sede” visto que o hábito lhe tira a fome e a sede instalando aí a vulnerabilidade para uma doença oportunista como a anemia, tuberculose ou outra doença do pulmão. Encontram estes centavos nos lugares da abundância, onde os compradores e comerciantes podem dispor de uns centavos sem problema de que isto lhe vá faltar. Os questionamentos que nos inculcava sobre os motivos dos usuários de drogas (*crack*) estarem nos lugares públicos e movimentados, lugares de circulação intensa de pessoas, nos levou à compreensão de que não é só em função da possibilidade do “descuido”, mas também da possibilidade do ganho (pouco), mas certo e rápido.

Ganho rápido para vício exigente que não pode esperar muito tempo sem ser saciado. "Vigia-se um carro, se ganha uns centavos"; “lava-se outro carro... mais uns

centavos”; “carrega-se uma mercadoria daqui para ali mais outros tantos”; diz um deles “Eu não vou mentir pro sinhô não! Eu quero uns centavos pra comprar bebida mesmo!”, “um 'carrote' de pinga” que alivia a ansiedade de fumar mais *crack* e lhe “dá o sono para poder dormir um pouco”, relata outro! E assim o dia todo vai se passando, sustentando um vício que não pode esperar quinze minutos de lucidez para se pensar de onde se veio ou que histórias têm pra contar.

Os lugares do uso do *crack* têm a ver com o comércio de mercadorias, das feiras livres, dos lugares onde circula muito dinheiro constantemente. Por outro lado, a artimanha dos pequenos traficantes que servem estes lugares também: é intrigante como o fato de usarem motos para transportar o *crack*, torna-se mais um tipo de serviços de entrega, pois são mais rápidos e as escapadas da polícia se é mais eficaz. Um *delivery* perfeito para a necessidade imediata, para uma droga que tem um público muito exigente que não tem tempo para a espera e que não sabe lidar com a frustração da mesma. A geografia do comércio para o usuário do *crack* é concebida para que lugares de distribuição sejam capilares, sejam de fácil acesso e que alcancem todo o tecido social neste sentido, como as farmácias no que diz respeito ao acesso aos remédios de uso controlado ou não; como os bares da cidade no que diz respeito ao acesso e à venda do álcool.

A lógica, ou como se quer, “logística” é esta: o valor da pedra varia de R\$ 2.00 a R\$ 5,00, um usuário de *crack* chega a fumar até vinte pedras ou mais ao dia, um valor que se multiplicarmos, a princípio, parece pouco mais uma vez que a droga é extremamente psicodependente, ao final produz um prejuízo muito grande para aquele que tem esta dependência. Há relatos de pessoas que troca carro, casa, moto, móveis da casa, tudo o que se pode transformar em moeda de troca ou de garantia de pagamento posterior o traficante aceita. Há relatos de pais que assumem as dívidas dos filhos devido a ameaças do traficante e é aí que a família, muitas vezes, passa a ser refém do tráfico.

Em um levantamento feito pelo jornal O POPULAR, foi contado mais de doze pontos de uso de *crack* em Goiânia, todos locais de grande circulação de pessoas: entorno do Terminal Padre Pelágio, Praça Jacaré no Crimeia Oeste, Estacionamento do Parque Agropecuário de Goiás, Praça Boa Aventura na Vila Nova, Praça do Botafogo na Vila Nova, Terminal Rodoviário de Campinas, entorno do Terminal Rodoviário Central, Praça do Trabalhador no Centro, Terminal Urbano no Jardim Novo Mundo, entorno do Terminal

Urbano Setor Pedro Ludovico, entorno da Feira da Avenida Paranaíba (fonte: DENARC, 2011).

Em um levantamento feito pelo jornal O POPULAR, foi contado mais de doze pontos de uso de *crack* em Goiânia, todos locais de grande circulação de pessoas: entorno do Terminal Padre Pelágio, Praça Jacaré no Crimeia Oeste, Estacionamento do Parque Agropecuário de Goiás, Praça Boa Aventura na Vila Nova, Praça do Botafogo na Vila Nova, Terminal Rodoviário de Campinas, entorno do Terminal Rodoviário Central, Praça do Trabalhador no Centro, Terminal Urbano no Jardim Novo Mundo, entorno do Terminal Urbano Setor Pedro Ludovico, entorno da Feira da Avenida Paranaíba (fonte: DENARC, 2011).

Em Goiânia, a rede de distribuição de drogas lícitas já existe, aliás, existe em todo o Estado. A frase nos finais de semana é a seguinte: “Goiânia não tem mar, mas tem bar” traduz bem a cultura da bebida. Outra frase: “Cada esquina uma farmácia”, não existe dificuldade de se encontrar também farmácia, há mais redes de drogarias do que rede de supermercado. Goiânia é uma das cidades do Brasil com maior número de farmácias e de bares, os locais de venda de bebidas extrapolam em muito o número de bares estabelecidos, dificultando intensamente a realização de um levantamento, pois a cada festa, a cada evento, a cada carrinho de churrasquinho existe a oferta álcool e a possibilidade da venda e o comércio de bebidas multiplicam-se exponencialmente. Os gastos com bebidas fermentadas, em 2012, chegou na casa dos R\$ 184.054.736 reais, assim, Goiânia é uma das cidades do país que mais consome cerveja.

No que concerne à questão da oferta de cultura e lazer, Goiânia é extremamente deficitária, reduzindo a oferta de lazer, em especial, para a população jovem a bares, *shopping center* e muita festa *country* (festa de música sertaneja onde não há restrição para adolescentes beberem). Nas boates ou festas com *open bar* (onde a pessoa paga o ingresso e tem direito a bebidas) é constante o abuso de álcool por parte desta população jovem. O setor de serviços está situado com a maior parcela do PIB na cidade, respondendo com mais 70% da sua renda e, como esta cidade situada no centro de Goiás e do Brasil dispõe de poucas ofertas naturais de lazer conta, então, com uma demanda enorme de que políticas de lazer e cultura sejam criadas de modo a oferecer reais condições de vida rica (melhor esclarecer, não?), possibilidades para a população e, em especial, a população juvenil.

3.3 A Questão Social e as Drogas

O uso do *crack* tem permitido que uns grandes números de usuários, pela necessidade de fugir das mazelas concretas da vida, se alienem em meio a esta sociedade capitalista, no dizer de Escóhotado (2004), Courtwright (2001), Santos (2012). Anteriormente, nos estudos de Engels (2007), vemos que as condições da classe trabalhadora na Inglaterra, era uma das formas e uma das expressões da “questão social” daquela classe que vivia de vender a sua força de trabalho em troca apenas de subsistência a fim de garantir sua força vital. Às vezes, e em grande parte das vezes, nem para esta força, e aqui se situa em especial este jovem que temos acompanhado por meio da nossa pesquisa, no seu processo de produção e reprodução da sua vida social no dizer marxiano.

Para qualificar este tema como propomos, como categoria a ser vista de “questão social”, voltamos aos estudos relacionados ao tema a partir de Courtwright, segundo o qual os trabalhadores usavam drogas nas fazendas, nos campos de trabalhos, nas indústrias para garantir a força e ânimo e também alento diante das condições concretas do trabalho ao quais estes eram submetidos. Muitas vezes estes trabalhadores gastavam mais de um terço do seu soldo na aquisição de drogas como os chineses com o ópio, os negros nas fazendas de açúcar com a maconha, e os irlandeses com o álcool nas indústrias no final do século XVIII e início do século XIX (COURTWRIGHT, 2002).

O comércio da droga e seus efeitos externos eram manifestação do giro radical do capitalismo maduro, seu crescente interesse pelo prazer e pela gratificação emocional por oposição às necessidades materiais dos consumidores. (COURTWRIGHT, 2002, p.23)

Noutro momento, Courtwright se referenda em outro pesquisador da Antropologia, Robert Andrey o qual diz: “floresceu em um mundo em que a psiquê faminta substituíra progressivamente o estômago faminto” (COURTWRIGHT, 2002, p.23), relata ainda Courtwright sobre “lós proletários ébrios que veia tambalearse Friedrich Engels por las calles de Manchester”³⁰. Nos traz a ideia já dos momentos em que as drogas passam a ser um problema criado pela falta de condições de trabalho existentes no período do nascimento da indústria, fala das condições subumanas em que viviam os trabalhadores proletariados. Nos informa, ainda, que Marx/ Engels denunciavam, nos seus estudos, a condição em que as

³⁰ Tradução "os proletários bêbados que Friedrich Engels via oscilando bêbados pelas ruas de Manchester"

mulheres trabalhadoras das indústrias viviam e que as fazia dar ópio ou álcool (bebida destilada) aos seus filhos para que dormissem enquanto aquelas trabalhadoras suportavam as longas jornadas de dezesseis a vinte horas ausentes de seus filhos (COURTWRIHGT, 2002).

