



A TRAJECTÓRIA DA PREVENÇÃO ÀS DROGAS NO BRASIL: DO PROIBICIONISMO À REDUÇÃO DE DANOS E SEUS REFLEXOS NAS POLÍTICAS LOCAIS

Sergio do Nascimento Silva Trad

ISBN:

Dipòsit Legal: T.1233-2011

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do Proibicionismo à Redução de Danos e seus reflexos nas políticas locais

TESE DE DOUTORADO



Autor: Sérgio do Nascimento Silva Trad

Diretor: Dr. Oriol Romaní y Alfonso



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

2010

Sérgio do Nascimento Silva Trad

A TRAJETÓRIA DA PREVENÇÃO ÀS DROGAS NO BRASIL: DO
PROIBICIONISMO À REDUÇÃO DE DANOS – E SEUS REFLEXOS
NAS POLÍTICAS LOCAIS

TESE DE DOUTORADO

dirigida por Dr. Josep Oriol Romaní i Alfonso

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social
Programa de doctorat d'Antropologia de la Medicina



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona
2010

AGRADECIMENTOS

Neste momento é importante fazer uma reflexão sobre todo o percurso que nos conduziu até esta etapa final. É hora de recordar de nomes e situações que foram decisivas para a escolha do programa de doutorado, do tema e, certamente, todas aquelas pessoas que compartilharam comigo os desafios, as descobertas, as incertezas, os avanços, as paradas, os recomeços. Em relação ao tema um momento marcante, quase uma iniciação foi a inserção quase casual em uma pesquisa sobre consumo de cocaína em Barcelona. O encontro em um bar (onde trabalhava como garçom) com o psicólogo inglês Richard que recrutava trabalhadores de campo para a pesquisa viabilizou a minha participação. Então começo com ele meu agradecimento.

Ainda em Barcelona conheci a Oriol Romaní, personagem fundamental para que eu abraçasse definitivamente o tema das drogas. Com Oriol foi possível percorrer a dura caminhada de se fazer uma tese. Suas indicações e sugestões de autores, estratégias metodológicas, seus comentários cuidadosos sobre o texto (nas idas e vindas das várias versões do manuscrito) possibilitaram a conclusão da tese. Por ele tenho admiração como professor, como autor e como amigo.

Do curso de doutorado, não poderia deixar de destacar a outros professores, como Josep Comelles, Mari Luz Esteban, Angel Martinez, Eduardo Menendez, Joan Pallarés, Mauricio Sepúlveda, E. Ilundáin, M. de Andrés, Aurélio Díaz e Mabel. Sobre os colegas, as lembranças são muitas, mas destaco a Analia Abt, meu anjo da guarda, sem contar à afinidade que senti com o grupo, os bons momentos que passamos juntos, a boa acolhida da população nativa. Não poderia deixar de mencionar a assistência de Núria Martorell, secretária da URV.

Durante o curso, participei de eventos fora da Catalunha que foram significativos para a minha formação, como o Encontro de Avaliação das Políticas Públicas de Drogas na Espanha e Europa (Oñati - País Basco, 2006); a disciplina *Mareas y tormentas: análisis de cinco crisis de drogas en la era moderna*, oferecida pelo professor Juan Gamella (a quem agradeço pela atenção) do Programa de Doutorado da Universidade de Granada (2006), e, o VI Colóquio da Rede Latina de Antropologia Médica REDAM (Donostia - San Sebastian, 2006). Após o colóquio, com o empenho da professora Mari Luz Esteban, do professor Josep Comelles, dos alunos do Doutorado e da Editora Bella

Terra, surgiu o livro *Antropología, Género, Salud y Atención*, em que pude colaborar com o capítulo “El uso de ansiolíticos entre las mujeres: límites del enfoque en Brasil”.

Em Salvador, lugar de investigação da tese, foi reconfortante contar com o apoio do Grupo FASA (Instituto de Saúde Coletiva/UFBA), com a dedicação das estagiárias Jaqueline Portela (coleta de dados) e Sandra Straciano (revisão ortográfica), a presteza da secretária Rosália Sá e o auxílio ultra rápido de Yeimi Alexandra.

Meus agradecimentos também aos amigos e companheiros de trabalho, em especial a Edward MacRae, cuja produção no tema constitui uma referência para mim. Também a Antonio Nery, quase um ícone no campo das drogas no Brasil. Luana Malheiro, uma companheira importante e acessível nos diversos contextos em que nos encontramos. A César Augusto, que apareceu no momento certo.

A Leny, minha companheira de vida, agradeço por todo o apoio, a paciência e o compartilhamento de toda a trajetória. Por muitas vezes terminou atuando como uma espécie de co-orientador. A meus filhos Bruno e Raiça que, certamente, tiveram que ouvir nos últimos anos falar muito desta tese.

INDICE

AGRADECIMENTOS	04
INTRODUÇÃO	09
CAPÍTULO I - AS DROGAS COMO OBJETO CIENTÍFICO: MODELOS EXPLICATIVOS E PERFIL DA PRODUÇÃO CONTEMPORÂNEA BRASILEIRA	16
1.1. Ascensão e crise da hegemonia do modelo médico	16
1.2. As concepções dominantes no Brasil até a década de 1960	20
1.3. Modelos teóricos para abordagem das drogas	23
1.4. A produção contemporânea sobre drogas no Brasil	30
1.5. Contribuições das Ciências Sociais	37
CAPITULO II - MARCO TEORICO	48
2.1. História Cultural e Representações Sociais em Roger Chartier	49
2.2. Processo Civilizatório e Controle Social em Norbert Elias	53
2.3. Desvio Social: contribuições da teoria do desvio social de Howard Becker ao fenômeno das drogas	58
2.4. O Processo Assistencial no uso de drogas e os controles sociais na perspectiva de Oriol Romaní	63
CAPITULO III - METODOLOGIA E CATEGORIAS	73
3.1. De que lugar fala o etnógrafo ou como o objeto se insere na sua trajetória	73
3.2. Sobre a abordagem adotada: breves considerações	77
3.3. A pesquisa histórica e a análise documental	82
3.4. O estudo etnográfico	83
3.5. Análise e interpretação dos dados	88
3.6. Aspectos éticos	89
CAPITULO IV - A CONSTRUÇÃO DO PROLEMA DAS DROGAS NO BRASIL: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS NORMAS E LEIS	90
4.1. Breve recorrido sobre os ciclos do álcool, do tabaco e da maconha nos períodos colonial e imperial.	90
4.1.1. Cachaça: a bebida brasileira	91
4.1.2. Tabaco	94
4.1.3. Maconha	95
4.1.4. Visão sobre as drogas no Brasil imperial	96
4.2. República Velha, Revolução industrial, democracia e modelos de civilização: gênese da prevenção às drogas no Brasil	99
4.3. A era de Getúlio Vargas e a Ditadura Militar: condição propícia para o intervencionismo estatal no controle das drogas.	108
4.4. Ditadura militar e Contracultura: a renovação da política proibicionista	114

4.5. Democracia brasileira e abordagem sociocultural das drogas: os a distensão da política proibicionista	119
4.5.1. A criação da SENAD e sua trajetória	121
4.5.2. A incorporação da Redução de Danos como política de prevenção ao uso de drogas.	127
4.5.3. Novos e velhos atores no campo das políticas de drogas	129
CAPITULO V- PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA NO CAMPO DAS DROGAS NO NÍVEL LOCAL: PERCORRENDO TRÊS CONTEXTOS INSTITUCIONAIS EM SALVADOR	133
5.1. O Centro de Estudos e Terapia do abuso de drogas (CETAD): um dos pioneiros nos centros de referência no Brasil	139
5.2. Aliança para a Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC): a aposta mais radical no enfoque da Redução de Danos	157
5.3. Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad): a renovação na assistência pública ao uso de drogas	176
CAPITULO VI - DIMENSÕES SIMBÓLICAS E INSTITUCIONAIS DAS POLÍTICAS DE DROGAS NO BRASIL: LIMITES ATUAIS E PERSPECTIVAS	192
6.1. Drogas como problema social no Brasil: retóricas concorrentes e políticas ambíguas	193
6.2. Dialogando com histórias reais	207
6.3. Redução de Danos: alguns desafios em curso	216
6.3.1 Sobre concepções e entendimentos a respeito da redução de danos	217
6.3.2. Os desafios na institucionalização da política de Redução de Danos	222
CAPITULO VII - ALTERNATIVAS NA CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA LÓGICA ASSISTENCIAL NO CAMPO DAS DROGAS NO BRASIL	245
7.1. Contribuições do enfoque antropológico	245
7.2. A valorização dos controles informais	249
7.3. A integração da família	255
CONSIDERAÇÕES FINAIS	258
REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA	264
ANEXOS	284

Aos jovens que moram nas favelas brasileiras.

INTRODUÇÃO

O uso de drogas é uma prática com diversos significados sociais como os de cura, lazer, enfermidade, crime, etc. (Grinspoon & Bakalar, 1975). Até o século XIX, esse uso era regulado, basicamente, pelos controles sociais informais e pelo autocontrole. Não obstante, na passagem para a sociedade urbano-industrial, a medicina científica moderna, enquanto instituição social, e o Estado se firmaram como instâncias máximas no controle das drogas¹ e dos usuários, fundamentando o chamado “modelo proibicionista de drogas”.

A origem desse paradigma localiza-se nos EUA, no início do século passado, e é o resultado da aliança entre os modelos explicativos oriundos da medicina e da farmacologia científica e o ponto de vista jurídico-legal (Escohotado, 1995). Com a internacionalização do movimento proibicionista e o apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), as novas regras sobre o consumo de drogas tornaram-se hegemônicas no Ocidente. Mas não foi um processo fácil, de fato, somente com o Convenio Único de Estupefacientes da ONU (1961), é que se conseguiu o consenso da maioria dos países do mundo.

Foi também nos anos de 1960 que emergiram os movimentos de contracultura e os questionamentos sobre o modelo proibicionista de drogas, que levaram na década seguinte ao surgimento de novos discursos em torno do uso e prevenção às drogas. No caso do Brasil, somente nos anos de 1980, com a abertura política e os efeitos tardios da contracultura, emergiram novos discursos sobre a prevenção às drogas, em oposição à política repressiva que prevaleceu durante a ditadura militar entre as décadas de 60 e 80. A partir da redemocratização do país, o modelo proibicionista de drogas incorporado à saúde pública passou a ser problematizado pelas ciências humanas e pela própria ciência

¹ Utilizarei na tese, principalmente, o termo drogas em lugar de substâncias psicoativas, por considerar que esta denominação é mais representativa do modo como o fenômeno é evocado na sociedade.

médica que questionavam a abordagem contraditória do Estado, apresentando uma nova perspectiva sobre as drogas e os usuários.

Neste sentido, em função da descoberta da AIDS e da contaminação através de seringas, emergiram estratégias baseadas na Redução de Danos no uso de drogas, que resgatava a importância dos controles sociais informais na prevenção de enfermidades decorrentes do uso de drogas. Embora as novas tendências conservassem o propósito de diminuir o consumo e dissuadir a procura, diferiam do paradigma proibicionista quanto ao sentido ético da prevenção, ao significado das drogas na sociedade e aos valores que deveriam ser apreciados e recomendados para a convivência social dos indivíduos. (Bucher, 1996).

Partindo do pressuposto de que tais processos se constituem historicamente, ao problematizar a tensão atual entre a abordagem médico-jurídica e a estratégia de *Redução de Danos* presente no campo da prevenção ao uso de drogas no Brasil, torna-se imperativo considerar seus antecedentes históricos. É imprescindível reconhecer, sobretudo, a diversidade de significados e práticas associadas ao problema das drogas, expressas em diferentes sujeitos e domínios sociais, assim como, a interdependência entre estes elementos.

No debate sobre estratégias de controle e regulação do uso de drogas Castel & Coppel (1991), ao distinguir as modalidades de atuação nas sociedades, enfatizam que o Estado ignora a multidimensionalidade da toxicomania, limitando as abordagens do fenômeno à delinquência e/ou à patologia. Uma das consequências dessa forma de atuação do Estado é a secundarização das outras formas de controles existentes, como as regulamentações espontâneas e tradicionais dos controles sociais e do autocontrole.

No século XIX, durante o período político da monarquia, o Estado brasileiro exercia um controle tênue sobre a venda e o consumo de drogas. Sua atuação seguia o modelo clássico liberal, apesar de que no uso de bebidas alcoólicas, a legislação civil previa sanções para a embriaguez alcoólica e mau comportamento em público. Com a proclamação da República e, especialmente, com a institucionalização da medicina-

psiquiátrica enquanto referência do Estado, a legislação passou a ser mais rigorosa no controle e dispensação dos medicamentos psicoativos (Adyala, 1986)

É preciso assinalar que o modo de pensar da medicina psiquiátrica refletia um ideal de sociedade orientado pelo comportamento urbano industrial civilizado, tendo como referência os padrões europeus da modernidade, de controle do corpo, da sexualidade, da violência (ver *O Processo Civilizador* de Norbert Elias). Neste contexto, determinados hábitos das camadas populares da sociedade brasileira, principalmente as populações negras dos bairros pobres, eram reconhecidos como próprios de indivíduos primitivos e inferiores (Engel, 1999).

Por outro lado, as pressões das convenções internacionais de drogas sobre a diplomacia brasileira contribuíram para fortalecer as abordagens mais repressivas das drogas. Adotando progressivamente um modelo alinhado com a política proibicionista dos EUA, centrando-se na ilegalidade das drogas, na repressão e na abstinência. Inicialmente, o alvo preferencial das políticas repressivas eram as drogas consumidas pelas populações pobres ou marginais (negros, prostitutas, etc.). Tal processo inseria-se em um projeto mais amplo de modernização e ideal civilizatório da sociedade brasileira. A associação entre a chamada República Velha e seu ideal civilizador vem sendo amplamente discutida. Durante esse período, também conhecido como *Belle Époque*, o Estado assumiu duas formas de abordagem das drogas. Uma mais liberal, voltada para as drogas legais como a cerveja, o tabaco e os medicamentos antidepressivos e “calmantes”, outra mais intervencionista e punitiva, voltada para as drogas consideradas ilegais.

Somente com o fim da segunda ditadura militar (1985), o modelo proibicionista incorporado à saúde pública passou a ser problematizado. A volta da democracia permitiu que as ciências humanas e as ciências médicas pudessem abordar de forma mais crítica e aberta, as contradições das políticas públicas de prevenção adotadas pelos militares e que ainda eram vigentes. Pode-se dizer que a emergência da estratégia de Redução de Danos no panorama nacional e internacional e sua adoção como política

oficial por alguns países refletia uma mudança significativa na abordagem do fenômeno das drogas.

As complexas transformações que se impõem à sociedade “pós-industrial” contribuíram para o fortalecimento desse modelo sócio-cultural de compreensão do uso das drogas e da sua regulação. Desde o ponto de vista da produção científica no tema, ao privilegiar o contexto e o desenvolvimento histórico do fenômeno, as pesquisas sócio-culturais chamam a atenção das questões morais que envolvem a proibição de determinadas drogas (Carneiro 1993; Adyala 1986), e que terminam secundarizando critérios farmacológicos ou relacionados à saúde do usuário, o que *a priori* justificaria a proibição e as preocupações da sociedade.

Em 2003, o Ministério da Saúde formalizou a incorporação da Redução de Danos como uma das estratégias da Política Nacional de Drogas. Ao criar, neste mesmo ano, os Centros de Atenção Psicossocial ao Álcool e outras drogas (CAPSad), definiu que o modelo de redução de danos seria adotado nestes espaços de modo a minimizar os possíveis efeitos adversos no uso de substâncias psicoativas sem necessariamente interromper o uso, almejando a integração social e a cidadania dos usuários de drogas (Brasil, 2002). Para tanto, segundo as portarias, era necessário humanizar a atenção ao usuário de drogas, considerando as suas necessidades e de seus familiares.

Entretanto, a adoção da redução de danos pelos CAPSad e por programas de organizações não governamentais (ONGs), tem suscitado muitas inquietações. Desde sua implantação no país, a Redução de Danos, enquanto conceito, tem sido questionada quanto à sua eficácia, além de encontrar resistência de setores mais conservadores da sociedade. Parte dos posicionamentos contrários à adoção da Redução de Danos se apóia em argumentos legais com base nos art.s 12 e 13 da Lei 6368/76 que "dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica". Neste sentido, argumenta-se que os redutores de danos incentivam o uso de drogas, o que caracterizaria a violação desses artigos e a contravenção das leis brasileiras.

Por outro lado, a própria Constituição Federal oferece bases legais que favorecem os princípios defendidos pela Redução de Danos. Em seu art. 196, a constituição brasileira garante aos cidadãos, indistintamente, o direito à saúde, tendo o Estado o dever de criar: "políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos", proporcionando acesso igualitário a ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esses diferentes posicionamentos do Estado na abordagem das drogas é uma situação sem precedentes. Por um lado, um modelo que basicamente se orienta pela abstinência e repressão do uso de drogas e por outro, um modelo que se pauta no respeito a autonomia do usuário e na qualidade de vida, secundarizando a abstinência e a repressão enquanto objetivos a serem alcançados.

Em realidade, o conflito entre os modelos de prevenção expressa a diversidade de representações acerca do fenômeno pelos diferentes campos e grupos sociais, a partir de interesses ideológicos, políticos, sócio-culturais e econômicos (Romaní, 2004). Ao referir-se especificamente à possibilidade de consenso entre estudiosos da saúde pública, Gamella (2001) adverte que este se torna mais difícil quando "os critérios são fundamentalmente políticos" e os problemas são associados a determinadas drogas e consumos, sendo usados como forma legítima de tomar partido na questão.

A despeito do embate entre diferentes visões, o Estado ainda é a principal instituição de controle das drogas e dos usuários; e seus interesses (econômicos ou políticos) também podem ser diferentes dos ideais dos programas de prevenção às drogas². Especialmente, no caso das drogas ilegais a inconsistência de argumentos técnico-científicos termina sendo compensada pelo viés ideológico, comprometendo certamente os ideais de prevenção ao uso e abuso de drogas.

A pesquisa realizada partiu de duas hipóteses, a primeira, que o controle e a regulação do uso de drogas no Brasil atenderam e atendem a um projeto mais amplo de

² A título de ilustração, desde os anos noventa o Ministério da Saúde desenvolve ações de prevenção ao consumo de tabaco. Entretanto, o Ministério da Agricultura subvencionou as plantações de fumo na Bahia até 2005. Mesmo assim, o Brasil é um dos maiores produtores de tabaco e charutos do mundo.

modernização do país (Projeto Civilizatório). A segunda hipótese refere-se à convivência entre os modelos da abstinência e da redução de danos no Brasil e a tensão entre os grupos que defendem uma política repressiva alinhada com a luta anti-narcotráfico (discurso norte-americano) e aqueles que defendem uma abordagem mais humanizada e culturalmente sensível do fenômeno das drogas e que foram beneficiados pela redemocratização no Brasil e a ampliação dos direitos de cidadania.

Para a comprovação das hipóteses, o estudo partiu de uma reconstrução da trajetória da prevenção às drogas no Brasil, em seguida focalizou uma experiência local de assistência no campo das drogas e por fim, analisou a conjuntura atual das políticas de drogas no Brasil enfatizando, particularmente, os desafios inerentes ao processo de implantação-implementação do modelo de redução de danos no Brasil. Parte-se do pressuposto que existe uma tensão entre a abordagem médico-jurídica e as novas concepções pautadas na Redução de Danos.

Ancorado na perspectiva histórico-cultural discutiu-se o entrelaçamento entre as representações sociais do fenômeno e as políticas e práticas no campo da prevenção. Como ressalta Carlini-Cotrim (1995:7), “recuperar historicamente e discutir criticamente os possíveis movimentos antidrogas nacionais [...] é, sem dúvida, necessário para ampliação do nosso conhecimento e orientação da nossa prática atual”. Através da pesquisa histórica, que não se pretendia exaustiva e abrangente, foram resgatadas medidas jurídicas e sanitárias de caráter proibitivo ou de regulação do uso das substâncias psicoativas consideradas marcos no processo de construção da prevenção. O estudo etnográfico, por sua parte, permitiu apreender os desafios operacionais e embates técnicos e ideológicos na resposta institucional frente à problemática das drogas.

A tese está estruturada em cinco capítulos. O primeiro reúne o componente de revisão bibliográfica sobre o tema, destacando-se aí a produção brasileira. O segundo capítulo descreve o marco teórico que orienta a tese. O terceiro capítulo descreve a trajetória metodológica a qual integra os componentes da pesquisa histórica e estudo etnográfico. O quarto capítulo apresenta uma contextualização histórica do problema

das drogas no Brasil, enfatizando as imbricações entre o processo de regulação pelo Estado e as representações sociais sobre o fenômeno. Nos dois capítulos seguintes são apresentados os resultados da etnografia através de dois focos distintos. O capítulo cinco contempla a descrição das realidades institucionais investigadas, reservando-se para o capítulo seis a análise dos diferentes discursos colhidos durante a etnografia sobre a problemática das drogas, particularmente no que se refere às políticas de prevenção no Brasil e as perspectivas da redução de danos no cenário atual. O último e conclusivo capítulo apresenta um conjunto de proposições que podem subsidiar o processo de reestruturação do modelo assistencial em drogas no Brasil. São princípios e recomendações que se nutrem dos resultados da pesquisa e certamente do diálogo com especialistas no campo. Incluem-se neste capítulo as considerações finais do autor acerca de suas hipóteses, dos objetivos da tese, bem como, dos seus limites e contribuições.

CAPITULO I

AS DROGAS COMO OBJETO CIENTÍFICO: MODELOS EXPLICATIVOS E PERFIL DA PRODUÇÃO CONTEMPORÂNEA BRASILEIRA

Este capítulo aborda a trajetória da produção do conhecimento sobre o fenômeno das drogas no decorrer do século XX, privilegiando, no tocante à produção empírica, o contexto brasileiro. No percurso analítico que se segue, pretende-se assinalar idéias e/ou paradigmas dominantes em cada momento, os quais configuram distintos modelos de explicação ou compreensão do fenômeno das drogas. Será destacada, na discussão, a hegemonia exercida pelo enfoque médico na compreensão do fenômeno das drogas, a qual incidirá sobre as políticas de prevenção e assistência desenvolvidas neste campo.

No decorrer da explanação, será apresentada uma série de elementos que revelam o papel desempenhado pelas Ciências Sociais, tanto na redefinição das concepções hegemônicas, como nas atuais práticas de prevenção. Em um segundo momento, apresenta-se um panorama da produção científica contemporânea sobre drogas no Brasil, destacando as questões e abordagens privilegiadas pelos autores nacionais. Oportunamente, se discutirá a importância da Psiquiatria e da Antropologia na trajetória de produção do conhecimento e intervenção no campo das drogas.

1.1. Ascensão e crise da hegemonia do modelo médico

Na década de 1980, a publicação da trilogia do sociólogo Antonio Escotado, *História de las drogas*, tornou-se um marco da literatura ibero-americana sobre o tema, contribuindo para a compreensão da trajetória histórico-social do fenômeno das drogas e para a ruptura com o paradigma dominante, caracterizado como "proibicionista". Discordando do discurso hegemônico, o autor advertia que, até o século XIX, a

concepção médica sobre o uso de drogas era bastante distinta da atual. Predominava, então, a noção grega de *pharmakon*, ou seja, essas substâncias químicas tanto poderiam trazer benefícios para o corpo como levar à loucura ou até a morte. Um fator importante na determinação dos resultados do uso de tais substâncias seria a quantidade utilizada, assim como a intenção daquele que as administrava, e não as substâncias em si (Escohotado, 1992:20).

Apesar desse entendimento médico sobre as substâncias psicoativas, em países como os EUA e a Finlândia (Bastos, 2003), lideranças civis, religiosas, políticas e científicas incorporaram um sentido moral ao álcool, ao ópio e à maconha. Graças à capacidade de adaptação da classe médico-farmacêutico ao discurso moral dessa parcela da sociedade, a percepção negativa dessas substâncias desencadeou um processo internacional de normatização do uso das substâncias psicoativas, conhecido como “Era Proibicionista”.

Desde o século XIX, as bebidas alcoólicas e o ópio, que antes tinham tido um papel importante na economia dos Estados Modernos (Carneiro, 2003), passaram a ser vistos de outra forma. Em meio à revolução industrial e ao processo civilizatório que estava em marcha, seu consumo foi associado à improdutividade no trabalho e a comportamentos imorais, ao mesmo tempo em que se enalteciam outras drogas, tais como a cocaína, o café, a heroína e etc. (Schivelbusch, 1995).

Em meio às mudanças tecnológico-sociais, a medicina começava a investigar as causas e efeitos do uso de bebidas alcoólicas. De acordo com Alain Cerclé (2001), o médico e político Benjamin Rush (EUA, 1786) foi um dos pioneiros no tema. Ele elaborou quatro princípios básicos para o entendimento da “embriaguez crônica”, os quais são seguidos até hoje, com algumas variações. São eles: i) o agente causal é a bebida alcoólica, ii) o ébrio não tem controle sobre o ato de beber, iii) o ébrio é uma pessoa que bebe compulsivamente, portanto trata-se de uma enfermidade, iv) a abstinência total é o único meio de cura.

Posteriormente, outro médico, Magnus Huss (Suécia, 1850), cunhou o termo "*alcoholismo crônico*" e, como seus contemporâneos, considerou que se tratava de uma enfermidade "que independia do indivíduo". Formaram-se então duas correntes de estudos sobre o alcoolismo, uma voltada para os mecanismos neurológicos e a *dependência* psicológica em relação ao produto, e outra interessada nos impactos somáticos da substância, tais como a cirrose, pleurite, dano cerebral e etc. A lógica desses primeiros modelos de abordagem do alcoolismo estava em sintonia com as transformações no campo da prevenção à saúde, assim como com o desenvolvimento tecnológico científico proporcionado pela revolução industrial e com surgimento de novas disciplinas na formação médica, como a Psiquiatria e a Antropologia.

Adotou-se, então, o modelo "contagionista" para a prevenção às drogas, buscando-se, assim, impedir o contato entre o agente (a droga) e o hospedeiro (indivíduo), através da repressão ao uso de drogas consideradas ilegais. Naquele momento a "teoria do contágio" que considera ser necessário "prevenir a ocorrência de doenças pela interrupção da transmissão, ou seja, do contágio entre o hospedeiro (suscetível) e o agente causal (micróbio)" dividia espaço com a teoria miasmática, que preconiza ações voltadas para mudanças no ambiente social mais amplo (Teixeira, 2001:85).

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 enfoque mais harmonioso com o desenvolvimento industrial, ao contrário do enfoque biossocial da miasmática (ibidem). Lewin (1970), durante esse conturbado período da década de 1920, formulou as premissas da psicofarmacologia moderna, classificando as substâncias psicoativas em cinco tipos: eufóricas, alucinógenas (*phantásticas*), embriagantes, hipnóticas e excitantes. Posteriormente, em 1953, o farmacólogo A. Porot, tentando superar as "deficiências" de Lewin, qualificou as substâncias psicoativas em "causadoras de grandes dependências ou de pequenos hábitos familiares", incluindo as bebidas alcoólicas no segundo caso (Escohotado 1995a:31).

Bárbara Musumeci (1999), ao abordar a evolução do conceito de alcoolismo no século XX, assinala que depois desse ter sido desvinculado da esfera moral para inscrever-se no campo das patologias, a ênfase investigativa centrou-se nos aspectos fisiológicos do problema. Após o período de predomínio das preocupações médicas com os efeitos resultantes da ingestão de bebidas alcoólicas, a adição ao álcool foi considerada como uma enfermidade pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1951.

Com o alcoolismo situando-se no âmbito da dependência, as investigações passaram a privilegiar os padrões de consumo de álcool, diminuindo-se as investigações voltadas para os resultados da ingestão excessiva. Na década de 1940, Jellineck instituiu uma classificação dos tipos de bebedores que foi considerada um marco para a moderna conceituação do problema, apesar das críticas e revisões por que passou sua tipologia (Musumeci, 1999).

As conclusões da primeira metade do século, construídas, precipitadamente, a partir de juízos de valores e da idéia de que a delinquência social era causada pelo uso de drogas, começaram a se atenuar a partir da constatação dos inúmeros casos de dependência química entre ex-combatentes das guerras, ídolos do mundo das artes e do esporte. Verdadeiros ícones da sociedade americana, tais personagens não poderiam ser tratadas como delinquentes, surgindo, assim, novos significados atribuídos ao uso de drogas: o de pessoas enfermas, com problemas existenciais, que se tornavam dependentes do uso de drogas. Em 1957, a *Narcotic Control Act* apresentou uma nova definição científica sobre a dependência, a qual se aproxima das versões atuais:

“Um sujeito com certas características psicológicas determinadas, que elege este modo de enfrentar as diversas razões de seus problemas, que normalmente ignora. Uma das razões está em sua incorporação em algum grupo social, onde se pratique e se valorize” (Escohotado, 1995a:377).

Os anos sessenta representaram 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, op.cit.). A abordagem normativa e repressiva do “modelo proibicionista de drogas” entrou em crise nas últimas décadas do século XX, à medida que crescia a importância da psicologia social e das ciências sociais na compreensão do fenômeno.

Entre os autores mais recentes, fundamentais para a proposição de uma história das drogas mais complexa e profunda, destacam-se Richard Davenport-Hines (2003)³ e David Courtwright (2002)⁴. Precisamente em suas obras, a história aparece como um entrelaçado, imerso, no desenvolvimento da indústria, dos Estados modernos, das novas culturas urbanas, etc.

1.2. As concepções dominantes no Brasil até a década de 1960

Dentre os primeiros estudos sobre o uso de drogas no Brasil estão as teses médicas da Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, entre 1861 e 189. Entre os temas abordados, predominava o estudo do estado mental dos usuários de ópio e álcool, o qual se considerava como próximo da loucura (Gondra, 2004). No final do século, na Faculdade de medicina da Bahia, Nina Rodrigues relacionava a incidência de alcoolismo na população negra a sua vulnerabilidade enquanto raça inferior a dos brancos.

Com a proclamação da república, a medicina sanitária assumiu a administração e o controle das ações na saúde pública brasileira, popularizando as novas tecnologias da indústria farmacêutica. Na seqüência, a medicina sanitária monopolizou o campo da cura, marginalizando as outras formas de atenção existentes (Idem). Ao mesmo tempo, enalteciam-se as possibilidades de novas drogas como morfina, cocaína e aspirina, alimentando a capacidade simbólica do poder de cura da medicina associada à indústria farmacêutica.

³ *Las drogas y la formación del mundo moderno. Breve historia de las sustancias adictivas*

⁴ *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas 1500-2000.*

A partir da adoção do modelo assistencialista pelo Estado, o paradigma moral que relaciona a perda de controle do uso e a intoxicação aguda a debilidades no caráter e falta de controle foi substituído pelo modelo médico. Concomitante a essa mudança, a psiquiatria delimitava seu campo de atuação munida de conceitos como civilização, raça, alcoolismo, delinquência e criminalidade (Mitsuko, 1998). Na prática, identificavam o “desvio” psíquico por meio da observação dos hábitos e comportamentos da população pobre em contraste com o mundo urbano industrial (Engel, 1999).

Para Adyala (2006:8), as bases da prevenção às drogas se originaram no discurso moralista da medicina social brasileira. Adotando as estratégias de combate às epidemias tropicais, baseadas no modelo contagionista, a medicina “incorporou o campo do comportamento social”, possibilitando “a participação médica no debate político” e fortalecendo sua posição junto ao Estado. Os trabalhos pioneiros dos médicos nordestinos Rodrigues Dória (1986) e Francisco Iglesias (1986) sobre a maconha representam bem este momento do pensamento médico brasileiro sobre as drogas e a população negra e mestiça. Expondo suas preocupações com o consumo da maconha pela população negra e rural do Nordeste, associavam seu efeito e o comportamento dos usuários à loucura e à criminalidade, considerando que a proibição era a única forma de evitar que o “vício” chegasse aos meios urbanos.

Dória (1986) apoiava a idéia de que a toxicidade da planta induzia o usuário a comportamentos degenerativos, aberrações sociais e a insanidade mental, principalmente entre a população negra. Já Iglesias (1918:45), que havia comparecido a uma reunião dos “diambistas”, descreveu os usuários habituais de maconha como indivíduos “que mesmo depois da embriaguez, tem aspectos e modos de idiota; é um homem à margem”.

A ação ideológica dos médicos brasileiros nas décadas de 1920 e 1930, os quais apontavam para uma semelhança nas propriedades farmacológicas entre a maconha e o ópio, também contribuiu para a proibição (ver Cardoso, Adyala, Carneiro). Os trabalhos de Dória, Iglesias e de outros médicos do sudeste do Brasil como Pernambuco Filho,

foram determinantes no processo. Para eles, os homens comuns sob os efeitos dessas substâncias tornavam-se agressivos, violentos, delinquentes, além de exibir uma sensualidade desenfreada, o que exigia medidas profiláticas que contivessem o consumo, restringindo seu uso e das demais substâncias venenosas. Restituía-se ao médico e seu receituário clínico a legitimidade de decidir quem poderia usar.

Na faculdade de Medicina da Bahia, Nina Rodrigues já vinculava os efeitos negativos produzidos pelas bebidas à população mestiça e aos vadios (Fiore, 2004). Outros pesquisadores chegaram a afirmar que a toxicomania era uma das causas da loucura e do aumento da criminalidade entre os brasileiros (Adyala, op. cit.).

Neste momento, seria interessante estabelecer uma analogia entre os ideais de prevenção às drogas, ainda vigentes, e as conclusões de Jurandir Freire Costa em relação às teorias eugenistas que predominaram no campo da saúde mental nas primeiras décadas do século XX:

“O objetivo ‘prevenção’ imposto à psiquiatria prescinde da cientificidade ou não- cientificidade das teorias que o informam. Ele não é necessariamente dedutível de nenhuma teoria psiquiátrica. Sua relação com a teoria psiquiátrica não é uma relação do tipo ‘constituição’, mas do tipo ‘justaposição’. O objetivo ‘prevenção’ pode ser colocado exteriormente a qualquer teoria. Esta noção impõe-se à consciência do psiquiatra, não por uma necessidade científica, mas por uma necessidade subjetiva, de origem cultural” (Costa, 1980:17).

Na era de Getúlio Vargas, a abordagem em relação ao usuário permaneceu alinhada aos paradigmas estabelecidos nas primeiras décadas, repetindo-se as falas anteriores e representando-se o “toxicômano” como um indivíduo “vivendo em um mundo da fantasia, esquecendo a realidade, como escravo à procura da droga, sendo capaz de crimes que pudessem satisfazer sua fome de veneno” (Vargas, ibidem:73). Além de reforçar a faceta demoníaca das drogas, as representações vigentes no Brasil até a década de 1960 ajudavam a estigmatizar os usuários de determinadas substâncias. No limite, as imagens construídas em torno das substâncias e dos respectivos grupos de consumidores forneciam o combustível para o acirramento das políticas repressivas e da

criminalização. Um processo que corresponde plenamente aquele descrito pelo antropólogo catalão Oriol Romaní:

“La inclusión en el ámbito penal de muy distintas actividades (de tipo médico, lúdico, religioso, etc.) relacionadas con lo que a partir de esta situación se definirá como “droga” supone la estigmatización de muchas de estas actividades, así como la creación de una categoría, la del “adicto” en su versión anglosajona, o del “drogadicto”, en la europea, que será encarnada por un hombre urbano, joven, de aspecto tenebroso, en fin, un personaje digno de toda sospecha. Se trata de la creación de una imagen cultural que forma parte del proceso de criminalización de algunas drogas, imagen que, en distintas situaciones históricas concretas de, sobre todo, el último tercio del siglo XX, ha contribuido a aquella ampliación del consenso alrededor del poder a la que nos hemos referido antes” (Romaní, 2003:434).

1.3. Modelos teóricos para abordagem das drogas

A partir da década de 1970 inicia-se um processo de produção de modelos teóricos mais refinados para a compreensão do fenômeno das drogas, seja no que diz respeito à questão do consumo, seja ao controle e regulação do seu uso. A concepção de Nowlis (1977:15), que identifica quatro tipos ideais atuando na prevenção às drogas, pode ser considerada uma das mais difundidas e referida por outros autores: o modelo jurídico-moral; o modelo médico ou da saúde pública; o modelo psicossocial e o modelo sócio-cultural. Apesar das suas diferenças, os modelos possuem como referência uma mesma tríade: o indivíduo, a substância e o contexto; entretanto diferem quanto à ênfase e significados atribuídos a cada um desses elementos.

O **modelo jurídico-moral** valoriza as drogas em si, classificando-as em inofensivas ou perigosas. Nesse modelo, as drogas são agentes ativos e o público, a vítima. Existe uma dicotomia na classificação dos indivíduos, utilizadores e não utilizadores, assim como na classificação geral, baseada nos conceitos de legalidade e ilegalidade, de finalidade medicinal ou não medicinal. Seu principal objetivo consiste em colocar certas substâncias fora do alcance do público, protegendo e vigiando os indivíduos por meio de medidas legais que controlem o acesso à droga.

O **modelo médico** ou **da saúde pública** valoriza, simultaneamente, as drogas, indivíduo e contexto. Adota-se aqui o modelo epidemiológico de saúde (em uma transposição do esquema de doença contagiosa): a droga seria o agente; o indivíduo que a consome, o hospedeiro; e o meio ambiente seria o contexto. Nesse modelo, a droga tem papel mais importante entre os três elementos, sendo definida como geradora de dependência. O objetivo central, nessa perspectiva, é tratar o uso de maneira preventiva, visando diminuir a aceitação social da droga. Sugere-se, para tanto, o aumento do preço das substâncias geradoras de dependência como estratégia de controle de seu uso.

O **modelo psicossocial** valoriza o consumidor, ponto central das ações de intervenção, considerando a droga e o indivíduo como fatores complexos e dinâmicos. Nesta perspectiva, a utilização de drogas consiste em um comportamento que só persistirá enquanto desempenhar uma função para o indivíduo. Objetiva estabelecer distinções entre as diferentes quantidades, frequência e modalidades de utilização da substância, entre as demais funções desempenhadas pelo uso da droga, assim como determinar os efeitos produzidos por diferentes modos de utilização em indivíduos diferentes.

O **modelo sócio-cultural** enfatiza o contexto, considerando que as substâncias ganham sua significação e importância a depender do modo como uma dada sociedade define o seu uso e os seus utilizadores, e a eles reage. O uso de drogas é visto como um comportamento que se desvia do normal e que deve ser encarado e tratado como qualquer outro desviante ou destrutivo; e, ainda, que esse comportamento varia de uma cultura a outra, de uma subcultura a outra. Seu objetivo central é estabelecer distinções entre a proveniência dos comportamentos, os quais podem ser oriundos do próprio indivíduo ou da reação da sociedade diante dele.

Pillon & Luis (2004:7) identificam os modelos de prevenção e tratamento de forma semelhante a Nowlis. Uma das diferenças é que a modalidade jurídico-moral desdobra-se em *ético-legal* e *moral*. Para os autores, no Brasil predomina o modelo médico de prevenção que é “centralizado nas formulações da psiquiatria, havendo possibilidade de abertura para o contexto da saúde pública (saúde da família e redução de danos,

trabalhos comunitários)”. Chamam atenção, ainda, para a experiência em outros países com os novos modelos assistenciais disponíveis, os quais têm como objetivo promover iniciativas no âmbito específico das comunidades.

No entendimento de Escohotado (1992:20), o modelo que predomina na prevenção é o jurídico-médico, chamado também de proibicionista, com normas jurídicas, proibitivas e punitivas quanto ao uso de determinadas substâncias psicoativas. Tal modelo foi elaborado inicialmente no campo moral, e só posteriormente assumido pelas autoridades médicas e farmacêuticas; ainda que resultasse em contradições, diante das concepções médicas do século XIX. O abandono de termos utilizados até então, como *pharmakon*, resultou em designações tecnicamente mais imprecisas, como as palavras narcótico e entorpecente, que antes se referiam aos sedativos e calmantes, como os opiáceos. Com a visão proibicionista, a designação passou a servir para todas as substâncias psicoativas que fossem proibidas, valendo também que essas drogas sejam associadas ao crime e as atitudes anti-sociais.

À compreensão do fenômeno por parte de Juan Gamella (2001:10), com destaque para seus conceitos de “*ciclos*” e “*mareas*”, reforça os postulados de Escohotado, acima referidos. Na perspectiva do autor, os problemas associados ao uso de drogas tendem a ser construídos em forma de “ondas” ou ciclos, com claras ascensões e declínios, as vezes tão marcados que geram situações novas e até imprevistas. Para ele, este fato elementar tem chamado pouca atenção dos especialistas, “*que no analizan estos procesos recurrentes más allá del enraizado uso de metáforas epidemiológicas*”.

Na proposição de Gamella (2002), os regimes de controle das drogas contemporâneos resultam da reação no século XIX às crises dos ciclos do álcool e do ópio, drogas consumidas pelo estado de prazer que proporcionavam, mas que representaram também o oposto a idéia de trabalho, em pleno auge da revolução industrial. Com isso, diversos grupos, que buscavam uma homogeneidade moral e cultural impossível de se alcançar no ocidente, posicionavam-se contra o consumo dessas drogas. Os benefícios e funções das bebidas alcoólicas, por exemplo, começaram então a ser questionados, entendendo-se que o álcool corrompia a moral, que era uma

bebida perversa. Já o ciclo do ópio, na China, culminou em uma grande crise de consumo, gerada pelo interesse econômico de grandes potências, que popularizou e estimulou o consumo de ópio, alterando os tradicionais padrões e controle de uso do ópio (Ibidem)

A repercussão negativa do cenário da China no imaginário coletivo de outros países pode ser percebida através do caso da invasão das ilhas Filipinas pelos EUA e a conseqüente proibição do ópio. A partir do caso das Filipinas, líderes religiosos como os bispos Homer Stuntz e Charles Brent, e outras lideranças civis, iniciaram uma cruzada contra o ópio que resultou em sua proibição internacional, de seus derivados e de drogas como a maconha e a cocaína (Gamella, 1992).

Durante décadas, os alarmes em relação ao ópio, a cocaína e a maconha fez com que o consumo permanecesse restrito aos setores “desviados” e excluídos, com a transgressão justificando o sistema repressivo e punitivo que foi aplicado a essas substâncias psicoativas (Gamella, 2003). Contudo, com os insurgentes da Contracultura, o panorama mudou, com os jovens de classe média questionando o sistema político e sócio-econômico ocidental e ainda consumindo as drogas proibidas. As políticas públicas de drogas endureceram, também em ondas, como aconteceu com a “guerra às drogas” desencadeada na década de 1980. Ao mesmo tempo, ampliavam-se as críticas da contracultura ao caráter ideológico da perseguição seletiva de certas substâncias químicas e a hipocrisia diante de tantas outras legais como o tabaco, o álcool e os psicofármacos. As elites intelectuais européias e norte-americanas passaram então, a perceber o uso das drogas ilegais como um fato social, apostando por reduzir os danos derivados do uso; reconhecendo a existência de estilos de vida associados ao status de se consumir “coisas” proibidas e as conseqüências para o usuário.

Nos países democráticos modernos, passou a existir então, uma nova forma de interação entre o Estado e os indivíduos, inclusive nas ações de controle sobre as drogas. Se por um lado, existia uma percepção de que os cidadãos são mais livres e autônomos, por outro lado, acontecia um controle crescente e que limita as opções ou liberdades individuais, esta é uma das condições. Trata-se de uma necessidade do

Estado moderno, que requer dos cidadãos uma maior homogeneidade e coordenação de suas ações, mediante a coerção ou “disciplinas” mais profundas, até inconscientes e nem sempre fácil de identificar nos agentes ou instituições únicas (Gamella, 2001).

Szasz, (1992), ao pensar na intervenção estatal no campo das drogas, considera que vem se ampliando as responsabilidades do Estado moderno, as quais redefinem a visão liberal dos direitos individuais. Pode-se dizer que o controle sobre as drogas tornou-se mais complexo, apesar de ainda incluir entre suas estratégias a proibição e penalizações como a morte. Diferente do início do século passado, outros mecanismos e agentes estão envolvidos, como os profissionais médicos que “tratam” o problema do “abuso” ou da dependência, assim como policias e juizes especializados. Para ele, um maior controle social, mais exaustivo e profundo contribui também para apresentar novas formas de problematização do uso de drogas, tornando mais difícil delimitar os elementos de regulação da conduta nesta ; Lei, norma moral, paradigma internalizado se fundem, se complementam e se contradizem com uma grande heterogeneidade de ofertas e tentações.

A concepção de prevenção proposta por Castel & Coppel (1991) procura evitar a dicotomia em que se enredaram as políticas de Estado pautadas na desordem do sujeito x ordem da lei e leva em conta os controles formais em diferentes níveis, modos e instâncias de regulação. Para eles, as modalidades deveriam ser mobilizadas por políticas de drogas que buscassem uma maior eficácia, com destaque para os controles societários e os autocontroles, que até o final do século retrasado mostraram serem capazes de regular as práticas com drogas adequadamente sem grande auxílio de leis específicas. Castel & Coppel, ao analisarem os meios de controle das drogas, distinguem três modalidades que atuam nas sociedades:

1. Os *hetero-controles*: as instituições que possuem uma dupla função, a defesa social ou da saúde pública e a proteção do individuo *toxicômano*, considerado como incapaz de administrar o consumo e necessitando de ajuda.

2. Os *controles sociais*: as ações informais de regulação exercidas na interlocução entre diversos agentes sociais e o usuário de drogas, legais e ilegais – na escola, em casa, no trabalho, na rua, pela televisão.
3. O *autocontrole*: refere-se à conduta do usuário exercida na regulação do uso e na manutenção de uma “boa relação” entre o indivíduo-usuário e a sociedade em que vive.

Nesta concepção, o Estado se configura como um hetero-controle, que atende aos interesses políticos e desconsidera a multidimensionalidade da toxicomania, limitando as abordagens à delinquência e/ou à patologia. Dessa forma, ao atuar no enfrentamento de uma ameaça que é percebida como sendo um "flagelo social", via de regra se sobrepõe às regulamentações espontâneas e tradicionais dos controles societários. Aprofundando mais o entendimento sobre o papel do Estado na questão das drogas, Colom (2001) distingue duas formas de atuação pública sobre o consumo. Uma, mais antiga, funcionando a partir do *modelo clássico* baseado no direito e na moral. Nesta forma, há uma abordagem liberal das drogas, na qual o Estado valoriza o caráter e a prudência do indivíduo e não a legislação como responsável pelo uso racional e aceitável de drogas. Já a outra forma de abordagem se dá através do *modelo intervencionista*, que resulta da fusão do discurso moral do século XIX com o discurso médico do início do século XX. Posteriormente este modelo adquiriu a forma de prevenção da Saúde Pública.

Fazendo um paralelo entre as taxonomias de Colom (2001) e Castel et all (1999), podemos dizer que o declínio ou a “metamorfose” do modelo clássico, que envolvia as três modalidades de prevenção propostas por Castel, deve-se a ascensão, nos EUA, de uma visão proibitiva das drogas, pautada no binômio delinquência-enfermidade. Nessa discussão é importante levar em consideração a ascensão das teorias antiliberais no início do século passado, que permitiram que o Estado se tornasse cada vez mais intervencionista em todos os âmbitos (Comelles, 1985), incluindo o da saúde e das drogas.

Para Colom (2001), uma das diferenças fundamentais que separa o modelo clássico do intervencionista é de natureza ética. Enquanto que no modelo clássico a lei considera

os indivíduos como adultos responsáveis pelo uso de suas drogas e pelos danos causados a terceiros, no modelo intervencionista as drogas são consideradas como perigosas, devendo ser proibidas e seu uso erradicado da sociedade. Esta posição jurídica do Estado, paternalista em seu momento de criação, proíbe o uso de drogas por considerar legítimo proteger a liberdade do indivíduo, os direitos de terceiros e o bem estar de todos, opondo-se, assim, ao modelo clássico que privilegia a liberdade e o controle moral e que, portanto, encontra-se mais próximo dos valores democráticos, como destacava Wright Mills (ver Schivelbusch, 1995).

No entendimento de Romaní, os modelos de percepção e gestão das drogas decorrem, sobretudo, de três modelos: o penal, o médico e o sociocultural. Os dois primeiros são os que realmente orientam e definem o ‘problema de la droga’, sendo determinantes para os tratados internacionais, leis, normas e organização do controle das drogas. Dessa forma, nos momentos de elaboração das ações de intervenção, prevalece a visão de enfermidade e da delinquência. Constituindo uma perspectiva privilegiada na análise do consumo de drogas, Romaní (2004) aborda o problema como um “fenômeno social total”⁵. Sua concepção extrapola os limites da tríade original de Nowlis, propondo que o fenômeno seja observado a partir de três âmbitos da espécie humana:

- da variedade genética, contemplando sua complexidade biológica, fisiológica e bioquímica;
- da variedade de sociedades e culturas que se criou como elemento indispensável a sua sobrevivência;
- da variedade psíquica de cada indivíduo, produto de uma experiência única e irrepetível.

Os três níveis estão interrelacionados, o problema está na importância que é dada a cada um dos níveis. Na abordagem sócio-cultural proposta, a essência humana está no campo social e em seus conflitos, no elemento psíquico e, finalmente, no biológico. O autor justifica a definição da problemática das drogas como um "fenômeno social total"

⁵ Para maior aprofundamento de este conceito ver a obra de Marcel Mauss.

ao reconhecer, neste, componentes básicos que lhe conferem uma coerência geral e significados determinados. Cabe ressaltar que o modelo de percepção e gestão das drogas proposto por Romaní integra o marco teórico da presente tese e seus postulados serão retomados e aprofundados no próximo capítulo.

1.4. A produção contemporânea sobre drogas no Brasil

A produção científica brasileira acerca das substâncias psicoativas legais e ilegais apresenta um desenvolvimento mais significativo a partir da década de 1980. Apesar do incremento notável de estudos ancorados na perspectiva sócio-cultural, que serão comentados mais adiante, as pesquisas epidemiológicas e de cunho positivista ainda ocupam uma posição dominante na produção sobre o tema. Na pesquisa realizada na base de dados de produção científica *Scielo.br*, utilizando os descritores *drogas* e *substâncias psicoativas* (sem restrição de período), foram identificados um total de 56 artigos. Destes, mais de 90% descrevem trabalhos produzidos a partir da década de noventa e cerca de 70% são de base epidemiológica. Uma explicação plausível para o volume reduzido de artigos científicos sobre o tema das drogas na área de ciências sociais e humanas em saúde é a tendência dominante entre os pesquisadores desta área em direcionarem sua produção para o formato livro.

Os estudos epidemiológicos ou inquéritos concentram sua atenção nas modalidades de drogas consumidas ou prevalência do uso, perfil de consumidor, fatores de risco e proteção e efeitos das substâncias sobre o organismo ou comportamento. O foco no ambiente escolar e/ou juvenil é visível neste tipo de abordagem. O contexto escolar foi alvo privilegiado nas pesquisas de âmbito nacional sobre consumo de drogas realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre de Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 1987, 1989 e 1993). O mesmo interesse é identificado em estudos de perfil ou prevalência do uso de drogas, explorando também opiniões sobre os usos entre estudantes universitários (Kerr-Corrêa et al. 1999; Stempliuk et al. 2005). No âmbito da escola secundária, os trabalhos pesquisam a associação entre uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes (Tavares, Beria e Lima, 2001), correlação entre consumo e defasagem escolar de série/idade nível e nível sócio-econômico (Souza e Martins, 1995)

ou perfil de estudantes em relação ao consumo de álcool e comportamentos de risco (Vieira, Ribeiro e Romano, 2007).

Entre as evidências encontradas em parte desses estudos, destaca-se o aumento na aprovação do uso experimental e regular de cocaína, crack, anfetaminas e inalantes e um aumento de uso estatisticamente significativo na vida de álcool, tabaco, maconha, inalantes, alucinógenos, anfetaminas, anticolinérgicos, barbitúricos e drogas ilícitas em geral (Stempliuk et al. 2005). Entre as recomendações, verifica-se a demanda por uma política clara de orientação sobre uso de drogas e álcool para os estudantes, incluindo mudanças curriculares e programas de prevenção.

No bojo dos trabalhos que focalizaram os efeitos do uso de drogas, é notório o predomínio de concepções biológicas e neurofisiológicas. São localizados, nesta vertente, estudos que investigaram alterações neuro-farmacológicas causadas pela exposição crônica ao álcool (Zaleskil et al. 2004); efeitos cerebrais associados ao consumo de maconha (Crippa et al., 2005) ou cocaína (Silveira et al., 2001); efeitos e padrões de consumo relativos ao uso de êxtase entre usuários da cidade de São Paulo (Almeida e Silva, 2003). Neste último, chama atenção o padrão de consumo recreativo grupal como elemento que extrapola fatores exclusivamente biológicos.

Entre os efeitos da droga são contabilizados também o custo social e de saúde. O estudo de Meloni e Laranjeira (2004) investiga o custo social associado ao consumo do álcool e, para mensurá-lo, foram considerados indicadores relativos à violência, problemas familiares, abuso de menores, desordem pública, problemas profissionais, entre outros. Outro indicador destacado no trabalho foi o número de anos de vida útil perdidos por adoecimento ou mortalidade precoce atribuíveis ao consumo do álcool (*DALYs: Disability Adjusted Life Years*).

Mantendo o interesse sobre o contexto educacional, Carlini-Cotrim e Rosemberg (1991) conduziram uma investigação com o objetivo de avaliar o tratamento dado ao tema consumo de drogas psicotrópicas em livros didáticos. Na ótica dos autores prevalece, no material didático, uma preocupação excessiva com a discussão dos efeitos

(nocivos) das drogas em detrimento de outros tópicos como conceituação, causas que levam ao uso, incidência, tratamento ou prevenção. A linguagem é pouco científica, com apelo emocional e estilo dramático. O usuário de drogas necessariamente é um ser decadente moral, física e psicologicamente. Os resultados da análise são discutidos à luz de teorias recentes de prevenção ao abuso de drogas.

No eixo dos estudos de **risco-proteção**, encontramos trabalhos que procuraram avaliar o papel dos transtornos mentais e da dependência ao álcool como possíveis fatores de risco para o abuso/dependência de cocaína (Lopes e Coutinho, 1999). Na mesma linha, investiga-se em que medida a fobia social e o transtorno de pânico podem contribuir para a dependência de substâncias psicoativas (Terra, Figueira e Athayde, 2003). Em outro estudo, a atenção se dirige aos filhos de dependentes químicos, considerados um grupo de risco para o desenvolvimento de problemas bio-psicossociais (Figlie, Fontes e Moraes 2004).

Ainda na esfera biopsíquica, outros estudos apontam a associação entre os fracassos, tanto pessoais como familiares, além de eventos estressores durante a vida e o uso de drogas entre os jovens, destacando como fatores de proteção a presença dos pais e a motivação pessoal (Kessler et al. 2003). Nos estudos de Roselli (2000), o uso de drogas entre adolescentes de escolas públicas de Brasil apareceu mais fortemente associado a dimensões psicossociais. A autora destaca, entre os fatores mais importantes para desencadear o consumo, os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade e baixa autoestima. Ainda no universo escolar, mais especificamente entre estudantes de medicina, Andrade et al. (1997) identificaram que o consumo de drogas foi maior entre o sexo masculino e em alunos que moram sem as famílias, entretanto os autores não chegaram a explorar este dado.

A interface entre os estudos sobre AIDS e drogas se faz presente em trabalhos que exploram fatores de risco para transmissão do HIV entre consumidores de drogas injetáveis (Pechansky, Flavio et al. 2000; Boni e Flavio 2002). Em outro estudo, Pechansky (2001) descreve as teorias de aprendizado social como a base para a compreensão dos comportamentos associados ao uso de drogas, ressaltando a

importância do meio como fator de risco. O autor propõe um modelo original sobre a exposição ao HIV em usuários de drogas, no qual elementos relativos à informação, à escolaridade, ao gênero e à idade direcionam e interferem nas atitudes associadas ao uso de drogas e à percepção do risco envolvido.

A disponibilidade de informações e uma estrutura familiar protetora (laços afetivos entre pais e filhos etc.) foram observadas como razões no afastamento dos jovens adolescentes de baixo poder aquisitivo das drogas (Sanchez, Oliveira e Nappo 2005). Martins, Santos & Pillon (2008) corroboram esta tese e enfatizam que, desde o ponto de vista da díade risco-proteção, é imprescindível considerar o comportamento familiar.

Em uma posição amparada nos resultados de um *survey* realizado pelos autores que investigou a percepção do uso de drogas entre familiares que vivem em situação de pobreza extrema, concluiu-se que uma parcela expressiva dos informantes manifestou reações de conformismo, passividade e resignação no relato de familiares que faziam uso de drogas, sobretudo em relação ao álcool. Para os autores, tal comportamento pode estar relacionado ao fato de o uso de álcool ser mais tolerado socialmente. A maioria dos familiares entrevistados admitiu ter pouca ou nenhuma informação sobre drogas, revelando a necessidade de programas educativos especificamente voltados para atender a essa demanda.