Outro relato é o de que a maconha era uma droga comum para os negros em meio ao florescente negócio da cana de açúcar, como era o ópio no meio dos trabalhadores chineses o qual fazia com que os mesmos também suportassem longas jornadas de trabalho. Este é o resultado, conforme Santos (2012), da exploração do capital sobre o trabalhador, o resultado das condições concretas a que estes são submetidos diante da constante investida do capital.

Segundo Marx (Apud Santos, 2012), a forma de acumulação capitalista monopolista reproduz um vasto exército de mão de obra de reserva absoluta o qual se torna um contingente para enfrentar, do ponto de vista acadêmico profissional, as demandas que este mercado está exigindo. A necessidade do capital de acumular enxugou espaços de trabalho, reduziu os espaços que restaram a espaços onde a alta exigência de mão de obra qualificada se tornou o critério seletivo. Desse modo, a cada vez mais exigida melhor escolaridade passou a ser o mote do mercado na contemporaneidade. (Santos, 2012).

A dinâmica da realidade social de algumas cidades brasileiras, na contemporaneidade tem, nos surtos do *crack*, a reedição dos temas mais antigos de outras drogas e em outras épocas³¹ com uma nova roupagem, tendo novos personagens e novos produtos, a saber: a juventude e o *crack*, droga a qual Antônio Escotado chamou de droga de *designer* por se tratar de uma das muitas novas drogas ou sucedâneos criados em laboratórios sofisticados e caros ou mesmo laboratórios de fundos de quintal e caseiros (2004). No estudo de Iamamoto:

(...) a questão social não é se não as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2011, p.84)

Este entendimento que a autora dá ao tema “questão social” é uma afirmação da existência de uma contradição entre a acumulação capitalista (burguesa) e a realidade da “classe que vive do trabalho”, segundo Antunes (1999), e esta contradição é vista no cotidiano

³¹Escotado coloca em seu texto: História Elementar das Drogas (ESCOHOTADO, 2004) que no período do Governo Reagan/ Thatcher, foi implantado o neoliberalismo, com fortes repercussões para economia mundial o qual teve seus rebatimentos seriíssimos na questão relativa às políticas sociais no mundo todo.

desta classe através da sua privação e pauperismo³². O que segundo Netto (2011), contou com vasta literatura quando do seu surgimento no século XVIII. Entretanto, continua Yamamoto, esta classe, diante da sua realidade começa a se organizar e através desta organização reivindicar condições melhores de vida para si em função da péssima qualidade de vida oferecida pelo ganho dos salários em contradição ao acúmulo de riqueza obtida pelo capital. Representa a tomada de consciência de uma classe em si para a tomada de consciência de uma classe para si, segundo Marx/Engels (1991). Mas também representa a realidade que este capital acumula e concentra, impondo sobre a classe trabalhadora um nível de sua pobreza que chega a condições extremas.

O trabalho que desenvolvemos tenta entender e contribuir nestes processos ao longo de um período muito crítico e de uma crise estrutural profunda pela qual o modo de produção capitalista está passando e, nesta crise, comprometendo um grande número de jovens - aí entendidos como força de reserva de trabalho- no seu processo de produção e reprodução da sua vida e sociabilidade, que talvez nunca sejam aproveitadas por este sistema. Dizemos isto com respeito ao grau de formação e capacidade destes jovens que hoje estão nas ruas usando *crack*, da dificuldade por parte destes de assimilar o trabalho e sua realização real longe da dependência alienante do vício e em face das cada vez maiores exigências do mercado.

O processo sistemático de total indiferença, por parte do Estado, no planejamento de suas políticas públicas e sociais que, ao contrário do ponto de vista econômico, vemos que prima pelo pagamento de dívidas e da sustentação dos bancos e seu de déficit financeiro, favorecendo os investidores das bolsas, com pagamento de juros altíssimos, vendendo o Estado aos pedaços e a um custo alto, no que diz respeito ao enxugamento de investimento na vida social de um grande contingente de pessoas. Por outras vezes, este Estado mesmo, delega a responsabilidade da condução das políticas sociais às mãos de terceiros e ao voluntarismo para os quais os interesses ideológicos de todas as formas³³ terminam por excluir mais do que incluir e não poucas vezes sobrecarregam o tema das drogas de uma leitura focalizada, reducionista e moralizante.

³² Segundo Netto, o pauperismo foi o nome dado por estudiosos da “questão social” no séc. XVIII, quando do início das complexidades sociais originadas pela forma de vida social dentro da pujante revolução industrial daquela época.

³³ Dizemos aqui sobre os convênios que o Estado pretende assumir com as comunidades terapêuticas de profissão religiosa no sentido de se responsabilizar pela cura dos usuários de drogas que procuram os serviços públicos.

A devida ampliação e compreensão do fenômeno do *crack* como um dos elementos constitutivos da “questão social” não é vista por um prisma sério e crítico, uma vez que o Estado tem sido influenciado por instituições filantrópicas conservadoras, bem como pelo próprio Congresso Nacional por meio da bancada fundamentalista³⁴. Assim, o problema é visto de maneira, também, focalizada e reduzida quando atua apenas no combate às drogas contingenciando recursos financeiros da saúde, da educação e da assistência social e de outras áreas sociais priorizando esse combate sem nenhum sucesso, aumentando ainda mais a possibilidades dos jovens se tornarem vítimas por meio da violência do tráfico. Quando prioriza o pagamento de dívidas a banqueiros em detrimento das grandes massas de pessoas e dentre elas, a grande maioria de jovens. Quando os abandona sistematicamente, deixando-os para desenvolverem-se de forma aleatória, sem as condições concretas para sua reprodução nos termos e na forma que prima a Carta de Direitos Humanos. Quando os abandona a sua própria sorte sem que estes possam ter experiências na vida que os torne mais completos e significativos enquanto seres humanos.

O nosso intento ao fechar este trabalho com o tema da questão social deu-se pela necessidade de conduzir a nossa pesquisa por um caminho que primeiramente nos apontou a gênese dos poderes e dos saberes, como bem falamos no primeiro e no segundo capítulos. O fechamento (parcial é claro), para nós tratou de resgatar este tema da questão social por ser tão caro, sob nosso ponto de vista, para as pesquisas que se fazem sobre as drogas em relação às condições concretas da vida da juventude no Estado de Goiás. Contudo, achamos que muito mais é preciso ser feito como no dizer de Santos: “neste sentido, cabe estimular a incorporação ao debate às mediações que traduzem a ‘questão social’ nas diferentes regiões (...) municípios (...) diferentes clivagens” (2001, p.249), tentando entender aí as particularidades da realidade destes jovens que hoje estão usando o *crack* no Estado de Goiás.

³⁴ Colocamos aqui a nossa crítica ao Plano de Combate ao Crack lançado pelo Governo da presidente Dilma no ano de 2010.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutimos os caminhos histórico-sociais que levaram à onda proibicionista das drogas nos dias de hoje. Através de autores importantes da literatura mundial sobre o tema, passando depois pela realidade sócio-histórica brasileira, pudemos contribuir para a localização do tema da proibição das drogas fazendo um recorte nas particularidades econômico, política e social do Brasil.

Vimos os processos de construção do poder/saber sobre saúde como estratégia de Estado, como este determinou a concepção de saber médico, do hospital, da psiquiatria, do tratamento da loucura e, conseqüentemente, do usuário de drogas na sociedade que conhecemos hoje. Vimos também o movimento antimanicomial como reação ao poder opressivo dos manicômios e as estratégias de políticas de saúde mental como alternativa para o tratamento com os portadores de transtorno mental e com os usuários de drogas e, enfim, a proposta de redução de danos como estratégia da saúde mental para o trabalho com usuários de drogas. E por fim, discutimos sobre a polêmica criada a partir da contradição dos agentes públicos com os temas das drogas a partir do entendimento proibicionista e hegemônico na sociedade, fortalecido por setores conservadores. Analisamos a polêmica sobre a internação compulsória dos usuários de drogas no sistema de saúde mental através de medidas arbitrárias (segundo o movimento antimanicomial), que vem a ser a Lei 7.665/2010, do deputado do PMDB, Pedro Henry. Outro aspecto analisado foi à contradição que cerca a criação de mais leitos dentro dos hospitais psiquiátricos e o processo em curso de redução dos mesmos. Por último, discutimos sobre a inclusão das comunidades terapêuticas (muitas delas de confissão religiosa) como centros de “tratamento” para os usuários de drogas por meio de financiamento público, confrontando diretamente com a criação e oferta demais serviços públicos, como por exemplo em CAPs o qual valoriza a noção de serviço público na diretriz de Estado laico.

Se nos perguntassem qual o caminho a percorrer depois de termos chegado até aqui, com toda a sinceridade diríamos não saber. O que fica deste caminho percorrido sobre o tema das drogas, é a sensação de uma tremenda incompetência para atuarmos sozinhos em alguma frente de luta embasados em nosso próprio senso crítico e em nossas conclusões. Menos ainda, tomamos a atitude de propor alguma saída sem escutar atentamente o que os principais interessados nos dizem sobre as drogas, a saber, os próprios jovens que hoje estão nas ruas a usar sistematicamente o *crack*, mas com certeza, esta posição passiva não poderia e não pode ser a nossa atitude depois de fazer esta escuta ativa, digamos assim.

A nossa proposta, ao desenvolver esta pesquisa documental e participativa, como propusemos a princípio, foi a de mostrar que os caminhos hoje seguidos pelo saber/poder, ao qual chamamos adiministrativo-político-jurídico, sustentado pelo saber médico, não proporcionou um ambiente mais “salutar”, digamos assim, para a sociedade sobre a complexa problemática das drogas, em especial, do *crack* ou cocaína em forma de *crack*, ou ainda, cocaína *crack* como chamou Devenport-Hines (2001).

O *crack*, uma “droga de desenho”, como nos falou Escohotado (2008), Devenport-Hines (2001), foi produzida na emergência da substituição da oferta do cloridrato de cocaína, “problema epidemiológico” segundo os arautos do modelo biomédico, não poderá ser recorrentemente demonizada. Como todas as outras drogas que vieram, tiveram o seu momento de *glamour*, o *crack* está em evidência, mas também vai se embora. Com este estudo, muitos dos autores que buscamos expuseram: o *crack* seria um modismo como todas as outras drogas foram e não preocuparia se não houvesse tido os holofotes criados em função de outros interesses como o da mídia, fazendo da pobreza e misérias humana a vitrine do sensacionalismo e do ibope; como o dos políticos num oportunismo para a aquisição de mais votos junto aos eleitores; como o do mercado em crise, utilizando o *crack* como produto barato atendendo a um consumidor com pouco grau de exigência relacionado à droga de qualidade; como o do mercado da indústria da hospitalização; e, enfim, de uma série de interesses que se cria dentro de uma sociedade capitalista.

Sabemos que o verdadeiro problema são as drogas lícitas álcool e o cigarro - que não trazem nenhum estigma social -, mas há outros interesses em jogo como: pagar um imposto (mas não tão alto como poderia ser se comparado a alguns países da Europa e nos Estados Unidos); fazer um *lobby* fortíssimo junto ao governo garantindo, dessa forma, o emprego de milhares de pessoas direta e indiretamente; proporcionar o investimento para os políticos (profissionais) em época de eleição, e por isso vai seguir sendo liberadas.

No decorrer de nossa pesquisa, pudemos observar que a população usuária desta droga nas ruas e nos espaços citados anteriormente, tem buscado, da sua própria maneira, fazer redução de danos. Exemplificamos: fumar o *crack* junto com a maconha como uma estratégia de não desenvolver tanta ânsia por mais *crack*, dado às propriedades da maconha; outros usam esta droga junto com as cinzas do cigarro; outros procuram fazer diminuição da quantidade gradativamente; alguns se internam voluntariamente quando se veem nos seus limites; outros têm buscado os CAPs A/D; outros têm aceitado as estratégias de redução de

danos das equipes dos consultórios de rua. Enfim, tem sido tantas as buscas de soluções quanto os números de pessoas envolvidas no problema.

Estas soluções estão vindo à medida que a experiência, um tanto dolorosa às vezes, vai possibilitando um aprendizado, usando o dizer de Antônio Machado, poeta espanhol (1875-1939 ca), “(...) *Caminante, no haymino, se hacecamino al andar(...)*”.³⁵³⁶ Esta é a dura realidade na qual muitos de nós temos nos encontrado, ao nos deparar com o tema do *crack* junto à juventude, pois temos descoberto que as saídas no caminho, no enfrentamento da realidade. Temos em mente que as estratégias proibicionista, higienista e de internação compulsória, para os dependentes de *crack* não tem logrado êxitos. As experiências de outros estados como as do Rio de Janeiro e São Paulo têm confirmado essas evidências para nós.

Neste sentido, defendemos fundamentalmente o direito de ir e vir dos cidadãos e defendemos como preconizado no Art. 5º da Constituição de 1988; o direito de que estes façam suas escolhas de qual seja a forma mais adequada para se tratarem como preconizado na Lei Antimanicomial n. 10.216/04/2001, de modo que o Estado forneça os instrumentos necessários para que estas escolhas sejam feitas, e que reconheça como prioridade a capacidade de expressão e de luta políticas. Defendemos que o Estado possa garantir isto!

A nossa defesa também é radical no sentido de que é o Estado, em sua total posição laicidade, possa ser imparcial para ver os indivíduos em sua necessidade de atenção, cuidado e tratamento dentro de espaços públicos de saúde, ao invés de dirigir as verbas da saúde para as comunidades terapêuticas colocando em detrimento os serviços substitutivos e CAPsA/D. E que se forem tratados dentro destes espaços privados, que estes os aceitem sem nenhuma objeção a qualquer condição que possam apresentar enquanto sujeitos de direitos em sua fé, orientação sexual, forma de ver o uso de drogas etc., como manda a Portaria n. 131/26/01/2013 do Ministério da Saúde.

No âmbito em que desenvolvemos este trabalho dissertativo, o nosso direcionamento depois da crítica, está no caminho de que o humano se dá nas transformações das condições concretas da vida por meio do acesso à educação, ao lazer, mais precisamente ao ócio criativo, e isto se traduz em um sentido de expressão humana através do acesso à cultura da humanidade, nas mais diversas, mas concretamente. Sabemos que uma cidade

³⁵ Tradução Caminhante, não há caminho /o caminho se descobre (se faz) ao andar.

^{36cc}: *Caminante/Caminante, sontushuellas/elcamino y nada más;/Caminante, no haycamino,/se hacecamino al andar./Al andar se haceelcamino,/y al volver la vista atrás/se vela senda que nunca/se ha de volver a pisar./Caminante no haycamino/sino estelas enla mar*

abarrota de opções de lazer, cultura e arte, de oportunidade de vida no sentido mais completo que se conhece, pode ser uma sociedade com drogas, e com certeza será. Com um diferencial: com certeza as drogas não serão a única alternativa de viabilizar o espírito humano.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, Helena Wendel. **Cenas Juvenis: Punks e Darks no Espetáculo Urbano**. São Paulo: Ed.Scrita, 1994.

ABRAMO, Helena Wendel. Condição juvenil no Brasil contemporâneo. In: ____.; BRANCO, Pedro Paulo Martoni (orgs.) **Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005. P. 37-72.

ABREU, Marina Maciel. A dimensão pedagógica do Serviço Social: bases histórico-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. **Serviço Social & Sociedade**, n. 79, p.43-71, 2004.

ADORNO, Sérgio. A experiência precoce da punição. **O massacre**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1991.

ADORNO, Sérgio. Violência e civilização. **A sociologia para o século XXI**. São Paulo: Ed. Hucitec, p.77-106, 1999.

ADORNO, Sérgio. Criança: a lei ea cidadania. **A criança no Brasil hoje: desafio para o terceiro milênio**, p. 101-112, 1993.

ADORNO, Sérgio, *et al.* O adolescente na criminalidade urbana em São Paulo. **Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos**, 1999.

ACSERALD, G. A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: _____. (org.). **Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 183-212.

ALENCAR, Mônica Maria Torres de. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Ed. Cortez, 2004, p.61-78.

ALVIN, Rosilene; VALLADARES, Licia do Prado. “Infância e Sociedade no Brasil: Uma Análise da Literatura”. **Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais**. Nº 26, 2º Semestre de 1988.

ASSIS, Simone G. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. **Future**, v. 10, n. 1, p. 126-134, 1994.

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface-comunicação, saúde, educação**, n. 20, p. 299-316, 2006.

ALTOÉ, Sônia. Internato de menores: educar para (de) formar. **Fórum Educacional**, v.14, n.2, Rio de Janeiro: 1990 p. 50-76.

ALTOÉ, Sônia Elisabete. **Menores em tempo de maioria**: do internato-prisão à vida social. Rio de Janeiro: Ed. Universitária Santa Úrsula, 1993.

ALTOÉ, Sônia; *et al.* Infâncias perdidas: o cotidiano nos internatos-prisão. **Rio de Janeiro: Xenon**, 1990.

AMARAL, Vera. Reforma psiquiátrica. <http://www.psicopatologia.tripod.com.br/reforma.htm> Acesso em, v. 17, n. 12, p. 04, 2005.

AMARANTE, A. G. M. **Juventude no SUS**: as práticas de atenção à saúde no Butantã. 2007. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 25 jun 2007.

ANDRADE, S. C.; BARBOSA, R. C.; SOARES, C. B. Oficinas de discussão: uma proposta educativa em saúde como instrumento para a intersetorialidade. **Comissão de Graduação da Escola de Enfermagem da USP.(Org.). VII Mostra de Monografias de Conclusão de Curso da EEUSP/2003**. São Paulo: EEUSP, 2004, p. 75-79,

AZEVEDO, Maria Amélia *et al.* **Crianças vitimizadas**: a síndrome do pequeno poder; Victimized children: the little powers syndrome. São Paulo: Ed. Iglu, 1989.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Ed. Geração, 2013.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: SNAS/ CNAS, 2004.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos e CONANDA. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo**. Brasília: SEDH/CONANDA, 2006

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST; AIDS. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Manual de redução de danos**. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde, 2001.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70 ed. 2000.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. Cortez, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>> Acesso em: 01 fev 2013

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Nota técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre Internação Involuntária e Compulsória de pessoas que usam Drogas**. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 mar 2013.