É interessante notar que, gradativamente, os estudos epidemiológicos assimilam uma concepção acerca dos *determinantes* do uso ou consumo de drogas, abusivo ou não, em que prevalece a tese de multideterminação do fenômeno, sendo valorizada a associação entre fatores psicossociais, culturais e farmacológicos. Aproximam-se, assim, da abordagem proposta por Howard Becker (1977), Norman Zinberg (1984) e Claude Olivenstein (1989), os quais entendem o fenômeno das drogas a partir de uma relação triangular entre o sujeito, a droga e o contexto em que essa droga é consumida. Para ilustrar esta tendência, podem ser citadas as considerações encontradas no estudo referido acima de que “a origem do problema transcende as questões biológicas (fatores genéticos), na medida em que envolve a estrutura de relacionamentos entre os membros familiares e da família com o sistema macrossocial” (Martins, Santos & Pillon, 2008:6).

Uma perspectiva similar é identificada em Duvicq, Pereira, Carvalho (2004). Em um estudo de tipo descritivo e transversal, realizado com 301 adolescentes escolares, o consumo de drogas é apontado como resultado da combinação de três fatores: a forte dependência química das substâncias consumidas, os processos de interação social dos jovens com a família, a escola, a comunidade e a sociedade em geral e, por fim, a vulnerabilidade do sujeito. Vale mencionar que a religião ou a religiosidade também é apontada como um fator protetor na relação com as drogas, seja para contribuir para a inibição do seu uso ou atuando como apoio na estruturação familiar, seja como importante fonte de informações (Sanchez, Oliveira e Nappo, 2004; Dalgalarrodo et al. 2004).

É interessante notar que grande parte dos estudos epidemiológicos levados a cabo neste período apresentou evidências que contrariavam muitos dos mitos vigentes sobre efeitos do uso de substâncias psicoativas. Pode-se citar aqui o trabalho de Carvalho e Carlini-Cotrim (1992), que investigou a associação entre a prática de algumas atividades não curriculares e o consumo de álcool e drogas em uma amostra de 16.117 estudantes de quinze cidades brasileiras. Não foi encontrada, na ampla maioria dos casos, nenhuma associação entre praticar esportes, artes e atividades comunitárias e o consumo dessas substâncias. Outro exemplo é o trabalho de Sandra Scivoletto et al. (1999) que comparou as diferenças de comportamento sexual entre usuários e não usuários de drogas entre estudantes de ensino médio de uma escola pública de São Paulo. Os resultados demonstraram que a frequência de uso de drogas não alterou o comportamento sexual. As substâncias que apresentaram associação com aumento do comportamento sexual de risco foram o álcool e a maconha, já o uso de crack esteve associado com o início precoce de vida sexual.

A ênfase em torno de políticas e programa dirigido ao contexto escolar se mantém nos trabalhos que tem como foco a prevenção, coincidindo com os achados de Canoletti & Soares (2005) em estudo de revisão da produção científica sobre programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil (1991 a 2001). Conforme destacam os autores, a maioria dos trabalhos se valeu de estudos epidemiológicos e objetivava produzir orientações para a prevenção ou fornecer informações a estudantes e

professores. Encontra-se, neste segmento, o estudo de avaliação sobre um projeto de prevenção de drogas e AIDS desenvolvido nas escolas públicas estaduais de São Paulo realizado por Soares e Jacobi (2000). Cabe salientar o fato de que os autores informam que a análise empreendida considerou a diversidade e a complexidade do uso contemporâneo de drogas e o papel da escola como uma agência de socialização. Reconheceu-se, ainda, a determinação histórica referente a ambos os objetos: drogas e escola.

O trabalho de Moreira, Silveira e Andreoli (2006a) revisou os modelos de prevenção do uso indevido de drogas em ambiente escolar, relacionando-os aos conceitos de "promoção de saúde" e "escola promotora de saúde". A proposta da Redução de Danos, pensada como estratégia de prevenção, converge para a da escola promotora de saúde e propõe ações de promoção de saúde pautadas por: objetivos amplos e escalonados; ruptura com o maniqueísmo; ações inclusivas; parcerias intersetoriais; incentivo à autonomia dos alunos; abordagem do indivíduo em toda a sua complexidade.

Quando o foco é prevenção já pode ser sentida a inserção de metodologia qualitativa, por vezes de cunho etnográfico. Moreira, Silveira e Andreoli (2006b) adotaram esta perspectiva para investigar situações, atitudes e comportamentos dos coordenadores pedagógicos das escolas municipais de ensino fundamental relacionados ao uso indevido de substâncias psicoativas. A idéia da transmissão de conhecimentos como base da prevenção permeia a maioria dos discursos, entretanto, os coordenadores relataram sentirem-se mal informados. As atitudes mais frequentes frente ao usuário de drogas são de impotência e paralisia e, algumas vezes, a repressão. Tais atitudes são motivadas pelo desconhecimento e medo devido à associação entre usuário e marginalidade. Nas situações indiretamente associadas ao abuso de drogas (problemas familiares e de comportamento) foram relatadas atitudes mais compreensivas e inclusivas, compatíveis com práticas do paradigma da redução de danos.

Sendo assim, uma capacitação teórica dos educadores para uma prática preventiva teria a função de ratificar aquela desenvolvida a partir da sua vivência na escola com as situações (in) diretamente associadas ao abuso de drogas. Conseqüentemente, os

tornariam mais seguros nas suas intervenções de redução de danos ou risco com os usuários. Tal como evidenciado por Canoletti & Soares (2005), é notório, entre os trabalhos que abordam a prevenção, a valorização, em maior ou menor grau, das concepções e estratégias da redução de danos. Em um momento anterior, o estudo de Notto e Galduroz (1999), que analisou os principais enfoques de prevenção e sua implementação no Brasil, já apontava certo declínio do modelo repressivo. Os autores reconheciam que, além das ações de prevenção que acontecem em diferentes níveis de atenção primária, secundária e terciária, incorporou-se, mais recentemente, a Redução de Danos do uso indevido de droga.

Merecem destaque na produção em torno da categoria redução de danos no Brasil os trabalhos produzidos pelos membros da Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA). Ressalta-se, de modo particular, a coletânea organizada por Francisco Inácio Bastos, Maria Lúcia Karam e Samir Moraes Martins, *Drogas, dignidade & inclusão social. A Lei e a Prática de Redução de Danos* (2003). O artigo de Francisco Bastos, que integra a coletânea acima referida, apresenta os fundamentos que norteiam os Programas de Redução de Danos (PRD), elencando alguns argumentos que justificam a sua implantação. O autor ressalta que “nem todas as pessoas são capazes ou desejam, em um dado momento e/ou circunstância, interromper o consumo de substâncias psicoativas”, podendo, por decisão pessoal ou médica, substituir o consumo de uma determinada substância por outra, considerada menos problemática do ponto de suas implicações sociais ou para a saúde do indivíduo. Ele cita, como exemplo clássico:

“(...) a substituição da heroína (o mais das vezes, injetável) pela metadona (geralmente, de administração oral), o que está claramente associado (na literatura internacional especializada) a uma drástica redução do envolvimento dos usuários em ilícitos os mais diversos (tráfico, roubo, furto, etc.) e a uma redução substancial dos riscos de se infectar com o HIV (vírus da AIDS) e demais agentes de transmissão sangüínea, além de um reforço importante à decisão dos usuários sob tratamento de retomar suas rotinas de vida familiar e de trabalho, bastante perturbadas pela sua inserção em um mercado ilícito e violento e pela necessidade de financiar continuamente um hábito dispendioso” (Bastos, 2003:16).

Vale comentar também, a coletânea, organizada pelos psiquiatras Dartiu Xavier Silveira e Fernanda Moreira, intitulada *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (2006) que reuniu vários trabalhos oferecendo visões alternativas ao modelo hegemônico de abordagem das drogas, que se aproximam do enfoque da redução de danos. O artigo de Ana Paula Carvalho apresenta uma breve história das drogas, os diferentes significados que as sociedades atribuem a estas substâncias, até alcançar a era proibicionista do século XX. Diferenciando a visão proibicionista norte-americana e as novas tendências vindas da Europa, consideradas mais liberais, os autores defendem o fim do proibicionismo das drogas, apoiando as soluções que respeitem os direitos sociais, a tolerância e o convívio com as diferenças humanas. Já o artigo de Araújo e Moreira, aproxima-se do uso de benzodiazepínicos e do processo de iatrogênia no âmbito da saúde pública brasileira, visto como decorrência das fragilidades e limites da relação entre profissional de saúde e paciente.

1.5. Contribuições das Ciências Sociais

Os estudos no campo das ciências sociais, além de mudanças na visão sobre o fenômeno, deslocam o foco da atenção das substâncias para os grupos de consumidores, para o contexto em que se dá a sua inserção e permanência no universo das drogas, para a dinâmica do seu consumo ou significações, assim como para as representações construídas em torno deste fenômeno. Diferenciando-se da pesquisa básica (da química, farmácia etc.), que segue investindo na experimentação em torno das substâncias e seus efeitos, ou dos estudos epidemiológicos, preocupados com a quantificação do fenômeno, parte destes estudos investem na abordagem etnográfica.

Apesar da valorização de enfoques multidimensionais manifestada em trabalhos epidemiológicos mais recentes, é preciso reconhecer, como adverte Edward MacRae (2004:33), os limites das metodologias quantitativas quando se trata de apreender os aspectos psico-socioculturais relacionados com o fenômeno das drogas. Tal constatação contrasta com o fato de que as metodologias quantitativas sigam sendo consideradas por muitos praticantes, no campo da saúde, como “as únicas verdadeiramente científicas”,

em particular por aqueles a “quem atualmente costuma-se atribuir a primazia do discurso legítimo sobre o tema”.

A contribuição das ciências sociais ao tema das drogas no Brasil encontra um divisor na tese de Gilberto Velho (1998: 57) defendida no início da década de setenta⁶. O uso de drogas é destacado, na sua obra, como "um fenômeno que é estrutural a todas as configurações etnográficas ou históricas". A partir dos conceitos de subcultura e contracultura, Velho lança luz sobre a construção social em torno do fenômeno das drogas, em particular, da imagem produzida em torno dos consumidores. Seu trabalho recorre à noção de desvio, formulada por Becker, para desvelar uma sociedade que tende “a traçar limites rígidos entre o normal e o anormal, o ajustado e o desviante, o típico e o atípico”. Um processo no qual certos comportamentos são classificados e cristalizados a partir de fronteiras absolutas. Nestes termos, a definição de *inadaptado* ou de *desviante*, acionada frequentemente para referir-se aos consumidores de drogas, filia-se a uma visão estática e pouco complexa da vida sociocultural. Posteriormente, Velho (1981) identifica, por trás da acusação de “drogado”, o intento de gerações mais velhas de exercerem controle social sobre as mais novas.

Paulatinamente, foram surgindo outros trabalhos afirmando o caráter histórico-social do fenômeno das drogas. Merece destaque a publicação de algumas coletâneas, a partir do final dos anos oitenta, reunindo ensaios e pesquisas empíricas de médicos, antropólogos e sociólogos, que se tornaram referência no campo das drogas. Encabeçando a lista, figura a publicação *Diamba Sarabamba* (1986), organizada pelo antropólogo paulista Anthony Henman e o filósofo Osvaldo Pessoa Jr.. A obra divide-se em duas partes: a primeira destaca o discurso médico e procura estabelecer as bases históricas do processo de criminalização da maconha no Brasil; a segunda parte apresenta os ‘argumentos libertários’ em prol da descriminalização do uso desta substância no Brasil apoiados em considerações sociais, jurídicas e culturais (1986).

Dois trabalhos merecem um destaque especial nessa coletânea. O primeiro é uma etnografia do próprio Henman, na qual ele descreve e analisa o uso da maconha entre os

⁶ Gilberto Velho é, por excelência, o antropólogo urbano brasileiro de maior notoriedade. A tese só foi publicada em 1987. A edição que foi consultada pelo pesquisador é a de 1998.

índios Tenetehara do Maranhão. Seu relato procura mostrar que o consumo da maconha neste grupo resulta de processos de socialização implícitos nas práticas cotidianas desta comunidade indígena. Henman constata que os problemas associados ao uso da maconha no meio rural maranhense são, principalmente, de ordem legal, que incluem além de prisões, situações de tortura. Seus dados desvelam que a produção de uma visão do uso problemático de drogas entre os índios maranhenses, incluindo uma suposta associação com o tráfico de maconha, está fortemente associada a uma complexa situação de fricção interétnica. Cabe destacar que a relação histórica entre drogas e racismo no Brasil é apontada também nos estudos de Adyala (1986), que revelam como o costume de fumar entre os negros assumia uma conotação pejorativa entre a elite brasileira, justificando ações repressivas e abusivas.

Henman ressalta, em seu texto, que o uso “não problemático” da maconha, observado entre os índios Tenetehara, não deve ser encarado como um caso singular. O autor enfatiza que os processos de ritualização no consumo da maconha se acham presentes em todas as camadas e classes sociais do Brasil. O segundo trabalho a ser destacado da coletânea referida é o do antropólogo Luis Mott. Seu texto apresenta uma reconstrução histórica da introdução e uso continuado da maconha no Brasil, lançando mão de arquivos históricos e vasta bibliografia. Uma importante contribuição do seu trabalho consiste na desmistificação do uso da *cannabis* entre os grupos afro-brasileiros.

Referindo-se a pesquisas de cunho histórico no campo das drogas, não podemos deixar de mencionar aqui as contribuições da obra de Henrique Carneiro para a elucidação da trajetória histórico-cultural das drogas no Brasil. Destaca-se, mais recentemente, a coletânea organizada por ele e R. Venâncio intitulada *Álcool e drogas na História do Brasil* (2005).

O tema da descriminalização das drogas, focalizando mais uma vez o modelo de prevenção baseado no paradigma da Redução de danos, é retomado na obra organizada por Alba Zaluar, *Drogas e Cidadania: Repressão ou Redução de Riscos* (1999). A coletânea reúne trabalhos da própria Zaluar, de Gilberto Velho, Antony Henman, Edward MacRae, entre outros. Na introdução da coletânea, Zaluar denuncia os efeitos

nefastos da fragmentação institucional, da centralização decisória e da burocratização dos serviços públicos brasileiros, enquanto fatores que têm contribuído para o desrespeito às garantias constitucionais que deveriam limitar a ação policial no país. São elencados, entre os exemplos deste desrespeito, os casos de “revistas humilhantes, provas plantadas, processos pelo porte de droga com a caracterização de crime de tráfico” que podem resultar em prisões injustas ou em extorsões ilegais.

No capítulo de sua autoria, Zaluar apresenta alguns achados de uma pesquisa realizada num bairro popular do Rio, através de depoimentos recolhidos entre indivíduos que, de algum modo, conviveram com “bocas de fumo”. Privilegiando o olhar sobre as relações entre os usuários e os policiais, o estudo identifica uma atuação indiscriminada da polícia no que se refere a usuários e traficantes. Contatou-se que a quantidade de droga apreendida não era um critério que guiava a ação policial. Esta era movida muito mais pela finalidade de “mostrar eficiência no trabalho”. A autora chama atenção para o fato que a indefinição que pairava em torno das denominações *porte*, *uso* e *tráfico* contribuem para ampliar o poder potencial da polícia no Brasil.

Ainda nessa obra, o artigo de Gilberto Velho traz algumas ponderações importantes para entender o contexto mais contemporâneo do problema das drogas no Brasil e para além de suas fronteiras. Por um lado, ele volta a afirmar os limites dos modelos explicativos baseados em premissas fisiológicas e psicológicas, conduzindo quase sempre a processo de rotulações e estigmatizações, mas, por outro lado, enfatiza que seria uma ingenuidade ignorar que o fenômeno das drogas insere-se em um sistema complexo de interesses políticos e econômicos filiados a redes de naturezas distintas de âmbito nacional e internacional. Ele questiona, assim, a visão que reconhece o uso rotineiro ou eventual de drogas como parte de um dado repertório cultural, sem que sejam consideradas as implicações de natureza econômica e política deste comportamento. Nos termos de Velho, ao tratarmos de droga lidamos com “um fenômeno cultural que apresenta a sua inevitável dimensão de poder” (Velho, 1999a: 27).

Seguindo trilha semelhante a Velho, o texto de Antônio Luiz Paixão (1999:144) situa as drogas enquanto problema ao mesmo tempo social e político, trazendo a tona, alguns dilemas ou fragilidades conceituais que permeiam seu enfrentamento, seja no campo da pesquisa social ou das políticas públicas. Segundo o autor, o grande desafio para a sociologia humana, ao abordar o tema das drogas, consiste em lograr “a articulação analítica dos elementos instrumentais (preço, poder e riscos) e simbólicos (rebeldia, anomia e normalidade) envolvida na simultaneidade de repressão legal, da mortandade de jovens e da network do poder dos traficantes”.

Cabe destacar, ainda, o capítulo do antropólogo Edward MacRae, o qual se tornou uma referência na abordagem sócio-cultural das drogas no Brasil, no qual se descreve a batalha pela legalização no interior do Conselho de (CONFEN) do uso da *ayahuasca*, substância de uso milenar entre populações indígenas e recentemente entre populações urbanas brasileiras. Seu trabalho evidencia o uso ritualístico e socialmente controlado da *ayahuasca* que reúne membros de comunidades religiosas identificadas com o santo daime.

MacRae, em parceria com Simões (2000), desenvolveram uma etnografia que descreve as “rodas de fumo” (maconha) entre jovens urbanos brasileiros (considerados socialmente integrados). Coincidindo com os achados de Norman Zinberg (1984), nos EUA, o estudo observou, no curso da carreira dos fumantes brasileiros observados, o estabelecimento de um crescente autocontrole sobre os efeitos e sensações proporcionados pela substância, chegando a uma plena integração à vida cotidiana. Por outro lado, no momento presente desta carreira, a roda de fumo deixava de ser importante ritual de controle, para ser substituída por sanções internalizadas, passando a ser comum o uso solitário. Neste sentido, o trabalho apontava para uma tendência, no Brasil, a internalização das “sanções sociais”, tornando mais raros os “rituais sociais”.

As complexas relações existentes entre drogas e violência são abordadas no trabalho de Minayo e Deslandes (1998:40). Valendo-se de estudos com base empírica e dos discursos correntes, o trabalho analisa os problemas conceituais e metodológicos relacionados ao estabelecimento de nexos causais, riscos e associações entre drogas e

violência. As autoras sublinham as dificuldades teóricas e práticas inerentes a este esforço de delimitação, fato que reforça a necessidade de investir-se no debate no campo da saúde pública e das políticas sociais. Destacam ainda, alguns desafios para o setor da saúde pública na abordagem do fenômeno, como “pensar e repensar social e politicamente” porque a droga é um assunto criminoso e sua relação com incremento da violência social. Outro desafio seria a concepção de um “quadro referencial para a reflexão e para a ação que incluísse ao mesmo tempo o indivíduo, o social e o ecológico”.

As dimensões sócio-estruturais e afetivas associadas com o fenômeno das drogas entre jovens nos grandes centros urbanos é abordada também nos trabalhos de Caldeira (1999) e Castro et al. (2005). Através de uma abordagem qualitativa, Caldeira (1999) focalizou usuários de drogas legais e ilegais de uma comunidade de baixa renda no Rio de Janeiro. Com base nas histórias de vidas registradas, ela concluiu que “as relações de afeto/autoestima, responsabilidade e limites”, vivenciadas no cotidiano familiar dos jovens, contribuíam de forma significativa para a adoção de comportamentos relacionados ao uso de drogas. As experiências dessas relações são apontadas, assim, como um importante fator de proteção, entre outros, contra a dependência de drogas.

Caldeira (op. cit.) conclui que, para que se entenda melhor o fato de que entre os consumidores de drogas uns se tornam dependentes e outros não, é necessário levar em consideração as experiências vividas pelas pessoas em seus cotidianos. Outra conclusão é de que a inexistência de uma situação de dependência em indivíduos que fazem uso eventual ou recreacional de drogas lícitas e ilícitas estaria associada a processos de singularização, que de algum modo funcionam como fator de proteção para que a dependência não se estabeleça. Em sintonia com o enfoque da redução de danos, a autora defende uma posição que admite o uso de drogas como um fenômeno que faz parte da nossa sociedade. Recomenda, por fim, que tanto a família, como a sociedade, aprendam a conviver com o consumo de drogas, desde que não represente um risco para a vida dos indivíduos, ainda que esta seja uma prática não convencional ou esperada.

Já a pesquisa de Castro et al. (2005) resulta de um estudo sociológico realizado com 1.300 jovens na região metropolitana do Rio de Janeiro. Para a maioria dos jovens entrevistados, a violência, a droga e o tráfico figuravam entre os principais problemas da juventude na atualidade. Viu-se assim destacada a associação violência-droga-tráfico, uma tríade que se constituía enquanto um problema pelo risco real que representava para os jovens, ou seja, uma limitação simbólica – representada no sentimento do medo que conforma os modos de viver e circular na cidade.

É interessante notar que, segundo o estudo, apesar dos jovens pesquisados considerarem que uso de drogas era uma opção de cada sujeito, esse uso era condicionado aos problemas que os jovens tinham e não podiam enfrentar, prejudicando inclusive as relações de amizade, os estudos e etc. Esse tipo de visão do problema, de senso comum, que vê o consumo de drogas como fruto de uma fuga ou de uma insatisfação, desconsidera a aceitação social das drogas legais entre os jovens, inclusive no meio familiar. Este último ponto já havia sido enfatizado antes por Caldeira (1999), que chamava a atenção para a importância das relações que os jovens estabelecem com suas famílias e ao grau de constituir um importante fator de proteção.

Considerando o panorama mais recente da produção científica no campo das drogas (últimos cinco anos), observa-se um leve incremento de publicações em revistas indexadas de artigos encabeçados por cientistas sociais ou pesquisadores de disciplinas diversas que atuam na interface ciências sociais e saúde coletiva no Brasil. Estudos exploratórios em torno de *significados, percepções e representações sobre drogas entre usuários ou comunidade em geral* ganham relevo no bojo desta produção.

Deslandes et al. (2002) procura apreender concepções de risco e de prevenção em usuários de drogas injetáveis (UDI) em cinco cidades que possuíam um determinado projeto de Redução de Danos. Foram consideradas as seguintes dimensões: riscos associados à prática injetável; risco e prevenção diante do HIV/AIDS. Três riscos foram relatados de forma predominante no grupo investigado: "pegar doenças", a "overdose" e a violência. Os autores destacam que os UDI portam uma visão particular do conceito de "compartilhamento" e lançam mão de estratégias diversas para lidar com os riscos

mencionados ou para minimizá-los. Constatou-se que, embora o grupo costumasse seguir as recomendações das campanhas de saúde, enfrentavam dificuldades decorrentes da adição.

Temática similar dirigida igualmente ao universo de UDI é identificada no trabalho de Piccolo e Knauth (2002). Trata-se de um estudo etnográfico que integrou equipe de Redução de Danos e antropólogos. A pesquisa analisou práticas e representações sociais de usuários de drogas relacionadas à AIDS, suas formas de infecção e prevenção, tanto em termos sexuais quanto do uso de drogas. O trabalho discute também implicações da implementação dos Programas de Redução de Danos entre os usuários de drogas injetáveis.

Laranjo e Soares (2006) analisaram o discurso de alunos de graduação de baixa renda, residentes em moradia estudantil universitária em São Paulo, sobre os processos de socialização e consumo de drogas. Tomou-se a moradia como um espaço de socialização juvenil. Foram destacadas duas concepções principais de prevenção ao consumo de drogas: *guerra às drogas* e *redução de danos*. Em relação ao uso de drogas na moradia, parte dos moradores ressalta a necessidade de menor tolerância ao consumo de drogas e outra parte destaca a importância de trabalho educativo, principalmente com os ingressantes.

No rol dos estudos sobre drogas e representações sociais, incluem-se ainda estudos que exploraram representações sociais acerca do uso da maconha entre estudantes universitários, comparando as visões de concluintes de cursos das áreas tecnológica, da saúde e jurídica (Coutinho, Araujo e Gonties, 2004) ou entre agentes comunitários de saúde (Araujo *et al.* 2006).

O papel ou a importância da família na problemática das drogas, já apontada entre os estudos epidemiológicos, são aspectos igualmente valorizados em trabalhos vinculados à abordagem sócio-cultural. Schenker & Minayo (2004), em um estudo de revisão, abordam duas fases no tratamento de adição às drogas: a do engajamento da família e da comunidade e a do tratamento dispensado ao usuário (adicto) de drogas.

Evidencia-se, através dos diversos estudos consultados, a necessidade do adicto ser atendido juntamente com a sua família, seja para obter um melhor entendimento do problema ou para desenvolver uma ação efetiva de prevenção. Os tratamentos referidos, em sua maioria, buscam o engajamento e retenção daquele que abusa da droga, seja através das figuras significativas da família que se preocupam com ele, seja trabalhando de forma terapêutica o contexto familiar sob a ótica sistêmica.

As autoras concluíram que os tratamentos que envolvem a ecologia do jovem que consome drogas de forma abusiva seriam mais sensíveis na apreensão da complexidade inerente ao fenômeno da dependência. Entretanto, segundo as autoras, em todas as abordagens citadas, “ainda se atrela à epistemologia mais antiga do pensamento sistêmico ao pretender trabalhar habilidades e operacionalizar condutas da família” deixando de considerar a “formação dos vínculos familiares”, assim como o “terapeuta na produção de qualquer material junto com a família” (2004:659). Em publicação posterior sobre risco e proteção associada ao consumo de drogas, aponta-se que a hipótese de interdependência entre os contextos “individual, familiar, escolar, grupo de pares, midiático e comunidade de convivência” seria mais acertada para explicar a dinâmica risco e proteção neste caso (Schenker e Minayo 2005:77).

Já no caso do trabalho realizado por Farias e Furegato (2005), o objetivo era conhecer significados manifestos e latentes da vivência dos usuários de drogas integrantes de um grupo de auto-ajuda. Através da associação de entrevistas e Técnica Projetiva (desenho livre e com tema), foram abordados trinta dependentes de substâncias químicas, cuja abstinência variava de um mês a três anos. Os resultados demonstraram a existência de desestruturação familiar, ressaltando-se ainda dois fatores básicos na história de relação dos jovens com as drogas: o estigma e as relações sociais.

Entre os achados destacados, merece menção a importância atribuída ao papel do pai. Os autores assinalam que vários usuários investigados tiveram ou tinham pais, mas não puderam introjetar uma figura paterna estável. Na ausência de um modelo de pai com o qual pudessem se identificar, estes indivíduos tornaram-se psicologicamente órfãos. Nos relatos obtidos pelos autores, as famílias dos usuários aparecem como permissivas,

“com pais omissos ou agressivos, alcoolistas e mães vítimas amorosas e, na sua maioria, coniventes com o uso de drogas, “uma vez que, para minimizar suas dores”, consumiam substâncias psicoativas legais como medicamentos ansiolíticos bastante populares entre mulheres que sofrem de depressão.

Farias & Furegato (2005) ressaltam ainda que, a despeito do fato de esperar-se que a família propicie as condições de desenvolvimento biopsicossocial ao indivíduo desde o seu nascimento, temos que compreender a família como uma instituição mutável, que se organiza de acordo com os padrões culturais estabelecidos pela sociedade, absorve esses padrões culturais e os transmite para os seus membros. Os fatores de sobrevivência de cada um têm origem na família, como esteio, referência e fonte formadora de comportamentos. São as representações sociais permeando o cotidiano das pessoas na sociedade.

Gonçalves (2005), tendo como base dados de pesquisa acerca da violência familiar no Brasil, realizada anteriormente pela autora, sugere que o espaço doméstico não é caixa de ressonância, mas lugar organicamente articulado ao social, recebendo sua influência e produzindo efeitos sobre ele. O discurso de trinta mães entrevistadas indica o uso amplo da punição corporal com propósitos disciplinares. As entrevistadas defendem essa prática quando regulada por limites ditados pela cultura. A essas formas punitivas, aplicadas segundo os parâmetros que as regulam, as mães recusam dar o rótulo de violentas. Elas discordam, assim, da interpretação dominante que se atribui ao uso da força.

As mães entrevistadas, revelando maior preocupação com a violência na rua do que com os excessos disciplinares domésticos, nomeiam uma violência que “está em todo lugar e faz com que se mate por um real, ou por nenhum”. Elas invocam a atração que a marginalidade fora de controle exerce sobre o jovem e o apelo contemporâneo pela afirmação da singularidade e da diferença como armadilhas da convivência entre estranhos, enquanto características incontornáveis da vida na cidade. Reconhecendo que é impossível negar a liberdade, e que seus filhos cedo ou tarde serão confrontados com

os desafios da cidade, as mães entendem que a tarefa de educar tem como propósito central “a boa formação, o caráter, a cabeça forte” (Gonçalves, 2005:214).

No caso específico da alusão à *boa formação*, a investigadora conclui que o seu sentido não se restringe à obediência no espaço doméstico. Em realidade, remeteria, principalmente, ao comportamento adequado no espaço externo. Diz respeito, por exemplo, ao tratamento respeitoso que deve ser dispensado aos mais velhos ou a escolha adequada das amizades. Espera-se, neste último caso, que os filhos sejam capazes de se esquivar dos grupos envolvidos com drogas, criminalidade ou qualquer forma de violência. Em suma, o rol de problemas a serem evitados pelos jovens, elencados pelas mães, indica a preocupação com a reconstrução da sociabilidade no espaço público. Vale destacar, como assinala a autora, que apesar das tentativas de identificação de situações do mundo que poderiam trazer danos à saúde de seus filhos, muitas vezes as famílias não percebem a violência no âmbito interno, em casa.

A preocupação com as informações veiculadas sobre drogas na mídia brasileira é outro elemento privilegiado na produção da última década. São trabalhos que procuram desvelar as ideologias subjacentes aos textos e imagens veiculadas e demonstram que prevalece um discurso de caráter moralista em que a droga assume dimensões demoníacas e aterrorizantes (Trad, 2004; Ribeiro et al., 1998). O estudo de Marinho (2005) problematiza as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas (campanhas de prevenção - governamentais e não governamentais - ao uso de drogas lícitas e ilícitas), destacando sua importância na produção de significados sobre o fenômeno das drogas.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

O marco teórico se estrutura através do diálogo com alguns autores que propuseram conceitos-chave para a compreensão do objeto de estudo e/ou ofereceram as bases para a produção de um modelo compreensivo sobre drogas capaz de apreender a complexidade do fenômeno, contrapondo-se assim às explicações deterministas simplificadoras. Como ponto de partida, apresenta-se a análise de Chartier sobre *representações e práticas sociais*, vistas desde a perspectiva da *história cultural*. As formulações deste autor proporcionaram uma perspectiva de análise bastante útil da trajetória histórica da construção do problema das drogas no Brasil. Na sequência, a incorporação das noções de *processo civilizatório* e de *configuração* estabelecidas por Norbert Elias. A primeira nos ajuda compreender a posição do Estado na construção da hegemonia de um modelo de comportamento e práticas sociais, a rigor determinada pelas elites dominantes, em detrimento dos anseios ou idiossincrasias dos grupos minoritários.

No caso brasileiro, o projeto de construção de uma sociedade moderna e civilizada iniciado na primeira república, tendo como referência os padrões europeus, teve como consequência a exclusão e marginalização de grupos sociais que não se enquadravam nos ideais civilizatórios de então. Como veremos mais adiante, no capítulo IV, o processo de regulação das drogas pelo Estado e as representações sociais em torno do tema no Brasil, repercutem claramente este fato. Quanto ao conceito de configuração, é a partir dele que se analisam as condições (macro e micro estruturais) que contribuem para uma relação mais ou menos problemática que os indivíduos estabelecem com as drogas ao longo de sua trajetória de vida.

A sociologia do *desvio social* de Howard Becker constitui a terceira referência a ser destacada na delimitação da moldura teórica da pesquisa. A obra deste autor pode ser situada entre as produções pioneiras na produção de um modelo compreensivo alternativo sobre o fenômeno das drogas. Ao analisar como se constrói o lugar social

dos usuários e consumidores de drogas dentro e fora de suas redes sociais, Becker antecipou uma série de questionamentos sobre as visões hegemônicas sobre drogodependência e outras categorias associadas com o tema das drogas.

No eixo central do marco teórico do estudo, situamos os postulados de Oriol Romaní. O conjunto de sua obra oferece elementos valiosos para compreender a multiplicidade de fatores que mediam o fenômeno das drogas, aliando dimensões sócio-estruturais, subjetivas e simbólicas que envolvem os consumidores e os contextos sócio-culturais onde estão imersas com suas dinâmicas particulares. Sobretudo, encontramos em Romaní uma recusa a respostas e esquemas simplistas frente ao problema, baseado em modelos lineares de causa-efeito. Alguns de seus conceitos e construtos são, particularmente, úteis no presente estudo, com destaque as reflexões e questionamentos em torno das *representações sociais do fenômeno* e do *conceito de dependência* e as proposições relativas aos *processos assistenciais* e *controles sociais informais* no uso de drogas. Por fim, os quatro autores, Norbert Elias, Roger Chartier, Howard Becker e Oriol Romaní estão de acordo que as práticas cotidianas são construídas a partir da tensão entre visões e interesses de diferentes coletivos sociais.

2.1. História cultural e Representações Sociais em Chartier

Nas últimas décadas a história do Brasil tem sido reescrita por abordagens que trazem a tona a história da vida privada, dos movimentos populares urbanos, da resistência negra e etc.. Nos domínios da *Nova História*, historiadores e antropólogos, opondo-se a “história tradicional”, que previamente considerava a realidade abordada como imutável, passaram a compartilhar a idéia de que “a construção da realidade é social ou cultural, sujeita a variações, tanto no tempo quanto no espaço” (Burke, 1992:11). Com o novo enfoque a prioridade passou a ser as relações e tensões que constituem a sociedade, partindo do pressuposto de inexistência de práticas ou estruturas que não sejam produtos de representações contraditórias e em permanente confronto de indivíduos e grupos a partir de suas referências societais. Como destaca Roger Chartier:

“A história em seus últimos desenvolvimentos mostrou, de vez, que é impossível qualificar os motivos, os objetos ou as práticas culturais em

termos imediatamente sociológicos e que sua distribuição e seus usos numa dada sociedade não se organizam necessariamente segundo divisões sociais prévias, identificadas a partir de diferenças de estado e de fortuna. Donde as novas perspectivas abertas para pensar outros modos de articulação entre as obras ou as práticas e o mundo social, sensíveis ao mesmo tempo à pluralidade das clivagens que atravessam uma sociedade e à diversidade dos empregos de materiais ou de códigos partilhados” (Chartier, 1991:1511).

Estabelecendo uma analogia com o processo de construção das representações sociais sobre drogas no Brasil, bem como, da trajetória das políticas de drogas no país, parte-se da hipótese de que as representações sociais sobre o fenômeno das drogas, as práticas de controle social ou mecanismos de regulação estatal são elementos interdependentes. Focalizando, particularmente, a questão da clivagem social no caso brasileiro, é conveniente ampliar o ângulo de análise para além do tema das drogas. As pesquisas do historiador baiano João Reis sobre as relações sociais durante o período brasileiro da escravidão revelam que as práticas e manifestações culturais dos negros baianos e brasileiros em geral são fruto de um longo processo de conflitos entre dominantes e dominados, uma “resistência silenciosa” de seus hábitos na África:

“Fazendo alianças com libertos, crioulos, escravos, e mesmo brancos, ou procurando esconder-se atrás das costas largas dos seus senhores, os escravos afirmavam seu direito de tocar, dançar, cantar e brincar em homenagem a seus deuses, sem intromissão da polícia. Poucas instituições desenvolveram e aperfeiçoaram como o candomblé a sabedoria da negociação escrava” (Reis, 1988:8).

Do ponto de vista dos dominantes (o colonizador europeu branco) os negros, mestiços ou grupos étnicos eram encarados como “castas perigosíssimas”. Desta forma, autorizadas pelas classes dominantes, portadoras desta visão, juízes e autoridades policiais proibiam e reprimiam os cultos religiosos sempre que considerassem essas práticas religiosas como perigosas para a ordem escravista. Como observou Reis (1988), as autoridades levavam em conta que por trás de tais práticas, existia também a conspiração para os levantes e fugas de escravos. Ao mesmo tempo, os homens livres em geral temiam as revoltas, terminando por fazerem concessões aos dominados. A relação ambígua entre o Estado e a população afro-descendente das capitais brasileiras se acirrou também no contexto republicano da *Belle Époque*, em que as instituições públicas tinham como referência o

modelo civilizador desenvolvido em países como França, Inglaterra, Estados Unidos. Nesse, em Salvador, foram reprimidos os costumes e práticas cotidianas da população afro-descendente. Desde o campo social, quando as mulheres que usavam vestido sem espartilho (a grande maioria das negras e mestiças), eram vistas como “vadias”, até o campo da saúde, onde a psiquiatria equiparou o “transe” do candomblé e os efeitos da maconha ao estado de loucura, legitimando o retorno das escaramuças policiais aos “terreiros” e a perseguição da maconha antes mesmo da proibição oficial.

Cabe destacar aqui, a importância que Chartier (1997, 1991) atribui aos esquemas geradores dos sistemas de classificação e de percepção como verdadeiras "instituições sociais". A incorporação das divisões da organização social enquanto representações coletivas permite que estas sejam vistas como matrizes de práticas construtoras do próprio mundo social. Esse retorno a Marcel Mauss e Emile Durkheim e à apropriação da noção de "representação coletiva" possibilitam a articulação de três planos de relações:

- a) de classificação e de divisão produzido pelas configurações intelectuais múltiplas, por meio das quais a realidade é produzida de maneira contraditória pelos diferentes grupos que compõem a sociedade;
- b) das formas institucionalizadas e objetivadas graças às quais `representantes` (instâncias coletivas ou pessoas singulares) marcam de maneira visível e perpetuada, a existência do grupo, da comunidade ou da classe;
- c) das práticas que visam a fazer reconhecer uma identidade social, exibir uma maneira própria de estar no mundo, significar simbolicamente um estatuto e uma posição.

A partir desta compreensão, Chartier (ibidem) vislumbra uma dupla via interpretativa. Uma primeira que concebe a construção das identidades sociais como resultando sempre de uma relação de força entre as representações impostas pelos que detêm o poder de classificar e de nomear contraposta à definição de aceitação ou de resistência que cada comunidade produz a respeito de si mesma. A segunda via considera o recorte social objetivado com base na tradução do valor conferido à representação que cada grupo dá de si mesmo. Em outras palavras, sua capacidade de fazer reconhecer sua existência a partir de uma demonstração de unidade. Nestes termos a história cultural centra seu trabalho nas tensões entre distintas representações, sendo necessário compreender seu ordenamento, ou antes, a hierarquização da própria estrutura social. A partir desta perspectiva ela se

distingue claramente de uma história social dedicada exclusivamente ao estudo das lutas econômicas. Seu olhar sobre o social dirige-se, principalmente, para “as estratégias simbólicas que determinam posições e relações e que constroem, para cada classe, grupo ou meio, um ser-percebido constitutivo de sua identidade” (Chartier: 1991,1510).

Barros (2004:82), por sua vez, destaca que as noções complementares de “práticas”, “representações” e “apropriação” apresentadas por Chartier, permitem examinar uma multiplicidade de elementos de uma sociedade: “objetos culturais, sujeitos produtores e receptores, a produção e difusão”, o suporte a estes processos e sujeitos culturais, as normas sociais relativas à produção e consolidação de valores e costumes culturais. Essa noção de “apropriação” apresenta as representações sociais como resultado de “um campo de concorrências e competições cujos desafios se enunciam em termos de poder e de dominação” (Chartier, 1990:17). Em meio a esses embates, geram-se as apropriações possíveis das representações construídas pelos grupos, partidos, associações e etc., segundo os interesses, motivações e necessidades político-sociais.

Entendendo que o fenômeno das drogas é marcado pela diversidade de significados, modalidades de uso ou da reação frente ao uso, que se expressa em diferentes sujeitos e domínios sociais, a articulação entre os três elementos propostos por Chartier - representações, práticas e apropriação – revela-se especialmente útil no manejo do objeto de estudo proposto nesse trabalho.

Destacam-se ainda algumas advertências de Chartier (1997) que remetem às relações entre discursos, práticas e contexto social:

1. não deve se reduzir as práticas que constroem o mundo social à racionalidade que rege os discursos, já que a lógica que orienta o funcionamento das instituições e relações não é a mesma lógica que orienta a produção dos discursos e relações de poder;
2. os interesses ou fatos levantados pelos discursos são peculiaridades de cada grupo, comunidade e classes que compõem o mundo social, sendo determinados e limitados pelos conceitos e recursos materiais disponíveis aos sujeitos dos discursos.

Certamente, é importante levar em consideração as críticas presentes na literatura quanto ao uso indiscriminado e pouco criterioso do conceito de representações sociais. Herzlich (1991) reúne um conjunto de considerações acerca do manejo desta categoria, sublinhando que a representação social constitui uma realidade que se impõe ao indivíduo, que se expressa mais como interpretação e questão de sentido do que como decorrência de uma construção coerente de um saber específico. Ela recomenda que o pesquisador deva compreender a representação como uma construção da realidade e não como simples reflexo desta. É algo que transcende o indivíduo, sendo necessário, portanto, apreender a lógica comum subjacente ao discurso, ou seja, o código compartilhado.

2.2. Processo civilizatório e controle social em Norbert Elias

A violência, o poder e o autocontrole são temas centrais na obra de Norbert Elias, com destaque para a tensão entre os diferentes interesses coletivos no campo das relações sociais, envolvendo o poder e a hegemonia de distintos comportamentos na sociedade ocidental. Tendo como pano de fundo a evolução do Estado-nação, o autor aborda o controle da violência, o autocontrole das emoções e os afetos humanos a partir das representações sociais e da pesquisa empírica e histórica das práticas cotidianas das classes sociais em obras como *O processo civilizador*, vols. 1 e 2, *A sociedade da corte, Os estabelecidos e os Outsiders* (2000).

Debruçando-se sobre a educação, as normas e regras sociais desenvolvidas no âmbito da nobreza francesa e inglesa, o autor analisou as mudanças que ocorreram durante o feudalismo no campo dos conflitos sociais, quando o controle individual da disposição para a violência começou a superar o modelo tradicional, baseado no enfrentamento físico. Procurando distanciar-se das teorias sociológicas liberais do início do século XX que atomizavam o indivíduo e daquelas outras que preconizavam que a sociedade se impunha ao indivíduo, Elias desenvolveu uma metodologia própria, privilegiando a visão interdisciplinar dos processos sociais, valorizando a observação empírica dos fenômenos sociais sem se esquecer de situar os fatos numa visão histórica de longa duração.

De acordo com Loïc Wacquant (2008), o conceito de processo civilizatório proposto por Norbert Elias refere-se à longa transformação das relações interpessoais, dos gostos, dos modos de comportamento e do conhecimento que acompanha a formação de um Estado unificado, capaz de monopolizar a violência física na totalidade de seu território e, assim, progressivamente pacificar a sociedade. Esse processo pode ser analiticamente decomposto em quatro níveis. O primeiro é uma modificação estrutural das relações sociais, da forma de densidade das “figurações” sociais, que se manifesta tanto no momento da divisão do trabalho quanto no prolongamento e multiplicação das redes de interdependência e interação entre indivíduos e grupos. Em segundo lugar, o processo civilizador distingue-se, para Elias, por uma série de mudanças associadas a modos e estilos de vida: a repressão e a privatização de funções corporais; a institucionalização e a difusão de formas de cortesia; e o aumento da identificação mútua que leva a um declínio da violência interpessoal.

Uma terceira família de transformação trata da estrutura *habitus*, isto é, os esquemas socialmente constituídos que geram o comportamento individual: nesse nível, nota-se um aumento da pressão no sentido de racionalização da conduta (particularmente pela elevação do patamar de vergonha e constrangimento), bem como do distanciamento sociocultural entre pais e filhos; com a domesticação da agressão, o autocontrole torna-se mais automático, uniforme e contínuo, além de governado mais pela censura interna do que pelas restrições externas. A quarta e última transformação atinge os modos de conhecimento, cujo conteúdo fantasmático regride à medida que se afirmam os princípios da neutralidade cognitiva, e da congruência com a realidade. A originalidade da análise de Elias não está apenas em associar essas várias mudanças entre si, mas está, acima de tudo, em mostrar que são intimamente vinculadas ao controle crescente do Estado sobre a sociedade. (Wacquant, 2008:34/35).

Parte da obra de Norbert Elias reflete o esforço por construir conceitos eficazes para traduzir o movimento constante e processual dos indivíduos em sociedade (Sallas, 2001). Propondo “revelar a ordem subjacente às mudanças históricas, sua mecânica e mecanismos concretos”, a interpretação que Elias fez do processo civilizatório ocidental revelou um crescente domínio da vida afetiva e do autocontrole, como uma forma de

comportamento distinto ao popular ou vulgar, que marcaram a transição da Idade Média e o advento da sociedade cortesã (Elias, 1994:16). Se antes, a distinção social entre nobreza e campesinato era demonstrada pelo poder das armas, com o advento da burguesia e o incremento da competição social, os nobres buscaram outros meios de distinção social, como a vestimenta, a linguagem. Inclusive no uso de substâncias estimulantes encontramos uma situação de oposição e diferenciação entre nobreza e burguesia. Schivelbusch (1995), analisando a história dos estimulantes na Alemanha, destaca a importância da rivalidade entre as classes que se refletia inclusive no consumo de bebidas como o chocolate e o café. Neste embate, o chocolate teve a preferência da nobreza alemã, que desprezou o café, bebida que usualmente era consumida pela burguesia alemã.

Para Norbert Elias, as situações acima ilustram as ligações entre as mudanças na organização estrutural da sociedade, associada às mudanças na estrutura de comportamento e na constituição psíquica. As questões analíticas resultam em uma preocupação com a mudança, para a percepção da realidade como algo móvel e de que há uma *ordem* subjacente às mudanças históricas. Um de seus conceitos-chave é a noção de “configuração” ou de rede de interdependência formada pelos atores sociais, que será particularmente útil para responder a questão a respeito dos elementos que concorrem para que os sujeitos se insiram no contexto do consumo de drogas de modo mais ou menos problemático. Opondo-se a imagem do homem como “personalidade fechada”, Elias (1994:249) trabalha com o ideal de “personalidade aberta”, do indivíduo que possui “um maior ou menor grau (mas nunca absoluto ou total) de autonomia face a de outras pessoas e que, na realidade, durante toda a vida é fundamentalmente voltada para outras pessoas e dependente delas.

Em realidade a noção de configuração está inexoravelmente vinculada à formulação de Elias sobre determinação. Como assinala Sérgio Miceli (2001:117), o ponto de partida de Elias para a questão da determinação está na análise da ligação entre os diversos domínios da vida social, a economia, a sociedade, a política, a cultura. Ele oferece assim, enfatiza Miceli (op. cit.), uma perspectiva de análise em que são encadeadas as forças relativas às diferentes classes, grupos, instituições; todos estes

elementos constitutivos de uma dada formação histórica. A potência de seu modelo analítico sobre determinação vai mais além:

“Na medida em que ele desloca a questão da determinação para o âmbito da análise, até mesmo a nomeação das diferentes instâncias passa a depender de uma apreensão circunstanciada das lutas sociais, vale dizer dos móveis de concorrência bem como dos sentidos que dão liga à interação das principais forças em confronto. Essa dinâmica das inter-relações e interdependências tem como lastro a reconstrução morfológica dos diversos domínios, com ênfase nas definições contrastantes formuladas pelos grupos e facções, nas valências com impacto psico-afetivo, buscando-se recuperar as linguagens e os demais supores expressivos com que os integrantes de uma determinada formação reconhecem e representam a si mesmos e ao mundo externo – inferiores e superiores, iguais e rivais -, montando-se, por tais perspectivas intrincadas, uma espécie de xadrez hierárquico das relações sociais” (Miceli, 2001:118).

Para facilitar o entendimento da complexidade do lugar que ocupa a violência no processo civilizatório na perspectiva de Norbert Elias, Neiburg (2001) discute dois de seus instrumentos: A generalização da análise relativa às relações entre os grupos *established e outsiders*, modelo que foi formulado nos anos 60, a partir de um estudo que Elias e Scotson (2000) realizaram em uma comunidade inglesa. O estudo teve como ponto de partida um problema geral associado a altos índices de delinquência juvenil, os pesquisadores foram levados a refletir sobre questões que dizem respeito à própria sociedade.

No centro de suas discussões estavam as relações de poder e de *status* no interior de uma comunidade. A investigação os levou a buscar explicar o porquê das diferenças de *status* e poder, enfrentando os desafios e limitações de um trabalho empírico num determinado microcosmo. O objetivo era compreender os princípios de diferenciação social que dividia os moradores do povoado e faziam que os as famílias e os indivíduos de status mais elevado fossem representados como melhores, enquanto que sobre os indivíduos e famílias de status mais baixo, pesavam todos os estigmas associados à anomia (delinquência, desintegração, falta de coesão) – estigmas esses que existiam também nas consciências dos dominados, pois eles próprios sentiam-se inferiores.

Este trabalho possibilitou a validação de seu modelo teórico – o modelo das configurações – em um estudo empírico, ao retomar os problemas levantados por ele em outras obras, como *O Processo Civilizador* e *A Sociedade de Corte*. Suas reflexões sobre o poder e a relação entre indivíduo e sociedade estão marcadas por essa perspectiva. O conceito de configuração se refere a um padrão mutável criado na relação entre indivíduos em sociedade. Eles podem ser considerados como jogadores vistos pela totalidade de suas ações nas relações que mantêm entre si, formando uma teia flexível de tensões. As configurações se formam necessariamente pela interdependência dos indivíduos em sociedade e podem ser marcadas por uma figuração de aliados ou de adversários.

Ao tematizar as relações entre indivíduo e sociedade, Norbert Elias crítica as teorias atomísticas e holísticas que sugerem a existência de indivíduos isolados ou de um ‘todo social’, uma ‘realidade última’ pairando acima de todos os seres humanos. As configurações de seres humanos interdependentes têm duas características fundamentais na obra de Elias: são modelos didáticos que devem ser interpretados como representações de seres humanos ligados uns aos outros no tempo e no espaço; e servem para romper com as polarizações clássicas dentro da sociologia, que tendem a pensar o ‘indivíduo’ e a ‘sociedade’ como formas antagônicas e diferentes.

Na pequena comunidade de Winston Parva, Elias e Scotson encontram uma determinada configuração marcada pela existência de um grupo de moradores antigos da comunidade que se colocavam como pessoas de valor humano mais elevado que o dos moradores do “loteamento” construído em época mais recente e, por isso, estigmatizados pelos primeiros. Nas suas referências a “estigma, evitações ou medo do contágio” que marcam as relações entre estabelecidos e outsiders encontramos aqui pontos de convergência entre Elias e Becker. Um detalhe importante dessa pesquisa foram os indicadores sociológicos usuais encontrados nos dois grupos sociais, eles eram bastante semelhantes, sendo que, uma das poucas diferenças era a antiguidade de um grupo em relação ao outro. Ao final, os pesquisadores perceberam que existia uma relação de complementaridade e de conflito, e que a rejeição entre eles era um elemento essencial na definição da identidade de cada um dos grupos. Analisando a realidade

dessa comunidade, os autores perceberam que existia um tabu imputado aos grupos *outsiders*, e que, quando o diferencial de poder é grande e a submissão inelutável, (*os outsiders*) vivenciavam afetivamente sua inferioridade de poder como um sinal de inferioridade humana. No bojo deste processo, eles identificam uma constante universal:

“O grupo estabelecido (...) excluía todos os membros do outro grupo de contato social não profissional com seus próprios; e o tabu em torno desses contatos era mantido através de meios de controle social como a fofoca elogiosa no caso dos que o observavam, e a ameaça de fofocas depreciativas contra os suspeitos de transgressão” (Elias e Scotson, 2000:20).

O cenário apresentado por Elias pode ser considerado análogo às relações que se estabelecem no caso brasileiro entre a elite ou a classe média e a população que habita nas favelas. Em particular quando o tema em foco é a violência. Neste sentido, concorda-se com Sallas (2001) que a análise empreendida por Elias no caso de Parva pode iluminar pesquisas que abordem temas como sociabilidade juvenil e violência por apresentar um caminho alternativo ou outro olhar para os dados estatísticos e quantitativos já consolidados. Dados que não refletem a pluralidade de seres humanos e a complexidade de suas interdependências. Sallas destacando, particularmente, a realidade da sociedade brasileira, na qual o problema associado à delinquência parece ter praticamente assumido a face triste e rebelde de jovens bandidos. Caberia ressaltar que o envolvimento com as drogas, seja no papel de consumidor ou, principalmente, de traficante, constitui a chave explicativa comumente acionada para explicar o fenômeno da violência no país.

2.3. Desvio social: contribuições da teoria do desvio social de Howard Becker ao fenômeno das drogas

Questionando as concepções de “desvio” presentes nas pesquisas sociológicas, Becker propôs uma nova interpretação a respeito do que se considerava ser um “comportamento social patológico”. Para desenvolver suas pesquisas sobre desvio social, elegeu entre seus objetos de estudo, além dos músicos da noite de Chicago e dos estudantes universitários, grupos de usuários de drogas ilegais como a maconha. A

partir da abordagem interacionista, Becker abriu uma nova via na abordagem do uso de drogas no âmbito da sociedade contemporânea. Em *Outsiders*, o autor reúne uma série de trabalhos realizados ou publicados na década de cinquenta abordando o tema do desvio social. Inclui-se nesta obra resultados de estudos etnográficos sobre o uso de maconha entre músicos de jazz e discussão acerca da categoria que nomeia a obra. *Outsider* é definido como uma “etiqueta” que pode ser atribuída a uma série de grupos, cujo comportamento seja considerado como desviante pela sociedade “normal”. Vale ressaltar que o debate sobre desvio social e suas implicações em Becker extrapolam o universo de usuários de drogas:

“Si consideramos a todas las personas y organizaciones involucradas en un episodio de comportamiento potencialmente desviado, descubrimos que esa supuesta mala acción no es el único ingrediente de la actividad colectiva en curso: la trama es enrevesada, y en ella las acusaciones juegan un papel crucial. De hecho, Erikson (1966) y Douglas (1970), entre otros, han definido el estudio de la desviación esencialmente como el estudio de la construcción y reafirmación de los contenidos morales de la vida social cotidiana. Algunos de los principales actores de este drama no participan de la comisión de la mala acción en sí, sino que más bien se presentan como agentes del cumplimiento de la ley o la moral”. (Becker, 2009:202)

Para ele, o problema não seria de ordem técnica se não teórica. Criticando a noção de desvio social centrada no patológico, Becker (1963) argumenta que a *desviação* não é algo relativo ao indivíduo isolado e singular e sim resultante de um processo prévio de definição de regras válidas de conduta, cuja transgressão pode resultar em processos de marginalização do desviante. A partir destes postulados, ele criticou funcionalistas-positivistas como Parsons e Merton, por desconsiderarem as dimensões políticas que incidem sobre as decisões coletivas a respeito do que é correto ou não em uma dada sociedade.

Em efeito, uma contribuição importante de *Outsiders* reside no reconhecimento de que a oposição entre o comportamento aceitável socialmente e a rotulação do que é “desviante” é resultado de um campo de disputa de poder. As relações de poder, diferenciadas e analisadas a partir da distinção entre grupos sociais dominantes e grupos dominados, estabelecem assim verdadeiras “subculturas” no âmbito da sociedade

moderna. Em suas pesquisas, que tinham uma perspectiva essencialmente etnográfica, Becker demonstra que os comportamentos desviantes despertam a reação da sociedade que deseja punir os grupos identificados como transgressores ou, numa via alternativa, enquadrá-los através de estratégias pedagógicas. Quanto aos grupos desviantes ou *outsiders*, Becker (1993) chama atenção para o fato que, embora estes construam regras próprias de condutas, de forma consciente ou não, se incomodam com as leis socialmente acordadas. Trazendo a discussão para o tema das drogas, Becker (id. *Ibidem*) enfatizou que os contextos sociais, políticos e culturais desempenham um importante papel nos próprios padrões de uso, assim como na determinação de muitas das suas conseqüências.

Em um trabalho posterior - *Uma teoria da ação coletiva* (1977), Howard Becker aborda outra vez o tema das drogas. Nesta obra o autor procura afirmar a importância da tríade indivíduo-contexto-substância para o entendimento do fenômeno das drogas em detrimento do modelo hegemônico da bio-medicina:

“Os cientista não mais acreditam que uma droga tenha uma ação fisiológica simples, essencialmente igual em todos os seres humanos. Evidências experimentais, antropológicas e sociológicas convenceram grande parte dos observadores de que os efeitos de uma droga variam muito, dependendo de variações na fisiologia e psicologia das pessoas que as tomam, do estado em que a pessoa se encontra quando ingere a droga e da situação na qual ocorre a ingestão da droga. Podemos entender melhor o contexto social das experiências com drogas mostrando como seu caráter depende da quantidade e tipo de conhecimento a que a pessoa que toma a droga tem acesso. Desde que a distribuição do conhecimento é uma função da organização social dos grupos nos quais as drogas são usadas, as experiências com drogas variam de acordo com as variações na organização social" (Becker, 1977:181).