CARMO, Paulo Sérgio. Juventude no singular e no plural. **Cadernos Adenauer II, nº6, As Caras da Juventude**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

CACCIA-BAVA, Augusto; COSTA, Dora Isabel Paiva da. O lugar dos jovens na história brasileira. In: CACCIA-BAVA, Augusto; PAMPOLS, Carles Feixa; CANGAS, Yanko Gonçalves. **Jovens na América Latina**. São Paulo: Editora Escritura, p. 63-114, 2004.

CAMPOS, Celia Maria Sivalli. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. São Paulo, 2004. Tese de Doutorado. Faculdade de Enfermagem - Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 8 jun. 2007.

CANOLETTI, Bianca; SOARES, Cássia Baldini. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p. 115-129, 2005.

CARDIA, Nancy; PERES, Maria FT; SANTOS, P. C. Jovens, violência fatal, superposição de carências e mercado de trabalho. São Paulo, 2005. **Núcleo de Estudos da Violência- Universidade de São Paulo**. Disponível em: <<http://www.nevusp.org>>. Acesso em: 21 jun. 2007.

CARLINI-COTRIM, B. H. **A escola e as drogas: realidade brasileira e contexto internacional**. São Paulo, 1992. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado)-Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica.

CARRARA, Sérgio. Singularidade, igualdade e transcendência: um ensaio sobre o significado social do crime. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 16, p. 80-88, 1991. Disponível em: <<http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes>>. Acesso em 10 dez 2007.

CIDREIRA, Renata Pitombo, A Moda nos Anos 60/70, Comportamento Aparência e Estilo, FACOM/UFBA, 2005.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Saúde Debate**, n.46, p.19-22, 1995.

COUTINHO, Carlos Nelson. Notas sobre cidadania e modernidade. **Praia Vermelha**, v. 1, n. 1, p. 145-166, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Nem Comunidades, Nem Terapêuticas. Disponível em: < <http://site.cfp.org.br/>> Acesso em: 02 jan 2013.

COURTWRIGHT, David T. **Las drogas y la formación del mundo moderno: Breve historia de las sustancias adictivas**. Buenos Aires: Ed. Paidós, 2001.

DAVENPORT-HINES, Richard. **La búsqueda del olvido: Historia global de las drogas, 1500-2000**. México, 2003.

DONZELOT, Jacques. **A política das famílias**. Rio de Janeiro, Graal, 1986.

DURKHEIM, Émile et al. **O suicídio**: São Paulo: Abril, 1978.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. ícone, 1996.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ESCOHOTADO, Antônio. **História elementar das drogas**. Lisboa: Editora Antígona, 2004.

ESCOHOTADO, Antônio. **História Genral de las Drogas**. Pozuelo de Alarcon – Madrid: Editora Espasa Calpe, 2008.

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. Relatório Brasileiro Sobre Drogas. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/>>. Acesso em: 03 mar 2013.

FONSECA, Claudia. **Caminhos da Adoção**. São Paulo: Ed. Cortez, 1995.

FEFFERMANN, Marisa. **Vidas Arriscadas: o cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

FONSECA, Claudia; CARDARELLO, Andrea. Direitos dos Mais e Menos Humanos. In: **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano cinco, nº 10, maio de 1999 (61-82).

FONSECA, Claudia. **Família: fofoca e honra**. Curitiba: Editora da UFRGS, 2000.

FONSECA, R. M. G. S.; BERTOLOZZI, M. R. A epidemiologia social ea assistência à saúde da população. **A Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva e o uso da epidemiologia social**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, p. 1-26, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da Sociedade: Curso no College de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **A Microfísica do Poder**. 25 ed. São Paulo: Ed. Graal, 2012.

FOUCAULT, Michel; RAMALHETE, Raquel. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. São Paulo: Ed. Vozes, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FREITAS, Maria Virgínia de; PAPA, Fernanda de Carvalho. **Políticas públicas: juventude em pauta**. Cortez/Ação Educativa/Friedrich Ebert Stiftung, 2003.

FRAGA, P. C. P.; IULIANELLI, J. A. S. (orgs). **Jovens em tempo real**. Rio de Janeiro: Ed. DP&A, 2003.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira et al. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 257-266, 2008.

Galduróz J. C.; Noto A. R.; Carlini E. A. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1o e 2º graus em 10 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 1997.

GUEIROS, D. A. Famílias. In: **Serviço Social & Sociedade** (2002), nº 71, Ano XXIII Especial. São Paulo: Ed: Cortez. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a14v20n2.pdf>>. Acesso em: 02 mai. 2012

GOIS, Antônio. Para a antropóloga, apenas pobreza e desigualdade não explicam a ida de jovens para a criminalidade. Entrevista. **Folha de São Paulo, São Paulo**, v. 12, 2004.

GONÇALVES, Hebe. **Infância e Violência no Brasil**. RJ: Faperj /Nau, 2003.

HARVEY, David. **A Condição Pos-Moderna**. São Paulo: Ed. Loyola, 1992.

HOBSBAWM, Eric. **Era dos extremos: o breve século**. São Paulo: Ed. Companhia das Letras, 1991.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e a formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1999.

IMPELIZIERI, Flávia; DE SOUZA FILHO, Dario; DA SILVA, Jairo José dos Reis. **Crianças de rua e ONGs no Rio: um estudo do atendimento não-governamental**. AMAIS Livraria e Editora, 1995.

JÚNIOR, Almir Pereira; BEZERRA, Jaerson Lucas; HERINGER, Rosana. **Os impasses da cidadania: infância e adolescência no Brasil**. IBASE, 1992.

LARANJO, T. H. M. **O CRUSP: processos de socialização e uso de drogas**. 2004. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Leite MC, Cabral ACJ. Promoção da abstinência. In: Leite MC, Andrade AG, Segal A, Gigante AD, Malbergier A, Cabral ACJ, *et al.* **Cocaína e crack: fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Ed. Artmed, p.238-53, 1999.

LESSA, Sérgio: **Mundo dos Homens**. São Paulo: Ed. Boitempo, 2002.

LESSING, Benjamin. Demanda por armas de fogo no Rio de Janeiro. Rubem César Fernandes. **Brasil: as armas e as vítimas**. Rio de Janeiro, v. 7, p. 268-92, 2005.

LOLIS, Dione. **A Violência e suas Marcas: um estudo de sua construção social em um bairro periférico de Londrina**. São Paulo, 2001. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

_____. **Um jeito jovem de morrer: homicídios de jovens por armas de fogo em Londrina, 2000-2003**. Araraquara, 2008. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Campus de Araraquara), Faculdade de Ciências e Letras, Programa de Pós-Graduação em Sociologia.

MACHADO, Lia Osório. Tráfico de drogas: Bacia Paraná-Paraguai e São Paulo. **Grupo Retis. Departamento de Geografia**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002. Disponível em: <<http://www.igeo.ufrj.br/gruporetis/gruporetis>>. Acesso em: 23 out. 2007.

MALUF, Norma Alejandra. Las subjetividades juveniles en sociedades en riesgo. Un análisis en contextos de globalización y modernización. **Trabajo presentado en Seminario Los jóvenes y la sociedad de la información. Globalización y antiglobalización en Europa y América**

Latina. Lleida-Barcelona, v. 20, p.1-18. 2002.

MICHAUD, Yves. **A violência.** São Paulo: Ática, 2001.

MILITO, Cláudia; SILVA, Hélio RS. **Vozes do meio-fio:** Etnografia. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 192, 1995.

MOREIRA, L. M. C.; BARRETO, O. Saber é poder: relato de uma experiência de educação popular na busca da melhoria da qualidade de vida. **Divulg. Saude Debate**, n.31, p.44-52, 2004.

MOTTA, Maria Antonieta Pisano. **Mães abandonadas: a entrega de um filho em adoção.** Cortez Editora, 2001.

MUZA, Gilson M. *et al.* Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I-Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Rev Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 21-9, 1997.

MUZA, Gilson M. *et al.* Inquérito sobre o consumo de substâncias psicoativas, conhecimentos e atitudes em relação à AIDS em uma amostra de estudantes secundários da República de Cabo Verde. **Rev Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 11-18, 1999.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, v. 50, p. 87-132, 1996.

OLIVEIRA, Claudete J. de; BRAVO, M. I. O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo Estado brasileiro. **Saúde e Serviço Social**, v. 2, p. 179-195, São Paulo: Ed. Cortez, 2004.

PASSETTI, Edson; GENTA, Elizabeth Regina. **Violentados: crianças, adolescentes e justiça.** São Paulo: Editora Imaginário, 1999.

PILOTTI, Francisco J.; RIZZINI, Irene (Ed.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** Instituto Interamericano del Nino, Editora Universitária Santa Ursula, AMAIS Livraria e Editora 1995.

PARO, Vitor Henrique. **Escritos sobre educação.** São Paulo: Xamã, 2001.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. Nem talco nem diamante: a riqueza de um processo de ensino-aprendizagem participante na área da sexualidade-adolescência. **Texto & contexto enferm**, v. 3, n. 2, p. 93-109, 1994.

PEREIRA, Érica Gomes. **A participação da enfermagem no trabalho educativo em saúde coletiva: um estudo dos relatos de experiência produzidos por enfermeiros brasileiros no período 1988-2003**. São Paulo, 2005. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Disponível em: <http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 8 jun. 2007.

RAGO, Margareth. Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar, Brasil 1890-1930. **Os prazeres da noite**, p. 1890-1930. . Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

REBELLO, Sandra; MONTEIRO, Simone; VARGAS, Eliane P. A visão de escolares sobre drogas no uso de um jogo educativo. **Interface-Comunic Saúde Educ**, v. 5, n. 8, p. 75-88, 2001.

RIVERO, Patricia; FERNANDES, R. C. O mercado ilegal de armas de fogo na cidade do Rio de Janeiro. FERNANDES, Rubem C. (Coord.). **Brasil: as armas e as vítimas**. Rio de Janeiro, v. 7, p. 197-267, 2005.

RIZZINI, Irene. **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. Rio de Janeiro. Ministério da Cultura: Editora Universitária Santa Úrsula, 1997.

_____. **Vida nas ruas: crianças e adolescentes nas ruas: trajetórias inevitáveis**. Rio de Janeiro: Ed. 2003.

RUIZ-MORENO, Lúcia *et al.* Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p.195-204, 2005.

_____.; (org.). **ACriança no Brasil Hoje: desafio para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula. 1993.

RIZZINI, Irma. **A assistência à infância no Brasil: uma análise de sua construção**.Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, 1993.

ROLNIK, Raquel. Exclusão territorial e violência. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.13, n.4, p.82-91, out./dez. 1999.

RODRIGUES, Thiago. A infundável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo v. 16, n. 2, p. 102-111, 2002. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/spp/v16n2/12116.pdf>. Acesso em: 2 mai. 20012

RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico e Militarização nas Américas: Vício de Guerra. **CONTEXTO INTERNACIONAL**, v. 34, n. 1, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/spp/v16n2/12116.pdf>. Acesso em: 2 mai. 20012

SAVIANI, D. **Escola e democracia**: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política. 36 ed. Campinas: Autores Associados, v.5, 2003.

SOLLBERGER, Jeolás Leila; PIMENTA, Ferrari Rosângela Aparecida. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Cienc. Saúde Colet.**, v.8, n.2, p.611-620, 2003

SOARES, Cássia Baldini. **Adolescentes, drogas e AIDS: avaliação a prevenção e levantando necessidades**. São Paulo, 1997. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Educação. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 2 jun. 2007.

SOARES, Cássia Baldini. **Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva**. São Paulo, 2007. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 2 jun. 2011

SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. A responsabilidade da universidade pública no ensino da prevenção do uso prejudicial de drogas. **Mundo saúde (Impr.) (1995)**, v. 28, n. 1, p. 110-115, 2004.

SOUSA, Sônia M. Gomes; PERES, Vannúzia Leal Andrade. Crianças, adolescentes, famílias e políticas públicas: para além do faz-de-conta. **Revista do Departamento do Serviço Social da PUC-RJ**. Vol. 07 -, nº 07, - 2002. Rio de Janeiro: PUC, Departamento Serviço Social / Semestral.

STEMPLIUK, V. A. **Uso de drogas entre alunos da Universidade de São Paulo: 1996 versus 2001**. São Paulo, 2004. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

TRAD, Sergio. **A trajectória da prevação às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais**. 2010. Tese de doutorado. Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social - Programa de doctorat d'Antropologia de la Medicina. Disponível em: <<https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra502>>. Acesso em: 2 jun. 2011

TORRES, Haroldo da G. Segregação residencial e políticas públicas: São Paulo na década de 1990. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.19 n.54, p.41-56, fev. 2004.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010

ALVIM, Maria Rosilene Barbosa; VALLADARES, Licia do Prado. Infância e sociedade no Brasil: uma análise da literatura. In: **Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências**

Sociais, n. 26, 1988.

VELHO, Gilberto; ALVITO, Marcos. Cidadania e violência. In: **Ciclo de Debates Cidadania e Violência**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ: Ed. FGV, 1996.

VOLPI, Mario. **Os adolescentes e a lei: o direito dos adolescentes, a prática de atos inflacionais e sua responsabilização**. Brasília: Ed. ILANUD, 1998.

WACQUANT, Loïc. **As prisões da miséria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. **Os condenados da cidade**: estudo sobre marginalidade avançada. Rio de Janeiro: Revan: FASE, 2001.

WAISELFISZ, Júlio Jacobo. **Mapa da violência dos municípios brasileiros 2008**. São Paulo: Instituto Sangari, 2008.

ZALAF, Marília Rita Ribeiro; FONSECA, R. M. G. S. Na Boca do CRUSP: programa de prevenção e acolhimento em caso de uso problemático de álcool e drogas. **Esc Anna Nery RevEnferm**, v. 11, n. 4, p. 650-54, 2007.

ZALAF, Marília Rita Ribeiro. **Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil**: conhecer para enfrentar. São Paulo, 2007. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina.

ZALUAR, Alba Maria. **A Máquina e a Revolta**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985.

_____. **Cidadãos Não Vão ao Paraíso**. Campinas, Editora da Unicamp, 1994.

_____. **Integração perversa**: pobreza e tráfico de drogas. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

_____. **Memorial da Violência**. São Paulo: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 1994.

_____. Gangues, Galeras e Quadrilhas: Globalização, Juventude e Violência. In: VIANNA, Hermano (org.). Galeras Cariocas. **Territórios de Conflitos e Encontros Culturais**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997

ANEXOS

1

O uso de substâncias psicoativas pelos jovens tem aumentado, apesar dos riscos bem propagados e da implementação de medidas preventivas e educativas abrangentes. Os profissionais de saúde envolvidos no atendimento primário a crianças e adolescentes devem ser capazes de identificar os estágios progressivos do abuso de substâncias, bem como as manifestações de intoxicação e abstinência das diversas drogas, como estimulantes, depressores e perturbadores do sistema nervoso central.

Fatores de risco

A etiologia do abuso de substâncias pelos adolescentes é desconhecida. O problema, multifatorial, engloba fatores genéticos ou familiares, influências dos companheiros, traços individuais, influências sociais e psicológicas. Os traços de personalidade infantil incluem rebeldia, agressividade, problemas de controle emocional e de relação interpessoal, hábitos de sono e alimentação irregulares, inflexibilidade e distração fácil, sintomas depressivos (baixa auto-estima), atividade delinqüente e a busca insaciável de novidades e comportamentos perigosos.

As influências sociais incluem a propaganda e o exemplo de comportamento dos adultos, existência de restrições legais (idade mínima para dirigir e consumir álcool e tabaco), deterioração da vizinhança e ausência de controle paterno. Pode haver história de abuso físico ou sexual na infância destes jovens. Quatro elementos estão inversamente associados ao uso de drogas:

- forte ligação saudável com os pais;
- compromisso com os estudos;
- envolvimento regular com atividades religiosas e escolares organizadas;
- confiança nas expectativas, normas e valores gerais da sociedade.

Avaliação básica

Os profissionais de saúde têm a oportunidade única de intervir na prevenção e tratamento do abuso de substâncias. A intervenção nos problemas comportamentais numa fase inicial, conferindo aos pais permissão para estabelecer limites e readquirir o controle de seus próprios lares, e o esclarecimento do comportamento de alto risco do adolescente podem melhorar a

vida dos filhos. O diagnóstico de abuso de substâncias envolve alto nível de suspeição. É preciso que o profissional de saúde aprenda a lidar com sua própria negação acerca da possibilidade de uso de drogas pelo adolescente. Não se deve ver o paciente fora do contexto de sua família; muitas vezes o comportamento dele reflete uma disfunção familiar. Períodos de estresse, sentimentos de tristeza e redução da auto-estima estão relacionados freqüentemente aos conflitos familiares ou com colegas e dificuldades escolares. É importante estabelecer o sentido do sigilo com os pacientes, esclarecendo-se que ele poderá ser quebrado em nome de sua segurança ou proteção.

O reconhecimento imediato e a intervenção precoce aumentam as chances de reduzir as complicações conhecidas de morbi-mortalidade ligadas ao abuso de substâncias, bem como implica redução considerável do custo ao sistema de saúde.