Becker reafirma neste trabalho a importância do autocontrole e dos controles sociais para o agravamento ou não da saúde dos usuários de drogas, questionando assim o conceito vigente de drogodependência (uma visão bastante convergente com aquela apresentada por Romání, como veremos mais adiante). Ele analisa como o **conhecimento** sobre as substâncias entre os usuários pode influenciar os rituais de uso, os efeitos do consumo, assim como, a **interpretação** sobre o conjunto da **experiência**. É destacado na sua análise o modo diferenciado como consumidores de drogas, lícitas

ou não, reconhecem e avaliam os seus efeitos e como as orientações prévias relativas aos efeitos potenciais podem influenciar esta conduta:

“Quando uma pessoa ingere uma droga, sua experiência subsequente é influenciada por suas idéias e crenças sobre aquela droga. O que ela sabe sobre a droga influencia a maneira como ele a usa, a maneira como ela interpreta seus efeitos múltiplos e responde a eles, e a maneira como ela lida com as conseqüências da experiência”. (Becker, 1977:182)

“O conhecimento de um consumidor de drogas, se adequado, deixa-o identificar efeitos colaterais não desejados e lidar com eles de uma forma que ele considere satisfatória. Um consumidor que se concentra num efeito principal desejado (alívio de uma dor de cabeça) pode não observar um efeito colateral desagradável (irritação gástrica) ou pode não relacioná-lo com o uso que fez da aspirina. Ele interpreta sua experiência de maneira adequada se aqueles que o preparam para os efeitos principais da droga lhe ensinarem igualmente os prováveis efeitos colaterais e como lidar com eles” (Becker, 1977:187).

Ampliando assim algumas idéias introduzidas anteriormente, Becker (1977) volta a valorizar a análise sobre o cenário em que as drogas são consumidas, como elemento imprescindível para compreender os seus “efeitos específicos”. Ele lembra a utilidade de se reconhecer neste cenários os fatores capazes de interferir na decisão de tomar uma droga ou não. São ressaltadas mais uma vez o papel que assume neste processo as relações de poder e os conflitos envolvendo o uso de drogas. Elementos que repercutem sobre os controles sociais informais e formais associados a este comportamento, seus efeitos e conseqüências. Estabelecendo uma comparação entre diferentes contextos de uso de drogas, Becker observa que:

“No uso ilícito de drogas, os efeitos da experiência com drogas dependem dos laços sociais e entendimentos culturais que surgem entre aqueles que usam a droga. (...) Quando o uso de drogas é imposto às pessoas, os resultados refletem o exercício unilateral do poder no interesse da parte mais forte” (Becker, 1977: 202).

Becker, ao pesquisar os músicos usuários de maconha de Chicago, em diversos momentos abordou situações de autocontrole levadas a cabo pelos consumidores, que por sua vez passavam por um aprendizado social para que os efeitos pudessem ser obtidos, reconhecidos e apreciados pelo grupo. Outra constatação foram os mecanismos

de controles sociais dentro dos grupos de usuários de drogas e a existência de uma necessidade do indivíduo querer participar de um grupo que incentivasse o usuário a enfrentar os interditos sociais e seguir pela “carreira do maconheiro”, passando pelas etapas de “iniciante”, “usuário ocasional” e “usuário regular”.

Em um depoimento registrado por Gilberto Velho et al. (1990), durante o período em que Howard Becker esteve no Rio de Janeiro, o sociólogo reconheceu sua importância para a pesquisa sobre desvio social, ponderando que, a despeito da sua formulação teórica neste campo, sua principal contribuição foi de ordem metodológica:

“Acho que o papel importante que posso ter desempenhado foi o de ter fornecido modelos de pesquisa. (...) Meu artigo forneceu, portanto, um modelo, era uma maneira de organizar as observações. E também teve, naturalmente, uma importância teórica. Basicamente, indicava a noção de processo. As coisas não acontecem porque acontecem, não são automáticas. Não se tem uma determinada combinação de variáveis e, automaticamente, um determinado resultado. As pessoas interagindo de maneira regular, numa rotina, têm certas maneiras padronizadas de fazer as coisas, o que não significa uma ação automática. Elas não agem de determinada maneira porque esta é a sua cultura, porque estão numa certa posição social e não têm escolha, mas estas são as condições de sua ação e elas reagem a isso de uma maneira determinada” (Velho et al., 1990:21).

Na mesma entrevista ele destacou o fato de que quase sempre as pessoas considerem a influência da estrutura social como mais opressiva do que ela de fato é, reconhecendo nesta visão uma postura conformista diante das normas ou convenções sociais nos diferentes âmbitos da sociedade. Tomando como exemplo o campo da música, onde ele também atuava, comentou: “você não pode compor música de forma nova. Sim, você pode. Será mais difícil, você poderá ter que recrutar pessoas, ensiná-las, ou seja, terá muito mais trabalho do que se compusesse da forma conhecida. Acho que este é um tipo de perspectiva teórica” (1990:20).

A partir do pressuposto acima, as propostas contra-hegemônicas, que rompem com estilos, estéticas, modelos vigentes e consolidados passam a ter um papel de vanguarda. Becker elabora uma análise menos passional da posição conservadora daqueles que resistem a aceitar ou incorporar o novo. Para ele é necessário compreender que as

peessoas tendem a acreditar que o modo como elas aprenderam a fazer uma dada atividade é o modo correto. Sendo, portanto, previsível, as resistências frente às propostas que revelem uma ruptura com os processos e práticas tradicionais. Contudo, tal resistência não impede que as transformações e renovações ocorram:

“É muito mais fácil fazer desse modo do que inventar uma maneira nova de fazer. (...) Isso não significa, porém, que novas maneiras de fazer as coisas não sejam criadas. Todo dia são criadas novas formas, mas toda novidade tem um preço. É sempre mais fácil fazer as coisas do jeito que todo o mundo faz, e um simples exemplo disso é o uso do idioma do país” (1990:20).

Numa perspectiva análoga, para ele, os indivíduos cujo comportamento diverge das convenções sociais, ainda que estigmatizados, podem influenciar nos valores e comportamentos de sua geração. As posições sociais não são estáticas. Se pensarmos que a reação social frente ao desviante opera na dialética rejeição-atração, tendo em vista o diferentes contextos ou grupos sociais de referências, a assimilação relativa do comportamento desviante pode significar progressivamente a alteração do seu status social. No caso específico das drogas, a análise histórica confirma as alternâncias entre aceitação e rejeição, liberação ou criminalização referidas a diferentes substâncias através dos tempos.

2.4. O processo assistencial no uso de drogas e os controles sociais na perspectiva de Romaní

Atuando, simultaneamente, no espaço acadêmico, desde a Universitat Rovira i Virgili, e no âmbito da intervenção ou gestão do problema, através de sua inserção no GRUP IGIA, ambos na Catalunha, Oriol Romaní é um exemplo memorável das contribuições do enfoque antropológico ao campo das drogas. Entre os trabalhos produzidos por Romaní, merecem relevo alguns títulos que se revelaram imprescindíveis para a fundamentação teórica da presente investigação. A saber: *Drogas, sueños y razones* (2004 original 1999); *Prohibicionismo y drogas: ¿un modelo de gestión social agotado?* (2003); *De las utilidades de la antropología social para la*

intervención en el campo de las drogas (2007); *Políticas de Drogas: Prevención, Participación y Reducción del Daño* (2008).

Apoiado na compreensão sócio-cultural do fenômeno das drogas, uma das preocupações metodológicas de Romaní (2004) é a abordagem reducionista das ações de cunho positivista, por secundarizar a importância da subjetividade nas ações sociais da complexa vida cotidiana das sociedades modernas. Em oposição à abordagem proibicionista que resulta dessa visão reducionista do problema, o autor reivindica a necessidade do aporte antropológico na intervenção sócio-sanitária. Para tanto, problematiza conceitos afins desde uma ótica sócio-cultural, das ferramentas metodológicas e dos aspectos de intervenção e formação neste campo.

Seu método de abordagem preconiza uma discussão inicial sobre o conceito geral de prevenção, desde a perspectiva teórica da antropologia médica, para depois abordar, de forma mais específica, a prevenção no campo das drogas (op. cit.2007). Tanto em um nível como no outro, a participação dos próprios interessados revela-se como um elemento chave para sua possível eficácia. Sua abordagem comporta tanto os consumos socialmente “marginal”, como os consumos de jovens “integrados” nos cenários noturnos de lazer. Em outras palavras, o consumo de drogas como um dos comportamentos presentes em *estilos de vida* contemporâneos.

Para Romaní (2008), os limites das intervenções sanitárias no campo das drogas conduzidas pelos Estados modernos, são decorrentes da adoção do paradigma contagionista, que contribuíram para uma visão de individualização das enfermidades e a estigmatização dos dependentes, vistos como pessoas contaminadas. A persistência de processos de execração social do consumo e dos usuários tem repercutido negativamente na gestão do conflito das drogas na era da mundialização. A partir da constatação desses limites, ele advoga que a prevenção necessita de um novo marco para as representações sociais sobre o fenômeno, que sejam mais homólogas com o que realmente ocorre nas práticas e não com a inclinação ideológica da atualidade. Para tanto, urge uma mudança na orientação das representações sociais hegemônicas, que

minimize a possível conflitividade pessoal e social, que aceite a pluralidade sociocultural e que trabalhe a partir dela, visando o bem-estar da maioria da população.

O autor pondera que foi de suma importância para o campo das drogas, a emergência na década de 1970 de novas hipóteses sobre farmacodependência, baseadas na interrelação droga-sujeito-contexto, a exemplo de Kramer e Cameron⁷. O objeto droga deixa então de ser visto pela perspectiva do modelo penal ou do modelo médico, prevalecendo as relações entre substâncias, sujeitos e contextos. Contudo, Romaní encontra algumas limitações na incorporação desta visão, que se referem ao peso relativo atribuído a cada um destes elementos e reforça que *“el condicionamiento principal se da desde el contexto sociocultural hacia los dos otros elementos, ya que es en su seno donde se construyen determinado tipo de sujetos sociales y de sustancias-drogas”* (Romaní, 2007:122).

Avançando na compreensão da problemática da droga, Romaní (2004), recorre a obra de Oriol Martí⁸ e incorpora outra tríade de elementos, análoga a essa acima referida. Ele propõe que para evitar cair na “armadilha positivista”, o fenômeno deve ser observado a partir de três âmbitos da espécie humana: da variedade genética, contemplando sua complexidade biológica, fisiológica e bioquímica; da variedade de sociedades e culturas que se criou como elemento indispensável a sua sobrevivência; da variedade psíquica de cada indivíduo, produto de uma experiência única e irrepetível.

Os três níveis estão inter-relacionados, e assim como na conjunção substância-sujeito-contexto, o problema segue sendo a importância atribuída a cada nível no entendimento do fenômeno. Se para o positivismo, o biológico é o elemento que predomina nas ações sociais, na abordagem sócio-cultural a essência humana está no campo social em seus conflitos, no elemento psíquico e, finalmente no biológico. Portanto, será importante analisar os elementos que configuram determinada construção social sobre as drogas, a partir de uma visão holística, visando a des-construção e modificação do modelo hegemônico em que está envolvido o tema atualmente. No

⁷ Kramer, J.F. y D.C. Cameron. (1975) *Manual sobre la dependencia de las drogas*. Ginebra: OMS.

⁸ “Pensar la dependència y no la droga”. In ARANA, X. e OLMO, R. del (org.) *Normas y culturas en la construcción de la “Cuestión Droga”*. Barcelona, Ed. Hacer, p. 15-52, 1996.

prefácio de uma das obras de Romaní, Eduardo Menendez descreve nos seguintes termos a abordagem que ele propõe:

“Más allá del peso que, según el problema específico a investigar, Romaní da a las diferentes dimensiones, el autor establece la necesidad de ubicar simultáneamente «la droga» dentro de las estructuras económico-políticas y culturales donde se desarrollan los procesos de drogadicción. Más aún, la droga es pensada dentro de estas dos dimensiones como una sustancia cuya significación «normal» o «patológica», «pública» o «privada», «legal» o «ilegal», es definida no por las cualidades químico-farmacológicas de la sustancia en sí, sino por las condiciones económicas, políticas, religiosas, médicas, etc., dentro de las cuales la droga es usada. La droga es, básicamente, lo que los conjuntos sociales y sujetos, en sus relaciones de hegemonía-subalternidad hacen con las drogas, y no sólo lo que las drogas hacen con los sujetos y grupos” (Menendez, 2004:7).

Por certo, é um trabalho eminentemente teórico, mas, que terá conseqüências na prática, permitindo re-situar e formular de outra maneira a demanda-intervenção que surge em torno do fenômeno. De acordo com Romaní (2004), a partir destas premissas epistemológicas o cientista social pode trabalhar melhor com a complexidade da vida social e com a necessidade de reformulação conceitual dos problemas que serão abordados. Referido ao tema das drogas, ressalta-se que o investigador deve abordar o fenômeno do uso de drogas enquanto um fenômeno social total, observando o entrelaçamento entre os diferentes planos. Reportando ao cenário atual, deve-se considerar a existência de diferentes atores sociais envolvidos ou mobilizados com a questão das drogas. Inserem-se aqui indústrias relacionadas às drogas legais e ilegais, as profissões ligadas à cultura das drogas (burocratas, administradores de organismos de controles, policiais, advogados e juízes, sanitaristas, investigadores), os meios de comunicação, os segmentos da sociedade que encontram na venda informal uma alternativa de sobrevivência.

Os significados ou imagens sociais produzidos em torno das drogas podem variar em função destas diferentes posições referidas acima, bem como, dos modos de uso e finalidades presentes em cada momento. Se observarmos como o conjunto de drogas se insere em distintos contextos sociais, encontraremos sentidos associados ao corpo, ao trabalho, às festas, ao prestígio social, à identificação com determinado grupo e etc..

Mas, também, no pólo mais negativo e estigmatizante, o uso de drogas pode significar a marginalização de determinado indivíduo ou grupo social e, principalmente nestas situações, contribui para mobilizar grupos de pressão contrários ao seu uso. Como destaca o autor, o fenômeno das drogas, em particular as visões em torno dos significados e conseqüências de seu uso, pode facilmente ser alvo de manipulações político-ideológicas.

A partir dessa lógica de abordagem do fenômeno das drogas, a própria noção de dependência de drogas é questionada, produzida que é a partir dos mesmos pressupostos das abordagens reducionistas. Romaní distingue três perspectivas principais em torno da definição de dependência. Um primeiro enfoque referido agrega as definições institucionais adotadas por organizações ASA ou OMS. São definições baseadas em critérios farmacológicos, epidemiológicos ou psiquiátricos, estatisticamente validados.

Um segundo enfoque apontado é o psicanalítico que assume uma perspectiva intermediária entre a ortodoxia presente na concepção anterior e o enfoque antropológico. Neste segmento são referidos pelo autor dois pressupostos. Por um lado, a dependência é concebida como um elemento (constitutivo) básico do ser humano (contemplando aqui suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais). Isto equivale a dizer que a ocorrência da dependência pode prescindir da existência de problemas pessoais, sociais etc. (ver Korman 1995; Martí 1996). Contudo, ainda no bojo do enfoque psicanalítico, a dependência de drogas é compreendida como sintoma de uma situação patológica em que se encontraria o indivíduo. Uma situação que derivaria de fatores biológicos, psicológicos e sociais, mas, que se agravaria em conseqüência dos efeitos farmacológicos das substâncias consumidas.

A terceira perspectiva identificada por ele é a concepção antropológica de dependência, que se destaca ao oferecer alternativas aos limites referidos acima. Pode ser apontado como pressuposto básico desta vertente, o entendimento de que *“tanto el manejo de las sustancias, en su más amplio sentido (técnico y simbólico), como la construcción del sujeto, vienen determinadas socio-culturalmente”* (Romaní, 2008). O autor deixa claro que a proposta não pretende negar a importância dos efeitos

farmacológicos das drogas, ou das características psicológicas e biográficas do indivíduo. O objetivo é investir na construção de modelos compreensivos que sejam capazes de capturar a complexidade inerente a este fenômeno:

“(...) cuando hablamos de drogodependencia no hablamos sólo, o principalmente, de los efectos farmacológicos de una – o varias- sustancias sobre un individuo, sino de un conjunto más o menos articulado (constructo sociocultural) de procesos de identificación, de construcción del yo, de estrategias de interacción y de negociación del rol, etc. Es decir, de todo un entramado dinámico que, junto con muchos otros elementos relacionales, psicológicos y culturales, contribuye a la construcción del sujeto, y le va orientando en su existencia, aunque en estos casos sea a través de conflictos básicos de su vida” (Romaní, 2007:20).

Para ele, os trabalhos etnográficos tem sido valiosos para demonstrar como a construção da definição de dependência tem estado historicamente, atrelada aos interesses das políticas de controle e repressão ao consumo de drogas. Curiosamente, são precisamente as drogas ilegais em diferentes fases da história aquelas apontadas como fortemente produtoras de dependência.

Seu método de análise leva em consideração o modelo de processos assistenciais em saúde sugerido por Comelles (1985), a partir dos níveis ideológicos e da práxis, entendendo que a assistência ao uso de drogas, deve ser vista como um conjunto de práticas relativas à saúde que inclui as práticas, técnicas e ou rituais, mas também os complexos processos de mobilização social e variações do tipo ético ou moral. Não se trata aqui de discutir os fatores etiológicos da assistência oferecida, mas, analisar se existe ou não condições para que o indivíduo seja considerado assistível pelo sistema.

Ou seja, a possibilidade de assistência não depende do substrato psicológico ou biológico do usuário, mas do que a sociedade possa decidir a respeito de se incluir o indivíduo nela; independente de sua vontade, como uma condição necessária e suficiente para que possa ser introduzido o dispositivo assistencial. O problema a tratar não precisa ser uma enfermidade física, pode ser o diagnóstico de uma situação social, ou com respeito às consequências de uma transgressão moral ou ideológica. De

qualquer forma, será necessário analisar o contexto sócio-cultural onde se tomam as decisões, tendo em conta às coordenadas históricas concreta.

Outra referência teórica básica para seu conceito de assistência remete a noção de *health care system* de Kleinman (1980), cujo modelo permite integrar em um só conjunto todos os elementos de uma cultura, integrando outras dimensões básicas, como a ideologia assistencial. Quanto à análise da ideologia assistencial é necessário ter em conta os diversos setores de assistência da sociedade com ações voltadas para a saúde: o âmbito doméstico familiar, os distintos níveis de especialização e o institucional. Estes âmbitos, “apesar de não constituírem um sistema hierarquizado, são unificados por ideologias similares, com predomínio do intervencionismo estatal desenvolvido nos Estados Modernos” (Romaní, 2008). Para trabalhar estes objetivos pode-se atuar a partir da sabedoria das instituições e das opiniões e saberes das populações com as quais se trabalha. Entre os modelos adotados pelas instituições, seja no Brasil, ou na Espanha, destaca-se o modelo prescritivo, com o profissional dizendo o que se tem que fazer, cabendo à população assumir o que prescreve o especialista. Já as campanhas de comunicação são globais e do tipo “drogas não”.

Romaní salienta ainda o papel desempenhado pelo indivíduo e seu entorno na produção das ações para resolução-superação de danos, padecimentos e enfermidades. Mesmo nas sociedades contemporâneas mais complexas e globalizadas, onde a presença do médico é ampla, a auto-atenção aparece à frente nas estatísticas sobre atenção imediata entre os micro-grupos (ver Levin, 1983). Já aqueles que são reconhecidos como especialistas na esfera da atenção em saúde são agrupados em instituições vinculadas à intervenção sobre a saúde, e aportam soluções desde fora para o mundo do sujeito enfermo. Esse tipo de assistência, executada desde uma lógica e perspectiva profissional, se dá através de um conjunto de técnicas, rituais aplicados e complexos processos de mobilização, os quais refletem uma determinada visão de mundo e seus correspondentes sistemas normativos, facilitando ao especialista atuar ao mesmo tempo enquanto controle social:

“Tenemos ejemplos como la eficacia del chamán o del terapeuta que, tanto en sociedades tradicionales como en las industriales, depende en

buena medida de que comparta el mismo mundo simbólico de la persona que va a asistir. Precisamente en las sociedades contemporáneas nos encontramos a menudo que la ausencia de estos "mundos compartidos" dificulta desde las relaciones médico-paciente hasta el desarrollo de los grandes programas sociosanitarios. Por eso debemos tener presente que la asistencia no es sólo un asunto técnico, sino un conjunto de técnicas, rituales aplicados y complejos procesos de movilización que se enmarcan en una determinada visión del mundo con sus correspondientes sistemas normativos” (Romaní, 2008:303).

A questão dos controles sociais é crucial nessa discussão de Romaní sobre as atuais dificuldades no campo da assistência aos usuários de drogas e prevenção da saúde. O autor reconhece que o processo civilizatório e de individualização (ver Norbert Elias e Louis Dumont) que ocorreu na Europa e posteriormente no ocidente, como fenômenos que favoreceram o surgimento dos novos modelos de controle social e atenção à saúde, que por sua vez, são referência para as políticas públicas de drogas atuais. Para ele, as formas modernas de controle social, estão diretamente relacionadas com estes processos e a modernidade. Eles são fundamentais para a compreensão da construção social do “problema da droga” que resultou no proibicionismo, a partir da supremacia dos modelos penal e médico.

Comas e Romaní (2004) definem Controle Social como um conjunto de pressões que uma sociedade desenvolve para orientar a conduta de seus membros e garantir sua reprodução social. Na modernidade este processo incorporou um conjunto de controles especializados e explícitos, como a Declaração dos Direitos do Homem. Enquanto nas chamadas sociedades comunitárias tradicionais predominam uma indiferenciação entre controles sociais informais e formais, na sociedade moderna, a normatização e instalação de controles sociais formais fortaleceram-se através de instituições socializadoras como a família, a escola, a fábrica. Cabe ressaltar as contribuições da obra de Foucault sobre este último ponto.

Retomando ao tema específico da droga, o autor sublinha que diversos estudos mostram como a ritualização do consumo de drogas é acompanhada por regras, implícitas na maioria das vezes, que são um elemento fundamental para a regulação e controle da experiência de consumo:

“(...) o encontrarse en determinados sitios, compartir ciertos conocimientos, objetos y lenguajes, ir adaptando ciertas técnicas a los objetivos que se persiguen con el consumo de aquellas sustancias, en suma, la secuencia de una serie de actos que tienen un significado especial para la persona y/o el grupo que los realiza, modula su actividad de tal forma que permite acercarse a lo que, en general, parece plantearse, es decir: 1) maximizar el efecto deseado de la sustancia, 2) controlar sus niveles de uso, 3) equilibrar los efectos positivos y negativos y 4) prevenir posibles problemas de diverso tipo relacionados con el consumo de drogas (Grund et al., 1994). Los rituales consiguen, de este modo, la estandarización de las variables farmacológicas, psicológicas, sociales y culturales implicadas en el consumo. Por lo tanto, la habilidad para controlarlo no dependerá tanto de la cantidad en sí de una sustancia, sino que ésta será función del conjunto de variables citadas” (Romaní, 2007:124).

Entre os enfoques assinalados por Romaní, no qual pode ser identificada uma valorização dos controles sociais, encontra-se o modelo participativo. Nesta abordagem os objetivos são definidos a partir de setores específicos, considerando a importância de reconhecer visões e necessidades dos grupos sociais envolvidos com as questões e problemas associados com as drogas em uma dada comunidade. Inclui-se aqui o reconhecimento dos canais de socialização habituais em cada contexto, através dos quais são construídas as imagens e representações coletivas em torno deste fenômeno:

“Así pues, en el campo de las drogodependencias, el modelo participativo redefine la prevención como el conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir, de forma razonable, la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas. No se trata aquí del planteamiento dicotómico del tipo bueno-malo, blanco-negro, drogas no-drogas sí, propiciado por el Prohibicionismo. Lo que se plantea en este caso es un enfoque más realista y profesional, centrado en la posibilidad de solucionar algunos aspectos o de contrarrestar los efectos más dañinos derivados de ciertos consumos de drogas. Esto lleva a plantear la diversificación de criterios y considerar las políticas de Reducción del Daño” (2008:305).

Neste mesmo trabalho, Romaní (ibídem: 304) procura avançar na proposição de um marco conceitual da prevenção alternativo para categorias tradicionais como prevenção primária, secundária e terciária: *“un marco conceptual más complejo en el que se señalan cuatro elementos básicos: el control, la influencia, el diseño ambiental y el*

desarrollo de las competencias”. Neste caso, o ponto de partida é a cultura e o conhecimento dos mundos locais de significados, devendo-se trabalhar com a micro-cultura do grupo desde um modelo participativo, o que implica ver as possíveis vias de prevenção com base nos seus interesses. Pode-se aplicar em distintos momentos em que se encontra a população em relação ao consumo de drogas, implicando em certa capacidade de controle nos usos e na distribuição de drogas. Controle da capacidade de influência e desenvolvimento de competências, mecanismos informais de controle ligados a cultura do grupo. Capacidade destes grupos de assumir certo nível de autocontrole, alguma normatividade do grupo sobre o indivíduo e sua relação com os consumos (de drogas, e de outras coisas).

CAPITULO III METODOLOGIA

Gostaria de salientar que creio na existência de vários caminhos possíveis dentro das alternativas da pesquisa antropológica. Há diferentes tradições, ênfases e modelos. Ainda não estou preparado para construir meu próprio mito. Não é minha intenção vir a fazê-lo. O que importa é, sem ferir os padrões minimamente consensuais da atividade de pesquisa na nossa área de conhecimento, abrir espaço para investigações e trabalhos apoiados em mais liberdade, livres de certas camisas-de-força que cerceiam a criatividade.

Gilberto Velho (1986)

3.1. De que lugar fala o etnógrafo ou como o objeto se insere na sua trajetória

Neste tópico pretendo remarcar como o interesse sobre o tema das drogas se insere na minha trajetória de vida, procurando ao mesmo tempo deixar claro de que lugar falo ao tratar do tema. Para tanto, fujo do padrão narrativo dominante no texto e opto por falar em primeira pessoa. Reconheço como ponto de partida no despertar do interesse pelo tema das drogas uma situação vivenciada em 1992, no período que vivia em Barcelona. Na ocasião trabalhava como gerente de um bar musical quando fui convidado por um psicólogo britânico e uma médica catalã para participar de uma investigação encomendada pela União Européia ao *Hospital del Mar* (Barcelona) sobre o perfil sócio-cultural do consumidor de cocaína em Barcelona. Os coordenadores da pesquisa esclareceram que a atividade que eu desenvolvia naquele momento correspondia ao perfil de trabalhadores de campo idealizados para a pesquisa. Como parte do processo, participei da capacitação conduzida por profissionais da Universidade de Rotterdam que atuavam na prevenção da AIDS entre usuários de drogas injetáveis. A experiência na pesquisa representou uma oportunidade de refletir sobre a questão das drogas desde outra perspectiva e me instigou a querer entender mais sobre o tema. Até então, tinha uma relação pessoal com as drogas, posto que, desde o final da década de 1970, consumia maconha e, eventualmente, LSD, tendo assim proximidade com redes de usuários em determinados contextos de uso. Posteriormente, acompanhei por algum momento as tendências da *Geração X*, cujo estilo de vida colocava em

evidencia o consumo de estimulantes como a cocaína, anfetaminas e o uso de drogas injetáveis. Foi nesse momento, que surgiu a AIDS e a moda das drogas de *design* como o *ecstasy*.

No mesmo período que residi em Barcelona, já depois da pesquisa antes referida, tive a oportunidade de conhecer pessoalmente o antropólogo Oriol Romaní, o qual me introduziu a abordagem sócio-cultural do fenômeno das drogas. Graças a ele conheci os trabalhos do GRUP IGIA⁹. Paulatinamente, fui avançando na exploração da literatura sobre o tema, através de autores como o espanhol Antonio Escohotado e os norte-americanos Lester Grinspoon e James Baakalar, que juntamente com Romaní, me ajudaram a compreender a questão das drogas com uma construção histórico-social. Munido desse novo olhar da abordagem das drogas e da prevenção, voltei para o Brasil, no final de 1994. Foi quando me deparei com a enfermidade que atingia um amigo de toda a vida que sucumbia diante da AIDS, após se contaminar em um dos diversos rituais coletivos de compartilhamento de seringas no consumo de cocaína que aconteciam na cidade de São Paulo. A fatalidade foi decisiva para a minha volta ao curso de ciências sociais, e o desejo de ser um antropólogo urbano que abordasse o consumo de drogas e seus determinantes sócio-culturais.

Logo quando regressei ao Brasil, tive a oportunidade de conhecer o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), vinculado a Faculdade de Medicina - Universidade Federal da Bahia. O Centro prestava assistência a usuários de drogas, atuando também em atividades de prevenção, pesquisa e capacitação de profissionais da área de saúde. Surgiu, então, uma segunda oportunidade de atuar como trabalhador de campo em uma pesquisa envolvendo o objeto droga. Tratava-se de uma pesquisa coordenada pelo CETAD que investigou o consumo de drogas entre trabalhadores da construção civil de Salvador. Nas interlocuções com a equipe do CETAD, especialmente nas reuniões do grupo de pesquisa, pude apresentar a bibliografia do GRUP IGIA e suas propostas no âmbito da redução de danos. O grupo se mostrou

⁹A associação, fundada em 1983, é formada por profissionais de diferentes áreas como Direito, Antropologia e Psicologia que atuam no campo da drogodependência. Além de publicar uma importante literatura sobre Redução de Danos e uso de drogas, a associação presta assessorias a diferentes entidades, públicas e privadas, atuando em formação e investigação sobre o fenômeno.

bastante receptivo as minhas contribuições e me convidou para participar, como colaborador, no processo de elaboração do Plano Estadual de Prevenção ao Abuso de Substâncias Psicoativas (PEPASP, 1996). Diferentemente das duas experiências anteriores com pesquisa, onde o meu contato no campo foi essencialmente com usuários, a inserção no trabalho de elaboração no PEPASP, me propiciou o contato com outros atores sociais que integram o campo da problemática das drogas, a exemplo de gestores governamentais, agentes de segurança pública.

Ao final da década de 1990, na condição de professor de Filosofia do Ensino Médio, passei a conviver quase que diariamente com adolescentes, muitos deles usuários de drogas. Este fato influenciou na escolha da primeira pesquisa em que atuei no papel de investigador principal. A pesquisa intitulada *A Cultura das Drogas na Escola e Modelos de Prevenção* (Trad, 1998) abordou o uso de drogas entre estudantes adolescentes de classe média da Grande Salvador. Este estudo apontou que a principal substância psicoativa consumida pelos adolescentes eram as bebidas alcoólicas, e que seu uso iniciava-se quase sempre no próprio ambiente familiar. Os resultados evidenciaram também o despreparo da escola para lidar com o tema do consumo de drogas entre adolescentes e jovens.

Na continuação da formação acadêmica surgia o ingresso no mestrado em Comunicação e Cultura Contemporâneas pela Universidade Federal da Bahia (2000-2002). O interesse pelo estudo acerca das drogas persistia e, desta feita, o alvo escolhido foi a mídia. No estudo *Drogas e Mídia: o paradoxo da prevenção na sociedade de consumo* analisei a publicidade televisiva de prevenção às drogas, de forma complementar realizei uma etnografia dos bastidores da publicidade, utilizando técnicas qualitativas como entrevistas semi-estruturadas com informantes chaves da publicidade e meios de comunicação. Entre os resultados da pesquisa, me chamou especial atenção a constatação de que as campanhas de prevenção careciam de um planejamento mais criterioso por parte dos formuladores das políticas de drogas. As definições relativas a publico alvo, conteúdos ou imagens a serem veiculados eram deixadas a cargo dos publicitários. Deste processo resultavam campanhas que muitas vezes rendiam prêmios aos seus idealizadores, mas cujo impacto sequer era avaliado.

Foram precisamente as conclusões do estudo realizado no mestrado, que suscitaram meu interesse para focalizar de modo específico as políticas de prevenção às drogas no Brasil. Encontrei no Doutorado em Antropologia da Medicina da Universidade Rovira i Virgili a oportunidade para levar a cabo tal empreitada. Dois pontos foram fundamentais para a escolha deste programa de doutorado: a existência de uma linha de pesquisa vinculada as políticas de drogas, a possibilidade de ter como diretor de tese, Oriol Romani.

Por fim, minha incorporação no Ministério da Justiça na função de Cientista Social, desde o início de 2009, para atuar no Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), propiciou outros ângulos de observação do tema de estudo. Por um lado, esta atividade me aproximou dos círculos de tomada de decisão de políticas vinculadas a Secretaria Estadual de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos e a de Segurança Pública. Por outro, me aproximou da realidade cotidiana de espaços urbanos diretamente afetados pela violência que, a despeito de sua multideterminação, guarda clara relação com o comércio ilegal de drogas. Cabe ressaltar, que a partir desta inserção profissional, houve uma mudança no modo de se relacionar com as três instituições investigadas. Atuando como representante do Pronasci desenvolvi atividades de articulação político-institucional que, eventualmente, envolviam interlocuções com representantes das três instituições visando, entre outros objetivos, discutir ações resultantes da parceria entre o Pronasci e a Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD)¹⁰. Neste sentido, passei a atuar como observador de fato participante.

Considero, portanto, que a minha trajetória profissional, além de ter sido decisiva para a escolha do objeto de estudo, trouxe implicações para a minha inserção no campo. Minha familiaridade com instituições e sujeitos vinculados ao tema das drogas em Salvador, fruto de experiências profissionais anteriores, funcionou como um elemento

¹⁰ A SENAD é um órgão que atua em conjunto com o Ministério da Justiça. Ambos propõem uma mudança de paradigma no campo da prevenção à violência e ao uso de drogas. Atualmente, a SENAD tem formulado propostas que invistam mais na prevenção e em projetos sociais nas áreas onde persiste a violência e o tráfico de drogas ilegais em oposição às propostas que prevaleciam anteriormente. Uma das inovações da parceria PRONASCI/SENAD, no plano acadêmico, resultou na implementação de um curso de especialização sobre o uso de drogas para profissionais da área de saúde (CETAD/UFBA) e um mestrado sobre drogas a partir de 2011, na cidade de Salvador (e outras 4 capitais).

paradoxal no desenrolar do trabalho de campo. De uma parte, esta peculiaridade facilitou a minha penetração nos espaços institucionais e nas redes ampliadas que se formam em torno do tema das drogas. Mas, de outra, exigiu um esforço maior na busca pelo distanciamento necessário frente aos fatos, discursos e etc.. É possível que a interação com os meus informantes institucionais, no papel de pesquisador, tenha sido sentida por estes como especialmente ‘perturbadora’, em função da minha biografia, e vice-versa.

O desafio metodológico consistiu aqui, como nos ensinou Geertz (1973), em lograr o “estranhamento”. Nestes termos, o reconhecimento do lugar ocupado pelo pesquisador funcionou como um aliado na vigilância epistemológica em torno de suas posições, hipóteses, conclusões e etc. Em qualquer caso, admite-se que o produto desta trajetória de pesquisa traz a marca da trajetória do pesquisador no campo das drogas, e reflete ainda escolhas teóricas e posições político-ideológicas.

3.2. Sobre a abordagem adotada: breves considerações

No processo de definição da abordagem metodológica do estudo, algumas escolhas foram decisivas para a configuração de todo o processo de coleta de dados, seja no eixo da pesquisa bibliográfica, ou do trabalho de campo. Destaco, particularmente, dois pontos: 1) a valorização da interface entre antropologia e a história, que se expressou no investimento na pesquisa histórica de base documental; 2) o desenvolvimento de uma etnografia que refletisse as perspectivas mais contemporâneas, incorporando, oportunamente, contribuições da antropologia reflexiva.

No que se refere ao primeiro ponto, foi muito útil estabelecer um diálogo com Lévi-Strauss, um dos pioneiros nas reflexões acerca das interfaces entre antropologia e história. Ao estabelecer um paralelo entre as duas disciplinas, ou, de modo mais preciso, entre a história e a etnologia o autor salienta que a diferença essencial entre elas não se refere ao objeto ou objetivo. Além disso, o autor recorda, que ambas as disciplinas precisam conviver com o fato de que sempre lidarão com representações da realidade:

“(…) estudam sociedades que são outras que não aquela onde vivemos. Que esta alteridade se prende a um afastamento no tempo ou a um afastamento no espaço, ou mesmo a uma heterogeneidade cultural, é um caráter secundário em relação à similitude das posições. Que objetivos perseguem as duas disciplinas? É a reconstituição exata do que se passou, ou se passa, na sociedade estudada? Afirmá-lo seria esquecer que, em ambos os casos, lida-se com sistemas de representações que diferem para cada membro do grupo, e que, em conjuntos, diferem das representações do investigador” (Lévi- Strauss, 2003:32).

Contudo, no que se refere ao método, Lévi-Strauss chama atenção para o fato que a diferença entre etnologia e história residiria na importância atribuída a alguns elementos no processo de pesquisa. Enquanto o etnólogo concentra sua análise “nos elementos inconscientes da vida social”, o historiador, embora não ignore a existência de tais elementos, pretende, sobretudo, “explicar os fenômenos sociais em função dos acontecimentos nos quais eles se encarnam, e da maneira pela qual os indivíduos os pensaram e os viveram” (idem: 40).

Para além das discussões em torno das convergências ou distinções entre etnologia e história, ressalta-se a recomendação de Lévi-Strauss de que a etnologia não pode permanecer indiferente aos processos históricos ao analisar fenômenos sociais. Sem dúvida, a dimensão histórica negligenciada na etnografia clássica adquire, no contexto contemporâneo, um lugar de destaque. Para Price (2004), passa-se a definir o trabalho etnográfico como um processo de produção de histórias, construídas através de relações de poder entre o autor e seus sujeitos históricos. Um processo que deve ser mediado pela negociação social em torno dos registros e da produção do conhecimento histórico.

Focalizando este debate desde o campo da história, a disposição em aprofundar a relações ou aproximações desta com a antropologia se expressa de modo mais contundente na vertente da História Cultural; uma abordagem que emerge na década de 1960 na França e vai, paulatinamente, se expandindo e se consolidando. De acordo com Burke (1992), a obra *A Interpretação das Culturas* do antropólogo Clifford Geertz, publicada em 1973, passou a ser uma referência central para os seguidores da “Nova História Cultural” nos EUA. O mesmo autor destaca que um dos pressupostos básicos deste enfoque, pode ser resumido na idéia de que “a construção da realidade é social ou cultural, sujeita a variações, tanto no tempo quanto no espaço”, opondo-se dessa forma,

a história tradicional que previamente considerava a realidade abordada como imutável (Burke, 1992:11).

Inspirado nas discussões resumidas acima, ao abordar o tema das políticas de drogas no Brasil, se empreendeu um esforço de integrar duas perspectivas: resgatar, por um lado a trajetória histórica de construção do problema das drogas no país, considerando dimensões políticas e sócio-culturais; e, por outro lado, mergulhar através da ferramenta etnográfica numa experiência local de estruturação do processo assistencial no campo das drogas, sem perder de vista o contexto histórico-social no qual este se inseria.

No que concerne ao trabalho etnográfico desenvolvido, considera-se, oportuno enfatizar o lugar destacado que ocupa este enfoque na antropologia, a despeito das críticas que vem sendo tecidas nas últimas décadas em torno das etnografias clássicas. A importância da etnografia para as pesquisas sociais, em particular, no campo da antropologia já foi largamente comprovada. Autores como Hammersley & Atkinson (1994) consideram que, na atualidade, a etnografia é a principal forma de investigação social, quando o objetivo pretendido é compreender o tema estudado na perspectiva dos participantes. A antropologia, em específico, tem como método básico a etnografia e as ferramentas de investigação necessárias para a coleta direta no campo das observações. Com a diversificação das informações e a observação participante, abriu-se a possibilidade do investigador, de fato, fazer uma densa descrição de uma sociedade, abordando suas instituições políticas, econômicas, sociais e religiosas (Laplantine, 2005).

Ao mesmo tempo, é necessário reconhecer os novos cenários em se desenvolve a etnografia contemporânea. Ainda na década de 1960, Lévi-Strauss preconizava que a antropologia deveria transformar-se “na sua natureza mesma” e reconhecer que havia “certa impossibilidade, de ordem tanto lógica quanto moral, de manter como objetos científicos sociedades que se afirmam como sujeitos coletivos e que, como tais, reivindicam o direito de se transformar” (Lévi-Strauss, 1962:25). Na virada dos oitenta, Geertz (1988, p.33) ratificava esta profecia ao anunciar que os povos sobre os quais os antropólogos escreviam foram convertidos de “súditos coloniais” a “cidadãos soberanos”

e que tal situação alterava completamente “o contexto moral no qual se dá o ato etnográfico”.

O debate crítico em torno do trabalho antropológico ou, mais especificamente, etnográfico em tempos pós-coloniais ganhou notoriedade com a publicação em 1986 de uma coletânea de textos denominada *Writing Culture*¹¹ uma espécie de manifesto do movimento pós-moderno. Fortalece-se, desde então, um processo auto-reflexivo no campo antropológico que coloca no centro das discussões as peculiaridades e desafios inerentes ao encontro etnográfico e ao texto produzido a partir dele.

Um dos alvos principais das críticas deste movimento centrou-se nos recursos retóricos das etnografias clássicas, destacando-se entre outros limites, a perspectiva sincrônica adotada e a pretensão “realista” (Marcus e Cushman, 2003). Conforme assinalou James Clifford (2003), as totalidades nas monografias clássicas eram representadas desde uma ótica sincrônica, plasmadas em um presente etnográfico. Ele argumenta que o contexto em que se dá o encontro etnográfico deve ser analisado tendo em conta a historicidade relativa tanto ao objeto, quanto ao pesquisador. Além disso, reivindica-se a possibilidade de uma definição de cultura circunscrita a um determinado tempo e contexto, e cujos códigos e representações sejam passíveis de contestação.

Trata-se, neste novo cenário, de problematizar os desafios que se apresentam ao etnógrafo, observador de uma cena e história social, cuja interpretação deve ser necessariamente confrontada com a posição e interpretação dos sujeitos que ele observa. Uma espécie de compromisso em produzir um discurso “mais cuidadoso”, mais matizado e “mais rigoroso” sobre os outros (Godelier, 2004, 194).

Em sintonia com os princípios da antropologia reflexiva, no decorrer do trabalho etnográfico, desenvolvido através da observação direta, de entrevistas semi-estruturadas e da produção textual, procurou-se ter em conta os limites autorais do pesquisador,

¹¹ A obra integra os textos produzidos por ocasião de um seminário realizado em Santa Fé, Novo México (1984) que marcou oficialmente este movimento (Reynoso, 2003). No evento participaram os principais representantes do Pós-modernismo - James Clifford, George Marcus, Vincent Crapanzano, Michael Fischer, Paul Rabinow, Stephen Tyler etc.

valorizando, na medida do possível, a polifonia presente no campo de investigação. Ao mesmo tempo, não se perdeu de vista o imperativo de articular a interpretação nativa ou *émic* com a interpretação e a análise do pesquisador, apoiadas no conhecimento disciplinar. No tocante à dimensão prática da coleta de dados, serviu de referência as recomendações de Belier (2004), quando salienta que a etnografia não se limita ao trabalho de campo, sendo importante considerar outras fontes (documentos, imagens etc.) e recursos para apreender informações úteis à compreensão do objeto/contexto de estudo.

Caberia ainda realçar a pertinência de eleger o enfoque etnográfico para abordar o objeto *droga*. Sobre este ponto, que graças ao seu caráter processual e holístico, a etnografia constitui uma perspectiva privilegiada na aproximação e exploração da complexidade inerente ao fenômeno das drogas. Sobre as características deste tipo de abordagem, o autor assinala que:

“ (...) la etnografía supone romper con las bases de la separación sujeto-objeto e de los planteamientos positivistas, exige el seguimiento de los múltiples procesos implicados en la vida cotidiana de los usuarios con los que se trabaja, recogiendo una gran multiplicidad de datos de distinto tipo, tarea en la cual el instrumento crucial es el propio etnógrafo o etnógrafa, lo cual implica, entre otras cosas, la capacidad de integrar las distintas subjetividades en circulación dentro de dichos procesos... y todo ello presupone el uso de análisis de tipo inductivo y dialéctico, en los que la producción de teoría y el trabajo sobre el terreno se van realimentando continuamente” (Romaní: 123, 2010).

A etnografia, conforme se descreverá mais adiante, privilegiou a experiência de três instituições que atuam com prevenção e assistência e incorporaram, em maior ou menor proporção, o paradigma da redução de danos em suas práticas, mas se expandiu para além destes espaços.

3.3. A pesquisa histórica e a análise documental

A pesquisa histórica, que remonta ao início do século XX, procura abranger fatos e informações que puderam impactar na produção de sentidos e práticas, institucionais ou não, associadas com o problema das drogas. Neste sentido, foram abordados temas e acontecimentos vinculados a diferentes esferas da realidade brasileira no período. A saber: i) a conjuntura política e governamental; ii) a área de costumes e padrões culturais; iii) a resposta institucional, notadamente no âmbito da medicina e da psiquiatria; iv) a esfera jurídico-legal.

A coleta de dados se desenvolveu através de revisão bibliográfica - que inclui, além de trabalhos científicos, produtos literários do período investigado - e a análise de documentos oficiais (leis, atas institucionais, textos da Liga Brasileira de Eugenismo e da Liga Brasileira de Higiene Mental etc.). Secundariamente, foram consultados registros da imprensa nacional abordando fatos relacionados com as drogas. Como fontes de pesquisa destacam-se o acervo de bibliotecas institucionais - UFBA, FIOCRUZ, CETAD, Rovira i Virgili (URV) - e bibliotecas virtuais - *Scielo* e *Bireme*. Foram utilizados como principais descritores na pesquisa realizada os seguintes termos: *drogas, legislação das drogas, substâncias psicoativas, políticas de drogas, prevenção ao uso de drogas, redução de danos, álcool, maconha*.

Na construção histórico-social do problema das drogas no Brasil, apreciando tanto seus aspectos simbólicos, como as políticas e ações concretas adotadas pelo Estado, foram considerados os seguintes marcos:

- República Velha (1889 até 1930), onde foram analisados os discursos das racionalidades *médica* e *jurídico-moral*, sua afinidade com o ideal civilizatório e de modernidade das elites brasileiras e por consequência do Estado.
- Era de Getulio Vargas (1930-1946), destacando a ascensão das teorias eugênicas e a construção de um novo modelo público de saúde e prevenção às drogas.
- Ditadura militar (1964-1985), período em que o uso de drogas ilegais foi associado à subversão política e a delinquência juvenil.

- Os anos noventa e o surgimento de novas propostas de políticas de prevenção pautadas nos ideais de cidadania e autonomia, os confrontos com a prevenção tradicional, herdeira das representações sociais construídas a partir do binômio delinqüência/enfermidade.

3.4. O estudo etnográfico

A etnografia teve uma dupla perspectiva espacial. A primeira correspondeu ao trabalho de campo realizado nas três instituições selecionadas para o estudo sobre políticas e práticas locais no campo das drogas. O segundo contexto foi itinerante, uma vez que se desenvolveu a partir de observações e escutas realizadas em diferentes fóruns (congressos, seminários etc.) ou momentos nos quais o tema da droga era debatido ou se apresentavam situações sociais claramente vinculadas com este fenômeno. Vale registrar que a oportunidade de observar ou participar de ditas situações se ampliaram a partir de junho de 2009 quando passei a atuar profissionalmente junto ao Programa Nacional de Segurança com Cidadania – PRONASCI. Os produtos de ambos os ‘campos’ estarão refletidos, principalmente, nos textos que integram os capítulos cinco e seis.

Para o estudo da política local, foram selecionadas três instituições que representam, pela sua natureza e finalidade, os eixos norteadores da atual política de drogas no Brasil. A saber: o CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (vinculado à Secretária de Saúde do Estado da Bahia); a Fundação Fátima Cavalcanti que desenvolve o Programa Aliança para Redução de Danos (vinculado à Faculdade de Medicina da UFBA); o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad).

Fazendo uma breve descrição das instituições selecionadas, que serão objeto de uma análise mais profunda no capítulo quatro, focaliza-se inicialmente o CETAD. Trata-se de uma Extensão Permanente do Departamento de Anatomia Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia que integra, ao lado dos demais Centros de Saúde Mental, Hospitais e outras unidades assistenciais, o Sistema Estadual de Saúde da Bahia. Fundado em julho de 1985

alcançou rapidamente o status de Instituição de Referência dos Ministérios da Saúde e Justiça no enfrentamento do problema do uso indevido de álcool e outras drogas. O CETAD ocupa uma posição destacada entre os serviços de assistência a usuários de drogas do Estado da Bahia. Um lugar conquistado pelo seu papel precursor nas políticas que se desmarcavam do enfoque proibicionista, mas também, pela abrangência de suas práticas, que englobam a assistência, a transmissão de conhecimentos, a capacitação e supervisão de atividades em vários serviços de assistência aos usuários de drogas, empresas, escolas.

A Aliança para Redução de Danos Fátima Cavalcanti se caracteriza por ser um Serviço de Extensão Permanente do Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB - UFBA). A instituição, fundada em 2004, foi constituída a partir do desmembramento de uma parte do corpo técnico do CETAD responsável pela execução de projetos vinculados ao Programa de Redução de Danos. Desde então esta Fundação tem sido referência na implementação da estratégia de Redução de Danos relacionados ao uso de drogas em Salvador. Em parceria com a prefeitura de Salvador, o programa Aliança elabora projetos e capacitações de prevenção do HIV/AIDS, de hepatites, de outras doenças de transmissão parenteral e de DSTs entre usuários de drogas de populações carentes da cidade, além de elaborar projetos de pesquisas.

O Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad) de Salvador está localizado no bairro de Pernambués e tem como objetivo atender pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas,. A atuação dos CAPSad é constituída num plano articulado com dispositivos assistenciais em saúde mental, rede básica de saúde, Estratégia de Saúde da Família, entre outros. No âmbito de seu território, o CAPSad deve responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e de outras drogas, bem como ser regulador da porta de entrada da rede assistencial local e coordenar atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas. O CAPSad deve se estruturar para assegurar o acesso da população ao serviço, possibilitar a formação de recursos humanos, principalmente através de supervisão e educação permanente junto às equipes da

atenção básica e aos profissionais vinculados aos serviços e programas de saúde mental local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial.

A primeira estratégia etnográfica, que consistiu na observação direta e interlocuções com as três instituições, ocorreu em dois momentos. O primeiro entre setembro de 2007 e outubro de 2008. O segundo de fevereiro a junho de 2009. O tempo de penetração em cada instituição foi variável e esteve condicionado a avaliação do pesquisador quanto à saturação ou lacunas relativas às questões originárias ou que emergiam no campo. Parte dos depoimentos foi colhida de forma espontânea e aleatória, aproveitando oportunidades que surgiam no decorrer das visitas realizadas nas instituições.

A observação se estendeu, em alguns momentos, para além dos limites dos espaços institucionais, abarcando o entorno local. Esta situação esteve presente, principalmente, nos casos do CAPSad, situado em um território marcado pela violência urbana, e da Aliança. Esta última localiza-se no Pelourinho, bairro que foi alvo dos primeiros programas de troca de seringas e que é considerado hoje um reduto de prostitutas e consumidores de crack. No primeiro caso, pretendia-se capturar a dinâmica institucional ou observar alguma prática específica. No segundo, o objetivo era apreender características do entorno.

A realização de entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave constituiu uma estratégia fundamental para a obtenção dos dados apresentados na tese. Os entrevistados atendiam ao seguinte perfil: diretores e técnicos locados nas instituições pesquisadas, outros técnicos que atuam na assistência ou prevenção no campo das drogas e especialistas (pesquisadores) no tema.

Foi realizado um total de dezoito entrevistas, distribuídas da seguinte forma: três diretores, oito técnicos de nível superior, três técnicos de nível médio, quatro pesquisadores, conforme quadro descritivo abaixo. Três entrevistas foram realizadas através da internet. As demais, todas presenciais, foram gravadas com autorização dos entrevistados.

Quadro I – Lista de entrevistados e perfil básico

Entrevistado	Profissão	Função (momento da pesquisa)	Tempo de experiência com o tema das drogas
1.	Médico psiquiatra	Diretor instituição	25 anos
2.	Médico epidemiólogo	Diretor instituição	15 anos
3.	Psicóloga	Diretora instituição	4 anos
4.	Psicóloga	Ex-diretora instituição	15 anos
5.	Técnico nível médio	Monitor de oficina	5 anos
6.	Técnico nível médio	Redutor de danos	10 anos
7.	Técnico nível médio	Redutor de danos	3 anos
8.	Psicóloga	Gerente instituição	----
9.	Psicóloga	Psicoterapeuta	----
10.	Psicólogo	Psicoterapeuta	----
11.	Psicóloga	Coord. Programa instituição	5 anos
12.	Antropólogo	Professor-pesquisador univ.	17 anos
13.	Antropólogo	Professor universidade - membro de instituição	5 anos
14.	Psicóloga	Psicoterapeuta	5 anos
15.	Médico	Pesquisador/ Coordenador CAPSad (Rio de Janeiro)	15 anos
16.	Antropóloga	Técnica Instituição Drogas	3 anos
17.	Socióloga	Técnica em duas Instituições	7 anos
18.	Médico	Pesquisador/Fiocruz	20 anos

Foram elaborados roteiros específicos para guiar a observação e as entrevistas semi-estruturadas nas três instituições. Os tópicos tiveram como referência as categorias e dimensões descritas abaixo:

- 1) **Infra-estrutura.**
- 2) **Aspectos normativos e reguladores (nacionais e estaduais):** diretrizes e normas; concepção teórica norteadora; mecanismos de controle e regulação.
- 3) **Público Alvo.**
- 4) **Concepções sobre drogas – (terapeutas, gestores e especialistas):** visão geral sobre o fenômeno das drogas; entendimento sobre prevenção e assistência; visão sobre o modelo de redução de danos (possibilidades, limites).

- 5) Práticas institucionais (CAPS AD):** práticas preventivas, de promoção da saúde e assistenciais; abordagem ao usuário; abordagem à família; coerência entre as práticas e o discurso; competição ou complementaridade entre as abordagens;
- 6) Avaliação dos limites e potencialidades das políticas e práticas** - facilidades e dificuldades encontradas no desenvolvimento das práticas.

Nas entrevistas realizadas com pesquisadores ou diretores de instituição que tiveram um papel destacado na trajetória da política de drogas em Salvador (ou no Brasil) foram incorporadas as seguintes questões:

- Análise panorâmica sobre as políticas de drogas no Brasil;
- Identificação de atores sociais estratégicos no campo, considerando os âmbitos da saúde, da justiça e da segurança pública;
- Percepção sobre os marcos regulatórios, políticas e práticas de prevenção;
- A implementação da estratégia de redução de danos: avanços, limites e desafios;
- Os embates atuais entre Redução de Danos e os modelos pautados na abstinência,
- As perspectivas para os próximos anos: cenário local e nacional.

A despeito deste roteiro orientativo, as entrevistas realizadas com personagens emblemáticos no campo das drogas, assumiram claramente um viés auto-referente ou biográfico. Embora já seja esperado certo grau de dispersão e descontinuidade em entrevistas semi-estruturadas, observa-se aqui aspectos peculiares que merecem registro. No curso das entrevistas com lideranças técnicas e científicas, as trajetórias pessoais e profissionais se confundiam ao tratarem dos temas propostos. A performance dos entrevistados evidenciava uma característica que se revelou marcante da política local: um enfoque personalista, centrado em lideranças carismáticas. Este tema será retomado mais adiante.

A terceira estratégia adotada na etnografia, de caráter complementar, contemplou explorações episódicas em espaços urbanos considerados estratégicos na identificação dos reflexos das políticas vigentes de drogas no cotidiano da cidade. Em realidade, pretendia-se investigar a hipótese de que a lei em vigência no Brasil, que protege o

usuário, distinguindo-o da condição de traficante, vinha sendo aplicada de modo discriminatório, podendo variar segundo a classe social ou etnia do consumidor. Neste sentido, foram feitas pequenas incursões em bairros de classe média e, principalmente de classe popular de Salvador com os seguintes objetivos: i) explorar as relações entre potenciais usuários e os agentes do Estado (polícia, delegacia); ii) identificar facilidades, dificuldades de acesso aos processos assistenciais por parte de usuários; alcance das práticas. Como já foi esclarecido, inclui-se nesta etnografia itinerante a participação em eventos relacionados com o tema das drogas ou da violência. O quadro abaixo apresenta a lista de eventos nos quais o pesquisador participou como observador ou apresentando trabalhos.