Quadro 1: Indícios clínicos de abuso crônico de substâncias pelos adolescentes

Alterações físicas	Hábitos pessoais	Desempenho acadêmico	Comportamento psicológico
emagrecimento	uso de colírios	redução da memória para fatos recentes	comportamentos arriscados
hipertensão	alterações do padrão de sono e apetite	raciocínio prejudicado	oscilações do humor
olhos vermelhos	menos atenção com a higiene	Repetência	depressão
irritação nasal	perda de interesse por esportes	falta às aulas/vadiagem	reação de pânico
resfriados ou alergias/ sibilos	amigos/interesses novos	problemas com os professores	paranóia
rouquidão/tosse crônica	mudança no vestuário	Suspensão	problemas com amigos ou família
picada de agulha	interesses musicais novos	Expulsão	furto

O abuso de substâncias está entre os problemas de saúde mais complexos e difíceis de diagnosticar e abordar. A história cuidadosa, o exame físico completo e habilidoso, um índice elevado de suspeita e uma relação de confiança com o paciente são fundamentais para a avaliação de um adolescente que possa estar desenvolvendo os efeitos do abuso de

substâncias.

Algumas vezes a confirmação qualitativa das substâncias psicoativas das quais o adolescente pode estar abusando é obtida pelos ensaios laboratoriais dos líquidos orgânicos. As indicações desses exames são: monitorar a abstinência em programas de tratamento; casos de suspeita de intoxicação aguda (ataxia, entorpecimento, sonolência, delírios, agitação, alucinação, coma, convulsões, dor torácica ou arritmia); e exames anti-dopping em atividades esportivas. O adolescente envolvido em acidente automobilístico grave, ou em algum acidente passível de comprometimento do seu raciocínio, deve ser submetido a uma testagem para verificar a possibilidade de uso de drogas. O teste fornece apenas evidência do uso recente de substâncias, mas não indica o padrão de utilização da droga (via, frequência, dose ou ocasião do último uso), nem o nível de disfunção ou susceptibilidade à dependência das drogas.

Prevenção e intervenção precoce

A redução do risco de consumo de drogas através de atividades preventivas e de promoção da saúde tornou-se uma tendência importante da assistência à saúde na década de 90. Os profissionais que assistem adolescentes têm o papel fundamental de ajudar a assegurar que todos os jovens sejam competentes e motivados a fazer opções sensatas, enquanto estiverem formando hábitos para toda a vida. A capacidade de manter os comportamentos saudáveis exige que os adolescentes tenham conhecimento, atitudes, habilidades, recursos e motivação específicos.

A equipe de atenção básica à saúde está em posição ideal para identificar os problemas relacionados com abuso de substâncias psicoativas nas crianças e adolescentes e suas famílias. Embora a detecção do abuso de substâncias seja mais fácil nos que já se encontram gravemente afetados, o desafio para os profissionais de saúde é identificar os indivíduos na fase inicial do envolvimento com drogas e intervir de forma oportuna.

Quando um adolescente estiver em dúvida sobre a necessidade de buscar tratamento para um problema causado pelo álcool ou outras drogas, as melhores estratégias são as que aumentam a motivação e garantem um compromisso firme com a mudança. As intervenções breves adequadas ao contexto da assistência primária apresentam como pontos positivos um investimento curto de tempo e recursos e a ênfase para as técnicas de auto-ajuda e autotratamento. Geralmente, as intervenções mais promissoras incorporam princípios comportamentais cognitivos e psicossociais.

A intervenção precoce (breve) é um elemento de transição no processo contínuo de assistência

contra o abuso de substâncias, que se pretende esteja em algum ponto entre a profilaxia e o tratamento. Ela pode ser diferenciada quanto à população alvo indicada para a intervenção e a profilaxia. Por outro lado as questões relativas aos objetivos e estratégias ajudam a definir os limites entre intervenção precoce e tratamento.

Os serviços de intervenção precoce podem ser diferenciados da profilaxia porque, no primeiro caso, concentram-se nos indivíduos específicos, em vez da população geral. As populações alvo têm sido definidas de acordo com variados critérios: o consumo de qualquer substância ao longo da vida; a presença de padrões de consumo sugestivos de abuso; a ocorrência de conseqüências relacionadas com o uso de drogas, ou a existência de fatores de risco que reconhecidamente estejam associados aos adolescentes que abusam de substâncias psicoativas.

A indicação de intervenção precoce nos casos de consumo de drogas ao longo da vida (experimentação) resulta em que quase todos os adolescentes necessitem deste tipo de serviço e ignora a evidência de que muitos reduzem sua utilização durante os últimos anos da adolescência e não desenvolvem problemas graves na vida adulta.

A intervenção precoce se justifica nos seguintes casos: consumo regular em idade precoce; uso prolongado de quantidades moderadas; uso apesar de conseqüências deletérias, risco à saúde, ou em circunstâncias impróprias, como por exemplo antes de dirigir.

Foram identificados cinco níveis no processo terapêutico (educativo) dos pacientes:

- cognitivo (através do fornecimento de conhecimentos, conceitos e conscientização sobre os fatores e comportamentos de risco);
- comportamental (crenças, intenções e susceptibilidade à mudança);
- recursos instrumentais;
- comportamentos e habilidades de superação;
- apoio social.

As intervenções breves despendem menos tempo do que normalmente se gasta com os programas de tratamento e geralmente se destinam a ser praticadas por profissionais de saúde que não são especialistas em abuso de substâncias. Elas enfatizam a auto-ajuda e o autotratamento; podem atingir grande número de pacientes; e são consideravelmente menos dispendiosas do que os métodos terapêuticos convencionais.

Intervenções breves

As intervenções breves incluem uma avaliação geral, através da qual o paciente recebe uma

apreciação estruturada sobre sua situação e com ela a oportunidade de refletir com cuidado sobre sua condição atual. As intervenções breves enfatizam a responsabilidade do indivíduo pela possível mudança de comportamento, muitas vezes através de mensagens explícitas como “Cabe a você decidir o que fazer em relação a essa situação” ou “Ninguém pode decidir por você ou alterar seu hábito de beber, se você não o quiser”.

Para realizarem intervenções breves nos problemas relacionados com abuso de substâncias, os profissionais de saúde precisam:

- conhecer as intervenções para a educação e modificação comportamental dos pacientes;
- possuir habilidades para entrevistar e avaliar pacientes, com o objetivo de fazer análises precisas sobre o risco e a existência de problemas relacionados com o abuso de substâncias;
- ter habilidades para promover a saúde e ajudar os adolescentes a reduzir o risco ou manter comportamentos saudáveis. Com conhecimento e habilidades insuficientes, os profissionais de saúde podem se sentir inseguros para intervir com sucesso nos problemas relacionados ao abuso de substâncias.

A intervenção breve voltada para o abuso de substâncias deve fornecer ao adolescente informações, recursos e apoio necessários para ajudá-lo a superar as barreiras e modificar o comportamento. Estilos declaradamente diretivos e confrontadores tendem a produzir níveis elevados de resistência pelo paciente, enquanto que um estilo mais empático está associado a menor resistência e maior aderência aos planos terapêuticos. O principal impacto da intervenção breve é motivacional: estimular uma decisão e comprometer o indivíduo com a mudança em um contexto mais interpessoal. Entre as características do paciente que prevêm menor probabilidade de resposta à intervenção breve estão a pouca motivação ou vontade para mudar; tentativas prévias de tratamento fracassadas; níveis elevados de dependência psicológica ou física de uma ou mais substâncias e apoio social insuficiente.

A motivação é um estado de predisposição ou susceptibilidade à mudança, que pode variar de uma ocasião para outra. Motivação significa a probabilidade que uma pessoa tem de iniciar, continuar e seguir uma estratégia de modificação específica. Desta forma, as tentativas de motivar os pacientes devem enfatizar o que eles fazem, e não o que eles dizem, e também precisam ser específicas para um comportamento ou ação.

As pessoas atravessam uma série de estágios durante a modificação de um comportamento problemático. A motivação é um estado interior (atual) da pessoa influenciado por fatores

externos. A identificação do estágio de predisposição à mudança de cada adolescente é um elemento fundamental da avaliação durante seu aconselhamento acerca dos problemas relacionados ao abuso de substâncias.

Tipos de drogas - Classificação

As drogas psicotrópicas são classificadas em três grupos, de acordo com a atividade que exercem no cérebro:

- Depressores (álcool, tranquilizantes, ansiolíticos, opiáceos e inalantes);
- Estimulantes (nicotina, cafeína, anfetaminas ou bolinhas e cocaína);
- Perturbadores (tetrahydrocannabinol – THC) ou maconha, cogumelos, lírio ou trombeta, mescalina, dietilamina do ácido lisérgico (LSD), ecstasy e anticolinérgicos.

A falta de informação é um dos motivos que permitem alguém experimentar drogas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cinco fatores propiciam o abuso de drogas:

- falta de informação sobre o problema;
- dificuldade de inserção no meio familiar e/ou no trabalho;
- insatisfação com a qualidade de vida (vida sedentária e/ou carência de opções de lazer);
- problemas de saúde;
- facilidade de acesso às drogas.

Abuso X dependência

A pessoa que usa uma droga busca na substância nela contida os possíveis efeitos agradáveis, mas toda droga tem seus efeitos adversos ou colaterais, advindos da intoxicação ou abstinência.