Quadro II – Lista de eventos

INSTITUIÇÃO/EVENTO	ANO /CIDADE	TEMA CENTRAL
Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Psicoativos (GIESP) 1º Encontro Nacional sobre a Sócio-antropologia do Uso de Psicoativos	06/ 2008 Porto Seguro	SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: CULTURA E POLÍTICA
Associação brasileira multidisciplinar de abordagem das drogas (ABRAMD) / I Congresso	08/ 2008 São Paulo	ASPECTO CULTURAL DO USO DE DROGAS, PREVENÇÃO E TRATAMENTO.
ABRAMD - II Congresso	06/ 2009 Rio de Janeiro	DROGAS, DIVERSIDADE E INTEGRAÇÃO
Associação Brasileira de Estudos Sociais Sobre o Uso de Psicoativos (ABESUP) / Seminário	10/ 2009 Salvador	DROGAS E CIENCIAS SOCIAIS
GIESP e Laboratório de Estudos em Segurança Pública, Cidadania e Solidariedade (LASSOS)/ Seminário	11/ 2009 Salvador	VIOLÊNCIA E DROGAS

3.5. Análise e interpretação dos dados

O conteúdo acumulado no diário de campo, utilizado tanto na observação dos contextos institucionais, como nos territórios por onde transitou o pesquisador, assim como, o material produzido nas entrevistas realizadas, constituem a base empírica dos capítulos quatro e cinco da presente tese. No processo de análise e sistematização interpretação dos dados empíricos, o foco foi a especificidade do caso concreto, quanto ao caráter universal da sua manifestação, visando um processo de refinamento de problemas e conceitos. O procedimento ocorreu ao longo do trabalho de campo, produzindo sínteses parciais e triangulação entre as diferentes fontes de pesquisa (entrevistas, diário de campo etc.) e orientado pelas categorias indicadas anteriormente.

Foram adotadas técnicas de análise de conteúdo que permitiram ultrapassar o nível do senso comum e de subjetivismo na interpretação, desenvolvendo uma vigilância crítica na apreciação de diferentes tipos de documentos, entrevistas e observações; articulando aspectos mais superficiais dos textos descritos com variáveis posicionais e contextuais, incluindo aquelas que incidem no processo de produção da mensagem (MacRae, 2004:33-34).

Procurou-se em todo o processo de análise do conteúdo coletado em campo integrar texto e contexto, situando a narrativa dos informantes a partir do lugar de onde falavam. Além disso, foi adotada uma perspectiva intertextual que permitiu confrontar concepções e interesses dos diferentes atores abordados, delineando pontos de convergências ou de conflitos entre eles.

3.6. Aspectos éticos

A presente investigação compromete-se com a confidencialidade e respeito à privacidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa, resguardando a individualidade e identidade das pessoas e evitando qualquer tipo de dano ou constrangimento a todos os envolvidos na pesquisa. Os técnicos informantes participantes do estudo não foram identificados em nenhuma circunstância e foram apresentados com nomes fictícios. As informações coletadas foram utilizadas respeitando estritamente os objetivos do estudo.

Antes de iniciar o processo de coleta dos dados, todos os sujeitos abordados foram comunicados quanto ao tipo e finalidade da pesquisa e sua participação esteve condicionada a concordância em contribuir para este trabalho. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹². Ressalta-se que para obtenção do consentimento não houve qualquer forma de persuasão dos sujeitos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia¹³.

¹² Cópia em anexo 1.

¹³ Cópia em anexo 2.

CAPITULO IV A CONSTRUÇÃO DO PROLEMA DAS DROGAS NO BRASIL

4.1. Breve recorrido sobre os ciclos¹⁴ do álcool, do tabaco e da maconha nos períodos colonial e imperial.

Antes da chegada dos europeus a América, as populações locais consumiam diversas substâncias psicoativas, como o *cauim* (bebida destilada da raiz da mandioca), os cogumelos alucinógenos, o *pulque* (bebida fermentada extraída do cacto *maguey*), o tabaco das plantações de fumo. Basicamente, o uso era coletivo e de ordem religiosa, sendo controlado através de prescrições e proibições sociais geralmente acatadas e do autocontrole (ver Henrique Carneiro, Oriol Romaní).

Contudo, a partir dos séculos XVI e XVII, a expansão da navegação comercial, interligou todos os continentes, fazendo circular produtos que aguçavam o paladar, como as folhas de chá, a pimenta, o ópio da papoula, as bebidas a base de álcool etílico (destiladas e fermentadas), a maconha e seus derivados como o haxixe, o tabaco, o açúcar de cana, o café, a noz-moscada e o chocolate do cacau. Na continuidade, a produção e o comércio dessas mercadorias alteraram os hábitos alimentares e de lazer, provocando grandes mudanças nos modos e formas da sociedade humana consumir essas drogas (ver Schivelbusch 1995; Courtwright, 2002; Davenport–Hines 2003).

¹⁴ Tomo de empréstimo aqui o termo ciclo no sentido aplicado por Gamella (2001). Para ele, o uso de drogas psicoativas e os problemas associados a elas tendem a serem construídos em forma de "ondas" ou ciclos, com claras ascensões e declínios, às vezes tão marcados que geram situações novas e até imprevistas.

4.1.1. Cachaça: a bebida brasileira

“Para se ter o melado, os escravos colocavam o caldo da cana-de-açúcar em um tacho e levavam ao fogo. Porém um dia, cansados de tanto mexer e com serviços ainda por terminar, os escravos simplesmente pararam e o melado desandou. No dia seguinte, encontraram o melado azedo fermentado. Misturaram o tal melado azedo com o novo e levaram os dois ao fogo. Resultado: o 'azedo' do melado antigo era álcool que aos poucos foi evaporando e ao chegar ao teto do engenho, se resfriou e formou umas goteiras que pingavam constantemente. Era a cachaça já formada que pingava. Daí o nome 'PINGA'. Caindo em seus rostos escorrendo até a boca, os escravos perceberam que, com a tal goteira, ficavam alegres e com vontade de dançar. E sempre que queriam ficar alegres repetiam o processo” (Jornal Tiradentes, MG, 01/2009).

No novo continente, disputado e negociado entre Portugal e Espanha com a mediação da igreja católica romana, os colonos e o Estado dedicaram-se a exploração econômica das terras e dos nativos. No Brasil, particularmente na região nordeste, o grande empreendimento de Portugal foi à agroindústria do açúcar de cana. No entanto, a produção desse alimento prazeroso e adocicado, era resultado da dor de milhares de africanos que sucumbiram como escravos nas usinas de açúcar. Os escravos realizavam as atividades sob pena de castigo até a morte, em péssimas condições de trabalho, de alimentação, de saúde e de moradia. Nos engenhos, os escravos recebiam como parte da alimentação um melaço (cagaça) retirado da cana durante o processo de fermentação (Andrade e Espinheira, 2008).

Posteriormente, a cagaça passou a ser destilada em alambiques de barro, transformando-se em uma bebida de 48° gay Lussac de álcool etílico. A cachaça ou pinga, como passou a ser chamada popularizou-se entre escravos e homens livres. Com a comercialização da bebida, a coroa portuguesa chegou a proibir os alambiques de aguardente, não porque o Estado estivesse preocupado com o consumo e efeitos do uso abusivo da cachaça. A fabricação do chamado “vinho do mel” foi proibida (1649) para não concorrer com as bebidas portuguesas. A proibição foi até 1661, mas, em 1690, foi a exportação para Angola que foi proibida. Mesmo assim, a cachaça e o tabaco foram “a moeda corrente na África para tráfico de escravos, promovendo um verdadeiro

etnocídio nas populações indígenas da América, África e Oceania” (Carneiro, 1994:137).

No contexto da colonização, prevaleciam os interesses do projeto econômico de exploração da coroa portuguesa, que visava o lucro. Neste sentido, as formas de controle do uso de drogas eram secundarizadas por objetivos econômicos, com as tensões e conflitos se restringindo aos campos econômicos e as disputas políticas. As medidas proibitivas, por sua vez, não lograram êxito, com o Estado optando por gravar a venda da cachaça, que foi taxada para diversos fins, como pagar os salários de professores da colônia ou ajudar na reconstrução de Lisboa. A cobrança de taxas motivou protestos e revoltas armadas, seja por interesses políticos e insatisfação com o governo, seja para garantir a venda do produto para os comerciantes de escravos africanos (Gonçalves e Venâncio, 2005).

Com o passar do tempo, a cachaça foi tornando-se símbolo da rebeldia e do nacionalismo brasileiro. Em situação de oposição ao vinho português, foi exaltada pelos revolucionários de 1817 em Pernambuco e pela confederação do Equador (1824); assim como pelos liberais da Praia (1848) e pelos conspiradores abolicionistas e republicanos, “era a bebida-nacional, a brasileira” (Carneiro, 1994:138). Outro conflito envolvendo substâncias psicoativas e a coroa portuguesa foi a proibição da venda de ópio pelos boticários, antes permitida (Fonseca, 1994). O problema foi solucionado após uma petição feita ao rei, pelos comerciantes da colônia, que relataram os prejuízos que a proibição havia trazido ao comércio local. A venda de ópio voltou então à condição de legalidade. Um edital da Câmara da cidade de São Paulo proibiu aos que não fossem médicos, boticários ou cirurgiões de vender em seus estabelecimentos várias substâncias “venenosas” como o ópio, a escamônea, o rosalgar vermelho, o branco e o amarelo. A intervenção dos comerciantes junto ao rei foi atendida um ano depois, com a lei sendo revogada em benefício do comércio na colônia (idem, 1994: 13).

As restrições governamentais sobre a produção e venda de álcool e outras drogas atendiam mais a necessidade de controle do lucro do que de manutenção da moral, ordem ou sobriedade na colônia. Já as opiniões dos colonos sobre os benefícios da

cachaça para o homem e o trabalho eram divididas. Havia os que ressaltavam a importância da cachaça para o trabalho escravo, por se sentirem mais “animados” nas tarefas, assim como os que, pela sua religiosidade, consideravam imoral o consumo de bebidas alcoólicas (Gonçalves e Venâncio, 2005).

Mesmo com independência do Brasil e o poder sendo entregue as elites brasileiras, a cachaça continuou sendo motivo de desavença entre o Estado e parte da sociedade. Na cidade de Ouro Preto, dessa vez século no XIX, a tensão foi provocada pelos comerciantes locais e estudantes da faculdade de Farmácia (Lopes e Lima, 2005). Já no Rio de Janeiro e cidades de Minas Gerais como Tiradentes, os escravos que se excediam no consumo de cachaça e os alcoólicos eram tratados com rigor para que parassem de beber. Para tanto, “seus senhores” recorriam a diversos tipos de máscaras que impediam o escravo de beber qualquer tipo de líquido. A francesa Adèle Toussaint-Samson (2003), em suas crônicas sobre o Brasil de meados do século XIX, ficou estarelecida com a brutalidade empregada para conter o abuso no consumo de bebidas alcoólicas pelos escravos:

“Mal conseguira acalmar-me e alguns passos adiante encontrava um pobre negro usando uma máscara de ferro; era ainda dessa maneira que se punia a bebedeira no escravo há doze ou quinze anos. Os que bebiam eram condenados a usar uma máscara de ferro, que era presa atrás da cabeça com a ajuda de um cadeado e era retirada apenas na hora das refeições. Não se pode imaginar a impressão que causava aqueles homens com cabeça de ferro! Era assustador! Imagine que suplicio sob aquele calor tropical!” (Toussaint-Samson, 2003:98).

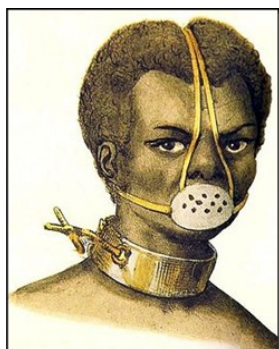


FOTO 1 Gravura de Jean Baptiste Debret que reproduziu a escravidão no Brasil (sd).



FOTO 2
Desenho do escritor Machado de Assis que viveu no Rio durante a escravidão (sd).

4.1.2. *Tabaco*

Carneiro (1994) observa que, durante a colonização, atribuiu-se propriedades curativas ao álcool e ao tabaco, planta que antes da chegada dos europeus, era utilizada pelos nativos em tratamentos e em rituais religiosos, políticos e sociais. Os indígenas, contrariamente a cena moderna da droga, usavam o tabaco como uma droga que ordena a vida (Wilbert, 1994). Na Europa, o consumo de tabaco foi cercado de repugnância, pelo cheiro exalado do charuto, e de admiração, por se considerar que curava enfermidades. No Brasil, a planta do tabaco foi manuseada para ser consumida de diversas formas até o século XIX. O “fumo de rolo” e o “charuto” foram às primeiras versões produzidas pelos colonizadores para se fumar as folhas da planta, seguidas do rapé e do cachimbo. O charuto acabou tornando-se um símbolo de *status* entre os senhores de escravos, inclusive após a independência do país.

Com a revolução industrial e a produção em massa de pequenos cigarros, no início do século XX, o hábito das mulheres fumarem transformou-se em símbolo de sua independência e, entre os homens, símbolo de sua masculinidade e de sedução das mulheres. Nos anos da ditadura militar, com o advento da das cores na televisão, os anúncios de cigarros tornaram-se mais atrativos, ao mesmo tempo em que se alinhavam aos interesses do Estado. Nas peças publicitárias que divulgavam as marcas de cigarros, os personagens (fumantes) sobressaíam-se pela profissão que exerciam, bem de acordo com a ideologia do “milagre econômico” que predominava no Brasil dos anos de 1970 (Trad, 2002). Na década anterior, um famoso jogador de futebol, considerado como um galã para os padrões da época, a promovia uma marca de cigarros. Na década de 1980 foi à vez do jogador tri-campeão mundial Gerson.

Hoje, o contexto é outro, prevalecendo o conflito saúde x tabacos em oposição ao glamour de ser fumante. A reprovação do consumo de tabaco pelo ministério da Saúde provocou uma intensa campanha contra os fumantes, em espaços públicos e privados. As medidas receberam o apoio de boa parte da sociedade. Certamente, as campanhas levadas a cabo pelo Ministério da Saúde a partir da década de 1990¹⁵, influenciaram no

¹⁵ O ministro da Saúde José Serra, reconhecido anti-tabagista, assumiu a campanha como uma das prioridades de sua gestão. Recentemente, agora como governador de São Paulo, ele criou a lei anti-fumo

percentual cada vez mais baixo de tabagistas. Assim mesmo, o Brasil ainda é um dos maiores produtores de tabaco do mundo.

4.1.3. Maconha

Desde o período colonial podiam-se encontrar junto aos canaviais, que eram a matéria prima do açúcar exportado para a Europa, plantações de tabaco e de maconha crescendo nas sombras da cana de açúcar (Mott, 1986). Antes de chegar ao Brasil, a maconha fazia parte da vida cultural de diversas sociedades africanas e asiáticas. Em efeito, foram os escravos trazidos de Angola e de outras regiões da África que introduziram a *diamba* ou *liamba* (como era chamada) nos quilombos (idem, 1986), pequenos povoados de ex-escravos que acolhiam os escravos fugidos dos engenhos de açúcar, inclusive brancos libertos.

Paulatinamente, fumar maconha em grupo foi se tornando um rito popular na zona rural do Nordeste e Norte do Brasil. Mesmo nas regiões que pouco exploraram o trabalho escravo, o consumo de maconha tornou-se popular. Pelo lado lusitano, o cultivo da planta também fazia parte do projeto colonizador, tanto no norte (op. cit.) como na região sul, em São Paulo (Fonseca, 1994). Para esta segunda região o governo chegou a enviar sementes e manuais de cultivo, além de pressionar os colonos a realizarem o cultivo e a colheita. A finalidade era produzir o cânhamo, excelente matéria prima para a fabricação das cordas e velas dos navios portugueses.

Os escravos, por sua vez, continuaram com as praticas de fumar a diamba. Cultivada e fumada espontaneamente por escravos, ex-escravos, camponeses, barqueiros, pescadores, soldados (Dória, 1986), se inicialmente o uso era de caráter mágico-religioso, com o tempo surgiram novas situações de consumo, como as do ócio e da cura de determinadas enfermidades. Gilberto Freire (1985) colheu relatos de antigos donos de engenho de açúcar no Nordeste sobre os escravos que fumavam maconha em suas fazendas. O consumo era tolerado pelos senhores nos momentos de lazer e nos rituais religiosos. Já nas províncias do Rio de Janeiro, São Paulo e Maranhão, a

para bares e restaurantes (2009). Apesar de não ser unanimidade, a medida agradou a maioria dos clientes e funcionários, inclusive 88,9% dos fumantes aprovaram a lei, segundo a ANVISA.

maconha era vista como contraproducente no trabalho, como dizia um provérbio da época: “pito de pango (cannabis) na boca, faz negro sem vergonha” (Vargas, 1993).

As primeiras leis brasileiras que restringiam a venda e o uso de maconha aconteceram em períodos de conflitos regionais e revoltas de escravos. O primeiro edital de proibição da venda e consumo de maconha em lugares públicos ocorreu no Rio de Janeiro (1830), permanecendo liberada a venda nos outros municípios do Rio de Janeiro. Para Anthony Henman (1986) as medidas, em verdade, representavam o temor dos senhores e das elites políticas por uma rebelião da população escrava, que era em maior número que a população livre e se comportava com irreverência nas ruas da cidade. Apesar da proibição, a maconha continuou sendo cultivada para fins medicinais nos jardins do palácio imperial do Rio de Janeiro (Mott, 1986). Anos mais tarde, cidades como São Luis e Campinas, terminaram proibindo a maconha nos moldes da lei municipal carioca. Campinas, no entanto, manteve-se legalmente como uma região de plantações de cânhamo, só que para a produção de cordas marítimas (Fonseca, 1994).

4.1.4. Visão sobre drogas no Brasil imperial (1822-1889)

No plano internacional, no final do século XIX, as representações sociais sobre o uso de drogas foram se transformando. Neste sentido, os interesses ideológicos, políticos, sócio-culturais e econômicos da revolução industrial e do capitalismo democrático, estimulavam uma nova visão sobre as bebidas alcoólicas e as drogas em geral, bastante paradoxal. No Brasil, se por um lado, a produção de bebidas alcoólicas diversificava-se e se modernizava, por outro, as elites construía uma visão negativa dos efeitos das bebidas alcoólicas, principalmente em relação ao consumo da cachaça entre as classes populares. Com isso, a dinâmica das representações sociais e as mudanças ocorridas com a revolução industrial levavam o Estado a mudar sua atitude, que antes era complacente frente ao uso de bebidas alcoólicas e outras drogas.

Mesmo assim, drogas como a maconha eram estudadas por botânicos, apesar de que, seu estudo não fazia parte das pesquisas das duas Faculdades de Medicina do Brasil (Rio de Janeiro e Salvador). No caso da faculdade de Medicina do Rio de

Janeiro, eram o tabaco, o álcool, a cocaína e o éter que atraíam a atenção das pesquisas (Gondra, 2004), inclusive os poderes curativos do álcool e da nicotina (Adyala, op. cit.). Até a metade do século XIX, o problema das drogas e a dependência não eram considerados como alarmantes para a sociedade ou o Estado brasileiro. A própria imprensa relatava as propriedades de cura de enfermidades pelo consumo de bebidas alcoólicas, inclusive em crianças (Ibidem).

Se por um lado não existiam trabalhos sobre os males do ópio, da heroína ou da maconha, por outro, as pesquisas abordavam os males do alcoolismo, do tabaco, do uso excessivo de café e de chá, assim como a prostituição, a loucura, o tratamento moral, denotando uma preocupação com a saúde da população do Rio de Janeiro. Para Gondra (op. cit.), as preocupações dos médicos revelavam o desejo pelo controle social, que resultaria na associação entre a medicina legal e os setores jurídicos. No fundo, o discurso reivindicativo desses médicos sociais, visava “organizar, disciplinar e normalizar a cidade, em busca da salubridade em geral do espaço urbano” (Mitsuko, 1998:29).

Nos moldes de Colom (2001), durante boa parte do século XIX, o Estado brasileiro reproduziu o modelo clássico de abordagem das drogas, pouco interferindo no uso. Do ponto de vista da legislação sobre o usuário, verifica-se que apenas a embriaguez alcoólica em público era punida com prisão. Não existiam leis específicas para as substâncias psicoativas que hoje estão proibidas, categorizando-se todas as drogas como “venenos” que poderiam ser adquiridos em estabelecimentos autorizados pelo Estado (Fiore, 2005). Os jornais da época eram poucos, mas, já exibiam anúncios sobre as possibilidades medicinais do haxixe ou reportagens que recomendavam bebidas alcoólicas destiladas para determinadas enfermidades infantis (Carneiro, 2003).

FOTO 4

Anúncio de um jornal brasileiro sobre cigarros de haxixe produzidos por uma farmácia de Paris (1885).



Quadro III – Legislação sobre drogas período colonial/imperial

Decreto	Ano	Período	Observações	Implicações para o usuário
			Tipo de controle, substância, penalidades	
<i>Rentas del anfión</i>		Colônia	Excetuando os jesuítas, os especialistas não davam muito atenção às plantas nativas. Optava-se pela importância de medicamentos europeus, que muitas vezes já chegavam deteriorados ou vencidos.	
		Colônia	Proibida a venda de tabaco sem pagamento de impostos. Ocorria com frequência o contrabando, e as estratégias eram semelhantes às realizadas com as chamadas drogas ilegais como maconha e cocaína na atualidade.	
	1649	Colônia	Proibição dos alambiques para produção de cachaça	
Ordenações filipinas	1737	Colônia	Edital da Câmara da cidade contendo interdições para aqueles que não fossem médicos, boticários ou cirurgiões e vendessem em seus estabelecimentos substâncias “venenosas” como o ópio.	
	1738	Colônia	Revogação do edital - pressões dos comerciantes da colônia sobre o rei de Portugal, por se sentirem prejudicados economicamente. Restaurado o livre comercio	
	1830	Império	Proibida a venda Maconha em lugares públicos da cidade do Rio de Janeiro.	Multa para os contraventores de 20\$000 e 3 dias de prisão para os usuários.
	1870	Império	Proibida a venda Maconha em lugares públicos da cidade de Santos.	Multa para os contraventores de 10\$00 e 4 dias de prisão para o uso.
	1876	Império	Proibida a venda, o uso e a conservação de maconha em lugares públicos da cidade de Campinas.	

4.2. República Velha, Revolução industrial, democracia e modelos de civilização: gênese da prevenção às drogas no Brasil

Na primeira metade do século XX a questão das drogas no Brasil se viu afetada por dois acontecimentos históricos que ocorreram para além das suas fronteiras: a revolução industrial com suas implicações para a transformação nos costumes sociais e a aliança entre a medicina psiquiátrica e o Estado. Somam-se a estes fatos, outros três elementos que remetem especificamente à realidade brasileira. O primeiro consiste no modelo de democracia adotado inicialmente pelo regime republicano, notadamente excludente. O segundo refere-se ao regime ditatorial adotado por Getúlio Vargas, após a revolução de trinta. E, por fim, merece destaque o papel assumido pela imprensa brasileira na abordagem e amplificação do problema das drogas. Tais acontecimentos, que serão analisados a seguir, foram determinantes não só para os novos padrões no uso de drogas, como para as representações em torno deste fenômeno e a normatização do uso.

Com a proclamação da república (1889), a ideologia republicana articulou-se com os padrões universais irradiados da Inglaterra, França e EUA. Porém, como ressalta Faoro (2001:567), o “consorcio” que sustentava a soberania popular, reduziu “o povo aos proprietários agrícolas capazes de falar em seu nome”, com o Brasil integrando o elenco de países onde prevalecia uma democracia fortemente hierarquizada e um quadro de grandes desigualdades sociais.

Neste cenário, o ideal de felicidade baseado no igualitarismo civil e no respeito aos interesses e direitos individuais era algo distante do universo dos estratos sociais mais pobres. Dessa forma, mantinha-se a estrutura social e política do período monárquico-escravocata, que era dominado pelos interesses das elites rurais, forças tradicionais e conservadoras. Sobre os novos tempos da república e da modernidade, Nicolau Sevcenko faz o seguinte comentário:

“No afã do esforço modernizador, as novas elites se empenhavam em reduzir a complexa realidade social brasileira, singularizada pelas mazelas herdadas do colonialismo e da escravidão, ao ajustamento em conformidade com padrões abstratos de gestão social hauridos de modelos europeus ou norte-americanos (...). Era como se a instauração do novo regime implicasse pelo mesmo ato o cancelamento de toda

herança do passado histórico do país e pela mera reforma institucional ele tivesse fixado um nexos co-extensivo com a cultura e a sociedade das potências industrializadas” Sevckenko (1998:27).

Contudo, a transformação social das elites no poder foi inevitável, em decorrência do contato das novas gerações rurais com as metrópoles internacionais e nacionais que vinham a reboque da revolução industrial. Dentre as conseqüências da revolução industrial, Romani, Julio Zino e Terrile Soledad (2003), destacam a reorganização racional do trabalho, que contribuiu para uma sociedade mais materialista e normatizadora, voltada para o consumo de produtos e serviços. Ao mesmo tempo, os países que se industrializavam como EUA, Inglaterra, França e Alemanha, atraíam emigrantes de todas as partes do mundo, com novos costumes e formas de uso de drogas. Na seqüência, surgiram novos grupos, classes sociais e a crise nas formas de controle social.

O desenvolvimento da indústria farmaco-química também foi um dado importante para o aumento e a diversificação do consumo de drogas no Brasil. Em decorrência do avanço científico, os laboratórios passaram a sintetizar as substâncias psicoativas produzidas pela natureza, produzindo-as em escala industrial. As condições de preparação e conservação da cerveja, por exemplo, tiveram a contribuição de Louis Pasteur ou a invenção da serpentina, que permitiu que a cerveja fosse servida gelada em regiões de alta temperatura climática, causando uma sensação de frescor no paladar. No bojo da revolução industrial, as drogas tornavam-se mais do nunca, produto-mercadoria, panacéia da modernidade que produzia novos usos, pautas e significados. Em meio à modernização de costumes dentro e fora do Brasil, a maior ou menor tolerância relativa ao consumo de diferentes substâncias, como as bebidas alcoólicas, o ópio ou a maconha revelava-se um processo dinâmico.

No caso do ópio, cujo uso foi tolerado por séculos em diferentes países, em um dado momento se desencadeou uma cruzada contra o seu consumo, primeiro nas Filipinas (sob o julgo dos EUA), expandindo-se depois para outros países (Gamella, 1992). Vale lembrar que a campanha anti-ópio resultou finalmente na lei Harrison (promulgada em

1912), que é considerada um marco entre as leis sobre drogas no século XX e nas decisões proibitivas das convenções que se seguiram.

No Brasil, a primeira legislação republicana específica sobre drogas (1914) seguiu os ditames da convenção de Haia, relacionando o ópio e seus derivados, a cocaína e o éter como “venenos” que deveriam ser controlados pelas farmácias. Na época, o presidente Epiácio Pessoa considerou que a medida era uma resposta aos reclamos da sociedade (Carneiro, 1993). A preocupação recaía, sobretudo, com a vida noturna e boemia das grandes cidades, que levava os jovens das elites brasileiras a aderirem aos novos costumes em voga na Europa, como o consumo de cocaína, morfina, heroína, ópio e éter. Tais drogas, pela condição social de boa parte de seus usuários, eram chamadas de “venenos elegantes”.

O consumo dessas substâncias fora do contexto médico passou a ser registrado principalmente após as grandes reformas urbanas e sanitárias do início do século XX e a adoção, pelo governo, das normas estabelecidas pela Comissão do Ópio em Haia (Adiala, 2006:49). Enquanto as elites rurais resistiam às propostas da revolução industrial, esta repercutia nos valores e costumes sociais da sociedade brasileira, particularmente, nos centros urbanos mais importantes. Apesar de que, o modelo econômico agrário-exportador mantinha grande parte da população do país nas zonas rurais, longe dos costumes dos centros urbanos.

A proclamação da república também foi determinante para a legitimação e institucionalização da medicina psiquiátrica enquanto campo de conhecimento especializado. Processo que já havia sido vivenciado na Europa, particularmente na França, como uma das consequências da revolução francesa. Para Castel (1978), o Iluminismo e a Revolução Francesa, ao fortalecerem o pensamento racional científico e a visão utilitarista da sociedade burguesa, propiciaram a emergência de novas visões e conceitos sobre a loucura e as condutas marginais. Modificava-se assim o sentido atribuído à loucura: a insanidade passava a ser o outro lado do racional, do civilizado, da utilidade que o homem poderia ter no capitalismo industrial.

Analisando este processo no Brasil, observa-se que nas primeiras décadas do século passado os médicos assumiram a administração e o controle das ações nas instituições públicas hospitalares, inclusive o tratamento de alienados mentais. A medicina higienista aliava-se ao Estado pela semelhança ideológica de suas concepções sobre indivíduo e sociedade. Entre as semelhanças, pode ser destacada a polarização entre ordem e desordem, razão e loucura, além do reconhecimento do trabalho como referência de inserção do cidadão na sociedade. Além disso, a tradição de que os políticos se formassem em medicina, contribuía para uma maior afinidade entre os interesses de ambas as classes.

A partir de concepções morais-ambientalistas e biológicas, a psiquiatria associou a loucura a comportamentos que parecessem promíscuos ou reveladores de inferioridade racial. Para identificar o “desvio” contido em “atos, atitudes, hábitos, comportamentos, crenças e valores” recorriam a noções ou termos como “civilização, raça, sexualidade, trabalho, alcoolismo, delinqüência/criminalidade, fanatismo religioso e contestação política” (Engel, 1999:548). Termos que também eram utilizados para delimitar seu campo de atuação (Mitsuko, 1998).

A participação da medicina e da psiquiatria foi decisiva na construção do problema das drogas no Brasil, seja do ponto de vista jurídico, seja influenciando no debate público, ainda que não o fosse de maneira unânime (Fiore, 2005). É interessante notar, que antes da convenção de Haia, a preocupação dos setores sanitários era com o consumo de bebidas alcoólicas e os inúmeros internamentos nos manicômios associados ao uso (Adyala, 2006). Enquanto que as demais substâncias psicoativas como a cocaína, a maconha, a morfina, o haxixe e o ópio, eram vendidas livremente em farmácias e boticários. Médicos como Pernambuco Filho e Botelho, chegaram a chamar de vícios deselegantes o álcool e a maconha, que mais tarde foi chamada pelas autoridades de “ópio dos pobres”.

As bebidas alcoólicas, junto com o tabaco e o café, também eram objeto de pesquisa nas teses da Faculdade de Medicina, desde os anos cinquenta do século anterior (Gondra, 2004). O mesmo acontecia na faculdade de Medicina da Bahia, onde médicos

como Nina Rodrigues “verificavam” que as bebidas alcoólicas produziam efeitos negativos na população mestiça e nos vadios (Fiore, 2003). Esse tipo de representação social, associando a debilidade de determinado grupo ao uso de drogas como o álcool, aos poucos foi sendo ampliada para outras drogas, com a classe médica considerando que a toxicomania era uma das causas da loucura e do aumento da criminalidade entre os brasileiros (Adyala, 2006). Tais afirmações só vêm a reforçar as conclusões de Pardo & Menendez (2001), de que não é o álcool enquanto droga o elemento estigmatizado pelas sociedades, mas determinados grupos sociais e comportamentos.

A proibição nos EUA da venda de bebidas alcoólicas fora do âmbito das farmácias (1919) terminou influenciando a criação das ligas antialcoólicas brasileiras que, ao lado das ligas de Eugenia e de Higiene, problematizaram com veemência o uso de bebidas alcoólicas entre a população pobre. Essas associações tinham como membros alguns expoentes da psiquiatria, juristas e jornalistas, que discutiam, entre outros temas, o crescimento socioeconômico do Brasil e a viabilidade do país.

Curiosamente, a posição adotada pela imprensa brasileira no mesmo período revelava certo descompasso com as preocupações dos agentes sanitários. Apesar das inquietações médicas com as bebidas alcoólicas, o alarme social acionado pela imprensa do Rio de Janeiro e de São Paulo era dirigido a outras drogas como a cocaína, a heroína, a morfina, o éter ou o ópio. Até mesmo a maconha, que era vendida em boticários, não despertava muita atenção da imprensa. Inclusive, uma pasta que é extraída da planta da maconha, o haxixe, era anunciada nos jornais como um medicamento para a asma que poderia ser encontrado nas farmácias. Um fato apurado na época denota o desinteresse da imprensa em vincular o uso de maconha e a violência: segundo uma reportagem, um velho negro havia sido preso por assassinar várias crianças e havia admitido que cometia os crimes após fumar maconha. Apesar do claro envolvimento entre maconha e violência apontado pelo homem, a notícia não teve nenhum desdobramento, caindo logo no esquecimento (Carneiro, 1993), fato que não passaria despercebido na atualidade. No caso específico da Bahia, só a partir dos anos quarenta a maconha ocupou definitivamente as páginas policiais dos jornais (Cardoso, 1994), enquanto que o uso problemático de bebidas alcoólicas continuava sem chamar a atenção da imprensa.

Na interpretação de Beatriz Carneiro (1993), a imprensa da época, seguia a tendência do jornalismo moderno, apostando no “sensacionalismo” das reportagens que envolvessem jovens da elite, prostituição e as drogas vinculadas a modernidade como a cocaína e a morfina. Neste sentido, também eram validas as matérias jornalísticas que abordassem os suicídios ou *overdoses* por cocaína de pessoas comuns como donas de casa e empregados do comércio. A autora pondera ainda, que o interesse da imprensa pelos “vícios elegantes”, expressava também uma preocupação das elites conservadoras e tradicionalistas com os novos costumes da modernidade. No caso das drogas, tanto a imprensa quanto a classe médica, não tinham como finalidade maior a proibição total, mas um controle mais rígido do Estado sobre sua dispensação.



FOTO 5 - Outro anúncio de cigarros a base de haxixe, dessa vez final da década de 1920.



FOTO 6 - Capa de uma das obras de José do Patrocínio Filho, jornalista e cronista da noite carioca, e das “necessidades e vícios humanos”.

No campo da saúde mental, o pensamento médico-psiquiátrico tinha como referência para entendimento da loucura, o comportamento urbano civilizado e os ideais do iluminismo francês. Com base nestes parâmetros, os médicos brasileiros identificavam o “desvio” psíquico, observando os hábitos e comportamentos da população em geral e em contraste com o mundo urbano das grandes metrópoles (Engel, 1999). Tanto o discurso médico social, como o de outras esferas intelectuais, encontravam nessas práticas tão diferentes do modo europeu, o lado primitivo e

incivilizado da sociedade brasileira. No limite, a visão favorecia a tese de que no mundo industrial os indivíduos de cultura primitiva seriam mais suscetíveis à loucura.

Dessa forma, as populações negras, pobres e/ou de baixa escolaridade terminavam preenchendo os requisitos e sendo reconhecidas como segmentos sociais primitivos, inferiores e perigosos. A proibição de suas práticas culturais é um exemplo. Manifestações típicas da população afro-descendente, o samba, a capoeira, o candomblé e a maconha, foram proibidos sob a argumentação de que eram comportamentos primitivos que deveriam ser extintos (Fry, 1978), o que ilustra bem as implicações intenções do projeto civilizatório que as elites vislumbravam para o país.

Seguindo a tendência das grandes cidades européias, o Rio de Janeiro e outras capitais brasileiras investiram em grandes reformas urbanas e sanitárias. Na capital federal, ficou famoso o *slogan* “O Rio civiliza-se” (Wissenbach, 1998). Apesar dos avanços alcançados em termos urbanísticos, tais reformas acarretaram no desalojamento da população local, desencadeando o fenômeno da *favelização* ou ampliação das *favelas* no perímetro urbano da cidade. Esse conjunto de construções precárias e irregulares, normalmente situadas nos morros e encostas da cidade, foi povoado, majoritariamente, por emigrantes nordestinos, os ex-escravos e seus descendentes, assim como pelos soldados que lutaram na *Guerra de Canudos*. As políticas públicas e as reformas urbanas nesta conjuntura refletiam o distanciamento entre o Estado e o cidadão comum, desconsiderando o arranjo sócio-cultural construído pelos grupos de descendência africana ou de emigrantes provenientes de regiões mais pobres do país.

Por outro lado, destoando dos valores culturais vigentes na época, eclodiu no início da década de 1920, o *Movimento Modernista*, que traria consequências para o projeto civilizatório em voga. Os signatários deste movimento se opuseram às influências dos padrões do estilo clássico europeu e proclamaram o surgimento de uma nova era nas artes e na literatura do país. Como consequência, os modernistas propiciaram uma valorização da cultura popular brasileira, rejeitada e discriminada pelo Estado e elites

políticas. Os modernistas, a exemplo do escritor Mario de Andrade¹⁶ e artistas plásticos Tarsila do Amaral e Di Cavalcanti, passaram a representar o popular em suas obras como sendo a “verdadeira” cultura nacional. Inaugurava-se assim, um novo olhar sobre as práticas cotidianas da população negra e mestiça através das obras que enalteciam a estética negra, presente em cidades como o Rio de Janeiro e Salvador¹⁷.



FOTO 7
Samba (1925) - obra de Di Cavalcanti.

Concluindo o tópico, cabe enfatizar que o Estado brasileiro neste período passou agir de acordo com as racionalidades *jurídico-moral e médica* que havia se instalado nos EUA, adotando o modelo *contagionista* de prevenção no controle de epidemias. Na prática o objetivo era impedir o contato entre o agente (a droga) e o hospedeiro (indivíduo), reprimindo a venda de drogas ilegais e taxando o usuário como delinqüente ou enfermo. No entender de Araújo & Moreira (2006) existem diversas semelhanças

¹⁶Mario de Andrade (autor de *Macunaíma*), poeta, músico e folclorista, foi Secretario de Cultura do estado de São Paulo, manteve um relacionamento intenso com o casal Lévi-Strauss e foi um pesquisador pioneiro no reconhecimento de que as manifestações populares e comportamentos observados nas viagens pelo Brasil, eram expressões da cultura brasileira. O grande legado dos Modernistas foi a percepção, de que a vida nos morros do Rio de Janeiro, por exemplo, era pura estética multicultural brasileira.

¹⁷ Na década seguinte, diversos personagens e ideais do Movimento Modernista foram absorvidos pelos interesses populistas de Getúlio Vargas. Como destacou Lilia Schwarcz (2000:200), no discurso do Estado “o mestiço vira nacional, ao lado de um processo de desafricanização de vários elementos culturais, simbolicamente clareados”. Ao mesmo tempo, difundia-se no Brasil e exterior, que o país era uma democracia racial. Somente nos anos cinquenta, apareceram as pesquisas que desmistificaram a falsa igualdade brasileira entre brancos e negros, questão que será retomada ao final do próximo tópico.

4.3. A era de Getúlio Vargas e a Ditadura Militar: condição propícia para o intervencionismo estatal no controle das drogas.



Os dois períodos que serão abordados agora foram determinantes para a consolidação do modelo proibicionista de drogas no Brasil. Se na Era de Vargas o Brasil incorporava definitivamente as medidas proibitivas das convenções internacionais, posteriormente, durante a ditadura militar iniciada em 1964, o modelo seria reforçado, em contraposição as novas tendências sociais dos movimentos sócio-políticos e de contracultura dos anos sessenta e setenta. Também são desses períodos, as principais leis e diretrizes brasileiras sobre drogas e que norteiam até hoje a legislação brasileira. Em que pese as mudanças atuais, a manutenção dos princípios médico-jurídicos formulados nesses períodos de exceção e de ausência de democracia, somente reforçam o caráter intervencionista e pouco participativo da sociedade civil na legislação brasileira sobre drogas. Como poderá ser observado a seguir.

Em 1930, o caudilho gaúcho Getúlio Vargas, liderou um movimento que se opunha a hegemonia política de São Paulo e Minas Gerais no cenário nacional, assumindo o poder provisoriamente. A partir da revolução de trinta o Estado e seu *staff* começaram a se modernizar, distanciando-se dos ideais da *Belle Époque*. O novo governo decretou o fim do modelo econômico agro-exportador e o monopólio político das lideranças regionais. Digas-se de passagem, que o setor rural, com seus conflitos e necessidades, deixaram de ser prioridade do governo federal por algumas décadas, mais precisamente até a chegada do presidente João Goulart ao poder (início dos anos sessenta).

¹⁸ Caricatura de Getúlio Vargas. Autor: Nassara (História da vida privada no Brasil,1998).

Em 1937, Vargas efetivou outro golpe de Estado, que o manteve no poder até 1946, quando foram retomadas a democracia e as eleições diretas para presidente. Durante o longo período em que esteve no poder, Vargas, em oposição a conduta liberal e civilizadora que predominava, inaugurou uma nova forma de atuação política, baseada no populismo-nacionalista e no intervencionismo do Estado no âmbito da sociedade civil. No final da sua ditadura e quando voltou ao poder pelas urnas, em 1953, Vargas procurou criar, estimular e associar diversos personagens e comportamentos como símbolos da cultura nacional. Um exemplo marcante foi o retorno de Carmem Miranda dos EUA e a sua transformação em ícone da música brasileira pelos meios de comunicação do Estado.

Na construção de seu ideal nacionalista, Vargas se valeu dos inúmeros intelectuais e personagens do mundo das artes e da literatura que se aproximaram do Estado após a revolução de trinta. A expectativa desses atores sociais era de que finalmente a cultura popular brasileira seria reconhecida pelos governantes. A busca dos órgãos do Estado por uma cultura que revelasse a identidade nacional, em oposição ao projeto civilizatório da *Belle Époque*, resultou na valorização das práticas populares da população negra e pobre.

Antes, logo após a revolução, ainda ocorreu uma intensa perseguição às práticas populares de origem africana, como a capoeira, o samba, o consumo e a venda de maconha. No momento em que foi proibida pela legislação da década de trinta, a maconha já era perseguida e proibida em feiras livres e prisões do estado de Sergipe (Dória, 1986) ou nos terreiros de candomblé e umbanda nas cidades de Salvador e Rio de Janeiro. No caso dos terreiros, o fato da maconha ser encontrada nestes locais reforçava a associação entre a maconha, misticismo e loucura, justificando a criação da delegacia de combate aos entorpecentes e ao misticismo (Maggie, 1986). A delegacia era resultado das reformas que vieram com a revolução, mas, a criação dessa inspetoria de entorpecentes e mistificações, no mínimo oficializava as concepções costumeiras em torno da maconha e das religiões africanas.

A implantação do Estado Novo durante a Era de Vargas permitiu que, no campo das

drogas, o Estado finalmente assumisse as características intervencionistas de um heterocontrole, nos moldes propostos por Castel & Coppel (op. cit.). Apesar do cunho normatizador e controlador do Estado diante das drogas, inclusive com a criação de uma Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE, 1936) para criar uma nova legislação, foram mantidos os princípios liberais do modelo clássico diante das substâncias legais como o álcool, o tabaco e os medicamentos psicoativos. No caso das bebidas alcoólicas, o uso excessivo continuou sendo visto com condescendência, como nas leis de trânsito. Ou seja, um motorista embriagado, que causasse danos a terceiros, poderia ser eximido de maiores responsabilidades, por estar fora de si no momento do acontecimento. Pela legislação atual, ocorre justamente o contrário, a ingestão de bebidas alcoólicas associada à condução de veículos é uma infração grave das leis de trânsito, passível inclusive de prisão no caso de acidentes com vítimas.

Apesar de tudo, para Adyala (2006: 68/69), a Comissão Nacional de Fiscalização dos Entorpecentes (CNFE) inaugurou uma nova fase na abordagem das drogas no Brasil e na campanha contra a toxicomania. Entre as atribuições dessa comissão, estavam a pesquisa e a fixação de normas para a fiscalização da produção, oferta, venda, compra e a repressão do tráfico e uso ilícito de substâncias entorpecentes. A nova legislação validou o tratado de Genebra, reconhecendo a maconha como produto entorpecente (decreto 24.505) e determinando que os medicamentos psicoativos passassem a ser controlados exclusivamente pela receita dos médicos. Com o rigor das novas leis contra as drogas ilegais, o controle médico e a ação repressiva contra a maconha¹⁹, o modelo de prevenção brasileira configurava-se em um *mix médico-jurídico*.

A dependência passou a ser considerada como uma doença de notificação compulsória, como as enfermidades transmissíveis e na prática, as medidas necessárias para atender a demanda e a prevenção primária não se efetivaram (Adyala, 2006). Tendo como base as intervenções sanitárias, o paradigma da enfermidade contagiosa individualizou as enfermidades, estigmatizando os enfermos como pessoas contaminadas, como ocorre atualmente na abordagem do uso drogas (Romaní, 2004). Uma das conseqüências dessa lógica sobre o uso de drogas (tutela do Estado e

¹⁹A nova legislação não fazia distinção entre o tráfico e o uso, imputando à mesma pena de prisão a posse para tráfico ou a posse para uso (Fiore, op. cit).

monopólio da medicina) foi a abertura de novas vias de distribuição para os derivados de ópio e bebidas alcoólicas. Nas décadas que se seguiram, a indústria farmacêutica e os médicos conquistaram novos adeptos de opiáceos sintéticos, como os sedativos, medicamentos que se tornaram símbolo do uso de drogas entre as mulheres (Romo, 2005).

É importante registrar, que a intensificação das ações de repressão contra a maconha, ocorreu no mesmo período em que apareciam as pesquisas desmistificando a associação entre maconha e loucura. Como a de Garcia Moreno (1986) nos asilos mentais de regiões produtoras de maconha, que não encontrou casos de loucura relacionados ao uso de maconha no estado de Sergipe. O Psiquiatra concluiu que o Brasil padecia de um maconhismo “menos grave”, pois, os consumidores sergipanos aparentavam “uma sobriedade quase puritana” quando comparados aos fumadores de haxixe do Cairo e de Istambul.



FOTO 9 - Roda de fumo em uma cidade do Nordeste (década de 1940).

Fonte: Bruno Cavalcanti (PE).

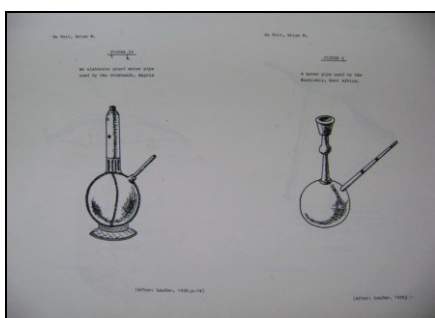


FOTO 10 - Desenho de duas cabaças adaptadas para fumar maconha das etnias *Ovimbundu* (Angola) e *Washishis* (África do Leste), década de 1930. Os aparatos são semelhantes ao utilizado na foto 9. Fonte: Berthold Laufer.

Por outro lado, surgia no Nordeste, uma nova vertente no campo da saúde e da psiquiatria, que também forneceria subsídios para a crítica do modelo civilizatório que se impunha ao Brasil naquele momento. Porém, na sequência, eles foram duramente perseguidos pelo regime de exceção de Getúlio Vargas. Há de se ressaltar nesse período, o ineditismo da psiquiatria transcultural brasileira na Bahia. Destacam-se no bojo desta corrente, figuras como Ulisses Pernambucano, Gilberto Freire, Estácio de Lima, Cerqueira Cezar, Nelson Pires e Rubim de Pinho.

As idéias defendidas por este grupo podem ser consideradas como o embrião da luta anti-manicomial brasileira que só assumiria contornos mais claros a partir da década de 1960, na esteira das mobilizações sociais da contracultura e do movimento internacional contra o isolamento físico de pessoas portadoras de transtorno mentais. Alguns desses, psiquiatras, também se interessaram pelo estudo da maconha, que fazia parte das práticas populares na Bahia, como Rubim de Pinho e Estácio de Lima. Pinho, por exemplo, abordou a maconha enquanto “droga de uso popular de boa parcela das populações excluídas, utilizada de forma lúdica, medicinal e eventualmente religiosa”. Segundo um dos profissionais de saúde do CETAD, foi Rubim de Pinho que cunhou o termo “maconhismo” para o hábito de fumar cannabis, mas:

“A maconha saiu do foco de interesse dele (Rubim de Pinho), ou então, eu não estou autorizado a dizer isso, mas posso pensar que ele tocou nisso, achou muito quente e terminou deixando. O prof. Estácio de Lima, um pouco antes, foi titular de medicina legal na Baiana, na Federal e na Escola de Direito Federal, falou muito também do uso de maconha. E é muito interessante porque o prof. Estácio foi um homem muito avançado do seu tempo, ele foi titular se não me engano nos anos 40 e vai dizer que a maconha não produz exatamente o efeito que se diz, isso dependeria muito da circunstância social, do consumo, que o efeito da maconha tinha a ver com quem consome, onde e como consome” (entrevistado 1).

Quase que ao mesmo tempo, na região Sudeste do Brasil, que tradicionalmente associava a maconha à preguiça e improdutividade no trabalho, surgiam às pesquisas do médico Ribeiro do Vale, que se destacaria pelas investigações sobre os efeitos fisiológicos da maconha, criando uma escola que teria como um de seus herdeiros na

pesquisa fisiológica, Elisaldo Carlini, considerado atualmente como o grande pesquisador da maconha no Brasil²⁰.

Como conseqüência, o samba, a feijoada e a capoeira, por exemplo, passaram a ser enaltecidos no âmbito das instituições públicas. O discurso oficial, ancorando-se nas interpretações de Gilberto Freire, ao mesmo tempo em que exaltava a sociedade brasileira como um modelo harmônico de convivência social. Para garantir essa nova percepção do Brasil, a censura e o Departamento de Imprensa e Propaganda foram fundamentais, passando a existir um controle sobre a produção musical e as outras manifestações artístico-culturais visão cordial da relação entre brancos e negros.

Por outro lado, o otimismo proporcionado pela “descoberta” de uma “democracia racial” durante a Era de Getúlio Vargas levou a UNESCO (1951) a criar o Programa de Pesquisas sobre Relações Raciais no Brasil e contratar pesquisadores como o antropólogo baiano Thales de Azevedo e o sociólogo Florestan Fernandes, os resultados de alguns trabalhos desmistificaram essa percepção da realidade brasileira. Problematizando a noção de tolerância racial exercida no país e trazendo a tona à profunda desigualdade na distribuição de renda entre brancos e negros, os trabalhos de Florestan Fernandes e de outros pesquisadores²¹, serviram para fortalecer o discurso daqueles que contestavam os valores vigentes:

“O conjunto das pesquisas apontava, portanto, para novas facetas da ‘miscigenação brasileira’. Sobrevivia, enquanto legado histórico, um sistema enraizado de hierarquização social que introduzia gradações de prestígio com base em critérios como classe social, educação formal e origem familiar e em todo um *carrefour* de cores e tons” (Schwarcz, 2000:205).

A seguir um resumo do código de leis sobre drogas promulgadas na Era de Getulio Vargas, cujos fundamentos ainda são referencia para as emendas e mudanças de lei.

²⁰ Carlini foi diretor da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e é líder de uma das instituições mais influentes e referencia para os Ministérios da Saúde e Justiça, o CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas) é responsável pelos principais levantamentos epidemiológicas do consumo de drogas no Brasil.

²¹ Roger Bastide, C. Wagley, René Ribeiro, Costa Pinto, Oracy Nogueira e, posteriormente, Fernando Henrique Cardoso e Otavio Ianni.

Quadro V – Principais decretos da Era Vargas²²

Lei	Ano	Observações / Implicações para o usuário
30.930	1932	O porte de qualquer substancia considerada entorpecente passa a ser passível de prisão e internamento por tempo indeterminado.
Decreto-lei n. 891	1938	Estabelece a mesma pena de prisão para o porte, uso ou venda de drogas, independente da quantidade. Por primeira vez a toxicomania é considerada como uma doença de notificação obrigatória, com o mesmo status de doença infecciosa. Aprovada a Fiscalização de Entorpecentes. Listas das substâncias entorpecentes/ produção, tráfico e consumo/Internação e tratamento
Decreto-lei n. 891	1940	Texto inspirado na Convenção de Genebra trata da internação e interdição civil dos “toxicômanos”; relaciona às substâncias consideradas entorpecentes e cria normas restritivas de produção, tráfico e consumo.
Decreto-lei n. 3.114	1941	Aprovada a criação da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), alterado pelo decreto–lei 8.647.
Decreto-lei n. 4.720	1942	Fixou as normas gerais para cultivo de plantas entorpecentes e para extração, transformação e purificação de seus princípios ativo terapêuticos.
Decreto-lei n. 8.647	1946	CNFE - Atribuições de estudar e fixar normas gerais sobre fiscalização e repressão em matéria de entorpecentes, bem como consolidar as normas dispersas a respeito.

4.4. Ditadura militar e Contracultura: a renovação da política proibicionista

Na década de 1960, um novo golpe político atingiu a frágil democracia brasileira. Um movimento armado, sustentado pelos setores conservadores da sociedade civil e das forças armadas, interrompeu o governo do presidente João Goulart, iniciando uma ditadura militar que durou 21 anos. Naquele momento, as tensões políticas internacionais giravam em torno da chamada Guerra Fria, polarizando o mundo entre os regimes capitalistas e comunistas. Goulart, gaúcho e herdeiro político de Vargas, pela sua forma de atuação política foi acusado de tentar transformar o Brasil em uma nação comunista.

Faziam parte do governo, figuras ilustres da esquerda trabalhista brasileira como o antropólogo Darcy Ribeiro, Miguel Arraes, Leonel Brizola. Como ministro da Educação e chefe da Casa Civil. Enquanto o antropólogo Darcy Ribeiro, como ministro da Educação realizava reformas no ensino brasileiro, no âmbito trabalhista, por primeira

²² Editais completos em anexo 3.

vez os ministérios voltavam-se para o setor rural, com a criação dos sindicatos dos trabalhadores rurais e a intenção do Estado de realizar a primeira reforma agrária brasileira. Além disso, o Estado sinalizava que passaria a controlar a remessa de lucros das indústrias multinacionais para o exterior. A reação conservadora das elites, que se sentiam prejudicadas com as novas medidas, permitiu que o Brasil mergulhasse em um longo período de desigualdade socioeconômica e ausência de liberdade e direitos civis.

Concomitantes aos primeiros anos da ditadura militar surgiam na Europa e nos EUA os movimentos políticos estudantis e hippie, ícones do movimento de contracultura que questionou a sociedade de consumo a partir dos anos de 1960. Estes movimentos tiveram uma forte repercussão nos setores juvenis e estudantis da sociedade brasileira, cujo alvo principal de suas críticas era a própria ditadura militar e os valores morais da sociedade brasileira. Sem dúvida, o movimento da contracultura desempenhou um papel decisivo na percepção contemporânea sobre o consumo de substâncias psicoativas, principalmente as ilegais. Os novos significados atribuídos ao uso de drogas, no caso Brasil, foram de maneira especial graças à difusão do uso da maconha e LSD entre os jovens de classe média das grandes cidades.

Por outro lado, o fato desse movimento de contestação acontecer em meio a uma ditadura militar, suscitou uma reação mais contundente por parte do Estado e das lideranças civis, como a igreja católica e seu conservadorismo moral em relação ao comportamento dos jovens. No Rio de Janeiro, um protesto em repúdio a morte de um estudante pela polícia, resultou na passeata dos cem mil (maio de 68), que simbolicamente deu início ao movimento estudantil de reação a ditadura militar. Segundo o sociólogo Zuenir Ventura, a partir daquele dia formaram-se dois grupos juvenis contra a ditadura, um que buscava a organização política popular e outro que optava pela força e o uso de armas²³.

Na tentativa de desestabilizar os setores clandestinos que se opunham aos militares no poder, o Estado procurou associar o tráfico e as drogas à subversão política, intensificando a repressão contra o uso de drogas ilegais como a maconha e o LSD.

²³ Especial Globonews – 1968, programa exibido em 13-11-2008, às 22:00.

(Batista, 1985:113)²⁴. Se antes da década de 1960 o consumo de drogas como a maconha e a cocaína era associado à prostituição, à criminalidade e à loucura, com a ditadura militar as drogas foram associadas à juventude, incorporando novos significados ao imaginário social, como a delinquência juvenil e a alienação político-social (Olmo, 1990). Ao mesmo tempo, a partir do movimento psicodélico, surgiam milhares de simpatizantes das drogas ilegais, conferindo novos significados a estas substâncias, como o enaltecimento do prazer; instituindo, uma nova era no campo das drogas (Schivelbusch, 1995).

Em decorrência dessa suposta relação entre subversão política e drogas, a Ditadura Militar, involuntariamente, forneceu as condições necessárias para que o tráfico de drogas do Rio de Janeiro se tornasse mais organizado e disciplinado, culminando com o poderio de enfrentamento bélico que possui hoje em dia. Ocorreu, naquela época, que os presos políticos e grandes assaltantes de banco do Rio foram transferidos para a prisão da ilha Grande. Como estavam submetidos à Lei de Segurança Nacional, os dois grupos cumpriam pena na mesma galeria. Houve então, uma intensa troca de experiências e conhecimento entre os grupos²⁵. Esse momento chegou a ser abordado em um filme recente, *Quase dois irmãos*, que aborda a relação conflituosa entre dois amigos de infância. Um deles era branco, de classe média e fazia parte de um grupo armado que enfrentava a ditadura militar. O outro era negro e integrava um pequeno grupo de assaltantes de banco, ambos cumpriam pena de prisão na Ilha Grande.



FOTO 10
Cartaz do filme *Quase dois irmãos*.

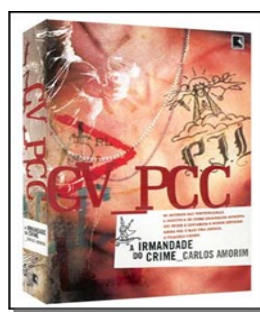


FOTO 11 Capa da versão para download do livro
Irmandade do Crime - A História Secreta do Crime Organizado.

²⁴ Segundo Romani, o mesmo ocorreu na Espanha, como retratou o discurso de Carrero Blanco - "liquidado" por ETA (1973), que associa drogas a anarquistas, comunistas, etc.

²⁵ O jornalista Carlos Amorim retratou alguns desses encontros, assim como as biografias de traficantes e guerrilheiros (*Irmandade do Crime - A História Secreta do Crime Organizado*, 2008). Link para download: [CV_PCC](http://jornalivro.blogspot.com/2008/10/irmandade-do-crime-cvpcc.html) <http://jornalivro.blogspot.com/2008/10/irmandade-do-crime-cvpcc.html>.

Neste momento, é interessante notar que, apesar do modelo proibicionista de prevenção conceder mais ênfase substância e menos aos sujeitos e contextos, as evidências apontam que as restrições ao consumo refletiam a intolerância frente às diferenças socioculturais. Constata-se, sobretudo, que, graças à capacidade de adaptação do modelo médico ao modelo jurídico, o proibicionismo foi legitimado sob a égide do paradigma médico-moral. Mesmo entre aqueles que procuravam desmistificar os efeitos atribuídos à maconha, como o incitamento à violência e à loucura, persistiu a defesa à proibição do seu consumo e de outras drogas. Posição encontrada, por exemplo, em Carlini (1986:83), que, embora admitisse que o consumo da maconha fosse socialmente aceito em determinadas sociedades, advertia que seu uso podia interferir na motivação do indivíduo e na capacidade de reagir e protestar dos jovens, transformando-os em “alienados frente ao futuro”. Essa representação sobre maconha e jovens ainda é bastante presente no campo da prevenção, como retrata o comentário de Laranjeira (2007:2) ao criticar uma possível legalização da maconha: “a população mais jovem teria maiores complicações na escola, e talvez até aumentasse um tipo de criminalidade menos violenta para conseguir um pouco de dinheiro o para consumir drogas”.

No plano jurídico-legal, no período da ditadura militar, foram equiparadas as substâncias capazes de determinar “dependência física ou psíquica” aos “entorpecentes” para os fins penais e de fiscalização e controle. Mantiveram-se as imprecisões e/ou distorções conceituais ocorridas desde o início do século, reproduzindo-se os ditames da ONU, que por sua vez começava a assumir os termos drogas licitas e ilícitas para solucionar as contradições sobre diversas drogas entorpecentes, como as bebidas alcoólicas e os barbitúricos, que não eram vistas como tais (ao menos como se percebiam os “entorpecentes”).

Na prática “o consumidor era privado da liberdade e da capacidade de escolha ou vontade, e, portanto, sujeito a um controle muito forte”. Em países como o Brasil, ainda ocorreu a falta de precisão na definição entre posse e consumo, dando lugar a múltiplas sentenças que condenaram à prisão possíveis consumidores (Olmo, 2002:38).

O quadro abaixo descreve os principais dispositivos legais sobre drogas implantadas no Brasil no período analisado:

Quadro VI – Legislação sobre drogas período militar

Decreto	Ano	Observações/ Implicações para o usuário
n. 159	1967	O Brasil é o segundo país do mundo a considerar tão nocivo quanto o uso de “entorpecentes”, o uso dos anfetamínicos e dos alucinógenos.
n.5.726	1971	Alterou o rito processual para o julgamento dos delitos previstos nesse artigo.
Portaria n. 1316	1972	Regimento Interno da Comissão Nacional de fiscalização de Entorpecentes do Ministério da Saúde (CONFEN), órgão orientador e disciplinador da fiscalização e controle de substâncias entorpecentes e equiparados. Objetivo: reprimir o tráfico e a utilização ilícita.
Portaria n. 26	1974	Exige controle rigoroso pelo farmacêutico do estabelecimento. Obrigatoriedade de retenção das receitas pelas farmácias ou drogarias, em casos de emergências, prescrição em hospitais, uso em pesquisas ou atividades de ensino. Dificuldade para se adquirir psicoativos nas farmácias.
Portaria n. 18	1973	Instruções relativas à fiscalização e ao controle das substâncias que determinam dependências físicas ou psíquicas e das especialidades que as contenham, apresentando cinco listas e respectivas normas relativas a receituários, compra, venda.
Lei 6.360 Lei 6.368/76 Artigo 12 6.368/76	1976	Novas medidas de prevenção e repressão ao tráfico e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependências físicas ou psíquicas, e dá outras providências. Cria o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes – SINPFRE e o CONFEN (nos moldes da CNFE). Pena de reclusão (3 a 15 anos e multa), para quem "importar ou exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar". Arguição sobre a dependência e a hipótese de inimputabilidade do usuário (falta da capacidade psíquica necessária para compreender a natureza penalmente ilícita de sua conduta). Torna o tratamento médico obrigatório para indivíduos de condutas definidas como de dependência, ou Internação hospitalar. Criminalizada a posse para uso pessoal de drogas ilícitas.
Decreto n. 79.388	1977	Promulga a Convenção sobre Sustâncias Psicotrópicas, Controle de substância/ disposições especiais relativas ai âmbito do controle/ ação contra o tráfico ilícito.
Decreto n. 85.110	1980	Cria o Sistema nacional de prevenção, fiscalização e Repressão de Entorpecentes.

4.5. Democracia brasileira e abordagem sociocultural das drogas: a distensão da política proibicionista

Com a abertura política que ocorreu nos anos oitenta, a exemplo da constituinte de 1988, o usuário deixou de ser visto somente como um delinqüente, passando a ser aceito também como enfermo e dependente de drogas. As alternativas passaram a ser então a internação e o tratamento em clínicas. Contudo, personalidades do cenário público como Fernando Gabeira²⁶ e/ou profissionais do mundo artístico-cultural começaram a pedir pelo fim da proibição das drogas Brasil, principalmente da maconha. No campo acadêmico, finalmente pode-se tornar público os trabalhos de Gilberto Velho e Adyala, que destacavam a importância dos critérios políticos, sócio-culturais, econômicos e ideológicos nas políticas brasileiras de drogas, em detrimento de critérios farmacológicos ou relacionados à saúde do usuário, que *a priori* justificariam a proibição e as preocupações da sociedade e do Estado (ver também Henman, 1986; Maciel, 1985).

A necessidade de se conter uma epidemia como a AIDS também foi importante neste processo de distensão no campo da prevenção, com destaque para os programas de Redução de Danos no uso de drogas. Tanto no panorama brasileiro, como no internacional, ganhava espaço a abordagem sócio-cultural do fenômeno das drogas, apontando novos modelos de prevenção ao uso e abuso. Se na Grã-Bretanha, Mark e Peter O'Hare resgatavam o conceito de Redução de Danos, cuja origem remete à própria Inglaterra, os *junkies* de Amsterdam exigiam políticas de redução dos danos que o uso marginal de drogas estava causando a eles. Em realidade, como ressalta Marlatt (1999:52) a Redução de Danos consiste em um conjunto de princípios a serem aplicados a qualquer comportamento humano que implique em algum tipo de risco. Para o autor a Redução de Danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doenças do uso e da dependência de drogas que apresenta os seguintes princípios: reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos; constitui uma abordagem “de baixo para cima”, baseada na defesa do

²⁶Fernando Gabeira, atualmente deputado pelo Rio de Janeiro, é um dos mais importantes defensores da liberação da maconha no Brasil. Apesar de seu posicionamento, quase foi eleito prefeito do Rio de Janeiro em 2008, perdendo no segundo turno por menos de 50.000 votos (4 milhões de eleitores no RJ).

dependente, em vez de uma política de “cima para baixo” promovida pelos formadores de política de drogas; promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência; baseia-se na tese do pragmatismo empático versus idealismo moralista.

Por outro lado, em uma França conservadora, o psicanalista Olivenstein, destacava-se em Paris, ao defender programas voltados para dependentes de drogas em situação de marginalidade social. Ao longo da década de 80, Olivenstein, tornou-se uma referência tanto para as abordagens mais inovadoras como para aqueles que apoiavam o modelo proibicionista, como o padre Charbonneau, que foi referência no campo da prevenção durante a ditadura militar e posteriormente. Diversos autores, como Elias Murad, Içami Tiba, Elisaldo Carline e Kalina, iniciaram sua trajetória no campo das drogas durante a ditadura militar. Em tempos de censura a liberdade do discurso e de perseguição ao usuário de drogas, estes autores tornaram-se referência para o Estado, principalmente pelo conservadorismo de suas idéias em relação ao uso de drogas ilegais como a maconha.

Ao final da década, embora o modelo hegemônico ainda estivesse assentado no paradigma médico-jurídico, em meio às complexas transformações que se impunham à sociedade “pós-industrial”, vislumbrava-se, o fortalecimento das perspectivas que valorizavam as dimensões sócio-culturais na compreensão do uso das drogas e a sua regulação. Ao mesmo tempo, no âmbito da saúde pública, incrementavam-se as críticas à legislação brasileira, considerada benevolente com o consumo de drogas legais como bebidas alcoólicas e cigarro. A partir das pressões do setor sanitário, o Estado foi se tornando mais intervencionista e controlador do uso e venda das substâncias psicoativas legais como o álcool e o tabaco.

Ao lado disso, cresciam os fenômenos associados à droga-delinquência e a droga-dependência, contribuindo para uma tensão entre as propostas de prevenção. De um lado mantinham-se as concepções nos moldes tradicionais do proibicionismo, voltadas para a repressão do consumo, através de *pedagogias do terror* e de *slogans* do tipo *diga não às drogas*, que encontravam suporte nos discursos de “especialistas” no tema como

o padre e filósofo Charbonneau (que chegou a publicar um capítulo sobre o uso de drogas em uma coletânea organizada por Olivenstein). Por outro lado, incrementavam-se as concepções fundamentadas na ação educativa e em um tratamento mais humanizado ao usuário. Os programas de Redução de Danos e Educação para a Saúde se enquadram nesta concepção.

4.5.1 A criação da SENAD e sua trajetória

Entre 1998 e 2001, o presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) constituiu a Secretaria Nacional Anti-drogas (SENAD), que deveria estar voltada para o consumo de drogas ilícitas. Em plena democracia pós-constituente de 1988, a SENAD surgia com o status político de uma Secretaria Nacional, posição que não haviam tido o Conselho Federal de Narcóticos (CONFEN) e o Conselho Federal de Narcóticos e Entorpecentes (CFNE), órgãos que foram criados durante os dois grandes períodos de exceção política no Brasil do século passado.

A SENAD é o órgão responsável pela articulação e integração, entre Governo e sociedade, das ações de prevenção ao uso indevido de drogas, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes. Cabe à SENAD estimular, assessorar, orientar, acompanhar e avaliar a implantação da Política Nacional sobre Drogas (PND) e da Política Nacional sobre o Alcool (PNA).

Coube ao presidente FHC conduzir a criação da SENAD e a construção de uma nova concepção de prevenção e controle das drogas, mais compatível com o ambiente de democracia que o Brasil vive nesta última década. Contudo, FHC, ainda não tinha a postura mais branda e liberal que adota na atualidade²⁷, e o *staff* que coordenava a SENAD, restringiu-se, ao menos em seu governo, a adequar a legislação brasileira as resoluções internacionais ditadas pela “guerra contra as drogas” dos EUA. Para a jurista Lucia Karam (2003), ele manteve as diretrizes de segurança da ditadura militar, como

²⁷FHC e outras notoriedades internacionais, através da ONG Drogas e Democracia, criaram uma espécie de fórum permanente de discussões e questionamentos sobre a eficácia da atual política de drogas, propondo alternativas como a descriminalização da maconha.

por exemplo, o artigo 1º da Lei nº 6.368/76 (1976) ²⁸, com uma linguagem própria da doutrina dos militares, foi repetido em 2002, com a promulgação de uma lei com o mesmo teor (Lei nº 10.409): "é dever de todas as pessoas, físicas ou jurídicas, nacionais ou estrangeiras com domicílio ou sede no País, colaborar na prevenção da produção, do tráfico ou uso indevido de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica".

Na visão de Karam, a medida estava de acordo com a política proibicionista ditada pelos Estados Unidos da América, baseando-se na militarização do tema. Desde a sua criação, a SENAD, tem como sede a Casa Militar da Presidência da República, que foi transformada em Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Aconteceu que General Alberto Cardoso (1998), ex-titular da Casa Militar e da SENAD, era um ator que recorria ao modelo da ditadura militar, ao mesmo tempo em que procurava desqualificar o Movimento dos Sem-Terra (MST) associando-o ao tráfico de drogas.

Antes, as Forças Armadas já tinham atuado no Rio de Janeiro (1994), assumindo tarefas policiais, sob o pretexto de repressão às drogas ilícitas e a "criminalidade organizada", cercando e ocupando as favelas cariocas, "como se fossem territórios inimigos. Esta tática da repressão militarizada sequer disfarçava, assim, a genérica identificação das classes subalternizadas como classes perigosas" (Karam, 2003:79). Em 1999, as forças armadas também atuaram em Pernambuco, procurando e destruindo milhares de pés de maconha do polígono da maconha.

²⁸ Ver edital em anexo 6.

Apesar de o Estado abordar a questão das drogas numa perspectiva bastante policialesca e repressiva, em 2000, uma portaria da SENAD ampliava o número de instituições consideradas como Centros de Excelência do Sistema Nacional Antidrogas nas áreas de prevenção, tratamento e/ou pesquisa²⁹:

- 1 – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, Extensão Permanente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia – FAMED/UFBA.
- 2 – Centro Mineiro de Toxicomania – CMT, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- 3 - Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana – CECRH, da Fundação de Saúde Amaury de Medeiros da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.
- 4 - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas – NEPAD, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ.
- 5 - Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes de Drogas – PROAD. Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP.
- 6 - Unidade de Tratamento de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus, Porto Alegre/RS.
- 7 - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina – (Centro Brasileiro de Informações Psicotrópicas/CEBRID e a Unidade de Dependência de Drogas/UDED), da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP.
- 8 - Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/USP

Mesmo com as transformações propiciadas pela SENAD, para Lucia Karam, a antiga denominação, Secretaria Nacional Anti-Drogas (termo que logo foi adotado por diversos órgãos estaduais), por si só já sugeria “uma visão distorcida e delirante sobre as substâncias psicoativas, que passam, elas próprias, a ser militarmente visualizadas”. Em 2008, finalmente ocorreu a mudança no nome da SENAD, que passou a chamar Secretaria Nacional sobre Drogas. Para a coordenadora executiva da Secretaria, não se tratava somente de uma mudança etimológica, mas de postura, posto que as bebidas alcoólicas e o tabaco – substâncias legais – também eram drogas que estavam sendo abordadas no âmbito da SENAD. Mesmo assim, na Bahia, o governo estadual e os municípios, ainda não conseguiram se descolar do termo anti-drogas, seja nos projetos, nos programas ou mesmo no recente lançamento do Plano Tripartite de Drogas, que será abordado mais adiante.

²⁹ Cabe lembrar aqui, que instituições a exemplo do CETAD, CMT, CEBRID e PROAD, naquele momento, já defendiam uma política de drogas menos repressiva e que apostasse mais na prevenção.

Em 2009, na segunda gestão do presidente Lula, foram introduzidas novas mudanças na SENAD, destacando-se a construção de uma nova relação entre a questão do usuário de drogas, punição e tratamento. Como salientou a secretária-adjunta Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte: “Antes falávamos política anti-drogas. Depois dessas mudanças chamamos de política sobre drogas”. Segundo ela, todos os Ministérios que tinham alguma ação nessa área na área de drogas, juntaram-se a SENAD para realinhar a política nacional sobre drogas³⁰.

Na continuidade, a Secretaria Nacional sobre Drogas realizou um seminário com sete países que tinham políticas consideradas de bons resultados para falarem de suas dificuldades, acertos e avanços nessa área. A partir desse seminário, foram realizados outros seis encontros regionais para a criação do programa *Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência* que, de acordo com a cartilha lançada (2009) está sendo executado a partir de três componentes simultâneos: **mobilização, prevenção, tratamento e reinserção social**. Os objetivos das ações integradas são: sensibilização de atores, mobilização institucional, formalização de acordos, capacitação para intervenção, criação e otimização de recursos, georeferenciamento, ações de repressão ao tráfico de drogas, disseminação de boas práticas e implementação simultânea de projetos.

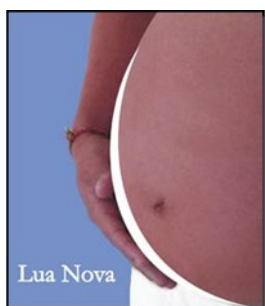
O programa contempla cinco regiões metropolitanas, definidas pelos altos índices de violência e por integrarem os Territórios da Paz do Pronasci, são elas Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador, Vitória e Distrito Federal. A previsão é de que 80 mil profissionais sejam capacitados para atuarem como multiplicadores de informação, capazes de abordar de forma adequada as situações identificadas em suas comunidades e encaminhá-las. Professores, policiais e lideranças religiosas estão entre os que receberão capacitação. O público-alvo do programa é composto por jovens de 12 e 29 anos, seus familiares e respectivas comunidades.

³⁰ Pronunciamento realizado durante a jornada de abertura do congresso da ABRAMD (Rio de Janeiro, julho de 2009).

No bojo do eixo de “disseminação de boas práticas e implementação simultânea de projetos”, destacam-se como se vê no quadro informativo abaixo (extraído da página web da SENAD), os projetos principais:



Terapia Comunitária - busca a solução de problemas pela própria comunidade, por meio da formação de uma rede solidária de acolhimento e encaminhamento.



Projeto Lua Nova - visa a reinserção social de jovens mães usuárias de drogas em situação de vulnerabilidade



Consultório de Rua - atendimento psicológico, médico e social para adolescentes e jovens em situação de rua.



VivaVoz - Serviço Nacional de Orientações e Informações. Aconselhamento por meio de técnicas de intervenção breve para usuários de drogas e familiares. Endereços de locais

Por últimos, o **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID**³¹, um portal do governo federal criado com o objetivo de reunir e centralizar informações e conhecimentos atualizados sobre e drogas, incluindo dados de estudos, pesquisas e levantamentos nacionais. No OBID são divulgadas informações úteis para toda a população, incluindo dois sites específicos para a juventude: Jovem sem Tabaco e Mundo Jovem.

Outra iniciativa recente foi a criação de um curso de Especialização Lato Sensu em drogas, que ocorre na Universidade Federal da Bahia e em outras quatro universidades federais do Brasil. Em Salvador, o curso é coordenado pelo CETAD/UFB, abordando a compreensão do conceito sobre drogas, a ação no organismo e a prevenção. No caso específico da Bahia, em 2010, foi lançado o Plano Operativo Tripartite sobre drogas³², o qual se integra ao Programa Federal Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência da SENAD. Para a construção e execução do Plano Operativo o governo do estado da Bahia organizou uma comissão coordenada pela Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJCDH) e composta por representantes do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) e das Secretarias de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza (SEDES), da Educação (SEC), da Segurança Pública (SSP) e da Saúde (SESAB).

O Plano Operativo Tripartite sobre drogas, inicialmente, será desenvolvido nos Territórios de Paz do Programa Nacional de Segurança com Cidadania (Pronasci). As iniciativas, voltadas prioritariamente aos jovens entre 15 e 29 anos, acontecem a partir de 24 ações, que serão desenvolvidas em três frentes diferentes: mobilização, prevenção/tratamento e inserção social. Entre as metas deste plano, se destacam:

- Capacitação de 25 mil pessoas (servidores de educação, saúde e lideranças comunitárias e religiosas) que atuarão em prevenção e reinserção social.
- Criação de novos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) especializados em internação para desintoxicação.

³¹ www.obid.senad.gov.br

³² É sintomático o fato que este plano seja referido por autoridades e técnicos envolvidos com a sua execução como Plano estadual Anti-drogas.

- Distribuição de material informativo, atendimento telefônico com intervenção terapêutica e uma página informativa no site do Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas (Obid).

4.5.2. A incorporação da Redução de Danos como política de prevenção ao uso de drogas

A inserção da Redução de Danos enquanto política de prevenção e assistência no campo das drogas é relativamente recente. Uma primeira tentativa de incorporação da Redução de Danos no sistema público de saúde ocorreu na cidade de Santos em 1989. O programa sofreu uma série de reveses e perseguições por parte do Ministério da Justiça e de setores conservadores da sociedade civil que impediram inicialmente a sua continuidade (Marques & Doneda, 1999). Apenas em 1995 efetivou-se o primeiro programa oficial de Redução de Danos, baseado na troca de seringas e oferta de preservativos (CETAD-UFBA, Salvador). A trajetória da Redução de Danos no Brasil encontra-se bem contextualizada nos trabalhos de Massard et al. (2006). Destacam-se a seguir os principais episódios assinalados pelos autores.

As mudanças na Comissão Nacional do Ministério da Saúde de DSTs e AIDS em 1996 aceleraram os programas da redução de danos no país, saindo os primeiros empréstimos e recursos do Banco Mundial. Em 1998, aconteceu a 9ª Conferência Internacional sobre a Redução de Danos, representando um momento importante de articulação entre os profissionais da redução de danos, culminando com a criação das associações de Redução de Danos APRENDA e ABORDA. Em 2002 o Ministério da Saúde passou a considerar a Redução de Danos como uma de suas estratégias de prevenção ao uso e abuso de drogas, incorporando-a no Sistema Único de Saúde através de serviços como os Centros de Assistência Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPSad) (Brasil, 2002).

Vale ressaltar que a maioria dos programas de Redução de Danos no Brasil restringe-se à troca de seringas e proteção nas relações sexuais, constatando-se, sobretudo, a ausência de avaliações sistemáticas dos mesmos. Neste sentido, uma

contribuição importante do trabalho de Massard et al. é a avaliação que realizaram dos programas de troca de seringas no Brasil. O estudo identificou 134 programas vigentes atualmente no país. Destes, apenas 45 programas foram contemplados pela pesquisa, uma vez que os responsáveis pela maioria deles não se prontificaram a participar do estudo.

Os resultados apontaram uma cobertura incipiente ou média dos programas em relação à população alvo, apesar de que a adesão dos usuários foi considerada boa, embora nenhum programa usasse sistematicamente instrumentos válidos de verificação ou de medida. Constatou-se também que poucos programas conseguem realmente trocar seringas contaminadas por novas, característica importante do programa, enquanto que a maioria se restringiu a distribuição. Para os autores, esse desvio do modelo clássico pode ser interpretado como um incentivo ao uso drogas, principalmente por parte dos grupos conservadores.

Foram identificadas deficiências na monitoração das taxas de infecção por HIV e outras enfermidades, também com relação ao impacto das atividades nos comportamentos de risco. Em contraste com a experiência em outros países, os programas não são executados pela iniciativa direta de parte da comunidade alvo ou por associações locais de usuários. No Brasil, estes esforços são basicamente verticais, dependendo dos incentivos e recursos federais. Esta política reflete, entretanto, a natureza do sistema brasileiro de saúde e da estrutura adotada em outras ações voltadas para a saúde. Por outro lado, as grandes dificuldades encontradas não diferem dos programas similares e em contextos diferentes, devido às contradições entre a saúde e as políticas de drogas.

O trabalho ressalta por fim que os desafios da política de Redução de Danos no Brasil transcendem a operação destes programas, abrangendo uma junção de ações e de relacionamentos públicos com a sociedade civil, líderes da opinião pública e legisladores. Os autores advertem que para confrontar a resistência política à execução e operação plena dessas políticas de drogas é necessário um diálogo e melhor integração com as instituições oficiais que trabalham com o uso de drogas, que, frequentemente

possuem filosofias opostas ou distintas, além de aumentar as trocas com outras populações vulneráveis.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde incorporou a estratégia como política alternativa de prevenção ao uso e abuso de drogas. Apesar dos desafios políticos e operacionais, instituições governamentais ou independentes que investem em políticas de Redução de Danos, a exemplo do Centro de Estudos e Tratamento do Abuso de Drogas (CETAD-UFBA) e da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) têm contribuído para o fortalecimento das abordagens culturalmente mais sensíveis e humanizantes. As iniciativas de despenalização dos usuários de drogas ilegais devem-se, em grande parte, ao trabalho destas instituições voltadas para a redução de danos como a Rede Nacional de Redução de Danos³³ (REDUC).

4.5.2. Novos e velhos atores no campo das políticas de drogas

Como consequência das mudanças que estavam ocorrendo no Brasil do final de década de 1980, surgiram as primeiras entidades de abordagem multidisciplinar do fenômeno das drogas, como a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD)³⁴. Inicialmente, a entidade privilegiava a questão do álcool e alcoolismo, e só posteriormente, incluiu as discussões e pesquisas de outras drogas. Atualmente, a ABEAD, esta voltada, principalmente, para a preparação e implementação de políticas de prevenção e tratamento do uso de drogas no Brasil e na América Latina. Apesar das informações sobre sua abordagem multidisciplinar do fenômeno, seguem apostando no modelo proibicionista, com um discurso alarmista e carente de evidências³⁵.

³³ Pagina oficial: www.reduc.org.br

³⁴ Fundada em 1989, com sede em Porto Alegre e sedes itinerantes. A ABEAD reúne profissionais de distintos setores que trabalham no campo da dependência química, como psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, advogados, líderes comunitários, consultores, professores.

³⁵ Reproduzo aqui, o trecho de um texto do boletim da ABEAD: “*Crack toma até salas de aula do país* - A imagem dos santos despedaçados, num altar da escola estadual Benício Dantas, em Maceió, virou o símbolo da derrota dos professores na luta contra o tráfico de drogas. Invadida várias vezes, a escola já teve salas, pavilhões, corredores e banheiros destruídos e reconstruídos várias vezes. Há dois registros de tiroteio na escola, o ginásio de esportes virou uma “cracolândia”, e os alunos fumam maconha nas salas de aula. No turno da tarde, 25% dos estudantes desistiram de estudar na escola ano passado. Casos como esse são rotina em Maceió. Dados do Ministério Público Estadual indicam que 30% dos alunos das 120 escolas da rede pública estadual na capital alagoana, entre 10 e 20 anos, estão envolvidos com o tráfico ou

Outra instituição que se destaca, pela sua projeção na mídia eletrônica, é a *Associação Parceria contra as drogas*, que é responsável pela maioria dos anúncios de prevenção às drogas exibidos pela televisão. Fundada por empresários de diversos setores da economia privada (1996), já produziu mais 30 filmes de prevenção às drogas, todos com o aval do Ministério da Justiça. Em sua página da web³⁶, revelam que os anúncios de prevenção são produzidos e veiculados gratuitamente, e de que as despesas advindas dos filmes são patrocinadas pelas instituições que participam da ONG.

Posteriormente, em 1998, foi criada a Rede Nacional de Redução de Danos (REDUC) durante o Encontro Nacional de Redução de Danos (São Paulo). A rede resultou uma parceria entre o Programa de Orientação e Assistência a Dependentes - PROAD/UNIFESP, o IEPAS - Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos, o Programa Estadual DST/AIDS-SP, o Laboratório Biocintética e com o apoio da Coordenação Nacional de DST/AIDS e da USAID - Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional. A Reduc participa ativamente da organização de eventos para debater a reorganização da política nacional relativa ao uso de drogas. O eixo da discussão da Redução de Danos está cada vez se ampliando para diversas áreas: saúde, educação, justiça e trabalho.

Mais recentemente surge no cenário nacional uma nova rede vinculada ao campo das drogas, trata-se da ANANDA que é descrita nos seguintes termos:

“A Ananda é uma rede formada por ativistas, redutores de danos, pesquisadores e cidadãos de diferentes áreas, usuários ou não de drogas, que atuam na promoção do diálogo entre sociedade civil e poderes públicos nacional federal, estadual e municipal, a respeito das políticas e leis, através da promoção de ações afirmativas, intervenções artísticas e culturais, realização de debates, congressos e seminários, pesquisas e difusão de informações sobre a maconha e outras drogas. Além disso, a Ananda atua na promoção de acesso à saúde e cidadania através de ações de prevenção e redução de danos, difusão de informações sobre práticas de saúde, políticas, leis e outros assuntos relacionados com o consumo

viraram viciados. Os dados oficiais mais recentes mostram que essa tragédia se repete em outras capitais e cidades brasileiras”. Fonte: Boletim Eletrônico da ABEAD no. 96, 12 de fevereiro de 2010. <http://www.abead.com.br/noticias/exibNoticia/?cod=328>

³⁶ <http://www.Contradrogas.uol.com.Br>

seguro de maconha e outras drogas e com os direitos fundamentais dos usuários de drogas” (ANANDA, blog oficial, 2009).

Sergio Vidal³⁷, um de seus fundadores, começou inicialmente com o Blog Observatório da Cannabis, voltado para a redução de danos, pesquisa e militância política. Com a criação da ANANDA, ele e o grupo iniciaram um diálogo com o Movimento Estudantil, buscando fomentar o debate sobre as drogas. Com a inserção de novos membros na ANANDA, intensificou-se a militância política e as ações de redução de danos, com o estabelecimento de parcerias e diálogos com outras instituições e movimentos sociais como o Balance³⁸, e o movimento Rastafári de Salvador.

No plano jurídico, a legislação sobre drogas que emerge no período que começa com o fim da ditadura militar e se estende aos dias de hoje é pode ser considerada mais afinado com as novas abordagens (a exemplo da redução de danos). O último quadro síntese que descreve os marcos legais sobre drogas no período referido, expressa este dado.

Quadro VII - Leis de drogas período pós-ditadura militar

Ordem	Ano	Observações/ Implicações para o usuário
Portaria n.2	1985	Novas instruções sobre substâncias que determinem dependência física e/ ou psíquica, suas fontes, medicamentos e demais produtos que as contenham.
Lei 7.560	1986	Instituiu o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso. Dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas atividades correlatas.
Lei nº 8.072	1990	Inspirada na repressão às drogas qualificadas como ilícitas e a uma suposta, indefinida e indefinível "criminalidade organizada" a elas associada, promulga-se a chamada lei dos crimes hediondos. A pesquisa de Boiteux (2009) realizada, no Rio de Janeiro, revelou que 85% dos internos que cumpriam pena por tráfico enquadravam-se na categoria de pequenos traficantes, vendedores de ponta que são pegos com pequenas quantidades e pouco dinheiro.
Lei 9.099/95	1995	Suspende condicionalmente o processo (prazo de dois a quatro anos), e sua extinção, sem julgamento, desde que cumpridas às condições propostas e aceitas. Intervenção do sistema penal sobre a liberdade individual, a intimidade e a vida privada. Desrespeito a garantias fundamentais do indivíduo, inseparáveis do Estado Democrático de Direito.

³⁷ Sérgio Vidal, atualmente, é representante da UNE para o tema das drogas, integra o Observatório de Drogas do CETAD e, foi convidado para o I Seminário da Rede de Pesquisa sobre Drogas da SENAD.

³⁸ Entidade que trabalha a partir das diretrizes da Redução de Danos em festas de música eletrônica.

Lei 9.099 artigo 89	1995	Permite que órgãos da Justiça criminal adicionem às condições impostas um tratamento médico.
9.294	1996	Restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Proibição da publicidade de bebidas alcoólicas na televisão. Porém, o relator da lei, Elias Murad, retirou as bebidas com menos de 5º Gay-lussac das restrições publicitárias.
9.804	1999	.Altera a redação do art. 34 da lei 6.368 de 21 de outubro de 1976.
10. 409	2002	Resquícios da ditadura militar na segurança nacional. Surge aqui, o mesmo dever civil geral de colaboração cobrado durante a ditadura "É dever de todas as pessoas, físicas ou jurídicas, nacionais ou estrangeiras com domicílio ou sede no País, colaborar na prevenção da produção, do tráfico ou uso indevidos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica".
10.409/02	2002	Reconhece as ações de redução de danos, dispondo, na regra do § 2º de seu artigo 12, que cabe ao Ministério da Saúde sua regulamentação.
11.343	2003	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; define crimes e dá outras providências
2006		O usuário que for pego com drogas ilegais para consumo próprio se isenta de penas de restrição de liberdade.
11.705	2008	Altera a Lei no 9.503 (1997) de proibição da publicidade de bebidas alcoólicas na televisão. Retirou-se as bebidas com menos de 5º Gay-lussac das restrições publicitárias.

Os limites, contradições e desafios relativos ao cenário atual da política de drogas no Brasil serão aprofundados nos próximos capítulos onde se apresentam, respectivamente, práticas institucionais da prevenção e assistência ao uso de drogas em um contexto local e os discursos de diferentes atores sociais vinculados ao campo da prevenção.

CAPÍTULO V
PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA NO CAMPO
DAS DROGAS NO NÍVEL LOCAL:
PERCORRENDO TRÊS CONTEXTOS
INSTITUCIONAIS EM SALVADOR



FOTO 12

Vista do Centro Histórico da cidade. Em primeiro plano um dos edifícios da Marinha do Brasil, atrás a igreja da Conceição e alguns dos 100 casarões coloniais que estão sob ameaça de desabamento, segundo a prefeitura.

Antes de descrever as experiências dos três espaços institucionais focalizados no estudo, convém discorrer algumas palavras sobre o contexto mais amplo que os abriga: Salvador. Fundada em 1549, é capital do estado³⁹ da Bahia e foi, durante mais de 200 anos, sede do governo-geral do Brasil - colônia. Sua região metropolitana, conhecida como "Grande Salvador", possui 3.866.004 habitantes (IBGE⁴⁰, 2008), sendo a cidade mais populosa do Nordeste, terceira do Brasil e oitava da América Latina. É classificada

³⁹ Termo utilizado na divisão geo-política brasileira que corresponde ao de província na Espanha.

⁴⁰ IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

pelo IBGE, em comparação com a rede urbana das outras cidades brasileiras, como um centro metropolitano nacional. A superfície do município é de 706,8 km² (IBGE 2008).

No primeiro século de existência, a vida em Salvador girou em torno da exportação do açúcar. A instalação de um porto marítimo favoreceu o desenvolvimento da cidade, graças ao comércio. Posteriormente, desenvolveu-se, na região periférica à baía, a cultura do fumo, ocupando as terras impróprias para os canaviais, ao mesmo tempo em que se expandia a criação de gado pelo sertão. Estas atividades provocaram o incremento das atividades portuárias e da vida urbana, acarretando no aumento da população.

Em fins do século XVII, Salvador era a maior cidade de toda América e uma das mais prósperas. Muitos senhores de engenho instalaram-se em Salvador, construindo sobrados residenciais, que deram à cidade algumas das características que até hoje mantém, típicas do período colonial brasileiro. A vinda da família real, em 1708, foi um golpe duro para Salvador, que perdeu o status de capital para o Rio de Janeiro, o que significou também a diminuição do poder político do Nordeste na corte.

Com a descoberta do ouro e a mineração na Chapada Diamantina, no século XVIII, a cidade mais uma vez prosperou, fato que determinou novo afluxo de população. O processo de modernização de Salvador iniciou-se entre o final do século XIX e início do século XX, implicando em processos progressivos de segregação social e deslocamento de segmentos mais pobres ou das minorias sociais para a periferia da cidade; processo esse que afetou, notadamente, a população negra (Fernandes, Gomes 1993; Espinheira 1999).

O crescimento populacional da cidade torna-se mais intenso a partir da década de 1940, com reflexos imediatos sobre os espaços urbanos. Vale destacar que a expansão de muitos bairros populares da cidade é resultado de sucessivos processos de “invasões”, ocupações coletivas de terras públicas, cujas origens datam, precisamente, do final da década de 1940 (Gordilho-Souza, 2000). Nas décadas seguintes, como descreve Fernandes (2004), ocorre à expansão horizontal, agravando a segregação

urbana em Salvador e incrementando o processo de periferização sócio-espacial da cidade. Na década de 1960, mudanças no sistema de transporte transformaram a cidade. Nos anos de 1970, houve a implantação de novos equipamentos urbanos e um intenso incremento habitacional.

Fernandes (op. cit.) ressalta o fato que em Salvador, como em outras cidades do chamado Terceiro Mundo, o aumento do custo das terras urbanas dificultou o acesso ao solo para a maioria da população, obrigando a busca da satisfação da necessidade habitacional em áreas distantes e com infraestrutura mais débil. Este tipo de crescimento urbano é recente, caótico e extremamente expressivo, correspondendo ao processo característico das grandes cidades do mundo subdesenvolvido: a expulsão dos pobres dos centros urbanos para áreas mais distantes (sejam eles imigrantes ou nascidos na cidade). O processo de formação da periferia é um reflexo espacial da atual articulação entre agentes financeiros, econômicos, políticos, sociais, institucionais e ideológicos tanto na escala local como na global, articulação esta que expressa às relações entre as distintas classes sociais. A autora salienta que o próprio governo impulsiona este tipo de crescimento urbano quando, como no caso de Salvador, constrói grandes conjuntos habitacionais através do Sistema Financeiro de Habitação (SFH) em lugares distantes e quase sem infraestrutura.

Uma peculiaridade que merece registro, com relação às invasões ocorridas nas últimas décadas, refere-se aos nomes adotados pelas novas comunidades durante o período de ocupação e legitimação da posse. Geralmente, os nomes referem-se a um conflito bélico internacional, que esteja ocorrendo naquele momento, a exemplo da “invasão das Malvinas” ou a do “Golfo Pérsico”. As denominações, atribuídas aos grupos responsáveis pela ocupação do território, são reveladoras das dimensões simbólicas e políticas inerentes ao fenômeno da invasão de terrenos em Salvador.

Essa desigualdade social repercute diretamente no perfil epidemiológico da população. Conforme demonstram os estudos de Paim et al. (1996), a localização espacial dos habitantes na cidade implica em uma exposição maior ou menor ao risco de adoecer ou morrer. O número de mortes decorrentes de causas externas, como

homicídio, é muito superior nos bairros periféricos e mais pobres de Salvador. Os autores, coincidindo com outros aqui referidos, advertem que este quadro remonta às origens da urbanização da cidade. A ocupação desordenada de seu território, aliada às condições diferenciadas de infra-estrutura e distribuição desigual de recursos sociais, tem prevalecido até os dias de hoje.

Os estudos do sociólogo baiano Carlos Gey Espinheira (1999) corroboram a tese acima. Ele identifica que, desde o surgimento da cidade de Salvador, se registrava o descaso do Estado com políticas públicas de habitação, saúde e saneamento⁴¹. Tal descaso afeta, principalmente, a população mais pobre, a qual deve buscar alternativas improvisadas para atender suas necessidades e enfrentar os problemas cotidianos. Este fato explica os indicadores epidemiológicos que demonstram serem os pobres e negros ou outros marginalizados da cidade os que mais adoecem, os que apresentam as piores condições de moradia ou educação, além de serem as principais vítimas da violência urbana.

A realidade de famílias que convivem com a violência, a pobreza, a falta de infra-estrutura nos bairros populares de Salvador tem sido retratada em diferentes estudos. A etnografia desenvolvida por Miriam Rabelo, Paulo Cesar Alves e Iara Maria Souza (1996) no Nordeste de Amaralina, um bairro central que apresenta altos índices de violência, destaca a importância que as redes sociais adquirem entre famílias desassistidas pelo estado. Em outro estudo conduzido por Rita Rêgo, Mauricio Barreto e Cristina Larrea Killinger (2002) entre moradores de áreas periféricas de Salvador revela como as populações expostas ao contato com o lixo a céu aberto percebem isto enquanto um O, problema, associando-o à situação de saúde ou a outros problemas ambientais.

Complementando esta breve descrição da cidade de Salvador, convém destacar alguns aspectos simbólicos associados ao seu perfil. Dentre as várias imagens e representações associadas à Salvador, pode-se destacar a de *Capital da Alegria*. Essa

⁴¹ Embora o Estado Bahia apresente um incremento nos índices de crescimento econômico, seus indicadores de educação e saúde estão entre os piores do Brasil, sendo comparados aos estados mais pobres do país como Piauí e Maranhão. (IPEA, 2004)

denominação alude aos seus festejos populares, como o carnaval ou a festa da Lavagem do Senhor do Bomfim, que ocorrem principalmente no verão e atraem mais de um milhão de pessoas. Outro epíteto que lhe é atribuído é o de "*Roma Negra*", por ser considerada a metrópole com maior percentual de negros localizada fora da África. Conforme Guerreiro (2005), o marketing publicitário tem priorizado a identidade afro-baiana da cidade nos últimos anos. No bojo da gestão do turismo, Salvador vende a alteridade étnica/cultural como produto ou tema para consumo que provoca e atende ao turismo cultural, segundo uma perspectiva que considera patrimônio cultural não apenas os bens tangíveis (como a arquitetura, os museus, os monumentos), mas também os bens intangíveis como a religião, a música, o carnaval e as festas em geral.

A imagem negro-mestiça da cidade está calcada no sentido genérico de “raízes africanas”. Essa referência a uma origem ancestral procura afirmar uma memória coletiva localizada numa África, muitas vezes, mítica e genérica. Nesse sentido, são apropriados, do vasto repertório africano, elementos como a religião, a gastronomia, a música-dança, a capoeira, a indumentária, algumas das variadas formas de usar os cabelos, e a linguagem - sinais diacríticos que procuram estabelecer o contraste através da imagem de africanidade (Guerreiro, 2005).

Segundo John Urry (1996 apud Guerreiro, 2005), grupos étnicos passaram a ser imaginados como parte da atração turística de certos lugares em anos recentes. Seus representantes passam a ser contemplados ao mesmo tempo em que são capturados pelas imagens das câmeras. Enquanto alguns grupos se sentem beneficiados por esta prática, alguns autores apontam o fenômeno de rejeição ao turismo em determinadas comunidades, já que seus espaços de vivência cotidiana transformam-se também em centros de compra, ou seja, o cotidiano se torna um espaço de consumo real ou simbólico para “o olhar do turista” (Guerreiro, 2005).

Salvador congrega o que há de mais velho e mais novo, em uma convivência nem sempre pacífica: em alguns locais, ainda se encontra o ar interiorano das cadeiras nas calçadas, das fogueiras na rua em dia de São João e do bate-papo – a rua ainda é um espaço de diálogo, de lazer, de “jogar conversa fora”; em outros locais, é praticamente

impossível encontrar gente na rua ou, inclusive, calçadas ou passeios para caminhar (Pimentel, 2009: 68). Uma cidade de contrastes e de desigualdades, onde a riqueza e a pobreza, o belo e o feio convivem lado a lado (Espinheira, 1999; Fernandes 2004).

A heterogeneidade urbana e social também se expressa no entorno das três instituições investigadas. O CETAD localiza-se em um bairro de classe média, situado em uma área central da cidade, onde também se encontra um dos campi da Universidade Federal da Bahia - UFBA. O CAPSad funciona em um bairro tipicamente popular e semi-periférico. Quanto à Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti – ARD – sua sede central está localizada no centro histórico da cidade, área de forte apelo turístico, mas que, a despeito de ter sido alvo, anos atrás, de um projeto de revitalização, apresenta, mais recentemente, claros sinais de deterioração. Em contrapartida, a Aliança possui outro espaço, destinado à atenção ambulatorial, que se localiza no bairro da Vitória, em um enclave que concentra edifícios de luxo da cidade. As implicações destas peculiaridades espaciais serão retomadas nas discussões que se seguem sobre as respectivas instituições.

Situando brevemente o perfil de consumo das drogas em Salvador, ainda que as pautas sociais de uso sejam bastante diversificadas, as substâncias variam pouco desde o último século, apesar dos modismos. Destacam-se, entre elas, a cerveja, a cachaça, a maconha, a cocaína, os medicamentos controlados e, mais recentemente, o crack e o ecstasy. Vale registrar que os dados dos inquéritos domiciliares produzidos pelo CEBRID nas duas últimas décadas (Galduroz et al. 2002; Carlini et al. 1989, 1989) apontam índices bastante discretos do consumo de drogas ilegais (Galduroz et al. 2002; Carlini et al. 1989).

Drogas como o LSD, “chá de zabumba” e cogumelos alucinógenos tiveram seu auge nos anos de 1970 e 1980. Contudo, o LSD terminou sendo domesticado pelo ambiente *rave*. Os dados mais preocupantes referem-se ao consumo de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes, especialmente nos grupos socialmente vulneráveis, como o dos moradores de rua (ver inquérito CEBRID: Noto et al., 1994). Em relação a drogas legais como o tabaco, os mesmos inquéritos referidos acima

indicam que a população soteropolitana fuma menos do que em outros grandes centros urbanos, como o Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. Por outro lado, uma pesquisa telefônica apresentada pelo Ministério da Saúde (2009) revelou que os usuários de cerveja e outras bebidas alcoólicas abusam mais no consumo do que nas outras capitais brasileiras, com uma forte presença feminina nos dados.

Semelhante a outros grandes centros urbanos como Salvador, a associação entre droga e violência se mostra complexa e controvertida na cidade. Por um lado, é notório que o comércio das drogas pode dar sustentação ao poder paralelo de grupos que controlam a venda de drogas ilegais nos bairros periféricos. Mas, é igualmente visível que o Estado e seus agentes de segurança se utilizam do argumento do combate ao narcotráfico para justificar ações truculentas e o uso da violência excessiva e discriminada nos muitos bairros populares de Salvador. Aqui, como no Rio de Janeiro, a ausência de outras instituições do Estado nestes territórios, somada ao desrespeito da polícia com as comunidades que habitam nos bairros considerados como áreas dominadas pelo tráfico, contribui para forjar “configurações”, segundo o conceito de Norbert Elias (1994). Contudo, Salvador tem a desvantagem de contar com instâncias de controle social mais frágeis, além de serem menos consistentes e efetivos os projetos sociais dirigidos à periferia da cidade.

Entre as famílias que residem nestas áreas, como mostra o trabalho de Maria do Carmo Freitas (2003), realizado em um bairro popular de Salvador, a relação com as drogas é percebida paradoxalmente, tanto como um problema que afeta negativamente a vida de seus filhos e outros jovens da comunidade, quanto como uma alternativa que se apresenta para combater a fome, garantindo assim a sobrevivência de seus membros.

5.1. O Centro de Estudos e Terapia do abuso de drogas (CETAD): um dos pioneiros nos centros de referência no Brasil

O primeiro contato com o Centro de Estudos e Terapia do Uso e Abuso de Drogas – CETAD – da Universidade Federal da Bahia (UFBA) ocorreu em 1995, quando retornava a Salvador após o período de residência em Barcelona, quando havia

conhecido os princípios e fundamentos da Redução de Danos. Procurando instituições públicas que trabalhassem com prevenção às drogas, me deparei com o CETAD, definido como um projeto de extensão da faculdade de Medicina da UFBA.

Nas idas e vindas ao centro, tendo elegido a biblioteca como o espaço para concentrar minhas primeiras explorações na instituição, tive a oportunidade de conhecer o médico psiquiatra Antonio Nery, principal responsável pela criação da instituição, e alguns de seus colaboradores, destacando especialmente Edward MacRae. Já naquela ocasião, confabulei com ambos sobre as minhas primeiras incursões no campo das drogas em Barcelona, destacando, entre outras coisas, o contato com o trabalho do Grupo IGIA e com a obra de Escohotado. A propósito desse último, como havia trazido ao Brasil algumas cópias inéditas de trabalhos de sua autoria e do Grupo IGIA, fiz a doação de alguns títulos para a biblioteca do CETAD.

A primeira oportunidade de aproximação com o CETAD seu deu através da participação na X Jornada do CETAD, em 1995. No evento, que contou, inclusive, com a presença de Jonathan Ott, ocorreu uma abordagem singular dos enteógenos, reforçando-se o caráter religioso e seguro do uso de substâncias como ayahuasca. A partir desse momento, passei a estreitar os laços com MacRae, um dos principais responsáveis pela legalização da ayahuasca no Brasil.

No ano seguinte, aproveitei a ocasião do recrutamento de pesquisadores pelo CETAD para integrar uma pesquisa sobre o uso de drogas na construção civil. Também colaborei com o Plano Estadual de Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas (1996), executado em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Justiça Cidadania e Direitos Humanos.

Das três instituições abordadas neste trabalho, o CETAD é a que apresenta a mais longa trajetória. São vinte e quatro anos de existência. O então Centro de Terapia e Prevenção às Drogas (CTPD) iniciou suas atividades em 1985, com o apoio da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e da Secretaria do Trabalho e Bem Estar Social. O projeto original de criação foi submetido à consideração da

Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social (SETRABES), através da Superintendência para o Desenvolvimento das Comunidades (SUDESCO), contando ainda com o apoio da Comissão Estadual de Entorpecentes. Os serviços foram iniciados no Centro Social Urbano Carmem Figueiras Santos, unidade funcional da SUDESCO, situada no bairro da Caixa D'água. Ainda em 1985, o CTPD mudou a sua razão social para Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), denominação que permanece até a atualidade. Este percurso inicial é rememorado por seu fundador:

“Em 1985, eu me encontrei junto com uma pessoa (...) da administração, que era coordenador da SETRABES, e essa pessoa veio me auxiliar oferecendo lugar no Centro Social Urbano da Caixa D'água, que estava recém-inaugurado ou ia inaugurar naquele período de reuniões entre julho e outubro de 1985. O espaço tinha duas salas, com uma secretária, uma assistente social e uma psicóloga. Nós abrimos o espaço que eu chamei Centro de Terapia e Prevenção, que eu insisti por erro, primeiro terapia e depois prevenção, do Abuso de Drogas, que ficou conhecido por CTPD. Então em 1985, iniciamos no Centro Social Urbano da Caixa D'água, aquele lugar onde se falava, se tratava, a questão da prevenção e do ensino e da pesquisa relacionadas às substâncias ilícitas. Ai eu devo dizer que eu deixei de fora o álcool e o tabaco porque são dispositivos muito fortes na medicina, na pneumologia, na psiquiatria para tratar dessas duas substâncias” (entrevistado 1).

Vale ressaltar que, antes da criação do CETAD, as alternativas assistenciais de problemas associados com a dependência química ou uso abusivo de drogas, tanto na capital quanto em todo o estado da Bahia, eram bastante restritas. O acolhimento da demanda ocorria de modo precário através do asilo manicomial do Estado da Bahia, a instituição mais antiga da cidade na área de saúde mental, ou de outras unidades psiquiátricas dispersas pela cidade. Completavam a lista de opções disponíveis algumas instituições, geralmente de natureza comunitária ou vinculadas a entidades religiosas, que desenvolviam tratamento baseados, fundamentalmente, na filosofia dos Alcoólicos Anônimos.

Tal como salienta Almeida (2008), até a chegada do CETAD, o problema das drogas no estado da Bahia vinha sendo tratado de modo pontual, contando com esforços de setores e grupos da sociedade local que se viam preocupados com o aumento exponencial do uso abusivo de álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes, bem

como, com o agravamento dos problemas relacionados ao uso dessas drogas pela população adulta economicamente ativa. Conseqüentemente, outra das preocupações de tais grupos passou a ser a necessidade de se estruturar a oferta de atendimento ao usuário de drogas no âmbito do SUS.

Desde o seu surgimento, evidenciou-se a recusa do grupo e de seu idealizador de endossarem uma concepção moralista face ao problema das drogas. No momento de definir o público alvo do centro, priorizou-se o tratamento da dependência de medicamentos e as drogas ilegais:

“Eu disse, vamos cuidar do uso da maconha, do uso dessa coisa mais marginal. Então nós abrimos esse Centro naquela época. Com essa direção que eu acho que nós temos até hoje, que é fazer clínica. Isto é, atender as pessoas em seus movimentos, com seus sofrimentos, com suas dificuldades com o uso de substâncias psicoativas ilícitas. Mais tarde, 10 anos depois, nós incorporamos o álcool e 15 anos depois incorporamos o tabaco. Sempre mantivemos o tratamento das dependências ao medicamento, como eu acabei de te dizer isso foi meu objetivo inaugural” (entrevistado 1).

As aproximações de Nery e de outros profissionais que integraram a equipe inicial do CETAD, no início da década de 1990, com o *Centre Medical Marmottan (CMM)*, de Paris, dirigido por Claude Olievenstein, foram decisivas no processo de construção do arcabouço técnico-científico do Centro. O CETAD incorporou, então, o modelo de abordagem das drogas do *CMM* idealizado por Olievenstein, centrado na abordagem clínico-social e na valorização da tríade indivíduo, substância e contexto na análise do fenômeno da drogadição⁴². Um dos princípios básicos deste modelo de tratamento é o estabelecimento de uma abordagem individualizada que leve em conta a singularidade do sujeito que consome, das substâncias e do seu modo de consumo, considerando, sobretudo, a necessidade de respeitar a liberdade e autonomia do sujeito.

⁴² Insere-se, neste contexto, a denominada “*clínica possível*”, originada na Europa nos anos de 1970, tendo a França como principal referência. No caso específico do *Marmottan*, o centro dirigia-se, principalmente, a setores marginais da sociedade francesa como travestis e *junkies*.

De fato, fica patente para quem se aproxima do CETAD que a abstinência não é uma condição para o atendimento ou mesmo para a continuidade do tratamento. A abordagem utilizada, que tem a psicanálise como referencial por excelência, deixa os pacientes livres para continuarem fazendo uso de drogas durante o tratamento. O objetivo, como já reportava Carvalho (2002) em seu trabalho, é fazer com que os usuários de drogas entendam o lugar ocupado pelas drogas em suas vidas, levando-os, preferencialmente, ao questionamento sobre as razões que os levam a necessitar delas. Já inserido na lógica da redução de danos, a meta é, principalmente, fazer com que a relação com as drogas e seu consumo seja menos conflitivo.

Em outras palavras, ainda que permaneçam fazendo uso de drogas, os sujeitos podem adotar comportamentos e alterar pautas de consumo de modo a reduzir os possíveis danos associados a esta prática. Ressalta-se, contudo, que a tolerância ao consumo exclui os momentos de consulta ou atividades, bem como os espaços institucionais. Vigora o pacto de não se consumir substâncias psicoativas no espaço institucional.

A concepção de Olivenstein, que passou a ser adotada em diversos centros brasileiros de acolhimento de usuários de drogas, progressivamente foi incorporada pelo CETAD, recebendo algumas inovações enquanto política assistencialista. Seguindo os passos da instituição dirigida por este, além da clínica e da intervenção de caráter social, o CETAD incorporou na sua pauta de atividades o ensino e a pesquisa (esta última ocupa, a cada dia, mais importância na agenda institucional). Reside, neste ponto, uma das diferenças apontadas como marcante em relação ao modelo do *Marmotan* e/ou ao seu mentor principal.⁴³ Além disso, a família foi incluída na mediação da relação e/ou conflito entre o profissional e o usuário: “nós passamos desde o começo a dizer que não é possível atender um usuário de uma substância psicoativa sem atender a caixa de ressonância do ambiente do usuário que é a própria família” (entrevistado 1).

⁴³ Sobre esta questão, assinalou o fundador do CETAD: “o francês [Olivenstein] toma então, essa coisa marginal numa dimensão anti-acadêmica, ele falava mal da academia, dos professores, mas cria uma dimensão no trabalho que é reconhecido hoje no mundo inteiro. (...) Aqui eu por ser acadêmico, jovem acadêmico (...) eu entrei em 80, fazendo trabalho na academia, diferentemente dele, eu estava propondo um serviço dentro da academia. (...) eu passei a dizer que tem uma clínica, mas tem também a prevenção e tem essa outra parte do eixo que eu juntei aqui e costumo chamar tudo de pesquisa e ensino” (entrevistado1).

As parcerias institucionais ou cooperação técnico-científica efetivadas pelo CETAD não se limitaram ao *Centre Medical Marmottan*. Figuram na lista dos parceiros internacionais as seguintes instituições: Departamento de Sociologia da Sorbonne, (Paris V – França), Universidade Quebec - Canadá (Departamento de Antropologia), Escritório de Cooperação Técnica do Governo Americano (localizado em Recife-PE), Fundação Terra Nova (Itália), Departamento de Sociologia / Anatomia da Universidade Lumière 2, (Lyon, França); La Terrasse - Paris e Centro das Taipas - Portugal.

O papel pioneiro do CETAD na defesa de um modelo que contrariava, radicalmente, as bases do paradigma proibicionista e de uma visão de usuário centrada no binômio enfermidade-delinquência foi destacado de modo contundente por um dos pesquisadores especialistas no tema, particularmente ao referir-se ao momento de implantação do programa de trocas de seringas:

“A proposta do CETAD aqui na Bahia era uma proposta quase que escandalosa de tão aberta e tolerante com o usuário de drogas. Lembre que você está falando de uma proposta que era de Olivenstein que hoje na Espanha e na Holanda é vista como repressora. Então o Nery, que é muito conhecido na Bahia e conhece todo mundo, todas as autoridades, por intermédio de seus contatos foi capaz de assegurar a liberdade para que T., que na época era subordinado a ele, de realizar o primeiro trabalho de trocas de agulhas e seringas do Brasil” (entrevistado 12).

O reconhecimento da importância do contexto sócio-cultural no fenômeno do uso e dependência das drogas, explicitado em discursos e textos institucionais, contribuiu para atrair ao Centro, ao longo de sua história, alguns profissionais das ciências sociais. Nery acentua que a valorização da visão e abordagem das ciências sociais esteve presente já nos primeiros anos de implantação do CETAD:

“Foi o primeiro Centro no Brasil trabalhando com dependência química que teve um antropólogo na equipe. Eu sempre achei que consumo de substâncias psicoativas, sobretudo as ilegais ... (pausa) Mas aí eu penso, também no álcool e no tabaco que são lícitas, não é possível ser compreendido sem você pensar na dimensão social” (entrevistado 1).