A identificação dos dependentes é feita avaliando-se a quantidade e os efeitos da droga na qualidade de vida da pessoa. A presença de pelo menos três dos seguintes aspectos caracteriza o estágio de dependência: presença de compulsão pelo uso de drogas; consciência desta compulsão; consumo além do que pretendia; tentativas repetidas de reduzir a quantidade consumida sem sucesso; redução nas horas de lazer e na frequência ao trabalho (escola) devido ao tempo gasto tentando obter e consumir droga; consumo para atenuar os sintomas de abstinência e a necessidade de doses crescentes para obter o mesmo efeito (fenômeno de tolerância).

Os dependentes atendidos no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), têm o seguinte perfil: homens, jovens (média de 24 anos), brancos, separados, instruídos até o 2º grau e nível de absorção profissional abaixo do que as pesquisas apontam para a faixa etária na Região Sudeste. Cerca de 87% são dependentes de cocaína. Destes, um terço só consome cocaína e dois terços consomem cocaína e outras drogas. Entre os pacientes que procuraram o NEPAD no período de 1986 a 1993, houve uma redução de 67% na proporção de dependentes de maconha. Simultaneamente ocorreu um aumento de 50% no total de dependentes de cocaína. As médias de idade na fase inicial (idade de experimentação) revelam que o consumo de drogas começa com os solventes, álcool, benzodiazepínicos e xaropes, passando para a maconha, e por último a cocaína (em alguns casos sob a forma crack). Em média estes pacientes procuram ajuda cerca de oito anos após o início do consumo de drogas.

Sintomas de intoxicação e abstinência segundo os tipos de drogas

Depressores

Intoxicação - apresenta-se em quatro fases, a saber:

1ª fase – bem-estar, euforia leve e tonteiras (com inalantes podem ocorrer perturbações auditivas e visuais, náuseas, espirros e salivação).

2ª fase – redução da ansiedade e do estado de alerta (sonolência), relaxamento muscular, voz pastosa, visão embaçada. Com inalantes pode ocorrer desorientação temporo-espacial, perda do controle e dor de cabeça;

3ª fase – redução acentuada do estado de alerta, descoordenação ocular e motora (ataxia), fala enrolada, redução dos reflexos (hiporreflexia) e das capacidades de raciocínio e concentração (interferem no aprendizado e na execução de tarefas). Com inalantes podem ocorrer alucinações;

4ª fase – inconsciência, convulsões, depressão cárdio-respiratória, coma e morte.

Os opiáceos (heroína, ópio, morfina e xaropes) podem causar dependência em até uma semana. Os sintomas de intoxicação com narcóticos consistem de estado de torpor, contração da pupila (miose), constipação intestinal e grave depressão cardio-respiratória.

O uso injetável de drogas pode gerar inflamação e obstrução das veias (tromboflebite), embolia, endocardite, acidentes vasculares cerebrais e, no caso daqueles que compartilham agulhas e seringas, hepatite e AIDS.

Abstinência: de maneira geral manifesta-se com irritabilidade, ansiedade, insônia, tensão muscular, sudorese, dor no corpo (mialgia) ou câibras. No caso dos opiáceos, os sintomas podem se tornar dramáticos e requerem tratamento em regime de internação: sofrimento psíquico, avidez pela droga, ansiedade, medo, alucinações, câibras, cólicas abdominais, dor muscular, sensação de mal estar, vômitos, diarreia, corrimento nasal e lacrimejamento (“gripe”), aumento da frequência cardíaca e respiratória, e da pressão arterial, convulsões, coma e morte. A abstinência alcoólica apresenta-se mais frequentemente como um quadro descomplicado (ressaca) com tremores, dor de cabeça e fotofobia. A ocorrência de convulsões prediz a evolução para apresentações mais graves do tipo delirium tremens que cursam com febre, desequilíbrio hídrico e eletrolítico acentuados, aumento das frequências cardíaca e respiratória, idéias delirantes, alucinações auditivas e visuais (pequenos animais - microzoopsias).

As convulsões também podem ocorrer na interrupção de benzodiazepínicos (sedativos ou calmantes), após uma utilização por mais de 60 dias contínuos. A retirada deve ser gradual e coordenada por um médico. Existem dezenas de remédios que exigem receita médica à base dos ansiolíticos benzodiazepínicos (nome químico terminado em pam: diazepam, bromazepam, clobazam, clorazepam, estazolam, flurazepam, flunitrazepam, lorazepam, nitrazepam - uma exceção é o clordiazepóxido). Por outro lado são comercializados com inúmeros nomes fantasia (Noan?, Valium?, Calmociteno?, Dienpax?, Psicosedin?, Frontal?, Frisium?, Lexotan?, Lorax?, Urbanil?). Estes medicamentos são em alguns países os mais prescritos por profissionais não especialistas em consultas de clínica geral, o que resulta na sua utilização fora de indicações precisas. Os remédios ficam disponíveis nos domicílios sujeitos ao consumo por outros familiares, especialmente adolescentes e adultos jovens. Pesquisas recentes em capitais brasileiras e outros países sobre o uso não médico de drogas psicotrópicas revelam que os ansiolíticos ocupam o segundo lugar geral na preferência, sendo este uso mais intenso nas meninas do que nos meninos. A tendência segundo o sexo é recorrente nos diversos estudos.

Os barbitúricos, que são também sedativos hipnóticos e anti-epilépticos, (fenobarbital - Gardenal ? e butabarbital), requerem cuidados extras porque sua dose letal é muito próxima à terapêutica, comparativamente aos benzodiazepínicos. É importante ter em mente que os efeitos tóxicos dos depressores são somatórios e que o uso concomitante de vários deles, com álcool por exemplo, é perigoso. Outra questão relevante do consumo de benzodiazepínico é o efeito tóxico em mulheres grávidas, com possíveis conseqüências teratogênicas ou má

formação no feto.

Um grande número de produtos comerciais, como esmaltes, colas, tintas, thinners, propelentes, gasolina, removedores, vernizes, contém solventes ou inalantes. Eles podem ser aspirados tanto involuntária (exposição ocupacional) quanto voluntariamente. O baixo custo e a facilidade de acesso contribuem para o uso ilícito de droga comercialmente lícita.

O uso crônico de solventes (inalantes) pode levar à destruição de neurônios, causando lesões irreversíveis do cérebro, apatia, dificuldade de concentração e déficit de memória, lesões da medula óssea, dos rins, do fígado e dos nervos periféricos que controlam os músculos do corpo (neuropatias periféricas e transtornos da marcha, até paralisia).

Estimulantes

A nicotina é o ingrediente ativo do tabaco. Esta é a droga que mais rapidamente provoca dependência. O uso crônico causa comprovadamente danos aos pulmões (doenças obstrutivas crônicas - bronquite e enfisema - e câncer), ao coração e está implicada em vários tipos de neoplasias (câncer de pulmão, boca, bexiga e intestino).

A cafeína é o mais conhecido estimulante e está presente no café, cacaueteiro (chocolate), chás e refrigerantes à base de cola. O teor de cafeína varia nas apresentações: uma xícara de café (70 mg), café expresso (400 mg), uma garrafa de coca-cola (80 mg) e uma barra de chocolate de 124g (80 mg). A cafeína é letal na dose de 10 gramas (100 xícaras de café). Doença coronariana, isquemia miocárdica, úlcera gástrica e diabetes ocorrem em países com alto consumo per capita de cafeína.

As anfetaminas são drogas sintéticas (fabricadas em laboratório) estimulantes da atividade do sistema nervoso central. São prescritas em remédios para emagrecer e casos de hiperatividade na infância, mas são consumidas ilicitamente por indivíduos que desejam ficar com menos sono (pessoas que trabalham à noite) ou ligadas (“dar onda”). As substâncias são a dietilpropiona (dualid?, inibex?), fenproporex (desobesi-M?, lipomax ?), mazindol (dasten? , fagolipo ?) e metilfenidato (ritaline?). Semelhantes à cocaína, as anfetaminas apresentam como principais diferenças o efeito de duração maior pela metabolização mais lenta e o custo menor.

A cocaína é o segundo estimulante capaz de provocar rapidamente dependência. Gera grande avidez, e devido a seu custo elevado suscita envolvimento criminal, tráfico e prostituição. O fato de ser rapidamente metabolizada acarreta a necessidade de doses frequentemente repetidas para a manutenção ou repetição do efeito obtido inicialmente. Pode ser aspirada, fumada (crack) ou injetada. Através do fumo atinge o cérebro da maneira mais rápida: de sete

a 10 segundos, e também oferece riscos de overdose maiores.

Os efeitos físicos agudos dos estimulantes são:

- aumento da frequência cardíaca (taquicardia);
- aumento da pressão sanguínea (hipertensão);
- aumento da pupila (midríase - a vista fica embaçada, prejudicando a visão);
- agitação motora, falta de apetite e de sono, palidez cutânea (vasoconstrição).

O consumo compulsivo leva a esgotamento físico e exaustão, o que culmina na redução do rendimento no trabalho e/ou escola. Muitas vezes são utilizados depressores (especialmente bebidas alcoólicas ou calmantes) para contrabalançar os efeitos de agitação e insônia.