A inserção ou influência do CETAD na esfera das Políticas Públicas de drogas no Brasil e, particularmente, na Bahia é outro aspecto enfatizado tanto pelo corpo interno,

como por atores sociais que atuam no campo. O primeiro feito foi tornar-se, após poucos anos de existência, um dos cinco centros universitários de referência para os Ministérios da Saúde e da Justiça. Segue-se a isto seu pioneirismo na implantação de um programa de troca de seringas do Brasil em 1995, resultado da parceria entre Antônio Nery e outro professor e pesquisador da Faculdade de Medicina, Tarcisio Andrade.

No escopo mais concreto da produção de planos norteadores da política estatal, registram-se duas iniciativas principais. Em 1996, o CETAD assumiu o processo de condução da formulação do I Plano Estadual de Prevenção do Abuso de Substâncias Psicoativas (PEPASP) para as Secretarias de Saúde e de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do estado da Bahia. Uma experiência frustrada, posto que o plano não foi colocado em prática. A segunda iniciativa desta natureza ocorreu em 2005, por meio da elaboração do programa de “Políticas Públicas do Uso Indevido de Álcool e outras Drogas para o Estado da Bahia”. Na ocasião participaram a Comissão de Álcool e outras Drogas da SURAPS/ Coordenação de Saúde Mental /PREVDROGAS (SESAB), o CETAD/UFBA e a Aliança para Redução de Danos Fátima Cavalcanti.

Esse documento norteava a adesão dos poderes institucionais e da sociedade civil organizada, significando um marco regulatório estadual na abordagem do uso de drogas (Almeida, 2008). Finalmente, em 2009 o CETAD firmou um convênio com a SENAD para a efetivação de um curso de especialização no tema das drogas para profissionais de saúde de Salvador e interior da Bahia.

Infraestrutura

A sede do CETAD localiza-se no bairro do Canela, sendo uma das instalações que integram o CAMPUS da UFBA neste bairro. Nas suas imediações encontram-se as faculdades de Música, Odontologia, Nutrição e o Instituto de Saúde Coletiva. O prédio do CETAD ocupa um terreno relativamente amplo, com mais de 1.000 m². No seu interior são abrigados, além da recepção, consultórios, salas de aula, sala da diretoria, espaço de secretaria e, recentemente, um centro de convivência. Neste último, além de

sofás, existe uma mesa de ping pong e alguns jogos a serem desfrutados pelos visitantes.

O quadro do CETAD é formado por trinta e três profissionais com a seguinte composição: 10 Psicólogos, 02 Psicanalistas, 05 Assistentes Sociais, 01 Assistente de Biblioteca e 01 Bibliotecária, 01 Coordenador Financeiro, 04 Médicos Psiquiatra, 02 Secretárias do Núcleo da Clínica, 01 Secretária da Coordenação Geral, 01 Terapeuta Ocupacional, 01 Coordenadora Administrativa, 01 Analista de Sistemas, 02 Sociólogos, 01 Técnico em Informática.

Missão e objetivos

Nos documentos institucionais recentes (CETAD, 2008), encontramos a seguinte definição para a **missão** do CETAD:

“Promover ações que contemplem a atenção aos usuários de substâncias psicoativas e seus familiares, a prevenção e redução de riscos e danos, o estudo, a pesquisa e o ensino, com vistas à produção e difusão do conhecimento sobre as múltiplas dimensões do consumo das SPA’s, articulados com outras instâncias representativas da sociedade e em consonância com princípios éticos”.

Uma missão que se traduz, de modo mais concreto, na explicitação dos objetivos da instituição que transcrevemos abaixo:

- Acolher e oferecer tratamento psicoterápico a usuários de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas;
- Acolher e oferecer tratamento a familiares de usuários de substâncias psicoativas;
- Realizar avaliação psiquiátrica e acompanhar pacientes atendidos pelo Centro;
- Acompanhar as internações hospitalares de pacientes atendidos pelo Centro;
- Empreender, junto aos usuários de drogas injetáveis, ações de prevenção da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida;
- Atender, primariamente, aos usuários de drogas injetáveis e, em particular, os pacientes contaminados pelo HIV;

- Elaborar e desenvolver estudos e pesquisas relativos ao uso de substâncias psicoativas nas seguintes áreas do conhecimento: epidemiologia, socioantropologia, direito, psicanálise, educação, comunicação de massa, entre outras;
- Empreender ações, junto à comunidade em geral, no sentido de informá-la sobre os usos de substâncias psicoativas;
- Atender à demanda de informações da comunidade sobre substâncias psicoativas;
- Realizar intervenções programadas, junto a segmentos sociais específicos, voltadas para a educação para a saúde;
- Inventariar o acervo de publicações existentes, no país e no exterior, acerca do uso e do abuso de substâncias psicoativas;
- Cadastrar, a nível local, estadual e nacional, os principais centros de referência e tratamento do abuso de substâncias psicoativas;
- Realizar, a título de estudo, treinamento de estudantes de graduação e de pós-graduação, nos diversos setores do Centro, bem como ofertar, a profissionais da área de saúde, trabalho, educação, ciências sociais e artes, a oportunidade de especialização no campo das substâncias psicoativas;
- Executar acordos de cooperação técnica com instituições públicas e privadas, com o fim de implementar, em segmentos específicos da comunidade, as ações de prevenção, informação, educação para a saúde, tratamento e pesquisa sobre o uso e o abuso de substâncias psicoativas;
- Fazer circular, através de publicações periódicas, o conhecimento e a produção do saber sobre o usuário e as substâncias psicoativas, divulgando, inclusive, a produção de outros Centros de Referência no país.

Clientela, Público alvo

Como destacado por Carvalho (2002:49), as justificativas para procurar o CETAD são muito variadas: “vai desde o que declara que não sabe se o filho realmente está usando drogas, passa pelo que encontrou maconha na bolsa e vai até o que sabe que ele roubou dinheiro para usar *crack*”. Os pacientes-alvo tratados são aqueles que

manifestam claramente um desconforto ou incômodo associado ao consumo de drogas. Embora os casos destacados estejam associados ao uso abusivo, o consumidor eventual, ainda que em menor proporção, também se insere no rol de usuários do Centro. Neste ponto é pertinente uma alusão às reflexões de Romaní (2004) a respeito da noção de *assistível* no campo das drogas. A questão que se impõe aqui consiste em definir “quem reúne às condições para ser assistido”. No caso do CETAD, seus critérios recusam a visão de que o tratamento deve ser compulsório e, sobretudo, que a abstinência é condição essencial para a manutenção do tratamento.

Os atendimentos são gratuitos e individualizados. A frequência de sessões pode variar de acordo com as necessidades do paciente e a duração do tratamento e, em consonância com o enfoque psicanalítico, não tem um tempo pré-determinado para ser concluído. Embora haja abertura para as diferentes classes, constata-se a tendência de que os usuários de classe média e média alta sigam seu tratamento nos consultórios particulares. Das três instituições estudadas, pode-se dizer que o CETAD é a que mais atrai a demanda das classes médias e altas.

Projetos e Atividades

A instituição se divide em quatro núcleos principais: a Clínica, o Ensino, o Núcleo de Ações Comunitárias, Estudos e Pesquisa. A clínica constitui, sem dúvida, o núcleo central da prática assistencial e do acolhimento. Este núcleo é composto por um corpo técnico multidisciplinar formado por Psicólogos, Psiquiatras, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional. São contemplados atendimentos aos usuários (individual ou em grupo) e aos familiares realizados nos consultórios do CETAD, incluindo-se projetos lúdicos terapêuticos.

O Acolhimento inicial de quem procura o centro é realizado por um Psicólogo e nele é feita uma avaliação situacional e psicodiagnóstica. A finalidade desse atendimento é identificar os aspectos mais relevantes envolvidos na problemática do consumo de substâncias psicoativas. Essa avaliação possibilita a indicação técnica para um

tratamento no CETAD, ou, se for o caso, o encaminhamento da pessoa atendida para outro serviço da Rede de Saúde local.

Vale notar, contudo, que os componentes do ensino e da pesquisa foram assumindo, progressivamente, uma posição destacada nos investimentos da instituição. A chancela e o apoio financeiro da SENAD, e sua crescente demanda por formação e produção de pesquisa especializada no campo das drogas, revela-se um fator determinante neste processo. Tal configuração pode implicar em certa tensão no interior do coletivo institucional, uma vez que grande parte dos profissionais que atua no Centro segue apostando na centralidade da clínica. O núcleo de ensino desenvolve atualmente os seguintes programas:

1. Programa de Atendimento à Demanda: Atende às pessoas que procuram o Centro para obterem acesso às informações e orientações sobre diferentes questões relacionadas com o uso e abuso de substâncias psicoativas e com a estrutura e funcionamento do CETAD.
2. Programa de Atualização: Visando qualificação profissional, oferece cursos, possibilitando aos participantes condições de incluir em seus projetos conhecimentos especializados sobre o fenômeno das toxicomanias, das drogas e seus usos.
3. Programa de Capacitação: Visa atender à demanda de cursos de formação e capacitação para desenvolvimento de programas de intervenção nas instituições governamentais e não governamentais, empresas, escolas e demais entidades que procurem o CETAD com esta finalidade.
4. Programa de Estágio: Estágio curricular, extracurricular e profissional, Visitas de Intercâmbio Científico, Visitas Observacionais.
5. Programa de Pós Graduação: Visa à consolidação de formação especializada capaz de propiciar uma visão ampla e atuação consistente no campo das toxicomanias, das drogas e seus usos. Fazem parte deste programa: Residência Médica em Psiquiatria e o Curso de Especialização em Álcool e outras drogas (I turma lançada em 2009)

O Núcleo de Ações Comunitárias apresenta um quantitativo reduzido em sua equipe. Atualmente conta apenas com uma coordenadora, uma Assistente Social e parceria com profissionais dos demais núcleos para a execução de projetos e ações específicas. Constatou-se certa descontinuidade nos trabalhos desenvolvidos neste eixo. A atuação do núcleo contempla dois focos principais:

1. Demanda Espontânea: voltado para instituições e pessoas que procuram o Centro para obterem informações sobre questões relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, assim como solicitações de diversas ordens: participação em feiras de saúde, palestras, material informativo.
2. Oferta Programada: elaboração de propostas/projetos de cunho social e educativo com vistas a contribuir para ações relacionadas com a prevenção das substâncias psicoativas e contaminação pelo HIV/AIDS e outras DST. Essas ações estão voltadas para instituições públicas, privadas, filantrópicas e ONGs, além de profissionais das áreas de educação, saúde, assistência social e representante de comunidades.

Quanto ao Núcleo de Estudos e Pesquisas, sua função é promover e realizar pesquisas e atividades científicas, com o objetivo de conhecer as características do perfil do consumo de drogas entre grupos populacionais, detectando os fatores determinantes e as motivações para este consumo. Vinculam-se também a este núcleo, a realização de fóruns e sessões científicas com convidados externos e a produção de coletâneas institucionais reunindo artigos científicos e trabalhos vinculados às substâncias psicoativas de autoria de sua equipe e/ou colaboradores.

Entre os projetos mais recentes, destaca-se a implantação do **Observatório de drogas**, ainda em fase preliminar de implantação, o qual deve se constituir enquanto um quinto núcleo institucional do CETAD. Um dos membros do Observatório integra, também, a recém-criada Comissão de Discussão Sobre as Drogas na Bahia, representando os usuários de drogas no âmbito estadual. O comitê é uma das ações do

Plano Emergencial de Salvador para Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-2010) e conta com a participação da SENAD.

Das atividades desenvolvidas para usuários ou familiares, duas se sobressaem por extrapolar o espectro da clínica e, de algum modo, relativizar a sua centralidade enquanto estratégia na relação direta com os usuários de drogas. Refiro-me, aqui, ao projeto espaço GAIA e às oficinas. São atividades de grupos ou espaços de convivência, baseadas em recursos artísticos e lúdicos, que visam, fundamentalmente, exercitar o livre exercício da palavra.

As estratégias adotadas nessas atividades visam amenizar o vazio e a angústia que a falta da droga possa produzir ou que, ao contrário, levam ao seu consumo. Uma das terapeutas chama atenção para o fato de que os profissionais do Centro têm preocupação com o fato de que a valorização de outras linguagens, incluindo a artística, não promovam a troca de um objeto de dependência por outro, segundo uma perspectiva que é criticada em abordagens como a dos Narcóticos Anônimos (NA).

As oficinas, atividades coletivas dirigidas aos usuários, podem ter uma dinâmica diversificada. De modo geral, se traduzem em cursos introdutórios ou atividades de experimentação em áreas diversas: teatro, pintura, musicoterapia etc. Seja no espaço Gaia ou nas oficinas, uma condição *sine qua non* para o encaminhamento dos usuários pelos terapeutas do Centro é de que os mesmos manifestem o desejo de participar.

Os projetos dirigidos à escuta ou atendimento dos familiares dos usuários são mais reduzidos e foram inseridos no CETAD a partir de 1997. Via de regra, são atividades em grupo que procuram criar um espaço para socialização de experiências, sentimentos e desafios decorrentes da vivência cotidiana com o uso problemático de drogas. Quanto aos trabalhos preventivos em espaços da sociedade civil, como escolas ou empresas, através de palestras e oficinas, estes foram mais intensos até 2004. Por duas ocasiões, em período anterior à realização do estudo de doutorado, tive a oportunidade de participar como observador de atividades de sensibilização e/ou capacitação realizadas

pelo CETAD em escolas públicas. Nos últimos anos, entretanto, as práticas em escolas ou empresas se tornaram mais escassas.

Outro projeto que merece destaque é o *Consultório de Rua*. Este projeto chamou minha atenção por ser, naquele momento da pesquisa, a principal atividade desenvolvida pelo CETAD que ia ao encontro do usuário nos seus espaços de circulação. Procurei investigar em que consistia e como surgiu a idéia. Uma das técnicas responsáveis pelo projeto definiu o seu objetivo e resgatou, em seu depoimento, os desafios enfrentados na fase de inicial de implantação:

“O **Consultório de Rua** conta com uma equipe multidisciplinar que vai ao encontro dos usuários, no caso crianças e adolescentes, em seus locais de permanência e ali se faz as atividades de prevenção e redução de danos (...). Em 1997 eu fui buscar um estágio no CETAD e depois o Néri me chamou para fazer parte da clínica. Lá tem as reuniões das quartas-feiras e numa dessas reuniões ele falou do consultório de rua. Eu achei muito interessante o projeto e vi que ninguém tinha se interessado. Ele disse que estava engavetado, tinha tentado recursos, porém, não tinha conseguido na época. Mais adiante um pouco, por uma questão pessoal, quando eu me vi numa situação que eu pude falar desse projeto e nisso desencadeou um processo que acabou parando na prefeitura. Eles tinham problemas com os meninos de rua no centro histórico, ai eu falei do projeto, falei com Néri e levei o projeto lá” (entrevistado 3).

Merece registro, também, a realização pelo CETAD dos fóruns Interinstitucionais sobre Adolescência e Drogas. O fórum começou no ano de 2000, nascendo a partir do contexto da própria clínica e, durante a realização da pesquisa, tive a oportunidade de participar de alguns destes fóruns.

Um dos psicanalistas do CETAD, ao explicar a origem dos fóruns, destacou que a maioria dos jovens do CETAD era oriunda de instituições que acolhiam jovens em situação de grande vulnerabilidade social como, por exemplo, o Projeto Axé e Cidade Mãe. A partir desta constatação, foi iniciado um diálogo com os coordenadores dessas instituições para saber o porquê da demanda, tendo, como pano de fundo da interlocução, a temática das drogas. Em 2001 o fórum foi formalizado, acontecendo uma vez por mês e trazendo sempre um convidado para falar de um tema pré-estabelecido, o qual não necessariamente está relacionado com as drogas, tendo em vista

que são contemplados debates sobre questões típicas e emergentes consideradas relevantes para a adolescência, a exemplo de aborto, política de cotas, etc.

Os jovens também debatem nos fóruns. Mais de 400 instituições são cadastradas e mais de 900 pessoas participam dos debates, configurando um espaço dinâmico, não se sabendo, precisamente, qual o maior número de participantes: técnicos ou jovens. Nesse espaço, os adolescentes que são encaminhados pelas instituições representam a si mesmos, expondo suas expectativas e visões de mundo.

Percepção sobre as práticas

No que se refere à assistência clínica, a concepção norteadora das práticas está claramente expressa nos documentos oficiais da instituição:

“A direção proposta para “o tratamento no CETAD está sustentada na compreensão de que o consumo de produtos psicoativos (legais e/ou ilegais), em geral, se apresenta como sinal revelador de algum sofrimento psíquico do sujeito e está em estreita relação com as circunstâncias sócio-culturais nas quais se encontra esse usuário (...) a equipe técnica do CETAD acolhe e dá tratamento às demandas que lhe são encaminhadas, na perspectiva do atendimento ‘caso a caso’. Nesse sentido, o trabalho do Núcleo de Clínica oferece suporte terapêutico aos pacientes, apoiado em princípios técnicos que favorecem a implicação do sujeito diante de suas escolhas, a fim de possibilitar um deslocamento do lugar de primazia do objeto droga na vida do sujeito, dando lugar, assim, para outros objetos de satisfação do mundo, que lhe preservem sua integridade biopsicossocial” (página web do CETAD, 2009).

Atualmente, o entendimento sobre Prevenção apontado pelo fundador do CETAD reafirma a importância concedida à articulação entre os elementos que integram a tríade indivíduo, substância, contexto, com ênfase neste último. Não se pode pensar prevenção baseando-se apenas no contexto da clínica isolada, sem contemplar uma visão sócio-antropológica do fenômeno, formando uma rede entre a clínica, a pesquisa e o ensino. Por isso o CETAD é inovador.

É patente o consensual institucional quanto à necessidade de se desconstruir a imagem estigmatizada dos consumidores de droga, superando as imagens associadas

com a delinquência. Também é patente a adesão a uma abordagem que não se pautar na imposição da abstinência como requisito para a continuidade do tratamento. Neste sentido, se reconhece a importância de se compreender as necessidades humanas relacionadas ao uso de drogas e “as fraturas” que podem decorrer desse uso.

Por outro lado, a visão de que “a prevenção estaria ligada ao social” e que “a assistência ao usuário de drogas não é alheia aos não usuários, mas sim inserida em um contexto que pode ter feito com que ele consumisse drogas” já não encontra a mesma ressonância no conjunto dos atores institucionais. Refiro-me, aqui, menos ao plano da retórica e mais ao âmbito da prática cotidiana e do envolvimento nos diferentes projetos institucionais.

Pontos fortes e fragilidades

Tanto na missão institucional como nos objetivos do CETAD, encontramos uma diversidade na sua atuação que extrapola os domínios da clínica. Para alguns, a força técnica e política do CETAD advém, desde o início, pela sua opção pela clínica, mas se mantém graças à circulação dos seus técnicos pelos outros núcleos, tais como a educação para a saúde, o ensino, estudos e pesquisas e ações comunitárias (Almeida, 2008). Encontramos, no quadro diretivo, a seguinte avaliação sobre a importância dos diferentes núcleos de atuação do CETAD desde a sua fundação:

“(...) abrimos o centro em 85 nessas vertentes: clínica, usuário e seus familiares, prevenção, estudos e pesquisa, e o ensino. Quer dizer, nós tínhamos clínica, prevenção, pesquisa, e o ensino, quatro (...) quando colocamos o projeto numa folha de papel nós falávamos de quatro itens que nós tínhamos e nós mantemos esses quatro itens até hoje, nós não abrimos mão deles. Às vezes tem uma tonalidade mais forte para o ensino, outras para o estudo e a pesquisa, mas a clínica para mim foi o eixo mais sólido, a tonalidade mais forte porque eu dizia naquela época e nós dizemos no CETAD até hoje, que se nós não fizermos um trabalho orientado pela clínica ele se torna mais ideológico” (entrevistado 1).

A preocupação e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados é outra característica louvável identificada. Constata-se a existência de processos internos de revisão e controle por pares através de apresentação e discussão de casos clínicos atendidos no ambulatório, grupos de estudos, supervisão institucional, seminários

internos de avaliação. Sobretudo, é notória a valorização externa da competência da equipe multidisciplinar que integra a instituição, muitos deles inseridos no CETAD desde a sua fundação⁴⁴.

Outro aspecto que agrega valor ao projeto institucional do CETAD é o modo como os usuários de droga são percebidos e tratados. Desde a sua fundação até os dias atuais, um princípio básico que rege as práticas do Centro consiste no respeito ao usuário de drogas, o qual não pode ser destituído de seus direitos de cidadão, nem da sua condição de sujeito. Neste sentido, nas fronteiras do serviço não se permite qualquer tipo de exposição ou admoestação à sua clientela, independente do tipo de relação que ela mantenha com as drogas (consumo, tráfico etc.). É fundamental que os usuários de drogas que frequentem o centro se sintam acolhidos e protegidos, ainda que se encontrem em uma situação considerada delitiva segundo o ponto de vista das leis vigentes. Em outras palavras, o compromisso ético com o cuidado sobrepõe-se à subordinação às normas legais.

A despeito dos muitos produtos gerados e das contribuições inegáveis do CETAD nos seus vários âmbitos de atuação após vinte e quatro anos de trajetória institucional, são detectados alguns pontos frágeis importantes no seio da instituição. Os problemas mais aparentes remetem à esfera gerencial ou administrativa. A multiplicação dos espaços de atuação veio acompanhada de uma maior diversidade dos parceiros e clientelas, resultando na complexificação da estrutura e dos processos de gestão. Conforme Almeida (2008), cujo objeto de tese consistiu numa análise institucional do CETAD:

“Verificam-se problemas de ordem administrativa, decorrentes da sua condição ‘marginal’ de funcionamento dentro dos serviços de saúde, e as fragilidades dos métodos de planejamento e gestão, sempre bastante

⁴⁴ Entre os fatores que oportunizaram a implantação e o desenvolvimento do CETAD, se destaca o fato de ter conseguido agregar, no ato da sua fundação, pessoas de formação diversa, como psicanalistas, cientistas sociais, terapeutas ocupacionais etc. de grande reconhecimento em suas áreas, com experiência internacional e, sobretudo, com clara identificação com a proposta da instituição, “revolucionária” naquele momento. Entre os pontos em comum foi referido: “pouco a pouco nós fomos construindo uma equipe que tinha como missão trabalhar com a clínica sim, *mas também voltada a uma investigação primária*”.

informais e até certo ponto paliativos. Vale ressaltar, contudo, a coerência e consistência interna dessas prerrogativas institucionais de funcionamento, sustentadas pelo suporte teórico e por seu conteúdo propositivo para as ações internas e externas, mesmo à revelia de planos generalistas e uniformes para a gestão institucional” (Almeida, 2008:38).

É importante assinalar também as possíveis contradições no âmbito das práticas, como, por exemplo, a presença marcante da medicalização, apesar das preocupações com a iatrogenia⁴⁵. Os dados colhidos podem corroborar as considerações apontadas no estudo de Carvalho (2002) a este respeito:

“Contrariando a idéia que fez Nery iniciar os trabalhos do CETAD, muitos dos que entram no consultório saem com receitas. Os medicamentos são quase uma regra. Nery justifica que a prescrição de medicamentos feita pelo CETAD é feita apenas por psiquiatras e somente nos casos estritamente necessários: ‘Algumas dependências precisam de tratamento farmacológico, mas procuramos usar psicotrópicos que não causam dependência. Alguns dependentes de cocaína, por exemplo, quando ficam sem a droga não conseguem dormir. Tranqüilizantes são prescritos com muito cuidado’” (Carvalho, 2002:58).

Em realidade, algumas peculiaridades no perfil da equipe que integra o CETAD, incluindo aqui as trajetórias profissionais e referenciais teóricos dominantes no grupo, bem como no modo como se configuram as práticas, parecem representar, paradoxalmente, um ponto de vulnerabilidade da instituição. Sem dúvida, a competência de seu quadro é inegável, sendo visível o seu compromisso com uma atuação ética e qualificada. Contudo, duas questões revelam-se complicadas quando se analisa o projeto institucional. Uma primeira pode ser traduzida como uma excessiva personalização de atividades e projetos institucionais. Ponto que, eventualmente, contribui para gerar resistência a mudanças e adequações de tais projetos.

⁴⁵ Retomando a biografia do fundador do CETAD, encontramos em sua trajetória a preocupação com a iatrogenia: “eu tinha vivido uma experiência de trabalhar com psiquiatria forense num manicômio judiciário, e eu havia percebido o que eu chamo hoje de iatrogenias farmacológicas que inclui dependências graves como neurodislépticos (...) Então eu tinha por um lado isso e por outro a dependência que os doentes do manicômio, hoje chamada Casa de Custódia e Tratamento, tinham por força dos tratamentos. E isso me chamou muito a atenção e sendo médico me chamou a atenção muito o fato de ninguém falar da responsabilidade médica na produção dessas iatrogenias. Quer dizer em qualquer lugar do mundo as famílias exigiram uma reparação, uma prestação de contas por uma doença evitável como essa” (entrevistado 1).

A segunda questão remete ao fato de que a maioria dos integrantes do centro reconhece na clínica o núcleo identitário da instituição. Este dado parece contribuir para conferir mais instabilidade e descontinuidade nos projetos que extrapolam a atenção individualizada e os muros da instituição. Vemos reduzidas, assim as chances de investimento em um modelo mais holístico de assistência no campo das drogas, nos termos proposto por Romaní (2008). Sem negar o papel imprescindível da boa prática clínica, é preciso reconhecer o imperativo de atuar com os condicionantes e determinantes sociais do problema das drogas.

5.2. Aliança para a Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC): a aposta mais radical no enfoque da Redução de Danos

Em 2006, um grupo de técnicos que integravam a Divisão de Redução de Danos (DRD) do CETAD se desvinculou da instituição e partiu “para outro projeto audacioso: utilizar especificamente a Redução de Danos na abordagem do uso de drogas”. Surgiu assim a *Aliança para a Redução de Danos Fátima Cavalcanti* (ARD), definido como um Serviço de Extensão Permanente do Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB - UFBA). Seu nome é uma homenagem à Fátima Cavalcanti, a primeira redutora de danos da Bahia.

A partir da implantação da ARD ampliava-se o escopo dos serviços de referência no campo de atuação com os usuários de drogas na cidade de Salvador. Neste caso, especificamente, com um serviço centrado na estratégia de Redução de Danos. O diretor da Aliança relembra o processo de implantação ou o embrião da Redução de Danos no Brasil:

“Então em 93, no segundo semestre, nós fomos para os Estados Unidos e na cidade de São Francisco, elaboramos na Universidade da Califórnia São Francisco, um projeto de avaliação do programa de troca de seringa que viria ser implementado na Bahia. Quando em 95 nós começamos a fazer trocas de seringas que foi o primeiro programa de troca de seringas em Programa de Redução de Danos, que a ação de Santos tentou em 89, não podendo trocar seringas passou a distribuir água sanitária... a fazer outras atividades” (entrevistado 2).

A sede da ARD-FC é uma grande sala no antigo prédio da Faculdade de Medicina, além de um ambulatório de atendimento no Corredor da Vitória. A faculdade de Medicina localiza-se, precisamente, no Centro Histórico de Salvador, sendo uma das áreas de atuação dos Redutores de Danos da instituição. Sobre a questão da escolha do local para o funcionamento da instituição, justifica seu fundador:

“Em 92 (...) eu comecei fazer um estudo etnográfico aqui no Centro Histórico. Eu comecei a ir para o 19º Centro [serviço primário de saúde] e ficar na sala de espera com o objetivo de aprender o que as pessoas sabiam desse binômio drogas e AIDS. E foi muito interessante essa experiência em ver as concepções populares e o que circulava no imaginário popular sobre o uso de drogas injetáveis, sobretudo sobre AIDS. Mas já era assim... muito... muito evidente essa conexão. Havia evidências de um uso intenso de drogas injetáveis no Centro Histórico e foi o lugar escolhido exatamente por ser um local de maior visibilidade e de intenso compartilhamento de seringas” (entrevistado 2).

O Pelourinho é um lugar emblemático de Salvador. Seu passado histórico é povoado de situações relacionadas com o período escravocrata no Brasil, assim como de cenas do cotidiano de artistas, poetas e outros amantes da vida boêmia. Desde sempre foi um palco de contradições sociais. Em tempos mais recentes, passou a ser considerado um “cartão postal” da cidade, ao menos na fase áurea do projeto de recuperação do patrimônio arquitetônico que o bairro abriga, entre 1995 e 2002. Mas, ao mesmo tempo, congrega setores sociais marginalizados que sobrevivem morando em casarões coloniais abandonados pelos seus donos e fazendo biscates e tráfico miúdo. Parte desta população havia sido deslocada do Pelourinho para bairros da periferia da cidade como parte do projeto de revitalização. O retorno paulatino destes grupos “expulsos” do bairro era de certa forma previsível, uma vez que, em sua grande maioria, estes encontravam, no Pelourinho, seu meio de sobrevivência. Como em outros bairros populares de Salvador, é comum a presença do tráfico miúdo de drogas como maconha, crack e cocaína.

O primeiro contato com a Aliança se deu através de seu diretor. Eu já o conhecia desde a época em que ele atuava no CETAD. Após finalizar o mestrado, e já tendo ingressado no doutorado, surgiu, em um encontro com ele, uma conversa sobre a possibilidade de que eu viesse a me inserir em alguma atividade da Aliança. Ao

regressar de Barcelona, voltei a entrar em contato com ele, desta feita para lhe falar sobre o meu projeto de tese e a inserção da Aliança entre as instituições que seriam alvo dos estudos de casos sobre políticas de drogas a nível local.

Outro interlocutor da instituição, o qual já conhecia antes de iniciar a pesquisa, é um antropólogo que havia sido meu professor no curso de Ciências Sociais da UFBA. Ele fazia parte da equipe que integrava a Divisão de Redução de Danos do CETAD e que seguiu o coordenador da divisão quando da fundação da ARD. Uma vez iniciado o estudo, além dos contatos na sede da instituição nos encontrávamos eventualmente em eventos locais ligados ao tema das drogas, especialmente em reuniões do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa sobre Substâncias Psicoativas, GIESP (UFBA-CNPq) do qual ambos fazíamos parte. Por fim, considero que a aproximação com a ARD foi beneficiada, posteriormente, graças à relação de amizade que fui estabelecendo com uma de suas técnicas, estudante de Ciências sociais da UFBA.

Missão e objetivos

A ARD define, como objetivo principal, reduzir as conseqüências adversas decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, atuando no âmbito da cooperação técnica com instituições governamentais e comunitárias, mas também no contexto da pesquisa e da produção científica, particularmente através do trabalho de seu diretor. Desde a sua implantação, a instituição vem afirmando a sua missão de levar a perspectiva preventiva da Redução de Danos para uma população com dificuldade de acesso à informação e às instituições públicas de saúde, atuando também na capacitação de seus profissionais.

Clientela, Público-Alvo

Nos primeiros anos de atuação, os projetos da Aliança atenderam a uma clientela variada, mas que tinha como condição comum o fato de encontrar-se em situação de elevada vulnerabilidade social. Seu público alvo era definido a partir dos projetos institucionais que descreveremos a seguir e contemplava prostitutas, moradores de rua, presidiários, população de bairros pobres e periféricos de Salvador parte destes

incluídos na área de cobertura de programas públicos de saúde como o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) ou Programa de Saúde da Família (PSF), etc.:

“Pessoas que usam drogas. E aí pessoas que usam drogas e vivem em situação de vulnerabilidade social, são moradores de rua e aí dentro disso tem, a gente lida muito com traficantes, usuários de drogas, filhos de usuários, parceiros de usuários, aviõezinhos...” (entrevistado 6).

Um dos responsáveis pela implantação do Programa de redução de danos resgata o processo de difusão destas estratégias pelos diferentes bairros da cidade, pontuando desafios e dados pitorescos nesta trajetória, bem como a importância que as redes sociais dos usuários tiveram para a expansão do programa. Chamam a atenção, particularmente, situações que refletiam os preconceitos associados ao binômio drogas e AIDS:

“O primeiro Programa de Troca de Seringas no Centro Histórico, mais de 42% das pessoas eram provenientes de outros bairros, isto facilitou nossa expansão. Então primeiro nós fomos expandimos para o Engenho Velho da Federação... sempre num percurso muito curioso, eu diria que até repetitivo... Você chega num local desse ninguém usa droga injetável, mas na próxima reunião alguém diz que usa, aí na outra o próprio informante chave diz que usa e por aí foi. Depois no Calabar, teve até um fato inicial muito pitoresco...No Calabar, as pessoas ficaram muito assustadas por que alguém faleceu com AIDS e surgiu um boato que 10% das pessoas do Calabar estavam infectadas com o HIV (...) então a idéia presente era que se as pessoas usam drogas significava que estavam infectadas com HIV, então ninguém queria ser identificada. Bom, o programa teve dificuldades no Calabar por conta dessa notícia. Depois foi a Ribeira, foram os 3 primeiro locais, Centro Histórico, Engenho Velho da Federação, Calabar e Ribeira, sempre dessa maneira: uma pessoa era contatada nessa área central, mas residia na Ribeira, nos levava para lá ou para o Engenho Velho...para onde fosse” (entrevistado 2).

Atualmente, além dos grupos de usuários de drogas que residem ou transitam no Pelourinho, a ação da equipe da ARD estende-se para o bairro do Engenho Velho da Federação, alcançando alguns jovens em situação de risco de uma escola do bairro. As redefinições na clientela guardam relação, também, com redefinições recentes da instituição no que se refere às estratégias de redução de danos, as quais passaram a contemplar e/ou priorizar os usuários de anabolizantes e crack. Entre os argumentos

para uma maior valorização destes grupos encontramos, no primeiro caso, a ampliação do número de soropositivos nas academias e, no segundo, o fato de que o consumo de crack foi se expandindo visivelmente em Salvador, trazendo consigo uma série de problemas sociais (seguindo uma tendência presente observada em capitais de outros estados).

Infraestrutura

Como já referido, a sede da ARD-FC funciona no antigo prédio da Faculdade de Medicina. As instalações da instituição se concentram em uma das amplas salas que integram o edifício histórico que abriga a Faculdade. A Aliança dispõe ainda de um serviço ambulatorial localizado na Vitória, bairro de classe média alta de Salvador. O ambulatório funciona dentro de um Centro de Saúde ligado a igreja católica e oferece serviços de Terapia Corporal, acupuntura, terapia familiar e, como última alternativa, o uso de medicamentos controlados. O funcionamento do ambulatório é restrito a dois dias na semana, às 2ª e 4ª feiras, das 8h às 18hs.

É importante registrar que a convivência entre a equipe e os usuários deste ambulatório com os profissionais e a clientela habitual do Centro nem sempre é pacífica. A existência de uma recepção comum a ambas as clientelas foi apontado como um dos pontos que contribuem para aumentar as queixas por parte da destes últimos. A principal resistência dirige-se à “presença de usuários de drogas”. O fato de o centro ser administrado por uma instituição católica certamente contribui para aumentar a intolerância frente à clientela do ambulatório. É preciso dizer que, via de regra, projetos e serviços vinculados à prevenção e assistência no âmbito da drogodependência coordenado por instituições religiosas definem a abstinência como a alternativa por excelência no enfrentamento do problema.

Em 2010, a ARD deve transferir sua sede para um prédio que está sendo construído no mesmo terreno da Faculdade de Medicina. Na nova sede será implantada a unidade do CAPSad do Centro Histórico de Salvador (Pelourinho), cuja gestão ficará sob a responsabilidade da ARD-FC. A partir da inauguração do Centro de Atenção

Psicossocial em Álcool e outras drogas (CAPSad), deverá ser desativado o serviço ambulatorial da Vitória: “superaremos deste modo os problemas que enfrentamos no centro de saúde da igreja”.

O quadro de pessoal do CAPSad é constituído por uma equipe de 50 pessoas, entre técnicos, psicólogos, assistente social, coordenadores e agentes de saúde treinados nas próprias comunidades. Dois psiquiatras e quatro psicólogas atuam no serviço ambulatorial da Vitória.

Atividades e Projetos institucionais

Na fase inicial de implantação, a Aliança deu continuidade a todos os projetos de redução de danos que vinham sendo executados pela DRD-CETAD sob a responsabilidade do corpo técnico que passou a integrar a equipe da ARD-FC. A manutenção dos projetos foi possível graças à anuência dos seus financiadores, destacando-se entre eles a Coordenação Nacional de DST e AIDS – Ministério da Saúde. Contudo, como veremos adiante, parte destes projetos, pouco tempo depois, foram interrompidos ou tiveram sua área de abrangência limitada. Inserem-se, nesta etapa, três projetos centrais, a maioria deles em funcionamento na atualidade: 1) Projeto Pacs; 2) Projeto Pontos Móveis; 3) Projeto Presídio.

Em todos estes projetos, encontramos um objetivo comum (com pequenas especificações em cada caso): “reduzir a disseminação do HIV, dos vírus das Hepatites B e C e de outros agentes de transmissão parenteral e sexual entre usuários drogas”. Também são identificadas algumas estratégias que se aplicam ao conjunto dos projetos referidos, a exemplo de:

- 1) Informação, educação e comunicação em saúde, com ênfase na redução de riscos e danos relacionados ao consumo de drogas e práticas sexuais desprotegidas;
- 2) Distribuição sistemática de material preventivo;
- 3) Incentivo e orientação quanto ao uso correto e constante do preservativo;

- 4) Identificação e referenciamento para a assistência médica e psicológica na rede pública de saúde;
- 5) Articulação com Associações de Moradores, Serviços de Saúde e outros equipamentos sociais visando à implantação de Pontos Fixos de Prevenção nas áreas de atuação dos respectivos projetos.
- 6) Monitoramento e avaliação dos resultados.

As especificidades dos projetos referidos remetem, principalmente, ao público alvo, locus de atuação e a algumas das estratégias utilizadas. O programa de redução de danos, iniciado em 1995, ainda no CETAD, foi apontado como o primeiro programa de troca de seringas do Brasil e da América Latina. Seu objetivo esteve, inicialmente, voltado para a atenção à saúde de usuários de drogas injetáveis em 4 (quatro) bairros de Salvador. Posteriormente, o Projeto estendeu suas ações a novos segmentos, incluindo os usuários de anabolizantes e de crack, cujo nível de vulnerabilidade para as doenças de transmissão sanguínea e sexual é reconhecido como muito expressivo.

A partir de 1999, o projeto estabeleceu parceria com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde / Programa de Saúde da Família (PACS / PFS) da Secretaria de Saúde do Município do Salvador. A principal justificativa apresentada para esta parceria foi o reconhecimento da necessidade de se transformar a estratégia de redução de danos em um programa de saúde pública, “com real impacto na dimensão da epidemia de AIDS entre os usuários de drogas, e destes para outros segmentos da população”, mas também teve, como um dos seus objetivos, a expansão e sustentabilidade do projeto:

“A inclusão de Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiras Supervisoras possibilitou a expansão das ações de Redução de Danos de 4 (quatro) para 26 (bairros), totalizando 52 pontos de prevenção distribuídos entre 7 (sete) distritos Sanitários, constituindo-se numa perspectiva concreta de sustentabilidade de suas ações pela plena integração das mesmas ao SUS – Salvador” (ARD-FC 2009).

Foram identificadas, como específicas deste projeto, as seguintes estratégias: serviço de troca de seringas para usuários de drogas injetáveis e de anabolizantes; abordagem a usuários de drogas nos seus domicílios e/ou ruas e outros locais freqüentados por eles;

reuniões Comunitárias; treinamento de Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiras do PACS / PFS para atuar junto às equipes de redutores de danos nas comunidades; supervisão de campo e institucional no CETAD⁴⁶.

O Projeto *Pontos móveis* foi implantado em 1999. Sua criação representou uma oportunidade para estender as ações de redução de danos para os segmentos mais excluídos e vulneráveis da população usuária de drogas. Neste universo, destacaram-se, particularmente, as mulheres usuárias de crack e/ou parceiras de usuários, tendo sido descrito o seguinte objetivo: “prevenir a infecção pelo HIV, hepatites e outras DST com vistas à promoção da saúde reprodutiva entre usuários de drogas e suas parceiras sexuais, com ênfase para as mulheres usuárias de crack, vivendo em comunidades pauperizadas da cidade de Salvador” (ARD-FC 2009).

O enfoque da intervenção, baseado no universo e características do público a quem se destina a ação, visou criar espaços a partir dos quais os usuários pudessem, eles próprios, construir seus caminhos e possibilidades de se posicionarem diante dos riscos de infecção pelo HIV e outros agravos de transmissão sexual e sangüínea. Atuando em cinco localidades, a equipe realiza visitas semanais a cada uma das áreas, em dias e horários estudados e acordados previamente com a população local. O projeto era conduzido inicialmente por uma equipe multiprofissional, formada por médico, sociólogo, redutores de danos e acadêmicos de diversas áreas. Essa característica resultou na possibilidade de diversas interfaces interdisciplinares e institucionais que viabilizavam o atendimento aos usuários em uma perspectiva mais integrada, permitindo responder também a outras demandas de saúde além daquelas relacionadas diretamente ao consumo de substâncias psicoativas.

São descritas as seguintes estratégias do projeto Ponto Móveis: treinamento e atuação de usuários de drogas e lideranças comunitárias locais como multiplicadores das ações de prevenção; atendimento individual, visando aconselhamento pedagógico na área de drogas, AIDS e saúde reprodutiva; incentivo às ações de desenvolvimento comunitário, por intermédio da realização de oficinas de criação. No momento atual, está sendo

⁴⁶ Vale registrar que este projeto foi interrompido em 2007, uma vez que não houve renovação do convênio com a prefeitura municipal, tornando inviável a sua continuidade.

negociado um projeto que deve retomar algumas linhas básicas do *Pontos Móveis*, mas que apresenta uma configuração similar ao projeto Consultório de rua desenvolvido pelo CETAD (que antes fazia parte de divisão de Redução de Danos). Trata-se do “Ambumóvel”, que atenderá a população do Centro Histórico e de comunidades onde as equipes de redutores já tenham estabelecido vínculos. O projeto receberá o apoio financeiro da prefeitura de Salvador e, segundo informações de representantes da ARD-FC, os recursos devem ser liberados em janeiro de 2010.

O *Projeto Presídio*, dirigido à população carcerária do estado da Bahia, resultou da constatação do crescimento de doenças infecto-contagiosas, em especial a AIDS e Hepatites, e a estreita relação desse crescimento com o uso de drogas. O objetivo do projeto era reduzir a contaminação pelo HIV, Hepatites B e C e outras DST, e reduzir o uso/abuso de drogas entre detentos do sistema prisional do estado da Bahia, através de implantação de ações de Redução de Danos entre os internos, agentes de presídios e demais funcionários. Ele foi iniciado em 2001, na Penitenciária Lemos de Brito – PLB, onde 68 internos e oito agentes de presídio foram capacitados a agentes multiplicadores de ações preventivas entre seus pares. No ano seguinte, ele foi estendido a mais três unidades prisionais, duas delas em Salvador e a terceira no Colônia Penal Lafayette Coutinho, a Penitenciária Feminina e o Presídio da cidade de Jequié.

Dentre as estratégias adotadas podem ser destacadas: realização de cursos e oficinas para internos e funcionários dos presídios capacitados a redutores de danos segundo diferentes eixos temáticos (uso/abuso de drogas; aspectos sócio-antropológicos e jurídicos do uso de drogas; HIV, Hepatites, outras DST e Redução de Danos; autoestima e relações interpessoais); distribuição sistemática de preservativos, folders, cartilhas, folhetos, seringas e agulhas pelos agentes multiplicadores capacitados; encaminhamentos médicos-psicológicos e para suporte social de presidiários à Central Médica do Presídio, às unidades da rede pública de serviços de saúde e a outras instituições parceiras da DRD/CETAD; realização de supervisões semanais com os agentes multiplicadores treinados e com os redutores de danos atuantes no projeto.

O projeto visou, ainda, verificar a existência de outras demandas de saúde de elevada prevalência entre a população atendida, a exemplo de tuberculose e outras doenças infecto-contagiosas, viabilizando, sempre que possível, o suporte necessário a essas condições clínicas. No decorrer do desenvolvimento do projeto, foram empreendidas negociações com o Juiz da Vara de Execuções Penais, com o objetivo de viabilizar a redução de pena de internos que atuavam como agentes multiplicadores. A inserção do grupo da Aliança neste projeto Presídio contribuiu também para a sua participação na elaboração do Plano Operativo Estadual do Sistema Penitenciário. Em 2007, este projeto também foi finalizado, uma vez que não houve renovação do convênio com a Secretária de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Estado da Bahia. Foi informado, contudo, que teria sido firmado neste momento outro convênio entre ARD-FC e a mesa secretária para implantação, em 2010, de um projeto similar.

No momento em que foi investigada, a ARD-FC estava conseguindo abrir novas frentes de atuação em Salvador, conforme ressaltou seu diretor. Em termos mais formais, são descritas três frentes principais de trabalho da instituição:

- Unidades Móveis: busca criar espaços a partir dos quais os usuários possam, por si mesmos, construir seus caminhos e possibilidades de posicionamento diante dos riscos de infecção pelo HIV e outros agravos de transmissão sexual e parenteral decorrentes do uso de drogas.
- Fóruns Itinerantes: são espaços de intervenção e diálogo entre membros da comunidade, usuários e serviços de saúde, visando debater os problemas específicos da comunidade e buscando soluções coletivas.
- Rádios comunitárias: Algumas rádios comunitárias em áreas atendidas disponibilizam horários específicos para a apresentação de programas voltados para as Medidas de Redução de Danos.

Ainda sobre o leque atual de atividades desenvolvidas pela ARD-FC, outro técnico acrescentou:

“(...) tem a capacitação teórica. Pode ser entendida como um processo de humanização dos servidores que acontecendo nas unidades de saúde. A

segunda é o trabalho de campo. Nessa frente de trabalho os redutores de danos vão ao encontro dos usuários. A terceira frente é a unidade móvel: seria um carro que vai a alguns bairros aplicando oficinas, palestras, conscientizando a população sobre as drogas” (entrevistado 10).

Sobre o trabalho de campo, uma das primeiras atividades realizadas foi o mapeamento dos pontos mais críticos de uso de drogas no Pelourinho. Um dos procedimentos dos redutores de danos que atuam nesta área é o encaminhamento dos usuários que se queixam de algum problema de saúde para os postos de saúde. Na análise retrospectiva da inserção da equipes de redutores de danos e outros técnicos no bairro, foi relatado que demorou algum tempo até que eles pudessem circular pelas ruas do Pelourinho com certa segurança. Ao lembrar alguns episódios de abordagem aos usuários no bairro, se destacou que as primeiras reações dos usuários foram de estranheza, inclusive com registro de reações mais agressivas:

“(...) ele [um usuário] já chegou a brigar comigo, mas depois de um tempo estabeleceu uma aproximação, o primeiro passo dos redutores é adquirir confiança dos usuários” (entrevistado 7).

Tive a oportunidade de acompanhar algumas atividades do trabalho de campo e, em uma delas, me integrei à equipe de trabalho. Seguindo a orientação do grupo, vesti a camisa do projeto, pois assim pude acompanhar a equipe sem ser percebido como observador externo. A equipe era composta de três pessoas: a coordenadora da atividade e dois redutores de danos. Vale registrar que a equipe de redutores de danos é formada, majoritariamente, por jovens.

Os redutores estavam com um formulário e uma bolsa cheia de camisinhas que seriam distribuídas. O formulário continha alguns dados a serem preenchidos (nome, idade, sexo, etc.) e perguntas que os redutores deveriam fazer aos usuários, tais como: *Como vai a saúde? Você fuma/ bebe/ usa drogas? Está usando caminha nas relações sexuais?* De modo geral, eram abordados os moradores identificados como potenciais usuários de drogas (alguns deles previamente identificados como tais). Ao final do questionário, as camisinhas eram entregues e anotava-se no formulário a quantidade disponibilizada (geralmente três por usuário). Muitas pessoas já conheciam os redutores de danos e aproximavam-se espontaneamente da equipe, já em outros casos

era preciso que os redutores fossem ao encontro dos usuários. Também havia situações em que as pessoas não eram usuárias de drogas, mas procuravam os agentes por estarem interessadas em receber as camisinhas:

“O primeiro usuário que me chamou a atenção foi Nelsinho. Ele trabalha guardando carros na rua São Francisco no Pelourinho e é usuário de crack. O redutor de danos disse que já vem acompanhando ele a algum tempo, perguntou como ia a saúde, e ele respondeu que ia bem, pois estava vivo. Depois perguntou se a tosse havia melhorado, ele respondeu que estava igual, o redutor aconselhou ele a procurar o posto de saúde. Então Nelsinho disse que não iria porque precisou ir ao posto por causa de uma ferida na boca, mas chegando lá não foi atendido porque não tinha carteira de identidade. Eu percebi uma resistência dele ir ao posto, principalmente ao médico. Em um momento ele disse que tinha “medo do médico” lhe fazer algo, pois ele “tinha uma filha para criar” (...) Em outro momento ele demonstrou tristeza e revolta por não ter conhecido a mãe e pelo fato da filha estar longe dele” (diário de campo, março de 2009).

Observei que as ruas estavam vazias. Interroguei sobre este fato e uma das redutoras ponderou que, provavelmente, isto se justificava porque havia ocorrido uma batida policial no local dias antes. Esclareceu, contudo, que geralmente eles encontravam mais usuários nas atividades de campo (fato por mim constatado em outras ocasiões). Seguimos em frente o segundo usuário que encontramos foi um menino que aparentava uns 11/12 anos. Quando perguntado se usava drogas, ele respondeu que não. Contudo, depois que ele se afastou, um dos redutores informou que ele fumava crack. O menino falou que não mantinha relações sexuais, pois seu porte físico não permitia e que venderia as camisinhas para os profissionais do sexo à noite. A propósito, a maioria das pessoas que encontramos naquele dia era adulta, quase toda usuária de crack.

Com relação à ação policial, citada acima, é importante destacar que a relação com a polícia foi destacada, em mais de um depoimento, como um dos pontos críticos nos primeiros anos de atuação dos redutores de danos em campo. Como se extrai dos relatos abaixo, foi necessário todo um processo de negociação e sensibilização para viabilizar as atividades dos RDs:

“(…) era muito difícil realizar troca de seringas em situações de choque eminente com a polícia. A situação torna-se então dúbia, assemelhando-

se às situações de tráfico. O redutor de danos, em virtude da presença constante da polícia, tem que esconder as seringas novas e usadas entre os tijolos de um muro, como se estivesse escondendo drogas e estivesse que estar atento à presença repentina de policiais para reprimi-lo em suas ações” (entrevistado 8).

“Durante o primeiro ano de atividades, o programa de redução de danos foi mal entendido, o que podia ser observado no trabalho de campo, quando o redutor de danos era confundido com o usuário, sofria revistas humilhantes e etc. Tal situação começou a se transformar quando o comando da área solicitou uma reunião com o grupo e propôs que os policiais fossem capacitados. A partir de acordos e capacitações, o projeto pôde funcionar com mais tranquilidade na abordagem dos usuários, em que pese o ato ilícito de se consumir drogas pelas ruas do Pelourinho” (entrevistado 16).

Vale notar, ainda, que as dificuldades ou desafios que envolvem a relação com os agentes de segurança pública não se limitam aos constrangimentos vivenciados pelas equipes de redutores ou interferência em seu trabalho, incluindo também riscos concretos de exposição e conseqüente punição para usuários. Apesar das mudanças atuais na legislação brasileira, a atuação da polícia ou a postura adotada frente ao usuário não é uniforme e tampouco segue, rigorosamente, o que está previsto em lei. É preciso esclarecer também que, ainda que no âmbito legal tenha sido redefinido o tratamento que deve ser dado ao usuário, o consumo de um leque variado de drogas segue sendo delito, a exemplo da maconha, crack, cocaína etc. É com base neste argumento que muitos policiais se sentem respaldados para adotar uma punição mais severa, muitas vezes abusiva e contrária às regras formais de conduta da própria corporação. Como relatou um dos entrevistados, ao referir-se ao trabalho cotidiano dos redutores:

“Constantemente eles têm que parar seu trabalho com os usuários pela presença da polícia, que está ali para reprimir o tráfico e usuários. São diversos os momentos em que os redutores e demais profissionais têm que evitar o contato com os usuários para não expô-los à presença dos policiais que estão na área naquele momento. Os usuários estão cientes que o consumo é algo ilícito” (entrevistado 8).

Retomo a descrição do meu percurso com a equipe de campo, registrando que, após percorrer a Rua São Francisco, nos dirigimos a uma de suas transversais, a Rua “da

oração”, onde se localizava, segundo a equipe, “uma boca de fumo”. Trata-se de local como que abandonado, sem pavimentação e com muito lixo acumulado, o que contribui para a proliferação de ratos. Antes de chegarmos, passamos por uma das obras de restauração dos sobrados do Pelourinho, fato que me chamou a atenção, tendo em vista que uma das queixas recorrentes entre os moradores do bairro era de que a maioria das casas que estão sendo restauradas são aquelas de uso comercial. Foram freqüentes os depoimentos em que transpareciam queixas sobre os critérios adotados pelo Estado no processo de restauração do bairro, ressaltando o privilégio pela restauração de imóveis com fins comerciais. Conseqüentemente, muitas casas destinadas à moradia se encontravam em péssimas condições.

O grupo se deteve em uma dessas obras, onde alguns dos trabalhadores apanharam os preservativos que estavam sendo distribuídos, ainda que nenhum tenha se declarado usuário de drogas. Ao chegarmos na “boca de fumo”, encontramos alguns usuários e “traficantes” de drogas. Em uma sala, havia algumas pessoas fumando crack e conversando. A equipe se aproximou de uma mulher que aparentava ter mais ou menos 30 anos, era soro positiva e tinha tuberculose. Quando perguntada pela saúde, ela respondeu: “e o crack me deixa ficar bem?” Então um dos redutores aconselhou que se cuidasse.

Os depoimentos da equipe da ARD-FC em que se ressalta o fato de “que existem muitos usuários de crack tuberculosos” confirmam achados presentes na literatura especializada. No caso do Pelourinho, a explicação fornecida pelo grupo é de que “o ambiente em que eles fumam é muito fechado e além disso, a fumaça faz muito mal para os pulmões”.

A observação do trabalho de campo propiciou uma maior aproximação com a dinâmica interacional entre a equipe e a comunidade local. Constatou-se que a abordagem ao usuário é bastante direta, sem muitas delongas, e os procedimentos por vezes parecem ser realizados com certo grau de automatismo. A primeira pergunta é, invariavelmente, sobre saúde. Quando a resposta aponta para um quadro negativo, as pessoas abordadas são orientadas para que se cuidem e, preferencialmente, que

procurem um médico. Na sequência, vem a pergunta sobre o uso de preservativos, acompanhado do incentivo a este. Ficou clara, ainda, a importância do exercício da paciência no contato com os usuários, conforme pode ser observado no trecho transcrito abaixo:

“Os redutores que lidam diretamente com os usuários, devem ter muita paciência com eles, pois a maioria dos usuários no meio das perguntas, saem, conversam com outras pessoas (...) depois de algum tempo voltam ... então se for um redutor que não tem paciência, simplesmente vai embora (...) outra dificuldade, é fazer com que os usuários m atenção no que ele fala, nas suas orientações, poucos prestam atenção e seguem as instruções/ recomendações que são passadas. A maioria não liga, não se preocupa com a saúde” (entrevistado 7).

Por certo, a interação cotidiana podia ser mais dinâmica e variada a depender do perfil do técnico e das situações peculiares que se apresentavam durante a inserção no bairro, mas parece haver dificuldade em superar a abordagem de tipo normativo-prescritiva. Este aspecto reforça a necessidade de se investir em estratégias permanentes de formação dos redutores de danos. Acrescenta-se, ainda, ter sido mencionado por um entrevistado o cuidado de se incluir redutores (e usuários) tanto nos processos de produção dos conteúdos que serão incluídos em atividades, como na formulação dos produtos de educação e comunicação sobre riscos e danos associados com o consumo de drogas:

“Os redutores de danos e usuários têm um papel importante no processo de comunicação com os usuários da comunidade local. Os redutores e usuários que participam do programa ajudam a construir a linguagem das mensagens, os locais onde devem ser colocadas as informações que se deseja que cheguem aos usuários de drogas e que possam limitar a contaminação do vírus HIV entre os usuários de drogas” (entrevistado 8).

Pontos fortes e fragilidades

Na análise deste tópico, é necessário destacar uma peculiaridade da Aliança que remete a certa dificuldade em definir seu tempo de existência. Na fala de seu fundador e dos integrantes remanescente da Divisão de Redução de Danos (DRD) - CETAD

encontramos, em mais de um momento, a alusão aos “dez anos de atuação” da instituição ou de seus projetos. Ainda que a existência formal da ARD-FC remonte a 2006, parece ser uma questão de honra (ao menos entre o grupo fundador) definir o marco de atuação resgatando todo o período de atuação na DRD. Isto fica ainda mais claro quando se consulta a página web da instituição e encontramos: “após dez anos a Aliança se tornou uma referência nacional e internacional em Redução de Danos”.

Desta forma, o discurso institucional, ao avaliar “resultados”, “lições aprendidas”, bem como alguns desafios específicos relativos aos seus projetos ou inerentes à política de redução de danos em seu sentido mais amplo, resgata sempre o percurso empreendido nos dez últimos anos. São mencionados, entre os resultados positivos alcançados, os seguintes: ampliação do acesso à rede de usuários; redução da vulnerabilidade da população acessada para as doenças de transmissão sexual e sanguínea; ampliação da demanda para a aquisição do preservativo; ampliação do acesso à informação sobre riscos e cuidados com a saúde; ampliação do acesso de usuários ao atendimento médico e psicológico; inclusão de novos atores sociais nas ações de redução de danos, com destaque para profissionais de saúde, a exemplo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); instrumentalização da população usuária contemplada pelos projetos para práticas sexuais e uso de drogas menos arriscados.

Acrescentam-se, ainda, outros dois resultados relacionados especificamente ao projeto Pontos Móveis: a participação efetiva da população alvo nas ações de desenvolvimento comunitário e a ampliação do debate sobre o consumo de drogas do ponto de vista da saúde e qualidade de vida. Vale registrar, ainda, em mais de um depoimento com entrevistados externos à ARD-FC, encontramos alusão ao fato de que a instituição se “tornou uma referência na implementação da redução de danos no Brasil”.

No tocante às lições aprendidas, pode-se destacar, inicialmente, a referência à dificuldade de integração e entendimento entre a equipe de Redutores de danos e os profissionais de saúde. Aludindo concretamente à experiência com o projeto PACS, são identificados, no cerne do problema, os preconceitos em relação à população usuária de

drogas por parte dos profissionais de saúde, sejam agentes comunitários de saúde ou enfermeiras. Preconceitos esses que se traduziam, também, no medo de atuar com esta população. Ao refletir sobre este processo, um membro da coordenação da Aliança, enfatizou:

“Nós chegamos a uma conclusão que não basta você ter os agentes comunitários no campo, identificando pessoas, provendo preservativos e encaminhando para a Unidade de Saúde. Se no serviço não se reconhece a importância e legitimidade deste trabalho, não funciona. Esse é o outro desafio que nós estamos vivendo nesse momento” (entrevistado 2).

Para superação dos problemas observados, são ressaltadas algumas alternativas, tais como a articulação com segmentos organizados existentes nas comunidades e um maior investimento na sensibilização e envolvimento das equipes das Unidades de Saúde na atenção básica aos usuários acessados.

Contatou-se, contudo, que as dificuldades com o sistema de saúde local não se restringem à dimensão relacional. Também foi referida a dificuldade de encaminhamento de demandas de saúde dos grupos atendidos pelos programas para os diferentes pontos da rede de serviços de saúde de Salvador, o que explica a assertiva de que a “sustentabilidade das ações de Reduções de Danos em Salvador passava pela sua inserção no planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) na esfera municipal”. Destacou-se, ademais, a importância de uma decisão da esfera federal (Ministério da Saúde) em inserir as ações de Redução de Danos no bojo das atividades contempladas pelo Programa de Saúde da Família.

Outro importante desafio apontado pela equipe refere-se ao enfrentamento da questão da violência urbana. Remetendo ao projeto Pontos Móveis - reconhecido como uma “estratégia de extrema relevância na abordagem aos usuários de drogas e no acesso à sua rede de sociabilidade” - relatou-se a necessidade de se obter a autorização dos “grupos que controlam alguns bairros, sobretudo do tráfico” para implantação do trabalho nas áreas. Destaca-se, aqui, o desafio inerente à construção de “novas estratégias de atuação, frente às atuais características organizacionais do tráfico e à

violência, inclusive aquela decorrente de intervenções policiais com o verdadeiro papel da Segurança Pública”.

Completando o rol dos desafios, destacou-se a importância de se investir em projetos e atividades específicos para crianças e adolescentes em situação de risco, sobretudo aquelas que interagem cotidianamente com as questões de consumo e venda de drogas. Entre as alternativas ensejadas, seja para enfrentar a violência ou lograr a adesão das populações locais às atividades e projetos da instituição, ressaltaram-se “a necessidade de inclusão de atores sociais locais e comprometimento da população com a proposta de redução de danos” e “a ampliação da interação local entre usuários e não usuários de drogas”. Constata-se, aqui, um reconhecimento da necessidade de investimento em modelos participativos no campo das drogas. Sobre este enfoque Romaní ressalta que:

“El modelo participativo redefine la prevención como el conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir, de forma razonable, la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas. No se trata aquí del planteamiento dicotómico del tipo bueno-malo, blanco- negro, drogas no-drogas sí, propiciado por el Prohibicionismo. Lo que se plantea en este caso es un enfoque más realista y profesional, centrado en la posibilidad de solucionar algunos aspectos o de contrarrestar los efectos más dañinos derivados de ciertos consumos de drogas. Esto lleva a plantear la diversificación de criterios y considerar las políticas de Reducción del Daño” (2008:304).

A propósito da questão da Segurança Pública, não poderíamos deixar de pontuar, no tópico dos desafios ou limites associados com as práticas da ARD-FC, o problema da relação com os agentes policiais. As tensões que marcam a relação entre equipes da instituição e policiais foi um dado recorrente em diferentes entrevistas. Sobretudo, constatou-se que os acordos obtidos com as forças de segurança pública são sempre provisórios e sujeitos a redefinições radicais segundo o comandante de turno ou os eventos que se apresentem. Destacamos, abaixo, dois depoimentos que ilustram claramente este dado. O primeiro, obtido em uma entrevista mais antiga, fazia alusão ao fato de que os acordos interinstitucionais não se garantiam. O segundo, extraído de uma das últimas entrevistas, faz referência a um novo recrudescimento da ação policial na área do Pelourinho:

“O programa, apesar de contar com o apoio oficial das Secretarias de Saúde e da Justiça tem dificuldades para sua operacionalização no dia a dia das comunidades onde atuam os profissionais do programa, principalmente os redutores de danos e usuários contatados por eles. Em alguns momentos os profissionais conseguem com que os oficiais e policiais que atuam na área se sensibilizem com suas ações. Porém, existem momentos em que outros policiais são destacados para estas áreas, que atuam de acordo com o cotidiano em outras comunidades” (entrevistado 8).

“Atualmente, existe uma grande tensão no Centro Histórico, um policial foi morto na área há poucos dias. Com o acontecimento, a atuação da polícia no bairro tornou-se mais contundente. Com isso, os usuários de crack estão mais dispersos pelo território ou se foram para outros bairros. Até aquele momento, os usuários de drogas mantinham certo enfrentamento com as polícias locais” (entrevistado 16).

Durante a etnografia itinerante, pude observar outros eventos nos quais comportamentos de intolerância frente aos usuários de drogas ‘ilícitas’ por parte de autoridades vinculadas à área da Justiça ou da Segurança Pública em Salvador foram flagrantes. Durante um evento local sobre drogas, ouvi de um juiz, que atua na área Metropolitana de Salvador, a reivindicação de que a guarda municipal pudesse andar armada. Em seu depoimento, ele justificou sua posição sob a alegação de “que não era possível que os guardas que atuavam no Pelourinho fossem recebidos com pedras pelos usuários de drogas de determinadas ruas do bairro”. Entretanto, o que ele não mencionou é que a situação relatada era reativa. Como me relatou um ator que atuava no CAPSad e, eventualmente, na Aliança, “os usuários de crack se queixavam de um policial que sempre que fazia ronda no bairro atirava pedras neles (...) por isso o haviam apelidado de ‘Capitão Pedrada’”.

Por fim, os dados coletados evidenciam que uma das maiores dificuldades da ARD-FC é garantir o financiamento de seus projetos de modo a ampliar sua longevidade, já que seus projetos de maior envergadura foram interrompidos por ausência de fontes de financiamento que garantissem sua continuidade. É certo que no caso do Projeto Presídios a expectativa é que outro projeto similar seja implantado em 2010, mas, em contrapartida, projetos como *Comunidade* ou *Pontos Móveis* apresentam hoje versões muito mais modestas, com escopos e coberturas limitadas.

Um dos fatores que podem contribuir para o problema da sustentabilidade financeira da Aliança guarda relação com as circunstâncias de criação da instituição. Não se pode negar que a transferência em bloco da equipe que compunha a antiga Divisão de redução de danos do CETAD foi um processo traumático, que deixou sequelas que até hoje perduram. Se anteriormente destacamos alguns prejuízos deste fato para o CETAD, neste momento analisamos suas implicações para a ARD-FC. Em realidade, pode-se dizer que houve perdas de ambos os lados, ou melhor dizendo, houve perdas para a política de drogas local.

Em uma ocasião, ouvi a seguinte observação de um informante que lida com ações no campo das drogas: “esta briga foi muito ruim... antes podíamos trabalhar com os dois, somar esforços (...) agora se chama um, o outro não pode entrar (...) então temos que dividir os projetos para contemplar os dois”. Esta mesma fala, com pequenas variações, foi sendo repetida por outros informantes ao longo do trabalho de campo. Em realidade, as dificuldades e conflitos envolvem dimensões pessoais, mas têm reflexos, também, na repartição de recursos. Vale esclarecer que este cenário de disputas e competição, seja em torno de capital simbólico ou econômico (Bourdieu, 1987), não é exclusivo de Salvador, estendendo-se para o resto do país. Sobre este ponto, lembrou um dos entrevistados: “a abordagem do tema das drogas na Bahia e no Brasil é muito disputada”.

5.3. Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS ad

O terceiro contexto de assistência às drogas focalizado neste estudo, o CAPSad, é um produto da reforma psiquiátrica brasileira, a qual provocou mudanças na estrutura organizacional da saúde mental na rede pública. A partir da descentralização dos serviços de saúde mental e da necessidade de aproximar os usuários desses serviços, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas - CAPSad. Estes centros são um desdobramento da reforma psiquiátrica, representando uma alternativa, de base comunitária, de atenção extra-hospitalar, como aparece claramente referido na fala de um dos entrevistados:

“Com a criação do CAPSad, o Estado federal, estadual e municipal começam a pensar no Centro de Assistência Psicossocial para Álcool e Drogas, desde uma perspectiva da prevenção, da redução de danos. Neste caso, a Redução de Danos já está incluída no Estado, porque quando você vê as diretrizes do Ministério da Saúde, o CAPSad está baseado no modelo da Reforma Psiquiátrica e no Princípio da Redução de Danos” (entrevistado 2).

A ação foi regulamentada em 2002 (portaria GM/336) e justificada pelo aumento do consumo de álcool e de outras drogas entre crianças e adolescentes no País e pelos crescentes problemas relacionados ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa. Compete às Secretarias de Saúde dos estados estabelecer um planejamento de distribuição regional dos CAPSad de maneira a facilitar o acesso dos usuários e a cobertura assistencial. Deve-se levar em conta, neste processo de planejamento, critérios populacionais, características epidemiológicas, distribuição de serviços assistenciais, além dos quantitativos de Centros previstos e suas respectivas etapas de implantação.

O CAPSad de Pernambués foi implantado em julho de 2004 em um espaço anexo ao CETAD. Esta proximidade espacial e, sobretudo, a presença em sua equipe de profissionais vinculados ao CETAD contribuíram para que, ao menos inicialmente, houvesse muitos pontos comuns entre os discursos e práticas das duas instituições, fato que pôde ser comprovado a partir das entrevistas de pessoas que transitaram em ambos os contextos.

Contudo, enquanto o CETAD encontrava-se integrado na comunidade local, o CAPSad enfrentou a resistência de alguns moradores do Canela. Como já referido anteriormente, o Canela é um bairro de classe média, e parece que a presença mais frequente e ampliada de usuários de álcool e outras drogas, incluindo moradores de rua, provocou descontentamento e queixas de vizinhos da instituição⁴⁷. O cenário descrito corresponde à situação analisada por Norbert Elias e John Scotson (2000), em que se estabelece a tensão entre estabelecidos e outsiders. Vale ressaltar que o CETAD presta um atendimento de tipo ambulatorial, predominando as atividades pré-agendadas a seus

⁴⁷ Em Barcelona, ocorreu uma situação semelhante e o fenômeno foi chamado de NIMBY. As estratégias locais de enfrentamento foram descritas no trabalho de Mauricio Sepúlveda et al. (2008) do Grup IGIA.

usuários. Já no CAPSad, há abertura para a demanda espontânea e contínua da população.

As dificuldades de aceitação da vizinhança do bairro (Canela) e, principalmente, a necessidade de instalações físicas mais adequadas para o desenvolvimento das ações previstas na portaria de implantação do CAPSad, reforçaram a reivindicação da equipe inicial do CAPSad pela mudança da sede. Finalmente, em janeiro de 2006, após quase dois anos de permanência no prédio contíguo ao CETAD, ocorreu a transferência do bairro do Canela para o bairro de Pernambués. Para evitar enfrentar problemas com a nova vizinhança a equipe procurou, antes de instalar-se na nova sede, estabelecer vínculos e parcerias no território, enfatizando especificidades do trabalho e da clientela do CAPSad, além de realizar um diagnóstico da situação de saúde, de modo a não reproduzir as dificuldades enfrentadas com a vizinhança no bairro do Canela (Alves, 2009).

O contato com a instituição

O primeiro contato com o Centro de Assistência Psicossocial de álcool e drogas (CAPSad)⁴⁸ de Salvador foi de certa forma acidental. Estava na fase de contato com as instituições envolvidas pela pesquisa, quando fui procurado por um amigo que queria ir a algum centro de saúde gratuito para tratar de seus problemas com o uso de cocaína e crack. Indiquei, na época, dentre as instituições que estava investigando, a que estava mais perto de sua casa. Entretanto, ele ponderou que gostaria que eu fosse com ele à entidade escolhida, o CAPSad, ao menos na primeira visita.

A recepção era o primeiro espaço de acolhida. Naquele momento, encontravam-se duas recepcionistas, um segurança local, alguns usuários e um Redutor de Danos que havia trabalhado no CETAD. Uma jovem tocava violão, em um dos sofás, enquanto aguardava o início da oficina de música. Outros dois jovens estavam sentados diante dela e conversavam. Uma recepcionista nos atendeu e marcou uma entrevista com o

⁴⁸ A sede atual da instituição. Como se descreve a seguir, inicialmente ela funcionava em prédio contíguo ao CETAD.

psicólogo. Enquanto esperava, observei o informativo das atividades lúdicas semanais do centro, como oficina de percussão, de música, artes, etc.

Logo em seguida, comecei a conversar com o redutor de danos, que tinha uns cinquenta anos, era negro, com cabelo estilo “rastafári”⁴⁹. O ambiente era animado, diferente dos momentos em que estive no CETAD, onde os pacientes geralmente são taciturnos, aparentando estar longe dali, além de serem mais velhos do que aqueles usuários que pude observar naquele momento. Depois de me apresentar formalmente ao redutor e indaguei, então, sobre as oficinas oferecidas pelo CAPSad. Em seguida, talvez para dar continuidade à conversação, ele me perguntou como estava minha tese. Após minha explanação, relatou que fazia parte de seu trabalho em Salvador a sensibilização das autoridades policiais e, principalmente, dos policiais que atuavam na área em que os redutores realizavam seu trabalho.

Em seguida, o redutor narrou um incidente que havia se passado com ele e um grupo de amigos e que não envolvia o uso de drogas ilegais. Ele morava em um bairro da periferia de Salvador e, certa vez, quando tomava cerveja com eles em um terreno baldio, alguns policiais que passavam resolveram abordá-los. O grupo terminou sendo humilhado pelos agentes que, após não terem encontrado drogas ilegais, começaram, então, a chamá-los de bêbados e vagabundos. Alguns meses depois, um dos policiais envolvidos no incidente começou a freqüentar o CAPSad, querendo tratar sua falta de controle no consumo de bebidas alcoólicas. Ele aceitou prontamente ser entrevistado para a pesquisa.

Contudo, de modo geral não foi fácil realizar as entrevistas. Uma primeira dificuldade encontrada foi realizar o contato com a direção, cuja primeira tentativa ocorreu em 2006. Em 2007, ao voltar para o trabalho de campo no Brasil, encontrei uma nova coordenação, mas, no ano seguinte, já havia outra coordenação. Tal contexto acabou por exigir o estabelecimento de renovados contatos a cada nova equipe coordenadora. Atualmente, o CAPSad é dirigido por uma comissão.

⁴⁹ Um estilo popularizado pelos seguidores de Bob Marley e do Movimento Rasta. Em Salvador, este estilo é identificado como uma marca, o cabelo crespo com tranças longas.

Infraestrutura

O prédio de Pernambués contempla um conjunto de espaços destinados ao atendimento individualizado ou coletivo e atividades de planejamento ou capacitação da equipe. São três andares e um subsolo que comportam sala de recepção, sala de TV e leitura, salas de atendimento de grupos e oficinas, ateliê, copa, três consultórios para atendimento individual, enfermaria com dois consultórios e dois leitos para repouso e desintoxicação ambulatorial, auditório, sala da equipe técnica, administração e coordenação do serviço.

Muitos integrantes do quadro do CAPSad atuam na instituição desde a fase de funcionamento no CETAD. Desde 2007, além das mudanças na coordenação, houve ampliação do quadro de profissionais. O Centro conta com uma equipe multiprofissional, conforme preconizado, e pessoal de apoio administrativo. São doze profissionais de nível superior, sendo um coordenador geral, uma enfermeira, um médico psiquiatra, quatro psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, dois assistentes sociais, uma arte-terapeuta, dois técnicos de enfermagem, um terapeuta corporal/educador físico, três oficinairos/redutores de danos, quatro auxiliares administrativos, dois recepcionistas, dois motoristas, quatro funcionários de serviços gerais e seis vigilantes⁵⁰. Eventualmente, o CAPSad pode contar com a colaboração de estudantes vinculados a cursos de graduação ou pós-graduação.

Clientela. Público alvo

A partir da mudança do CAPSad do Canela para o Bairro de Pernambués, há uma mudança radical no entorno territorial da instituição. Afinal, o CAPSad saía de um bairro central de classe média da cidade para um bairro periférico e de classe popular. A mudança de bairro repercutiu no acesso ao serviço, especialmente entre pessoas de

⁵⁰A portaria que formalizou o CAPSad define que a equipe mínima para atuar na instituição deve contemplar os seguintes profissionais: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais de nível superior (dentre eles, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas educacionais, pedagogos ou outros profissionais necessários ao projeto terapêutico); seis profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

condição sócio-econômica muito precária, em especial moradores de rua. Em alguns casos, a dificuldade de acesso ao serviço acabou interferindo no plano terapêutico individual e, acredita-se, na própria adesão ao tratamento (Alves, 2009).

Embora a clientela principal do CAPSad deva ser a população que reside nos bairros de Pernambués, Cabula e Beiru (que integram o Distrito Sanitário Cabula-Beiru), o Centro recebe pessoas de diferentes bairros de Salvador e de outros municípios. O fluxo ampliado e diversificado da demanda decorre, principalmente, do fato de que o número de CAPSad em todo o estado é muito limitado. Salvador conta apenas com o CAPSad de Pernambués e o restante do estado possui menos de cinco unidades em pleno funcionamento. O atendimento é voltado para indivíduos de ambos os sexos, adolescentes e adultos, usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, predominantemente, à classe média e baixa. Atende também a familiares e representantes das comunidades, considerados elementos significativos nos processos de recuperação e inclusão social do usuário de drogas.

Se, em tese, cada CAPSad deveria dar cobertura assistencial a uma população de cerca de 100.00 habitantes, na prática este número é muito maior. O CAPSad investigado, além de atender aos moradores do Bairro de Pernambués, atendia a usuários de toda Salvador e também da região metropolitana:

“Como é o único CAPSad de Salvador, a gente tem aqui pessoas da região metropolitana, a gente tem pessoas de Camaçari, Simões filho, Pojuca, Santo Antônio de Jesus, são pessoas que vem e muitas vezes são forçadas pela justiça a estar vindo fazer tratamento aqui e vem, e de repente observa que aqui é um espaço completamente diferente e mesmo com o término do tratamento exigido pela polícia, eles continuam fazendo tratamento aqui com a gente” (entrevistado 6).

Perguntado sobre qual seria o público alvo do CAPSad, um redutor de danos respondeu: “é aquele público que na maioria das vezes está jogado pela sociedade, pela família, pela própria comunidade e chega aqui muita das vezes na questão psique deplorável, não acredita em si, não acredita que pode dá a volta por cima” e completou:

“Hoje a gente atende crianças de 10 anos, embora não sejam menores infratores, mas meninos que já tem consumo de drogas e que de repente a mãe traz ou qualquer parente traz ou qualquer seguimento traz, qualquer instituição traz e a gente atende. E aí, o que nós fizemos, independente de serem atividades conjuntas, atendemos a todas as faixas etárias, chegamos jovens, adolescentes e adultos”.

Sobre a questão da faixa etária atendida, cabem alguns esclarecimentos. Na fase inicial de implantação, o CAPSad só atendia pessoas acima de 16 anos. Depois de algum tempo passou a atender usuários a partir de 10 anos:

“(…) O CAPSad sempre teve uma norma de só atendermos pessoas acima de 16 anos, porque a gente ficava muito preocupado de deixar adolescentes e adultos juntos. Mas aí o ministério público veio com muitos problemas relacionados a algumas crianças usuárias de drogas, principalmente crack, que circulavam pelo centro histórico. (...) Criamos algumas atividades só de adolescentes e aí é legal porque hoje a gente tem menores infratores que estão cumprindo medidas sócio-educativas da FUNDAC e que se integraram independente de estar entre eles mesmo, mas também com os adultos e hoje se você perceber uma oficina onde eles estão junto com os adultos parece um carnaval, parece que todo mundo se conhece, brinca e eles se sentem muito bem aqui, é muito interessante mesmo” (entrevistado 6).

Durante as visitas ao CAPSad, observei o predomínio da presença masculina entre os usuários ou frequentadores eventuais. As mulheres costumam aparecer mais para acompanhar algum parente (marido, filho etc.). Em uma das primeiras visitas de observação, registrei;

“Quando cheguei na recepção, tinha quatro pessoas, dois seguranças e o rapaz atendendo na recepção, além um homem aparentemente com 35 anos sentado em uma cadeira, que me pareceu estar esperando pelo o acolhimento. Depois fiquei sabendo que era o primeiro contato do usuário, ele tinha uma consulta com o médico que iria avaliá-lo e depois o encaminharia para um psicólogo... a recepção era uma sala com um espaço razoável, uma porta de vidro, umas cadeiras onde se ficava esperando e um balcão onde o recepcionista se encontrava. Enquanto esperava, chegou mais um rapaz, com mais ou menos 18 anos, ele se aproximou do balcão e informou que era a primeira vez que ia ao CAPSad, o rapaz pediu que ele esperasse que iria ser atendido. Depois de 30 minutos ele foi atendido, demorou alguns minutos e voltou com uma médica, ela olhou a ficha dele e o encaminhou para o psicólogo, a consulta seria uma semana depois. Alguns minutos depois apareceram vários pacientes, o que me chamou atenção foi que todos eram homens. Depois de algum tempo uma mulher pediu que desse licença porque ela

iria atender uma outra mulher, não sei se paciente do CAPSad ou se alguma familiar, o interessante é que foi a primeira mulher que vi ser atendida” (diário de campo, maio de 2008).

O ambiente encontrado no CAPSad é mais descontraído do que aquele observado nas outras duas instituições. Os espaços onde os usuários ficam mais à vontade são a sala de TV e o hall, lugares onde se concentram enquanto esperam o atendimento ou o início de alguma atividade programada. Assim como registrado por Alves (2009), observou-se que estes espaços, onde a interação entre os frequentadores do centro é mais intensa, são os locais em que aproveitam para fumar. Neste caso, no hall do edifício é que se preparam e circulam, no grupo, cigarros de fumo a granel.

Projetos e Atividades

De acordo com o que preconiza o Ministério da saúde, os CAPSad devem integrar as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; atividades educativas e preventivas na unidade e na comunidade; orientação profissional; acolhimento/observação/repouso/desintoxicação para pacientes que necessitem de acompanhamento sem apresentar um quadro severo de abstinência ou outro problema decorrente que implique na necessidade de ser encaminhado para hospital geral; encaminhamento dos pacientes para internação em hospital geral de referência devidamente acreditado pelo gestor local quando as condições clínicas o exigirem; acompanhamento dos pacientes durante sua internação.

No que se refere especificamente ao atendimento especializado ao dependente químico, o CAPSad desenvolve ação ambulatorial, não somente no campo do tratamento e da reabilitação, mas também a nível primário de saúde, na atenção, prevenção e educação da população acerca da problemática da dependência química,

estando em consonância com a normatização dos serviços de atenção a transtornos mentais por uso e abuso de substâncias psicoativas do Ministério da Saúde.

No CAPSad de Pernambués, foram listadas as seguintes atividades:

1. Atendimento de Clínica geral: avalia o grau de dependência e comprometimento orgânico do usuário, sem desconsiderar os aspectos psicossociais envolvidos no processo.
2. Atendimento de Psiquiatria: avalia o grau de dependência e comprometimento psíquico do usuário, intervindo de modo a proporcionar condições de reabilitação biopsicossocial.
3. Atendimento de Enfermagem: acompanha o processo de desintoxicação do usuário, avaliando sua evolução e realizando o controle e administração das medicações, sempre primando pelo fortalecimento do vínculo terapêutico com o paciente.
4. Atendimento de Psicologia: identificar e trabalhar os aspectos subjetivos envolvidos no uso abusivo de substâncias psicoativas, a partir do referencial da psicanálise.
5. Terapia Ocupacional: visa o processo de reinserção social do usuário através de intervenções que facilitem a reorganização do cotidiano e a reaprendizagem de habilidade para a realização e vivência das atividades da vida cotidiana.
6. Serviço Social: prestar atendimento social a familiares e usuários de substâncias psicoativas de modo a facilitar o processo de re-inserção social.
7. Atendimento à família.

Entre as atividades ou projetos que caracterizam a “ação comunitária”, entendida como uma atuação que deve chegar na “escola, no terreiro, nas Igrejas”, a mais destacada no CAPSad de Pernambués é o projeto *EspaSSos da Rua*. A atividade é desenvolvida por uma equipe multidisciplinar composta por enfermeira, psicóloga, assistente social, oficinairos, redutores de danos e agente comunitário de saúde. Esta atividade agrega participantes externos à instituição, inclusive em momentos de planejamento e avaliação. Geralmente se tratam de estudantes, cujas práticas de estágio ocorrem no CAPSad, ou representantes de projetos sociais e/ou conselhos locais com inserção nos espaços territoriais contemplados pelo projeto.

Outra atividade destacada é o CAPSad em debate:

“(...) a gente faz mensalmente o CAPSad em debate e vai ter em dezembro a edição ampliada, maior, não vai ser aqui inclusive, vai ser em um auditório e tem como público alvo além da comunidade, algumas pessoas da área de saúde mental e vai ter mesa também para os usuários

do serviço e ex-usuários, vai ser um evento de dois dias e uma das mesas vai ser uma mesa dos usuários” (entrevistado 12).

As oficinas e trabalhos terapêuticos em grupo são realizados no Espaço de Convivência. No final da oficina, geralmente, é oferecido um lanche aos participantes (um sanduíche, um suco etc.). Inicialmente, tive a impressão de que este seria um lugar de livre acesso e circulação dos frequentadores do CAPSad, mas, em realidade, ele é reservado aos participantes destas atividades, em seus respectivos horários. Esta medida é justificada pela necessidade de evitar a interferência externa no momento da condução das oficinas e grupos terapêuticos.

Percepção sobre as práticas institucionais

Como veremos a seguir, embora em alguns depoimentos tenha sido manifestada a percepção de que o referencial psicanalítico não tenha muito peso no CAPSad, constatou-se que a prática adotada por diferentes terapeutas da instituição segue esta vertente. Destacam-se, neste grupo de profissionais, aqueles que acompanham a instituição desde o período de sua fundação e que são tributários do modelo de clínica adotado pelo CETAD. Entretanto, ainda que uma parte da equipe revele predileção pela atividade clínica e tenda a envolver-se menos com as atividades comunitárias, constata-se a disposição da equipe para o compartilhamento de projetos ou para a construção coletiva das práticas.

As relações entre profissionais e usuários se revelaram, em diferentes momentos, mais próximas e horizontalizadas. Sobre este aspecto, é interessante o comentário de um de seus técnicos:

“(...) o CAPSad é diferente do CETAD. Como lá a abordagem é psicanalítica, a preocupação é com manter certa distância dos pacientes, evitar muito envolvimento. Aqui, não temos esta preocupação, a gente se envolve mais...” (diário de campo, agosto de 2008).

Por outro lado, reproduzindo uma situação semelhante àquela relatada por Queiróz e Trad (2005), com relação ao Programa de Saúde da Família, as relações dos usuários com os oficinairos e redutores de danos (ambos de nível médio) é menos assimétrica

quando comparada àquela estabelecida com a maioria dos profissionais de nível superior. Este dado foi comprovado também na tese de Alves (2009:122). Sobre a abordagem realizada pelos profissionais de nível médio, a autora destacou que era “notória a espontaneidade nos diálogos, estabelecidos nos espaços de circulação do serviço e fora dos contextos de intervenções estruturadas (oficinas, grupos, atendimento individual)”.

A defesa da qualidade e consistência do atendimento em contra da racionalização do tempo é outro ponto consensual na equipe. Esta posição se configura como uma reação a eventuais tentativas de uma ou outra coordenação local do município ou das instituições responsáveis pela contratação das equipes (processo de terceirização) de impor critérios baseados em indicadores de produtividade. Este modelo, presente em muitos serviços públicos de saúde do país, é responsável pela proliferação de consultas instantâneas, centradas exclusivamente na prescrição (indiscriminada) de medicamentos.

O fato de que o CAPSad de Pernambués se restrinja ao atendimento ambulatorial, não contemplando, portanto, a internação, é encarado como algo positivo pela equipe. Em meio a um momento de pressão da mídia e outros coletivos para que se garanta a internação aos usuários de drogas, a coordenação, em entrevista a um informativo local, ressaltou:

“No Sistema Único de Saúde, também não há disponibilidade de leitos para o internamento de dependentes químicos em Salvador. Mas trata-se de uma questão de consenso”, diz a terapeuta ocupacional Renata Jones, coordenadora do CAPSad de Pernambués. Para ela, o atendimento ambulatorial e o apoio da família são mais eficazes do que a segregação do paciente em uma clínica. “Até porque, às vezes, o dependente é visto como um problema do qual os parentes querem se livrar” (coordenação CAPSad, entrevista a Jornal do MP, 2009).

Cabe esclarecer que o debate em torno do tema da internação para usuários de drogas no sistema de saúde no Brasil, que deve incluir a discussão sobre critérios, oferta de serviços, bem como a necessidade de se evitar um processo de hospitalização e segregação dos usuários, será retomado no próximo capítulo.

Um dos entrevistados, que atua hoje no CAPSad e já trabalhou nas outras duas instituições, ao responder a questão da inserção do enfoque familiar ou valorização da família nas três instituições abordadas no estudo, ponderou:

“Todas as três valorizam a família. E agora com mais veemência o CAPSad, porque hoje, independentemente dessa preocupação com a família, tem grupos de família, mas o CETAD tinha essa preocupação, todas as vezes que tinham atendimentos complicados, os profissionais exigiam que os familiares fossem, inclusive o grupo de família foi criado primeiro pelo CETAD, e P.R.D. que hoje é o Aliança também sempre se preocupou e também tem o grupo de família, que é coordenado por uma pessoa que também já trabalhou aqui, então existe essa preocupação, e agente sabe que a família é o apoio de tudo, se a família não apoiar fica muito difícil” (entrevistado 7).

Pontos fortes e fragilidades

Assim como no CETAD, constataram-se, no CAPSad, investimentos da coordenação e da equipe em geral no desenvolvimento de estratégias que visam o aperfeiçoamento e refinamento das práticas. A realização de momentos de supervisão e estudos de caso são algumas das alternativas acionadas neste processo.

Chama atenção, ainda, o clima solidário e afetuoso entre os profissionais, o que ajuda a superar parte dos desafios inerentes ao manejo da problemática de trabalho. Percebeu-se que as relações de cumplicidade e solidariedade, por sua vez, encorajavam a proposição de intervenções novas, revelando-se, portanto, uma condição importante para a produção de novas tecnologias de cuidado para a atenção a usuários de álcool e outras drogas na instituição (Alves, 2009:164).

No tocante ao(s) modelo(s) norteador (es) das práticas, assim como em outros CAPSad (conforme veremos a seguir), constata-se certa insegurança na incorporação da estratégia da redução de danos e, conseqüentemente, uma adesão parcial a esta abordagem. Os dados evidenciaram que este quadro reflete, principalmente, uma apropriação incipiente dos fundamentos teóricos e metodológicos desta concepção.

Sobre este aspecto, um dos entrevistados, estudioso do tema e coordenador de um CAPSad no sudeste, apresentou a seguinte reflexão:

“Os CAPSad foram concebidos como equipamentos públicos específicos para o tratamento da dependência química através de uma lógica ampliada da redução de danos. O problema é que a ampliação desta lógica ainda carece de definições teóricas mais densas, e sua aplicação na prática, conseqüentemente, torna-se dependente do empirismo grosseiro do tipo tentativa-erro. Outro problema (que, na verdade, é uma extensão do anterior) é a confusão que se faz (pelos próprios trabalhadores da SM) entre a RD na assistência e a política pública RD. Óbvio que uma política de RD é desejável (em relação a uma política de abstinência total) quando se pretende garantir uma assistência a mais flexível e complexa possível. Isso não significa que a abstinência total esteja banida, seja moralmente inaceitável ou que represente um anacronismo” (entrevistado 18).

Desde a implantação do CAPSad, se reforçou, como um dos eixos norteadores, a estratégia de redução de danos. Constatou-se, contudo, que não existe consenso em termos do modelo norteador da prática do CAPSad. O estudo de Souza, Kantorski, Mielke (2006), em que foram explorados os elementos apoiadores e estressores em relação à rede social de sujeitos sob tratamento num CAPSad, constatou que o centro adotava exclusivamente o tratamento baseado na abstinência. O estudo chama atenção para o fato de que uma das estratégias que integravam o modelo adotado pelo CAPSad em questão consistia, justamente, em incentivar o afastamento do círculo de amigos cuja prática cotidiana possibilitasse a reaproximação dos usuários com as substâncias psicoativas que costumavam consumir.

Os autores assinalam que, desde o ponto de vista da rede social dos usuários, tal estratégia implicava um desafio importante. Entre os informantes investigados no estudo, locais como o bar eram considerados como um espaço de lazer e de socialização com os amigos. Os mesmos referiam, ainda, dificuldades de construir e manter novos vínculos. Por outro lado, o estudo ressalta que o CAPSad é apontado pelos mesmos sujeitos como a principal rede operante dentre as vinculações destes, pois é nele que encontram apoio, ajuda material, serviços e contatos sociais.

Delbon, Daros e Ferreira (2006), que investigaram a distribuição de kits para usuários de drogas injetáveis, de julho de 2003 a novembro de 2004 no estado de São Paulo, além de outras intervenções dirigidas a essa população, destacam a posição dos profissionais como um dos grandes desafios no complexo processo de implementação da política de redução de danos. Entre suas conclusões, figura a resistência de profissionais em unidades como o CAPSad a novos saberes, visões e tecnologias no campo das drogas.

A convicção por parte de profissionais de saúde de que a abstinência é o único caminho na abordagem das drogas também aparece no estudo de Moraes (2008), realizado em um CAPSad de Recife, no qual foram analisadas as percepções de profissionais, usuários e acompanhantes acerca do modelo de atenção à saúde que orienta os serviços de tratamento para usuários de drogas em Recife (PE). Neste estudo foi reconhecida a importância da política definida pelo Ministério da Saúde, porém foi colocada a dificuldade de sua efetivação nas práticas cotidianas do serviço. Para os profissionais, a melhor forma de reintegração social é a abstinência de drogas. A reintegração social é considerada, no plano político, como um dos pontos-chaves para a atenção ao usuário, entretanto, os profissionais avaliam que a existência de problemas sociais graves relativos aos usuários é um entrave na promoção desta integração.

Com relação ao cuidado dos familiares, os profissionais consideram bastante importante a participação da família como suporte, embora a família se coloque, de modo geral, em postura de querer compartilhar e colocar suas angústias, demonstrando a expectativa de ser o foco da atenção. Analisando o tratamento, a abstinência aparece como ponto principal para dar continuidade ao tratamento nas unidades de saúde, o que pode dificultar a implementação da política de redução de danos como uma das metas da Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e drogas.

Sem dúvida, um dos principais problemas enfrentados pelo CAPSad é a fragilidade de sua manutenção financeira, fato que se reflete na precarização das condições de trabalho, destacando-se a questão dos vínculos trabalhistas da equipe, assim como a irregularidade no pagamento de salários e outros benefícios. Todos estes problemas

figuram entre as queixas dos profissionais e vêm motivando, progressivamente, o desligamento de parte deles ou uma menor adesão aos projetos institucionais. Estabelece-se, assim, um confronto entre potencialidades dos serviços e a impossibilidades de efetivação de algumas ações pela falta de uma política de recursos humanos que efetive o avanço da proposta política (Reis e Garcia, 2008).

Em 2007 se evidenciou um momento crítico no processo de sustentabilidade dos Centros de Atenção Psicossocial de Salvador, quando seus funcionários realizaram uma greve na tentativa de sensibilizar as autoridades competentes. Esta situação pode ser mais bem compreendida recuperando-se alguns de seus registros na imprensa local. Vejamos o que descreve esta reportagem da época:

“Os três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Salvador, localizados nos bairros de Pernambués, Águas Claras e Liberdade, paralisaram as atividades a partir desta terça-feira, 29, após uma reunião, para reivindicar melhorias nas unidades e a regularização dos salários. Segundo eles, os pagamentos estão com quase três meses de atraso (...) os funcionários dos CAPS fizeram uma carta e enviaram à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), órgão responsável pelo funcionamento dos centros, com o intuito de solicitar melhorias.

(...) Segundo a carta, os trabalhadores dos Centros, entre psicólogos, terapeutas ocupacionais e médicos, estão com os salários atrasados há cerca de três meses. “Não é apenas questão de atraso. Os três Caps vêm passando por dificuldade. Já enviamos um documento à Sesab falando sobre todos os nossos problemas. Desde que as unidades foram implantadas na cidade, enfrentamos várias dificuldades”, destaca uma das funcionárias, que preferiu não se identificar (...) Todos eles foram contratados há cerca de três anos pela Sesab, por meio de uma empresa terceirizada. (...) Os funcionários alegam ainda que a contratação através de uma terceirizada provocou uma série de problemas aos servidores durante os três anos de funcionamento dos Caps na capital baiana. Eles afirmam que não eram beneficiados com direitos trabalhistas que estão assegurados na Constituição” (Jornal A Tarde 29/05/2007).

A gestão do CAPS de Salvador sofre das mesmas dificuldades de outras unidades vinculada à rede de Atenção Primária de Saúde desde que se investiu no processo de terceirização dos quadros. As conseqüências não são apenas relativas à manutenção das unidades e garantia de recursos para as despesas de custeio e manutenção. Há

interferência, também, na definição do modelo de atenção e de práticas a serem adotados. Muitas vezes, como já ilustrado em tópico anterior, a performance esperada ou exigida pela instituição interveniente (empresas terceirizadas) não corresponde ou é incoerente como o modelo assistencial preconizado pelo plano (Política) de saúde local⁵¹.

As fragilidades de infraestrutura e dos mecanismos de financiamento dos CAPSad parecer ser uma constante no país. Souza, Kantorski, Mielke (2006) assinalam que o CAPSad possui uma alta demanda de usuários e a falta de recursos é apontada com o principal motivo para não efetivação de algumas ações que constituem a política, tais como as visitas domiciliares. Neste sentido, concorda-se plenamente com a conclusão dos autores de que é necessária uma maior articulação com outras políticas de saúde e outros dispositivos sociais para que se dê conta das necessidades dos usuários.

Por fim, vale destacar que as perspectivas em termos de ampliação da cobertura de CAPSad no município de Salvador são animadoras, já que está prevista uma nova unidade em Campinas de Pirajá, bairro situado na grande periferia de Salvador. Será um CAPSad III, que contemplará atendimento ambulatorial e internações, e cujo público alvo será formado por adolescentes e adultos jovens. Outra novidade será o funcionamento da nova unidade em tempo integral (24 horas). Entre os responsáveis pelo projeto, encontra-se o diretor do CETAD, Antônio Nery, que, em entrevista na mídia, esclareceu:

"A diferença deste para o de Pernambués está principalmente no fato de que funcionará em tempo integral, com internações, além do atendimento ambulatorial. Este modelo é denominado pelo Ministério da Saúde como CAPSad III, já a unidade de Pernambués é um CAPSad II. A unidade de Campinas terá muito mais recursos materiais, como um teatro para atividades artísticas e reuniões com a comunidade" (Jornal eletrônico Comunicação Social, 2008).

⁵¹ Cabe destacar aqui uma mudança importante que ocorreu no CAPSad, após a coleta de dados no campo. Em 2010, a equipe do CAPSad foi transferida para outro prédio, menor que o anterior e sem telefone. O funcionamento é precário, ocorrendo somente pelo turno da manhã. Segundo os depoimentos dos funcionários que me descreveram a atual situação, os profissionais estão bastante desmotivados.

CAPITULO VI
DIMENSÕES SIMBÓLICAS E
INSTITUCIONAIS DAS POLÍTICAS DE
DROGAS NO BRASIL: LIMITES ATUAIS E
PERSPECTIVAS

Neste capítulo, colocam-se no centro do debate os limites e perspectivas das políticas de drogas no Brasil. Utiliza-se, como ponto de partida, uma reflexão a respeito da construção do problema das drogas no imaginário social brasileiro, com especial atenção às vinculações que se estabelece entre drogas e violência. Para tanto, procurou-se interconectar posições, discursos e fatos provenientes do diálogo com a literatura especializada (referida na tese), com os informantes ou fruto das observações em campo. Exercitou-se, assim, uma espécie de triangulação das diferentes fontes e informantes que ofereceram a matéria prima da investigação.

Esse conteúdo está distribuído em dois eixos principais. O primeiro retoma uma das hipóteses de estudo, em que se apontam as imbricações entre representações sociais e sentidos construídos no imaginário social brasileiro sobre drogas e as políticas públicas dirigidas ao enfrentamento do problema. O segundo eixo privilegia, no bojo da atual política nacional de drogas, a análise dos avanços e desafios inerentes ao processo de implantação e implementação da política Redução de Danos (RD) no Brasil. Serão contempladas, neste apartado, questões de ordem epistemológica, político-institucional e cultural, recuperando-se, oportunamente, a segunda hipótese do estudo na qual se reconhece a existência de uma tensão entre a lógica da abstinência e o paradigma da RD.

6.1. Drogas como problema social no Brasil: retóricas concorrentes e políticas ambíguas

Quando nos debruçamos sobre a trajetória de construção histórico-social do problema das drogas no Brasil, uma evidência salta aos olhos: nos últimos anos, a discussão do tema das drogas no país guarda, inexoravelmente, uma vinculação com o fenômeno da violência. Ainda que o debate qualificado sobre dependência química, uso e abuso de drogas ou modelo assistencial neste campo tenha ganhado espaço nos fóruns acadêmicos e nas políticas públicas governamentais, o apelo em colocar no centro da discussão o binômio droga-violência tem se revelado mais eficaz. Dentre as visões recorrentes que povoam os debates em curso, encontramos aquelas que parecem informar o discurso oficial, as quais podem ser enunciadas quase de forma caricatural pelas seguintes assertivas: “o comércio ilegal de drogas e seus desdobramentos é o principal responsável pela violência nos grandes centros urbanos brasileiros”; “o narcotráfico torna possível a criação de um poder paralelo supra-estatal nas favelas brasileiras”; “o consumo ou, principalmente, a dependência de drogas, é um dos grandes determinantes dos crimes juvenis”⁵². Seguindo esta linha de raciocínio encontramos, no limite, a tese de que o fenômeno das drogas, com suas múltiplas dimensões (consumo, dependência, acesso, comércio etc.), constitui fator determinante por excelência para o fenômeno da violência no Brasil⁵³.

Lucia Karam (2003) problematiza os efeitos e interesses subjacentes ao modo como determinadas expressões, a exemplo de "narcotráfico" ou "crime organizado", são repetidas e rapidamente interiorizadas sem qualquer atenção para com sua manifesta incongruência. Ela identifica, neste processo, a produção de um discurso que reforça sentidos que remetem a algo misterioso, poderoso e incontrolável⁵⁴ por meios regulares.

⁵² São visões que podem ser extraídas da mídia ou do convívio cotidiano com diferentes segmentos da sociedade brasileira.

⁵³ Martin Hopenhayn põe de relevo que um dos primeiros problemas de saúde da juventude latino americana está relacionado com a violência do “narcotráfico”, sobre todo no Brasil, Colômbia e México (documento *Juventud y cohesión social en Iberoamerica* - CEPAL, NNUU).

⁵⁴ Pode-se acrescentar aqui, como ressaltou um dos informantes, que a tônica de que “o traficante é o grande responsável pela propagação das drogas e suas conseqüências nefastas” continua vigente: “O traficante continua sendo visto como o responsável, o monstro (...) o sujeito que ganha dinheiro com o sofrimento humano, com a miséria humana, que trafica, que não paga impostos, essas coisas todas” (entrevistado 1).

Aliam-se, aqui, significados desvirtuados que resultam na mobilização de uma elevada carga emocional, a qual, por sua vez, facilita a justificativa (e aceitação popular) para o emprego das medidas necessárias ao enfrentamento dos perigos anunciados (quaisquer que elas sejam). Por meio de uma espécie de exercício etimológico, a autora destaca que a expressão "narcotráfico" originária da década de 1980, no bojo da política norte-americana de "guerra contra as drogas", definiu-se, naquele momento, como “o inimigo a ser enfrentado”: os produtores e distribuidores de drogas dos países latino-americanos.

A partir da "guerra contra as drogas", segue Karam (2003), adicionou-se à expressão "tráfico" o uso do radical da palavra inglesa *narcotics* que, estando presente também em outros idiomas, permitiu, ao mesmo tempo, uma uniformização de linguagens e um aumento da carga emocional referida às atividades de produção e distribuição das drogas qualificadas como ilícitas. Desde então, conclui ela, a expressão "narcotráfico" passou a ser acriticamente repetida e interiorizada, sem que se perceba — ou se queira perceber — o claro descompromisso com a realidade e com a ciência embutido em um uso da linguagem distorcido e funcional. Sendo assim, passa-se tranquilamente por cima do fato de que o alvo principal da política proibicionista era e continua sendo a cocaína (e mais recentemente o crack⁵⁵) para criar o útil e exacerbado clima emocional.

Karam (2003) denuncia a inconsistência semântica e conceitual presente nos jargões relacionados com o comércio ilegal de drogas. Ela enfatiza que jamais se conseguiu estabelecer qualquer definição, com um mínimo de cientificidade, que traduza o conteúdo da expressão "criminalidade organizada", generalizada a partir da década de 1990. A esse respeito, são apontadas características que seriam dadas por uma estrutura empresarial ou por supostas infiltrações nos aparelhos do poder político, mas não se consegue chegar a uma definição. Na realidade, toda conduta, criminalizada ou não, que não se limite a ser uma reação instantânea ou instintiva a determinada situação, tem um componente de organização que se manifesta ainda mais especialmente quando se têm condutas que reúnem mais de uma pessoa com uma finalidade comum, o que, ordinariamente, acontece, seja no campo das condutas lícitas,

⁵⁵ Vale lembrar, como assinala a própria Karam (2003) que o crack, um derivado da cocaína, assim como esta não é um narcótico. Trata-se, ao contrário, de um conhecido estimulante.

como no das ilícitas. A expressão "criminalidade organizada" não tem, portanto, nenhum significado particular, apenas servindo para assustar e permitir a produção de leis de exceção, aplicáveis ao que quer que se queira convencionar como sendo uma suposta manifestação de um tal imaginário fenômeno⁵⁶.

Francisco Bastos (2003) ressalta o papel que cumpre a mídia neste processo e lamenta a tendência dos meios de comunicação em assumir uma análise parcial e reducionista de problemas que são de caráter global e multidimensional. Ele cita como exemplo desta postura por parte da mídia, o modo como o conflito armado em uma determinada comunidade é discutido. Não há preocupação em inserir o problema no âmbito mais geral do tráfico de armas ou em questionar o papel de fatores macro-sociais, como desemprego estrutural ou falta de recursos básicos de saúde ou educação neste processo. Quase sempre, a questão emerge exclusivamente como "um caso de polícia" e, como tal, são apontadas intervenções tópicas e de duração breve como alternativas para enfrentamento do problema.

O foco privilegiado pela mídia é a violência associada a conflitos cotidianos, em torno dos quais se erigem alguns mitos, especialmente aqueles vinculados à figura dos culpados: o esturador, o traficante, o assassino (Machado e Noronha, 2008). Predomina, assim, um tipo de abordagem que "passa ao largo da violência estrutural e contribui para a consolidação de concepções do fenômeno baseadas em eventos previamente etiquetados como violentos" (Taparelli et al., 2008:35). Fazendo uma análise das implicações deste comportamento da mídia para o campo das políticas de drogas, Bastos (2003) adverte que este tipo de discurso contribui para criar uma polarização entre as abordagens preconizadas pela política de Redução de Danos e as chamadas "soluções de força", com vantagem para estas últimas. Reforça-se, assim, no imaginário de leitores ou expectadores, a visão que estas últimas são mais resolutivas, prescindindo, contudo, de uma análise crítica sobre as determinações mais profundas dos problemas, bem como do debate sobre alternativas realmente transformadoras. Um dos entrevistados apresenta, em seu depoimento, uma análise que corrobora plenamente este ponto de vista:

⁵⁶ Sobre essa questão, ver também Silva Garcia, (1997), *Será Justicia? Criminalidad y justicia penal em Colombia*. Bogotá: Universidad del Externado de Colombia.

“(…) nós temos jornalistas, apresentadores de programas e tal, a gente encontra um total desconhecimento, muitas vezes um medo de chocar o público, de ir contra o que eles percebem que é a postura do público, então eles acham que o público quer uma postura repressiva. Então, mesmo que as pessoas sejam usuárias ou que elas possam até conhecer usuários, na hora H eles se colocam de forma bem negativa, fazendo o papel do advogado do diabo, sempre. Em alguns casos, agora, eles conseguem dialogar com alguns apresentadores. Mas em geral é o senso comum, proibicionista, repressor, aquele que predomina” (entrevistado 12).

Ainda que não se possa negar a violência associada ao tráfico de drogas, este fenômeno, ao ser amplificado pelo sensacionalismo da mídia, contribui para produzir na sociedade brasileira o que alguns autores denominam como *pânico moral* (Ver Stanley Cohen). Nesse sentido, o fortalecimento de representações e discursos acerca das relações entre drogas e criminalidade dificulta a aceitação mais ampla de estratégias que valorizem os controles societários e os direitos humanos.

Além disso, é importante ressaltar que, embora a tese de que a violência no país tenha como principal determinante o “narcotráfico” encontre adeptos entre os agentes estatais ou entre grupos conservadores da sociedade civil brasileira, não faltam críticas contundentes a esta visão por parte de especialistas em ambos os temas: violência e drogas. Começando pelos primeiros, encontramos em evidência a preocupação com a explicitação das imbricações entre as macro-estruturas econômica, social e política brasileira (vistas desde uma perspectiva histórica) e a produção da violência.

No diálogo com duas importantes especialistas no tema da violência no Brasil, as cientistas sociais Alba Zaluar⁵⁷ e Cecília Minayo⁵⁸, são identificados elementos muito úteis para entender o fenômeno da violência no país. Zaluar (2003) faz, de imediato, a seguinte ressalva: o Estado brasileiro ainda não encontrou o caminho para efetivar os direitos sociais de seus cidadãos. Entre as causas que contribuem para este processo, a autora destaca o fato de que as políticas sociais brasileiras sempre estiveram subordinadas ao processo de acumulação de capital. Isso explica as contradições entre a

⁵⁷ Alba Zaluar é antropóloga, professora titular da Universidade estadual do Rio de Janeiro, membro.

⁵⁸ Maria Cecília Minayo é socióloga, coordenadora do Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde – Claves.

posição do Brasil no panorama econômico mundial e sua realidade em termos de desenvolvimento social, considerando direitos sociais fundamentais como trabalho, educação e saúde. É neste contexto sócio-econômico mais amplo, salienta Zaluar, que o consumo de drogas tem crescido grandemente entre as parcelas mais pobres da população no Brasil, as mais afetadas pelas falhas da escola e do mercado de trabalho em lhes dar esperanças e projetos para o futuro.

Cecília Minayo (2006:26), em um de seus trabalhos mais recentes, problematiza o mito, que corre no imaginário social, de que o Brasil é um país pacífico. Tal visão é considerada pela autora como “uma meia verdade”, já que, por um lado, é possível concordar que “ninguém duvida que o povo brasileiro seja acolhedor, hospitaleiro, generoso e solidário com seus patrícios e com estrangeiros”. Essa constatação pode ser apreciada quando se observa o fato de conviverem no país pessoas dos mais diferentes lugares do mundo de forma cordata e civilizada. Contudo, a autora recorda que, por outro lado, o Brasil viveu ao longo de sua história inúmeras experiências violentas, especialmente porque, desde as suas origens, o país experimentou a condição de território invadido e colonizado. No período colonial assistiu-se a ausência de sintonia cultural, moral e espiritual entre o dominador, que inicia um processo de miscigenação, com o povo nativo, derivando, desse processo, experiências de segregação e crueldade que persistem na trajetória histórica do país atingindo, especialmente, a população pobre.

Minayo (2006) salienta que a violência política no Brasil se estende para além do período colonial ou imperial. Em diferentes momentos da história política brasileira, o país viveu sob os auspícios de regimes ditatoriais e a sociedade conviveu com situações cotidianas da violência de Estado. Ela ressalta que a ditadura militar não poupou nossa sociedade. O Brasil saiu dessa experiência com mais desencantos que sonhos, e uma das conseqüências mais nefastas desse período foi o aprofundamento da cultura autoritária, a qual se expressa nos comportamentos políticos, institucionais e nos microprocessos sociais, alimentando formas de violência social, de coronelismo, de patrimonialismo e de clientelismo. Observa-se, entre autores estrangeiros que se debruçaram sobre o

fenômeno da violência no Brasil, uma concordância com esta visão. Conforme Wacquant (2001:11):

“As duas décadas de ditadura militar continuam a pesar bastante tanto sobre o funcionamento do Estado como sobre as mentalidades coletivas, o que faz com que o conjunto das classes sociais tenda a identificar a defesa dos direitos do homem com a tolerância a *bandidagem*. De maneira que, além de da marginalidade urbana, a violência no Brasil encontra uma segunda raiz em uma cultura política que permanece profundamente marcada pelo selo do autoritarismo”.

Entretanto, Cecília Minayo destaca que a ação dos movimentos sociais pela democratização, as instituições de direito e a forte pressão de algumas entidades não-governamentais e organizações internacionais, com poder de influenciar o debate nacional foram fundamentais para tornar a violência social uma questão pública no final do regime militar. Finalmente, conclui que os problemas culturais estruturantes e seculares e as imensas desigualdades da sociedade brasileira, desde os anos de 1960, se acumularam e não foram superados; ao contrário, eles cresceram, dando forma a novas questões trazidas pela pós-industrialização e pela globalização. Reconhece, no entanto, que a violência de natureza coletiva, encontrada hoje nas grandes cidades brasileiras, constitui-se, primordialmente, como condição de manutenção de negócios ilegais, freqüentemente de origem globalizada, e que se beneficiam das facilidades geradas pelas revolucionárias transformações nos modos de produção de riqueza dos aparatos técnico-informacionais e comunicacionais.

De fato, seja em Salvador ou no Rio de Janeiro, a base econômica dos negócios ilegais se sustenta pelo trabalho informal executado por agentes sociais que vivem nos bairros mais pobres. Existem bairros no Rio e em Salvador que possuem semelhanças em sua organização espacial e sócio-econômica e que, de modo geral, são comunidades dominadas por facções do tráfico de drogas que disputam entre si os pontos de venda. Segundo um informante vendedor de cocaína, no caso de Salvador, as guerras acontecem em função dos pontos de crack. A maior parte dos membros das facções do tráfico e de outros grupos criminosos são homens e jovens.

Como realça Minayo (op. cit.), a extrema desigualdade social que marca a sociedade brasileira está entre os fatores que contribuem para inserir parte da sociedade brasileira, em especial a população mais jovem, no “mundo do crime”:

"Eles se engajam nesses projetos e entram nos conflitos, no *front* dos combates como uma opção de mercado de trabalho, visando ao *status*, ao acesso a bens econômicos e ao consumo. O ato subjetivo de entrada no mundo do crime é secundado e contextualizado por uma situação de extremas desigualdades, de falta de oportunidade para o protagonismo, como cidadão, e de total descrença nas possibilidades de acesso ao consumo, à cultura e ao reconhecimento social. Por isso, o mercado da violência passa a se configurar como uma escolha viável, numa conjuntura de crescente desemprego e exclusão social, cultural e moral". (Minayo, 2006:32).