Os efeitos psíquicos agudos são:

- insônia, inapetência, excitação, agitação psíquica, euforia, sensação artificial de autoconfiança e auto-estima, idéias de perseguição (paranóia).

Após alguns anos de consumo, pode provocar delírio de perseguição (psicose anfetamínica) no contexto do uso, o qual pode persistir na abstinência geralmente por algumas semanas e mais raramente definitivamente, desencadeando um quadro psicótico crônico.

Perturbadores

Alucinações consistem em percepções sem objeto, isto é, a pessoa percebe (ouve ou vê) coisas sem que elas existam. Pessoas que tomam determinadas substâncias ditas perturbadoras ou alucinógenas apresentam estes sintomas. A maioria destas drogas vem da natureza (plantas): maconha ou marijuana ou hashish; daime (caapi e chacrona) - no Peru é conhecido como Ayahuasca ou “vinho da vida”; jurema; cogumelos (*psilocibecubensis* e *paneoulus*). Outras substâncias são sintetizadas, como o LSD e medicamentos anti-colinérgicos (artane, akineton). A maconha e os anticolinérgicos foram referidos respectivamente como a segunda e terceira drogas na frequência de consumo por meninos que vivem nas ruas das grandes capitais brasileiras.

Efeitos físicos agudos: olhos vermelhos (hiperemia conjuntival), boca seca (xerostomia), taquicardia (mais de 120 batimentos por minuto), pupilas dilatadas (midríase). Podem ocorrer efeitos tóxicos, como febre alta (hipertermia - 40 graus) e convulsões (com o uso de anticolinérgicos).

Efeitos físicos crônicos do uso da maconha: esterilidade masculina em 50 a 60% dos casos (reduz a produção de testosterona), inibição sexual, bronquite (devido ao alcatrão misturado à droga).

Efeitos psíquicos agudos: delírios (juízo errado do que vê ou ouve) ou alucinações. As reações

são variáveis, às vezes agradáveis (“boa viagem”), com sons incomuns e cores brilhantes. Outras, desagradáveis (“má viagem”), com visões terríficas e deformações do corpo. Estes efeitos podem durar de um a três dias, no caso dos alucinógenos. Entre as consequências preocupantes, felizmente raras do uso agudo de alucinógenos, está a ocorrência de delírio persecutório, de grandeza ou ataque de pânico, com a tomada de atitudes prejudiciais a si e aos outros.

Efeitos psíquicos crônicos: O uso crônico da maconha e das drogas alucinógenas interfere na capacidade de aprendizado e memória. Provoca uma síndrome conhecida como amotivacional: apatia, falta de ânimo e iniciativa; tudo parece sem importância. Há o risco de desencadear psicose aguda ou piorar uma doença psíquica controlada por medicamentos. Com perturbadores geralmente não ocorre o desenvolvimento do fenômeno de tolerância e a síndrome de abstinência.

Cogumelos e Daime: provocam alucinações, náuseas e vômitos, sensação de bem estar, relaxamento, hilaridade, angústia, tremores, sudorese, perturbação da capacidade de calcular tempo e espaço, problemas de memória e raciocínio lento.

Tratamento

Os usuários de droga não devem ter receio de procurar ajuda de um profissional, porque estão protegidos pelo sigilo previsto no Código Brasileiro de Deontologia Médica (artigo 44). Uma vez diagnosticada a dependência de drogas, deve-se incentivar o adolescente a iniciar um tratamento. É fundamental que o paciente queira se tratar e para isso o primeiro passo é o estímulo que o profissional de saúde tenta imprimir com vistas à motivação do paciente. O tipo de tratamento é geralmente ambulatorial e envolve múltiplas abordagens, desde a individual psicanalítica à terapia familiar, terapia ocupacional, complementada pelos grupos de mútua ajuda. As internações são indicadas nos casos graves: falência do tratamento ambulatorial, uso injetável, ideias suicidas, surtos psicóticos.

Um aspecto importante a ter em mente é que estes indivíduos podem apresentar outro diagnóstico psiquiátrico em co-morbidade com o de dependência de drogas. Geralmente trata-se de um quadro depressivo (cerca de 70%) ou um transtorno de personalidade do tipo anti-social ou borderline (cerca de 30%).

A eficácia dos diferentes tipos de tratamento ainda é tema controverso na medicina, não existindo ainda um método 100% eficaz. Mas não há dúvida de que algum tratamento é melhor do que nenhum, pela redução nas taxas de morbi-mortalidade relacionada ao consumo de drogas (overdose, suicídios, acidentes, infecções) e dos índices de desemprego e

criminalidade entre os dependentes que aderem aos programas terapêuticos. Os tratamentos que recebem maior adesão são aqueles que utilizam maior quantidade de recursos do programa e/ou quando há envolvimento de algum familiar do paciente (terapia de família ou atendimentos às mães).

Num estudo feito no NEPAD a prescrição de algum medicamento (em geral um antidepressivo ou benzodiazepínico) na primeira consulta foi o fator mais fortemente associado à adesão ao tratamento (e inversamente ao abandono imediato de tratamento). A permanência de um paciente em tratamento possibilita a investigação pormenorizada de sua história, o estabelecimento de vínculos terapêuticos mais estreitos, a escolha apropriada do esquema de tratamento dentro do conhecimento disponível à época (matching) e no caso de instituições de pesquisa, contribui para o avanço do conhecimento.

MAIS EQUÍVOCOS GOVERNAMENTAIS NAS POLÍTICAS DE DROGAS...

Diversas instâncias governamentais tem apresentado propostas de enfrentamento dos problemas relacionados a dependência química. No entanto, a grande maioria delas parte de pressupostos equivocados a respeito do tema, não conseguindo assim caminhar para a real solução do problema. Uma dessas iniciativas questionáveis seria o projeto Recomeço. Ao dependente químico seria disponibilizada a quantia de 1.350 reais mensais, durante seis meses, paga diretamente a uma instituição de internação, preferencialmente uma comunidade terapêutica. Ou seja, o primeiro grande engano é que já se determina de antemão uma estratégia terapêutica fundamentada na internação e, pior ainda, em uma comunidade terapêutica. Não existe fundamentação científica para se privilegiar o tratamento através de internação em detrimento de um tratamento ambulatorial. A eficácia tende a ser maior quando o dependente é atendido ambulatorialmente por uma equipe multidisciplinar (a exemplo do que ocorre nos CAPS-AD, como preconiza o Ministério da Saúde). No caso das internações, a imensa maioria dos dependentes recai logo após o seu término. Se agregarmos as avaliações de custo-benefício aos estudos de eficácia, chegaremos a conclusão que este é um modelo incomparavelmente mais dispendioso e menos eficaz. Isto para não mencionar outros problemas bastante graves que foram levantados nos últimos anos a respeito das comunidades terapêuticas. Embora algumas delas sejam exemplares e ofereçam um tratamento de qualidade, infelizmente são exceções. Na grande maioria das vezes, as CT são instituições precárias, com equipes mal preparadas, que utilizam métodos pouco científicos, sem

preocupação com avaliação da eficácia das intervenções propostas. São geralmente modelos mistos, com forte viés moralista, sem conhecimento adequado da complexidade do fenômeno dependência. A maioria delas sequer sabe distinguir um usuário de um dependente de drogas (e precisamos lembrar que os estudos epidemiológicos do mundo inteiro nos mostram que mais de 80 % dos usuários de drogas não são dependentes e portanto, não teriam que ser submetidos a nenhuma forma de tratamento!!!). Isto sem mencionar os frequentes casos de aviltamento a que são submetidos os pacientes internados, alguns deles sofrendo tortura psicológica e mesmo física, como foi amplamente documentado por vários órgãos, inclusive pelo Conselho Federal de Psicologia. Os pontos centrais que não deveriam ser negligenciados em qualquer iniciativa de abordagem da questão: A grande maioria dos usuários de drogas não são dependentes; deve sempre ser privilegiado o tratamento ambulatorial, sem o afastamento do dependente do seu meio (menos custoso e mais eficaz); nos casos que requerem internação (menos de 20 %), esta deveria ser de curta duração (geralmente de 2 a 4 semanas apenas) e serem feitas em ambiente de hospital geral. As internações longas não contemplam as necessidades do dependente químico e, pior ainda, reeditam o inadequado modelo psiquiátrico asilar e manicomial. Diante do exposto, os governos deveriam investir esses recursos do projeto nas suas próprias estruturas de atendimento, implementando as unidades básicas de saúde e os CAPS-AD, o que talvez não resulte em mais votos, mas que certamente ajudaria muito mais os dependentes de drogas. A ONU preconiza que o tratamento de um dependente químico deva ser feito preferencialmente em regime ambulatorial e que os tratamentos coercitivos (como ocorre com a imensa maioria das internações) deveriam ser considerados como equivalentes a tortura. Acho irônico que justamente quando temos na chefia de nosso atual governo federal uma pessoa que foi vítima de tortura na época da ditadura militar, sejam incentivadas medidas “terapêuticas” que os órgãos internacionais consideram como sendo formas disfarçadas de tortura.