Para entender como se dão, no caso brasileiro, as relações de força das diferentes classes e grupos sociais e seus efeitos para as trajetórias de vida e produção das desigualdades sociais no país, retoma-se, a partir de Miceli, o conceito de determinação proposto por Elias:

“(...) essa determinação esparramada, invasiva e ubíqua, faz valer seus efeitos e consequência sobre todos os grupos e forças sociais constitutivos de uma formação histórica, deixando-se, ao mesmo tempo, impregnar pelas distintas clivagens – superiores x inferiores, homens x mulheres, velhos x jovens etc. – em que se alicerçam as modalidades estruturais de competição. (...) A vigência combinada dos recortes já mencionados instaura um modo peculiar de operação da sociabilidade, transitando dos espaços e interações mais próximos do polo ‘informal’ e ‘privado’ para aqueles encontrados na arena ‘pública’ e ‘formal’ ” (Miceli, 2001:119/120).

Seguindo numa direção convergente, Zaluar (1999) reportando-se a Becker, enfatiza que sobram motivações no Brasil para se cometerem “atos desviantes”, termo que alude a uma situação na qual o agente social não aceita a ordem social ou o atual estado do jogo social e político e se revolta contra ele. A autora esclarece que não se trata de considerar que a pobreza explique o ato desviante, mas sim de reconhecer que esta pode facilitar a escolha ou a adesão às subculturas de uso de drogas ilícitas, tendo em vista sua conjugação tanto com as falhas do Estado na criação de possibilidades de ascensão social, como com a nova cultura hedonista que faz parte da cultura jovem.

Assim como Becker, ela ressalta que essas subculturas não são fruto de uma relação intrínseca com a substância ingerida.

Alba Zaluar (1999) e Gilberto Velho (1999) advertem sobre a necessidade de desvelar o contexto cultural e institucional da formação das subculturas jovens e sua relação com o consumo de drogas. Em sintonia com a perspectiva interacionista adotada por Becker, ao analisar o universo dos grupos desviantes, ambos reconhecem que a conduta dos agentes governamentais e de outros grupos sociais em relação aos usuários de drogas integra o contexto cultural e institucional da formação dessas subculturas. Portanto, é preciso conhecer e analisar a ação destes atores sociais em relação aos usuários de drogas.

É neste segundo eixo que são reveladas as situações de violência e o arbítrio policial e toda uma série de dispositivos que contribuem para o processo de cristalização da subcultura marginal. As imagens negativas, os preconceitos e o medo que, no Brasil, chegam às raias da demonização daqueles usuários com problemas, contribuem decisivamente para a cristalização dessa subcultura e dos tons agressivos e antissociais que alguma vezes adquirem. No limite, a “violência e o arbítrio policiais, derivados do poder de iniciar processos criminais contra o usuário, criam em torno dele um círculo infernal de insegurança, perigo e incentivo ao crime” (Zaluar, *ibidem*: 10).

Zaluar acrescenta à sua análise que a extrema violência que caracteriza as relações entre a “polícia” e os “bandidos” no Brasil passa pela própria dificuldade de distinguir os interesses e modo de atuação destas duas categorias. Ela assinala, aqui, uma dimensão simbólica do mercado ilegal das drogas que atinge bandidos e policiais, ambos fascinados pela ambição de enriquecer a qualquer custo⁵⁹. Vale notar que os desvios da conduta policial no Brasil não se limitam ao envolvimento em negócios escusos. É flagrante a distinção de abordagem ou tratamento dispensado por agentes policiais ao cidadão segundo sua condição de classe social ou etnia. Conforme o

⁵⁹ Dentre as situações que caracterizam o desvio da conduta policial e a relação promíscua desta com o tráfico, ela cita a prática de extorsão.

depoimento de um dos entrevistados, a atuação discriminatória da polícia conduz, no limite, ao encarceramento crescente da população mais pobre e, principalmente, negra⁶⁰:

“(...) a polícia nunca esteve contra a classe média. A polícia sempre esteve a serviço da classe média. A polícia não pode de modo algum se voltar à classe média, posto que sempre, historicamente, eu não tenho medo de dizer, sempre a polícia esteve ao lado da classe dominante e da classe média, então ela não se volta contra a classe média. Não se volta no sentido de que ela sempre esteve voltada para o que se costuma dizer “preto e pobre da periferia”. Quer dizer, elas continuam voltadas para lá. Antes elas prendiam esse preto pobre de periferia e levavam para a cadeia, criminalizavam o comércio, o uso. (...) Esta polícia que é a mesma, não tem mais para onde levar os pretos e pobres de periferia que elas antes rapidamente levavam. Aí, o problema da polícia está chegando a um limite. A polícia substitui a prisão pela delegacia, ou que quer que seja, a criminalização, pela ‘intervenção executiva’ (aspas do entrevistado)” (entrevistado 1).

A despeito do reconhecimento da origem macro-econômica e social do fenômeno do surgimento de novas subjetividades que se distinguem pela secularização, pela desvalorização das hierarquias tradicionais e da autoridade familiar e comunitária (Minayo, 2006), é preciso reconhecer ademais que a violência constitui um fenômeno que mobiliza sentimentos e visões bastante afetados por componentes afetivos e morais. Já é consenso na literatura sobre o tema a dificuldade em se construir modelos teóricos capazes de apreender a complexidade das determinações e efeitos sociais da violência. Concorda-se com Manel Delgado quando este propõe que:

“La violencia siempre es el resultado de valoraciones sociales, políticas y culturales que, lejos de determinarla, la generan en calidad de objeto de discurso. Dicho de otra manera, aún más radical: la violencia no alimenta los argumentos de su entorno, sino que es su consecuencia. Creo que sería inexacto hablar de fenómenos de violencia con el sentido sustantivo que conferimos a esta expresión. Si queremos ser rigurosos, tendríamos que hablar de sucesos a los cuales se atribuye una especie de cualidad interna especial que seguramente podríamos denominar violencia” (Delgado 1999:7 apud Porzio, 2008:322).

⁶⁰ Fenômeno que coincide com aquele apontado por Wacquant em *As Prisões da Miséria* (2001) ao discutir o impacto das políticas de *Tolerância Zero* nas populações negras de grandes cidades norte-americanas. Wendel e Curtis (2002) investigaram os efeitos da tolerância zero em bairros negros e latinos de Nova York e observaram a mesma situação.

As políticas públicas, tanto no caso do enfrentamento das drogas, quanto da violência, oscilam entre dois paradigmas concorrentes. De um lado, encontramos uma visão centrada em estratégias repressivas e punitivas e que operam conforme a insígnia “tolerância zero”. No caso das drogas, o modelo proibicionista hegemônico no Brasil se orientava claramente por esta lógica até a muito pouco tempo. Quanto às políticas de segurança pública, seja em tempos de ditadura ou de democracia, a regra de que violência se enfrenta com repressão e penalização, particularmente o encarceramento, é o melhor exemplo de lógicas orientadas por este paradigma⁶¹.

A criminalização, assim operada, não consegue alterar de forma significativa o significado econômico das atividades tornadas ilegais, servindo apenas para adicionar algumas variáveis específicas às regras gerais de funcionamento do mercado (Karam, 2003). Nesta discussão, convém indagar: a quem interessa a política de criminalização ou, dito de outro modo, quem lucra com este processo? Como foi expresso por um dos entrevistados, “a pergunta que se pode fazer é: a quem interessa manter as substâncias na marginalidade? A economia, os traficantes? Quem se beneficia com isso? (entrevistado 1). Outra vez recorremos a Karam (2003) para buscar respostas a estas perguntas. A autora desenvolve uma linha argumentativa que parte da premissa de que o comércio ilegal de drogas é um mercado que funciona em bases semelhantes a qualquer outro:

“O comércio das drogas qualificadas de ilícitas são produzidas e distribuídas (ou comercializadas), para atender a uma demanda formada por consumidores que, por uma razão ou por outra, desejam adquiri-las, para delas fazer uso. As atividades desenvolvidas na produção, na distribuição e no consumo destas substâncias são atividades econômicas, que, em sua essência, não são diferentes de quaisquer outras atividades realizadas no mercado produtor, distribuidor e consumidor de bens ou serviços. A intervenção do sistema penal, através da criminalização de condutas relacionadas à produção e à distribuição dos bens, consistentes nas drogas qualificadas de ilícitas, cria o que passou a se chamar de ‘tráfico de drogas’ ” (Karam, 2003:46).

⁶¹ É importante salientar, contudo, que as tendências mais recentes no campo da saúde e da segurança pública no Brasil apontam na direção de uma ruptura com o paradigma repressivo. Por outro lado, como ilustram os dados que apresentamos ao longo deste trabalho, são muitos os desafios na construção destas novas estratégias.

Contudo, como assinala Karam (2003), uma das peculiaridades do “mercado das drogas” reside precisamente no fato de que a criminalização contribui para a elevação dos preços e o aumento dos lucros. Tem-se um exemplo disto nos preços alcançados pelas bebidas alcoólicas nos Estados Unidos da América durante a sua proibição, os quais chegaram a alcançar, em média, aproximadamente o triplo dos preços praticados antes da vigência da "Lei Seca":

“A introdução da variável criminalizadora no mercado implica em que, aos custos normais da produção e da comercialização das mercadorias, sejam somados custos potenciais, relativos a perdas que podem ser provocadas por eventuais apreensões resultantes de ações repressivas, bem como na contabilização de despesas com a segurança exigida pela ilegalidade do empreendimento. Estes custos, naturalmente, repercutem sobre o preço final do produto. Por outro lado, a produção mais significativa, em geral se desenvolve em uma estrutura oligopolizada (número reduzido de empresas controlando o mercado), pois a diminuição da livre concorrência já se faz por um natural afastamento de potenciais produtores, que não se dispõem a enfrentar a ilegalidade. Com isto, há uma elevação artificial dos preços, que acaba por, paradoxalmente, funcionar como um incentivo à produção e ao comércio das mercadorias tornadas ilícitas, a partir dos maiores lucros assim obtidos” (Karam, 2003:46).

Referindo-se especificamente ao caso das drogas, Karam (2003:47) aponta como indicador do fracasso do controle penal sobre o consumo e a comercialização, o fato de que o mercado de consumidores das drogas não cessa de expandir. Ela ressalta que não é possível identificar uma situação específica para a expansão dos mercados consumidores das drogas qualificadas de ilícitas: “a expansão do mercado consumidor é um fator determinante da produção, seja de drogas qualificadas de ilícitas ou de quaisquer outras mercadorias”. Entre os fatores que conduzem à ineficácia de uma política de controle fundada na intervenção do sistema penal, a autora destaca o fato de que empresários (grandes ou pequenos), e outras pessoas envolvidas com o trabalho de produção e distribuição das drogas qualificadas de ilícitas, são facilmente substituíveis quando presos ou eliminados. A ameaça de repressão é contrabalançada pelas expectativas socioeconômicas associadas ao mercado das drogas. Em suma, a principal

tese de Karam é de que não são “as drogas em si que geram criminalidade e violência”, esta seria um subproduto necessário da condição da ilegalidade⁶².

Zaluar (2006), ao refletir sobre o comércio ilegal de drogas no Brasil, assinala o momento em que este passa a se inserir nas regras do mercado e, assim como Karam, aponta o caráter paradoxal da criminalização de atividades como o jogo ou o comércio de drogas:

“A droga expandiu-se no comércio ilegal, no Brasil, no final da década de 1970, como em outros países ocidentais. A criminalidade moderna e empresarial desde então é organizada segundo os princípios do lucro e da defesa dos interesses econômicos do grupo que controla o empreendimento, mas faz isso contra a lei. A demanda que garante os altos lucros do empreendimento é de ocorrência de mudanças no estilo de vida e nas concepções do trabalho, do sofrimento e do futuro (...). O jogo, as drogas e a diversão tornaram-se o objetivo mais importante na vida para muitos setores da população, especialmente os mais jovens. O crime organizado desenvolveu-se nos atuais níveis porque tais práticas socialmente aceitáveis e valorizadas foram proibidas por força da lei. Possibilitando níveis inigualáveis de lucros a quem se dispõe a negociar com esses bens” (2006: 48).

Para ela, um dos efeitos mais perversos da configuração criada em torno do tráfico de drogas no Brasil é o paralelismo que se cria entre o Estado ou, mais especificamente, entre os representantes da força e da violência “legítima” e os representantes do mercado, que lucram com a comercialização das drogas. Outro efeito nefasto da política de criminalização remete diretamente aos usuários de drogas ilegais. Uma vez que um usuário de drogas é inserido em um processo criminal, cria-se em torno dele um círculo infernal de insegurança que, em muitos casos, contribui para inseri-lo no contexto do crime (Zaluar, 2003).

Cabe salientar que a postura do Estado frente a esse mesmo mercado é muitas vezes ambígua. Entre os informantes do estudo, encontramos a seguinte hipótese para explicar a postura do Estado frente ao comércio ilegal de drogas:

⁶² A autora lembra que o mesmo fenômeno pode ser claramente percebido em relação aos chamados “jogos de azar” ou loterias clandestinas, ambos associados a ações violentas somente quando se desenvolvem em um mercado tornado ilegal.

“(…) não era interesse, como não continua sendo interesse do Estado promover uma efetiva transformação nas relações com o comércio, as práticas de uso das substâncias ilícitas, essa é a questão. Eu penso que o discurso fantasmagórico, enganador, monstruoso em torno da maconha, da cocaína e em último agora do crack, produz mais benefícios, produz um... é um discurso no qual muita gente se apóia e que se ele fosse desmontado, se a luz fosse acesa, o monstro seria apenas uma calça em cima de uma cadeira” (entrevistado1).

Com relação à reação da sociedade brasileira e do Estado frente ao problema do crack cabem algumas reflexões sobre a trajetória do fenômeno no Brasil. Quando o crack⁶³ começou a ser apreendido em São Paulo, a mídia televisiva provocou um grande alarde na população, pautando-se principalmente no que acontecia em uma área do centro da cidade chamada de “Cracolândia”⁶⁴. Nas décadas seguintes, o consumo generalizou-se entre as grandes capitais, ainda que permanecendo como uma droga típica das classes sociais mais desfavorecidas. Nos últimos anos, seu consumo vem sendo identificado também em cidades de médio porte.

O consumo de crack suscitou o interesse da imprensa jornalística a partir de meados da década de 1990, quando um programa sobre o crack foi exibido pela rede Globo de televisão (1996). O programa apresentava imagens de usuários que ainda hoje são veiculadas, são os ingredientes principais, observar os jovens consumindo crack e a reação “patológica” aos efeitos do crack. Os depoimentos de especialistas renomados complementavam o desenho do novo flagelo. Por um lado, entrevistavam um farmacólogo da Universidade de São Paulo (instituição acadêmica de maior prestígio no Brasil) que alertava para a vida curta que teriam aqueles jovens. Por outro, uma pesquisadora do Centro Brasileiro de Investigação Sobre Drogas (CEBRID) chamava a atenção para a gravidade da situação, já que o crack se alastrava dos grupos sociais miseráveis para a classe média paulistana.

Passados quase quinze anos dessa reportagem, a Cracolândia persiste no centro de São Paulo, apesar das mudanças e programas de revitalização urbana da cidade que se seguiram. Como nos anos noventa, as autoridades locais e especialistas no tema

⁶³ Substância derivada da cocaína, o crack começou a ser consumido no Brasil no final da década de 1980, principalmente em São Paulo e só mais recentemente em Salvador e no Rio de Janeiro.

⁶⁴ O nome se deve a concentração de usuários na região e a facilidade de compra e consumo no local.

continuam preocupando-se com a expansão do crack para a classe média, considerando a necessidade de uma intervenção urgente por parte prefeitura de São Paulo⁶⁵.

No caso de Salvador, num primeiro momento, o consumo de crack acontecia de forma moderada, concentrando-se no Centro Histórico. Os poucos usuários que existiam eram chamados de “chupados” e o crack era produzido por um método distinto ao de São Paulo. Era a década de noventa, quando o consumo de crack em Salvador e no Rio de Janeiro era bastante inferior ao da cidade de São Paulo. Dizia-se na época, que os chefes do tráfico não confiavam nos vendedores do comércio a varejo, principalmente os que também consumiam crack.

Com a década de 2000, o consumo se intensificou e o Centro Histórico já teve duas ou três ruas que foram apelidadas de Cracolândia. O crack também se tornou popular em outras áreas da periferia da cidade, incrementando-se a violência em torno consumo e da venda. Recentemente, ocorreu um encontro estadual para a elaboração de um plano tripartite⁶⁶ de drogas. Um dos principais pontos da discussão foi à necessidade de se ter mais atenção com o crack. Durante os debates, um renomado representante da área de tratamento chegou a destacar que eles não sabiam como lidar com os usuários de crack.

Apesar de não existir um consenso entre as secretarias envolvidas no plano de drogas, a primeira reação do Estado (governo estadual e Ministério da Saúde) veio através de uma campanha publicitária que repetia os tradicionais jargões alarmistas da política de guerra às drogas com frases como: “Nunca prove o crack, o crack mata”.

No âmbito da sociedade civil e da máquina administrativa a reação foi positiva: “finalmente o governador respondeu ao problema do crack”. Contudo, existiram as manifestações contrárias ao conteúdo da campanha, principalmente em relação à

⁶⁵ Em 2009, a Secretaria de Segurança Pública de SP realizou uma grande blitz nessa área da cidade, prendendo e encaminhando mais de duzentas pessoas a um ambulatório que atendia usuários de drogas. A operação culminou com a liberação de todos os usuários por falta de espaço na instituição. Já a mídia jornalística, “faturou” duplamente, registrando o flagrante das prisões e o momento em que os usuários eram liberados do internamento obrigatório.

⁶⁶As ações envolvem as esferas federal, estadual e municipal.

mensagem de um painel que apontava o crack como responsável por 80% dos homicídios na Bahia. Mais adiante serão discutidos outros aspectos relacionados com a questão do enfrentamento atual da problemática do crack no Brasil.



FOTO 13

Publicidade polêmica do governo estadual de prevenção ao crack (Salvador, março de 2010).

6.2. Dialogando com histórias reais

Para ilustrar um pouco o quadro social brasileiro, marcado pela desigualdade social, como destacado nos trabalhos referidos de Minayo e Zaluar, e, principalmente ressaltar suas implicações para o fenômeno das drogas e para as políticas neste campo, serão apresentados neste tópico alguns dados empíricos extraídos do diário de campo produzido na etnografia itinerante em Salvador. Os primeiros dados foram fruto do monitoramento de eventos violentos publicados na imprensa/mídia no período entre 2007-2009, sobretudo no âmbito local (Salvador) ou, de forma complementar, no âmbito nacional. A ênfase recaiu sobre episódios que envolviam confrontos entre a polícia e indivíduos identificados como “suspeitos de envolvimento com tráfico de drogas”, muitos deles resultando na morte dos indivíduos em questão. Entre 2008 e 2009, ao menos uma vez por mês era publicada uma reportagem sobre um *auto de resistência*⁶⁷ associado ao uso ou tráfico drogas. Um primeiro aspecto a destacar sobre essas notícias é a recorrência de depoimentos que discordavam da versão oficial do

⁶⁷ O termo jurídico, *Auto de resistência*, foi criado durante a última ditadura militar no Brasil, para diferenciar a ocorrência de mortes de civis em confronto com as forças policiais do Estado dos casos de homicídio comum. Na prática, serve para dificultar que, futuramente, um agente de segurança seja acusado de homicídio.

Estado sob o fato noticiado. Segundo dados do Jornal A Tarde, foram 105 civis mortos em 2008 e 134 no primeiro semestre de 2009⁶⁸.

Ainda que a capital da Bahia não seja um exemplo isolado no país deste tipo de conduta policial, o incremento de situações como a relatada acima, em Salvador, tem sido destacada como exemplo negativo fora das fronteiras municipais. Em um programa jornalístico recente no canal de televisão a cabo *GloboNews*⁶⁹, exibido durante os “10 dias que abalaram o Rio de Janeiro”⁷⁰, o ex-secretário nacional de justiça, José Vicente Dias, citou de forma particular o caso da Bahia em seus comentários finais sobre as perspectivas de segurança pública do Estado brasileiro na atualidade. Em sua fala, ele ressaltou “os equívocos da Bahia no planejamento e na atuação na área de Segurança Pública” e chamou atenção para o fato de que a polícia de Salvador, proporcionalmente, mata mais que a polícia do Rio de Janeiro (tais cálculos baseiam-se no número de mortos por prisões efetivadas)⁷¹. Vale registrar, ainda, que os dados estatísticos sobre os delitos de tráfico de drogas em 2007 também revelaram um aumento de 101 % no número de jovens menores de 18 anos processados por tráfico⁷².

Embora se possa dizer, como salientam Machado e Noronha (2008:123), que a violência policial contra indivíduos e grupos, também denominada de violência oficial, é uma constante nas sociedades modernas e contemporâneas, em certos lugares este fato se torna mais exacerbado, entre outros motivos, pela ausência de maior controle social sobre a ação policial. Os autores chamam atenção para o fato de que a reação da sociedade local frente a este fenômeno pode variar de um contexto social a outros, ou

⁶⁸ Endereço eletrônico: <http://www.atarde.com.br/cidades/noticia.jsf?id=118459>
Data de acesso: 10/07/2009.

⁶⁹ Canal de televisão pago que pertence a rede Globo de televisão.

⁷⁰ Mote jornalístico para se referir a um período de confronto intenso entre as forças policiais do RJ e as facções locais do tráfico de drogas ocorrido em 2009.

⁷¹ Segundo José Vicente Jr., as forças de segurança do estado, em Salvador, efetivam mais autos de resistência do que as forças do Rio e de São Paulo, quando comparados os números de prisões e de mortes. Para ele, isto revela que, em Salvador, os agentes são mais duros e despreparados. De fato, os meios de comunicação sempre fazem reportagens sobre indícios de que algumas dessas mortes poderiam ter sido premeditadas pelos agentes. É o que revelam as marcas encontradas no próprio corpo das vítimas, como tiros efetuados a curta distância dos corpos, em lugares como o rosto ou as costas. Segundo um agente de segurança pública, situações como estas, são típicas de ações de execução sumária (ver em anexo a “Nota sobre as recentes execuções sumárias e a política de segurança pública na Bahia, 2008”).

⁷² Em 2006, 62 jovens foram apreendidos e em 2007, foram 125 jovens. Os dados são do Centro de Documentação e Estatística Policial (Cedep) da Secretaria de Segurança Pública do estado da Bahia. Vale lembrar, que a legislação brasileira sobre o porte e consumo de drogas ilegais, foi alterada em dezembro de 2006, passando a valer, em 2007, sanções que são mais brandas para os usuários de drogas ilegais, como prestação de serviços comunitários, ou, em última instância, a realização de um tratamento.

conforme o grupo atingido. Em certas cidades, “o ato de seviciar o indivíduo pertencente a um grupo étnico ou social discriminado é suficiente para provocar um debate público acalorado, em outras, fatos dessa ordem ou mais graves, não despertam igual interesse na mídia ou na população como um todo”. Este quadro se aplica plenamente à realidade brasileira.

Deslocando o foco para os indivíduos, quase sempre jovens, afetados tanto pela exclusão social quanto pelos desmandos e abusos dos agentes de segurança pública, são apresentados fragmentos do diário de campo da história de vida de um jovem, morador de um dos territórios de atuação do PRONASCI, que havia sido convidado para fazer parte de um programa social, o PROTEJO⁷³. O projeto está voltado para jovens em situação de risco ou egressos do sistema de medidas sócio-educativas. A seguir, reproduzo do diário, as minhas primeiras impressões sobre esse jovem:

“Lucas tem 17 anos, é negro, alto, com uma grande tatuagem no braço. Seu corte de cabelo se parece com os dos outros jovens internos da Comunidade de Atendimento Sócio-educativo de Salvador (CASE)⁷⁴. Sua aparência física, em princípio bastante saudável, contrasta com vários sinais de déficits no raciocínio lógico e na desenvoltura mental. Ele demonstra dificuldades na comunicação, apresentando um repertório linguístico bastante limitado” (Diário de campo, julho de 2008).

Antes de avançar na descrição de outros detalhes pertinentes à sua história, convém situar o contexto social onde ele está inserido. O lugar onde ele mora, uma localidade chamada Arenoso, era uma das áreas ocupadas pelos mais de 20 quilombos que circundaram Salvador durante décadas no período imperial. Nos anos de 1970, o então governador da Bahia, Antonio Carlos Magalhães, fez uma intervenção habitacional na região, que era quase rural. O novo bairro foi chamado de Beiru, nome de um ex-

⁷³Em decorrência das atividades profissionais do pesquisador, o jovem terminou sendo integrado no percurso etnográfico. Ele mora em um bairro chamado Tancredo Neves - Beiru, que, pelo alto índice de homicídios, havia escolhido para sediar projetos sociais envolvendo jovens em situação de risco.

⁷⁴ Comunidade de Atendimento Sócio Educativo de Salvador, instituição do Estado que aplica as medidas sócio-educativas entre os jovens em conflito com a lei. Existente em todo o país, a CASE foi criada para substituir o antigo modelo sócio-educativo da Fundação Estadual de Bem Estar do Menor – FEBEM, considerado ultrapassado e ineficiente. Mas, se tomarmos como referência a realidade da CASE da capital baiana, pode-se duvidar que esta substituição trouxe mudanças efetivas. Apesar da CASE ser administrada pela Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado da Bahia (SEDES), a capacidade máxima de suas dependências, que é de 120 jovens, chegou a 280 jovens no final de 2009, sendo que, em 2008, abrigava 160 internos.

escravo que, uma vez liberto, recebeu de seu ex-senhor uma região, que incluía geograficamente, naquela época, diversos bairros da cidade (que ainda não existiam).

Na presente década, um vereador de Salvador, que pertencia à chamada “bancada evangélica”, realizou um plebiscito no bairro. O objetivo era mudar o nome do bairro, sob o argumento de que isso ajudaria a redefinir a imagem do local, bastante estigmatizado pela população de Salvador, por conta da violência que se atribuía ao bairro. A mudança de nome foi aprovada e o bairro passou a ser chamado de Tancredo Neves. O resultado teve a oposição de uma parcela pequena de moradores que defendia a manutenção do nome Beiru, que para eles, simbolizava a identidade e resistência do negro na Bahia.

Além do projeto de moradia antes referido, o bairro recebeu, desde sua criação, escassos investimentos em infra-estrutura básica, equipamentos públicos ou projetos sociais, configurando uma situação que não se alterou após a mudança de nome. A precariedade nas áreas de saúde, educação, lazer ou cultura é visível e os indicadores atuais colocam o bairro entre um dos mais violentos da cidade. Vale destacar que o Beiru⁷⁵ é um bom exemplo de território onde a violência oficial⁷⁶, quase sempre, é exercida impunemente, sem registros oficiais.

Lucas mora numa área do Beiru denominada de Arenoso, comunidade que é estigmatizada pelas áreas vizinhas que a consideram mais violenta que as demais. Assim como em Winston Parva (Elias & Scotson, 2000), apesar de no Beiru as cenas de

⁷⁵Nome como o bairro será identificado no texto por concordar com os argumentos dos que se opuseram à alteração da antiga nomeação dessa região de Salvador.

⁷⁶A truculência nos bairros populares é atribuída principalmente aos efetivos da polícia militar. A violência praticada pela polícia militar de Salvador foi objeto de um estudo de doutorado da socióloga e professora da UFBA Ivone Freire Costa (2003). No capítulo em que aborda a história da polícia militar baiana, ela chama a atenção para a importância da sua origem no período colonial e dos interesses político-econômicos da época. Em um contexto de economia açucareira e de escravidão, as forças policiais estavam sempre atentas aos incêndios e outros incidentes com escravos e quilombolas, realizando regularmente incursões nas regiões quilombolas do entorno de Salvador. Nos dias atuais, a polícia militar continua efetuando incursões nas antigas áreas de quilombos hoje urbanizadas, entrando em confronto com os moradores suspeitos de tráfico de drogas e outros crimes. De modo geral, os agentes efetuam prisões e retiram-se em seguida, deixando a região sem um policiamento de prevenção e proximidade com a comunidade. Em anexo 4 encontra-se a cópia de um documento que foi apresentado ao governador em 2008, em nome de diversas entidades civis, pedindo providências contra a impunidade da violência policial em Salvador.

violência acontecerem em diversas localidades, os moradores do Arenoso é que são reconhecidos, no interior da comunidade, como os principais envolvidos e responsáveis. É interessante notar que um adolescente da comunidade local em questão me advertiu de que quem “bagunçava a área” era a turma de uma das ruas do Arenoso, eximindo o grupo de sua rua das ações violentas na comunidade.



FOTO 14

Rua onde se localiza a escola em que Lucas estudava. Ao fundo, uma criança brinca junto a um coletor de lixo. O recipiente, que está defronte ao colégio, não possui tampa e é trocado a cada 3 dias.

O jovem havia sido detido por tentativa de assalto e estava internado na unidade da CASE sediada no Beiru. O primeiro contato do pesquisador com ele ocorreu durante uma visita a esta instituição. Após algumas visitas, foi possível conhecer outros jovens internos da CASE e explorar melhor o ambiente institucional. Merecem destaque, pelas contradições que revelam, algumas observações registradas em diário de campo relativas aos espaços que integram esta unidade da CASE e ao modo como eles são utilizados pelos internos:

“A CASE de Salvador foi erguida nos anos de 1970, com um formato redondo e características parecidas aos dos presídios da cidade (os que foram construídos na mesma época). A construção possui uma ala com um conjunto de salas que serviriam para a formação educacional e profissional dos jovens que jamais foram sequer ocupadas. Em 2008, quando estive no espaço por primeira vez, pude constatar que os quadros-negros das salas de aula nunca foram utilizados. Segundo o relato de um

ex-gerente da CASE, quando ele assumiu e percebeu a inoperância da ala (que inclusive estava fechada e isolada do complexo) e ouviu de seu antecessor, que aquele espaço não era necessário para a clientela da instituição. (...) Um dos alojamentos está localizado em um subsolo. Após descer a escadaria, me deparei com uma grade. Do outro lado, estavam os jovens e uma agente educador que abriu a grade para que passássemos. O espaço era um grande salão cercado de celas com as portas abertas. No centro tinha uma televisão e alguns jovens, sentados e deitados no chão, assistiam a um desenho animado. Uma das celas servia como espaço para amontoar as roupas dos internos, que eram cerca de 15. Excetuando a mesa onde estava o aparelho televisor, não existiam móveis no ambiente, nem camas nem cadeiras. Para manter o menos sujo possível os espaços onde dormiam (nas celas), os jovens entravam descalços, ficando suas sandálias do lado de fora” (Diário de campo, maio de 2008).



FOTO 15

Corte de cabelo bastante popular entre os jovens do Arenoso e os internos da CASE.

Voltando a Lucas, faz-se necessário chamar a atenção para outros elementos de sua aparência. Ele portava um corte de cabelo típico da área em que vivia e também dos jovens internos na CASE⁷⁷. A tatuagem no braço era o nome de uma banda paulista de rap: *Racionais Mc*⁷⁸. Quanto ao tema das drogas, alguns indícios foram revelando, paulatinamente, o envolvimento de Lucas com os grupos que comandavam o tráfico local:

“Quando Lucas saiu do internamento, conheci sua casa e a família. Ele me mostrou com orgulho uma folha de jornal que havia guardado, com a

⁷⁷ Alguns internos da instituição assumiam voluntariamente a tarefa de cortar os cabelos dos colegas e, para os que desejassem, utilizavam cortes que incluíam desenhos na cabeça.

⁷⁸ Esta banda tem muitos fãs entre os jovens pobres e negros da periferia das grandes cidades brasileiras. As letras de suas canções denunciam as condições de exploração, vitimização da repressão policial ou exclusão social enfrentadas por estes segmentos sociais no país.

reportagem e a foto do momento em que dois policiais o prenderam. Apesar de ser menor de idade, seu rosto saiu estampado na foto. Depois de algum tempo, ele me comentou que não podia ficar muito tempo em casa porque estava “jurado” pelo grupo da rua. Lucas costuma frequentar outra comunidade, que parece ser rival de seus vizinhos. Era lá, na “casinha”, segundo sua mãe, que ele passava as noites. Ao que parece, o lugar pertencia a um homem, que dava guarida a vários jovens. Em troca, eles prestavam alguns “favores”, que não foram esclarecidos. Quando fui à rua da “casinha”, conheci Wallace, amigo de Lucas, e duas jovens. Uma delas brincava com um cachimbo de *crack* enquanto conversávamos” (Diário de campo, setembro de 2008).

Em um depoimento informal, Wallace⁷⁹ informou que eles pertenciam a um “Comando” cujo nome era o de um chefe do tráfico morto em 2008. Existia outro comando na área, com o nome do traficante que havia assumido o lugar de seu antecessor. Este estava preso e havia sido transferido para uma prisão de segurança máxima. O segundo comando citado é justamente a *gang* rival dos dois jovens que conheci. É importante esclarecer que o fato de pertencerem a um dos grupos mencionados não significa, necessariamente, que estes jovens façam parte do tráfico. De fato, tanto Lucas, quanto Wallace, em nenhum momento admitiram ter envolvimento com as atividades do tráfico e, tampouco este foi o motivo que os levou a prisão. Contudo, eles se identificam com esta ou aquela “gang” e, como tais, se sentem comprometidos com as insígnias ou um determinado padrão de conduta acordados no interior destes grupos.

Neste sentido, as gangs juvenis na realidade da periferia brasileira têm se revelado uma porta de entrada de jovens sem grande perspectiva de futuro no mundo do crime organizado. Este cenário foi descrito e analisado de forma primorosa na tese de José Eduardo Santos⁸⁰ (2007) que focalizou a realidade do subúrbio de Salvador. Esse trabalho abordou a relação entre adolescência e violência, em Salvador, e traz, de forma contundente, o papel dos processos de exclusão social, estigmatização e desterritorialização na construção da trajetória de vida (e de morte) dos jovens dos bairros pobres da cidade. Na descrição que o autor apresenta, em sua etnografia do

⁷⁹ Posteriormente, Wallace também foi enviado para a CASE, já como reincidente em tentativa de assalto.

⁸⁰ José Eduardo Santos pesquisa há alguns anos os jovens de bairros periféricos de Salvador, em particular, na região de Alagados. Uma das referências teóricas centrais em sua tese de doutorado é a concepção de Robert Castel sobre pobreza e exclusão social.

contexto sócio-cultural em que estão inseridos os jovens que investigou (assim como sobre o padrão de comportamento destes), são identificados muitos elementos que coincidem perfeitamente com a realidade e experiência de Lucas, conforme pode ser constatado através do texto transcrito abaixo:

“Na periferia, o uso de qualquer droga, como a maconha, o *crack*, a cocaína, está relacionado à marginalidade e à mudança de trajetória. O consumo cria um estigma que se relaciona à exclusão e à posse de armas, como se fizessem parte de um *continuum* de exclusão e desterritorialização. A estigmatização muda o modo de vestir, a forma de se comportar e a forma de utilizar o espaço da periferia. Os jovens começam a aderir aos modelos de outros jovens inseridos na marginalidade: roupas, gírias, lugares que frequentam, bares e horários em que bebem, geralmente à noite, becos e lugares perigosos, de acesso restrito. Devido ao estigma, esses jovens provocam nas outras pessoas uma sensação de insegurança e medo, relacionados à posse de armas de fogo. Com isso, o jovem estigmatizado torna-se uma espécie de *persona non grata* na favela, e, no desejo latente dos outros, ele deve ser exterminado para que não apresente riscos a essas pessoas, pois elas não sabem lidar com o jovem que é diferente, pois as drogas mudam as relações: valores e elementos de sociabilidade são quebrados, o que é percebido como a perda do respeito ou outros referenciais aos quais estes jovens pertencem. As pessoas esperam e se antecipam ao fim dos jovens; já sabem o que vai acontecer a eles após a entrada na marginalidade e passivamente esperam que se cumpra o “oráculo”. Essa antecipação da trajetória, a partir de alguns elementos ou indícios presentes no cotidiano do jovem, pode permitir o mapeamento de trajetórias de marginalização que, identificadas no seu ponto de virada, podem orientar uma ação preventiva” (Santos, 2007:73).

Chama a atenção, na análise do discurso dominante sobre violência e juventude na sociedade brasileira (propagado pela mídia e ecoado para além dela) que, assim como ocorre no fenômeno da violência, em seu espectro mais amplo, a droga assume a posição de bode expiatório. Configura-se, assim, uma retórica que minimiza ou desconsidera todo um conjunto de macro e micro fatores sociais evidenciados em trabalhos como o de Santos (op.cit.). Para contrapor-se a esta visão, uma via que tem se revelado frutífera para a compreensão do comportamento juvenil e da denominada “violência juvenil” é a análise deste objeto desde a perspectiva das *práticas culturais*. Encerrando este tópico, destacam-se aqui dois trabalhos recentes que fazem referência

às práticas culturais de jovens. O primeiro deles, da antropóloga catalã Laura Porzio (2008), descreve a violência juvenil nos seguintes termos ⁸¹:

“La ‘violència juvenil’ és una etiqueta lingüística de la qual s’ha generalitzat l’ús a nivell acadèmic, periodístic i fins i tot a nivell de comunicació verbal quotidiana entre ciutadans, que identifica i explica algunes pràctiques conflictives portades a terme per individus joves. Ara, pel que fa la mateixa idea de joventut, des de la meua perspectiva analítica (...) penso en ella com un sector social on al factor generacional ha d’estar vinculat a unes pràctiques culturals concretes. Són les pràctiques que es porten a terme les que permeten pensar en els joves, i en les seves interaccions, com a tals. Són les pràctiques quotidianes, vinculades sempre als contextos estructurals i als aspectes simbòlics que es vinculen a elles, les que doten de característiques generacionals les noies i els nois. Ara bé, aquest mateix criteri, que defineix a la joventut a través dels seus estils de vida, s’hauria de tenir present quan ens referim a l’etiqueta lingüística de violència juvenil.(...) pensar en aquest fenomen des de la perspectiva de les pràctiques, fet que ens permet centrar l’anàlisi en les violències com a element qualificatiu de les conductes i no com un element identificador de les persones” (Porzio, 2008:321).

O segundo trabalho a ser destacado é o de Pimentel⁸², que analisou trajetórias de vida e práticas culturais de jovens em um bairro popular de Salvador. Ela parte da noção de contingência, entendida como dispositivo para identificar as vicissitudes e possibilidades constitutivas das trajetórias dos jovens investigados. Seu estudo revela que as agressões vivenciadas pelos jovens, as dificuldades de sobrevivência material e simbólica, as ausências, particularmente da família, foram fundamentais para a ocorrência de rupturas nas trajetórias dos jovens. Ao mesmo tempo, são referidas formas possíveis de presença da família, de ganhos ou o aparecimento de pessoas-chave. Entre as possibilidades que se abrem, os jovens experimentam formas coletivas de enfrentamento das vicissitudes, que se constituem como práticas culturais. Essas

⁸¹ Conforme ressalta a própria autora, a perspectiva que ela adota para entender a violência juvenil remete ao conceito de *habitus*: “desplaça l’atenció sobre una situació on determinats factors (estructurals, culturals, interaccions entre agents diferents) vinculats als *habitus* dels grups socials de referència de cada noia i cada noi, poden desencadenar el recurs a pràctiques violentes” (Porzio, 2008:321).

⁸² A pesquisa foi desenvolvida em dois momentos: uma etnografia do bairro Cosme de Farias em Salvador a fim de descrever o contexto onde os jovens construíram suas trajetórias biográficas, bem como onde se desenvolvem suas práticas; a análise das narrativas dos jovens sobre as contingências experimentadas por eles nas suas trajetórias de vida, bem como sobre os significados e sentidos das práticas culturais desenvolvidas pelas comunidades às quais pertencem.

práticas se apresentam como “táticas de resistência” às situações de desconforto e como geratrizes de mudança na vida dos jovens.

É importante salientar que a intenção ao focalizar a realidade em que estão inseridos os jovens na periferia de Salvador (que coincide com o cenário de outros centros urbanos brasileiros) é chamar atenção para dois aspectos centrais para o debate sobre drogas aqui ou alhures: 1) problematizar as configurações que favorecem a relação problemática com o uso de drogas e suas imbricações com o fenômeno da violência; 2) ressaltar o fato de que uma política de drogas que se pretenda efetiva deve, necessariamente, considerar o contexto sócio-cultural em que o conjunto de processos associados com as drogas se desenvolve e atuar de modo a transformar os aspectos que contribuem para a exposição ao risco ou a vulnerabilidade social de grupos e indivíduos. Como veremos no tópico a seguir, uma das limitações das políticas de drogas no Brasil, a qual persiste a despeito do investimento mais recente no modelo da redução de danos, é superar a abordagem centrada na relação indivíduo-substância. Em outras palavras, muitos setores ainda não compreenderam que, como ressalta Romaní (2003:448): *“las políticas de la Reducción del Daño van más allá de las drogas, pues forman parte de una orientación emergente de gestión del conflicto que se puede aplicar a muchos otros sectores de nuestras sociedades”*.

6.3. Redução de Danos: alguns desafios em curso

Partindo do pressuposto de que a estratégia de Redução de Danos vem sendo apontada como o eixo norteador da política pública de drogas no Brasil na atualidade, convém discutir os desafios que se apresentam no caminho de sua construção e consolidação. Segundo Bastos⁸³ (2003), as dificuldades de implementação dos Programas de Redução de Danos (PRD) são, basicamente, de duas naturezas: a) operacionais ou relacionadas à implementação e operacionalização de iniciativas e ações efetivas; b) relativas a resistências às propostas por partes de lideranças e/ou instituições públicas ou privadas. Este pode ser um ponto de partida para iniciar a discussão deste tópico. Contudo, considerando o conjunto de dados empíricos coletados

⁸³ Membro fundador da Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA).

(no estudo etnográfico e na pesquisa histórica e bibliográfica) considera-se necessário incluir ao menos um terceiro elemento no rol dos desafios associados com a incorporação do modelo ou paradigma da Redução de Danos no Brasil. Este elemento refere-se à concepção ou entendimento sobre Redução de Danos e seus princípios estruturantes entre especialistas no campo e profissionais que operam no âmbito assistencial. Portanto, antes de analisar os avanços e entraves relacionados com a institucionalização da estratégia de RD no país, bem como as dificuldades em se avançar na legitimação social da proposta, nos deteremos sobre este plano conceitual.

6.3.1 Sobre concepções e entendimentos a respeito da Redução de Danos

Uma fala recorrente nos depoimentos extraídos nas entrevistas é a de que “existe uma grande falta de conhecimento sobre o que é a Redução de Danos na sociedade brasileira em geral”. Tal fato foi apontado por um dos entrevistados como o principal desafio no processo de implementação da RD no país, especialmente porque esta falta de conhecimento ou imprecisão se reflete na prática de trabalho:

“Eu acho que o grande problema da redução de danos é uma falta de definição... Eu acho que primeiro tem o desconhecimento, as pessoas não sabem o que é redução de danos, pensam que é uma forma de tratamento (...) não sabe o que esta fazendo (...) só que a redução é um conceito muito aberto, você pode pensar tudo, inclusive você pode pensar que a redução de danos é um meio para abstinência e usar a redução de danos como um instrumento proibicionista. (...) Cada Estado interpreta como quiser e trabalha como quiser, então, as pessoas aproveitam dessa nebulosidade que rola sobre redução de danos, (...) trabalham de uma determinada forma e diz que é redução de danos” (entrevistado 16).

Para analisar as implicações da imprecisão (ou distorção) conceitual em torno do paradigma da redução de danos, convém retomar alguns de seus princípios básicos, tomando como referência a sistematização de Marlatt⁸⁴(1999). Preliminarmente, se enfatiza que a Redução de Danos configura-se como uma abordagem de saúde pública no campo das drogas que se contrapõe aos modelos moral e de doença. Ao contrário dos proponentes destes modelos, que acentuam o caráter delitivo, ilegal ou patológico

⁸⁴ Marlatt é considerado uma referência importante na construção das bases paradigmáticas da estratégia da Redução de Danos no campo das drogas, particularmente nos Estados Unidos.

vinculado ao uso de drogas e, por conseguinte, defendem a redução da oferta através de vias proibitivas, medicamentosas ou asilares, os defensores da redução de danos desviam a atenção do uso de drogas em si para as conseqüências ou para os efeitos do comportamento aditivo:

“A redução de danos define grande parte do uso de drogas e outros comportamentos aditivos como mal-adaptação a respostas no enfrentamento de problemas, em vez de como indicador de doença física ou imoralidade pessoal. Uma abordagem abrangente de baixa exigência visa a promover o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento mais adaptativos e mecanismos de apoio social” (Marlatt, 1999:50).

Romaní ratifica o que já assinalava Marlatt, ao lembrar que:

“(...) las políticas de reducción del daño van más allá de las drogas, pues forman parte de una orientación emergente de gestión del conflicto que se puede aplicar a muchos otros sectores de nuestras sociedades, recordémoslo, definidas actualmente en gran medida a partir del papel que en ellas juega el riesgo. Orientación, basada en "técnicas de gestión" que, según aquellos elementos que se prioricen, puede concretarse en políticas tendientes a consolidar la sociedad neoliberal en la que han surgido, o puede significar un cuestionamiento de la misma, precisamente porque se trabaja a partir de "nodos de conflictividad" íntimamente ligados a la naturaleza desigual de esta misma sociedad” (Romaní, 2008:312).

Ao colocar os efeitos prejudiciais do uso de drogas (ou o comportamento sexual) em um *continuum*, ao invés de dicotomizar o uso de drogas como legal ou ilegal, ou de diagnosticar o uso de drogas como indicativo da presença ou da ausência de uma doença aditiva, os defensores da redução de danos incentivam qualquer movimento rumo a sua diminuição como um passo na direção certa (Marlatt & Tapert, 1993). Contra-pondo-se a esta crítica às visões dicotomizantes, constatou-se, na investigação das instituições públicas que prestam assistência ao uso de drogas em Salvador, uma tendência a estabelecer um critério de exclusividade e oposição radical entre o paradigma da abstinência e da redução de danos. Um dos entrevistados disse, ao se referir a abertura do novo CAPSad do Centro Histórico: “lá vamos trabalhar somente com redução de danos”. Este discurso pode ser equivalente a um “não queremos saber de abstinência”. Pensando desde a perspectiva de reorientação do modelo assistencial no campo das

drogas, caberia se perguntar se não estamos diante de um falso dilema: redução de danos ou abstinência? Sobre este aspecto Marlatt recorda que:

“A redução de danos não é contra a abstinência. Os efeitos prejudiciais do uso de drogas de risco ou atividade sexual desprotegida podem ser colocados em um *continuum*, como as diversas temperaturas indicadas em um termômetro. Quando as coisas ficam muito quentes ou muito perigosas, a redução de danos propõe “baixar o fogo” a um nível mais moderado” (Marlatt, 1999:57).

Por outro lado, ele destaca os limites de intervenções centradas exclusivamente no princípio da abstinência, conforme preconizam os modelos moral e de doença. Em ambos os casos, a abstinência total é definida como única meta aceitável do encarceramento ou do tratamento. Cita, nesse sentido, o exemplo da política de drogas dos Estados Unidos que se baseia no critério da “tolerância zero”, segundo o qual nenhum uso ilegal de drogas deve ser tolerado, seja o consumo ocasional de maconha ou a injeção intravenosa diária de heroína. O autor pontua que a maioria dos programas de tratamento de dependência química dos EUA, incluindo aqueles dirigidos à população carcerária, recusa-se a admitir pacientes que ainda estejam usando drogas. Esta política se mantém apesar da existência de indicadores que apontam para a sua ineficácia⁸⁵. Marlatt (op. cit.) enfatiza que o efeito mais deletério deste modelo assistencial, considerado uma abordagem de “alta exigência”, é apresentar-se como um obstáculo para aqueles que procuram ajuda⁸⁶. Ou seja, aqueles que não desejam ou não conseguem atender ao requisito da abstinência total não serão acolhidos pelos programas assistenciais que adotem este princípio.

Em oposição a esta lógica adotada pelos programas acima referidos, o modelo da redução de danos valoriza o caráter processual e diversificado das estratégias de enfrentamento do consumo problemático de drogas. Um dos fundamentos básicos da redução de danos é, sobretudo, o fortalecimento da capacidade do usuário para administrar o consumo, vislumbrando alternativas menos danosas:

⁸⁵ O autor destaca, entre os indicadores, as altas taxas de reincidência no uso de drogas ou de “recaída” para dependentes tratados.

⁸⁶ Marlatt cita aqui as evidências registradas em Marlatt, Tucker, Donovan & Vuchinich, 1997.

“A abordagem de redução gradual estimula os indivíduos com comportamento excessivo ou de alto risco a “dar um passo de cada vez” para reduzir as conseqüências prejudiciais de seu comportamento. A abstinência como meta final reduz muito ou elimina totalmente o risco de danos associados ao uso excessivo de drogas ou a partir de sexo inseguro. Nesse sentido, a abstinência é incluída como um ponto final ao longo de um *continuum*, que varia de conseqüências excessivamente prejudiciais a conseqüências menos prejudiciais” (Marlatt, 1999:47).

A despeito da existência de um consenso quanto ao desconhecimento sobre RD no Brasil, também existe um reconhecimento de que, ao menos entre os especialistas em drogas, já se superou a visão reducionista sobre este modelo de intervenção. Embora ainda bastante associada à troca de seringas para “drogados”, a filosofia da redução de danos já se estende para outras drogas ilícitas, especialmente o crack, o ecstasy e o álcool. Em alguns discursos, o caráter mais abrangente da redução de danos é especialmente destacado:

“(…) desde um primeiro momento nós dizíamos que troca de seringas era uma estratégia dentre muitas outras que reduz os danos causados pelo uso de uma substância por alguém que não tem a intenção de deixar esse uso. Mas, aí que vem o resto da nossa frase que sempre foi posta assim: ao respeitarmos o usuário na sua prática e ao propor a essas pessoas mecanismos de ver, nós podemos colocar diante dessas pessoas outras possibilidades: fazer um diagnóstico, tratar tuberculose, curar uma ferida, melhorar a sua casa.” (entrevistado 1)

“Olha a redução de danos é movimento social, é uma forma de você tem, uma ação global sobre o indivíduo que usa drogas. Quando você faz redução de danos, você não faz só voltado para uso de drogas, é uma ação que ela é muito mais complexa do que parece” (entrevistado 16).

A avaliação de Francisco Bastos (2003) coincide claramente com a visão acima. Ele considera que a estratégia de redução de danos no Brasil já superou a sua etapa inicial, quando era entendida basicamente como "programas de troca de seringas". Predominava, naquele momento, o viés sanitarista. Para ele, a partir de 1994, quando a Redução de Danos passou a ser reconhecida oficialmente como política de saúde pública no Brasil, as perspectivas se ampliaram, oferecendo um espaço participativo e de inclusão social de usuários de drogas. No que se refere ao escopo da prática orientada pela redução de danos, Bastos enfatiza a compreensão de que o enfoque nas terapias de

substituição deve ultrapassar o âmbito exclusivo da substância. Ainda que a existência de substâncias mais e menos danosas ao organismo seja reconhecida, deve ser considerado todo um conjunto de fatores que influenciam a relação com o consumo de drogas. O autor destaca aqui questões referentes ao sujeito e ao contexto social onde ele vive, bem como as repercussões da política de drogas em um determinado contexto sociocultural. Por fim, o autor apresenta uma máxima a respeito da drogodependência que se afina claramente com o paradigma da Redução de Danos:

“Portanto, haveria, se quisermos simplificar, "vícios" e "vícios", embora a formulação adequada seja (uma vez que a dependência não se instala necessariamente em quaisquer modalidades de consumo de drogas): há "usos" e "usos", mais ou menos danosos” (Bastos, 2003:17).

Cabe registrar que entre os atores institucionais, leia-se aqui organismos oficiais responsáveis pela formulação e gestão das políticas de drogas no país, o discurso é menos afinado com os princípios acima referidos. O mesmo Bastos salientou que a concepção de redução de danos descrita anteriormente representa a visão da Associação Brasileira de Redução de Danos - ABORDA⁸⁷. Contudo, nos círculos da política governamental, é flagrante a incidência de visões simplificadas e/ou distorcidas sobre a redução de danos. Como apontou um dos entrevistados, observa-se, nesse contexto, a tendência em distinguir a redução de danos do campo da prevenção e da assistência, denotando assim uma visão bastante equivocada desta estratégia:

“O discurso oficial não conhece a redução de danos como uma estratégia de prevenção, tanto é que se você pega a legislação, ela separa, é redução de danos, é prevenção ou é tratamento. E a redução de danos pode ser entendida como prevenção e tratamento, ela pode estar inserida nesses dois eixos” (entrevistado 16)

A entrevistada prossegue denunciando a ausência de interesse por parte de alguns órgãos oficiais em superar a imprecisão conceitual no manejo da redução de danos e

⁸⁷Fundada em 1997, durante o 2º Congresso Brasileiro de Prevenção da Aids, a ABORDA é uma entidade voltada para a implementação e o fortalecimento da Redução de Danos como política pública, e a defesa da dignidade do redutor de danos. Dedicase principalmente à organização, articulação e cooperação técnica e política entre coletivos e pessoas envolvidas cotidianamente com a Redução de Danos no Brasil e a defesa dos direitos dos cidadãos que usam drogas.

indicando, ainda, lacunas sobre a concepção de redução de danos no capítulo de política de drogas na constituição do Brasil⁸⁸:

“A Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) não deixa claro o que é redução de danos, e não quer deixar claro o que é redução de danos, porque eu acho que não é interessante precisar isto (...) na legislação não é tratamento e também não é prevenção, a redução de danos é o que? se você for pegar a própria constituição, a parte de políticas sobre drogas não está claro o que é redução de danos, fica um vácuo, entendeu? (entrevistado 16).

Por certo, ao analisar o panorama da Redução de Danos no Brasil, Bastos, (2003:11) chama atenção para o fato de que, a despeito do apoio técnico, político e financeiro que o Ministério da Saúde ⁸⁹ destinou aos projetos de RD nos últimos anos, e de que esta seja apontada como “política de saúde oficial no Brasil”, persistem resistências aos seus postulados. Entre os reflexos deste processo, são mencionados problemas recorrentes com autoridades da área jurídica e, em menor proporção, entre autoridades da saúde pública. Dentre os fatores apontados como determinantes destas situações, o autor identifica a “descrença - e até hostilidade - em relação a qualquer trabalho voltado para usuários de drogas que não tenha como meta única e válida a abstinência” ⁹⁰. As expressões concretas dos limites apontados serão alvo de discussão no próximo tópico.

6.3.2. Os desafios na institucionalização da política de Redução de Danos (RD)

Ao introduzir o tema dos limites e perspectivas da institucionalização da estratégia de Redução de Danos no Brasil, convém remarcar um aspecto já denotado no capítulo quatro: o de que a valorização do problema das drogas no contexto da saúde pública nacional é bastante recente. Um dos entrevistados ressaltou que “só a partir de 1995, o setor saúde, a partir do Ministério da Saúde começa a se interessar pelo uso de

⁸⁸É necessário esclarecer que a constituição em vigor no Brasil foi promulgada em 1988. Embora seja considerada bastante avançada em relação às precedentes em diferentes campos, incluindo direitos humanos e saúde pública, a incorporação formal da estratégia de redução de danos no Brasil é posterior (a partir de 1994). Portanto, esta consideração deve ser relativizada.

⁸⁹ Os autores destacam aqui, especificamente, o apoio recebido pela Coordenação Nacional de DST e AIDS.

⁹⁰Para um dos informantes, mesmo entre os programas de redução de danos alguns adotam o paradigma de abstinência baseada na idéia de que “as drogas fazem mal de qualquer jeito mesmo, e já que a gente não tem outra solução vamos reduzindo aos poucos, mas o objetivo final é a abstinência” (entrevistado 16).

substâncias psicoativas” (entrevistado 1). Esse mesmo entrevistado elencou um conjunto de iniciativas no campo das drogas (planos, projetos e programas), anteriores a esta data, e que não chegaram a ser implementadas⁹¹.

Quando se explorou entre os informantes-chave do estudo a questão da institucionalização da redução de danos no Brasil, alguns elementos despontaram como pontos de estrangulamento centrais neste processo. A saber: a ausência de linhas de financiamento permanentes para as ações de redução de danos; a baixa adesão ou apoio de gestores governamentais; a inserção incipiente da redução de danos no sistema único de saúde; as tensões entre os setores governamentais da saúde e da justiça; a resistência à proposta por parte de diferentes setores sociais, em particular das áreas jurídicas e de segurança pública, incluindo, nesta última esfera, confrontos diretos com agentes policiais. Os mesmos problemas foram destacados em debates travados em diferentes eventos especializados sobre o tema das drogas que ocorreram durante o período da pesquisa⁹². A seguir, serão analisados e discutidos os pontos elencados, articulando ambos os contextos discursivos.

A questão do financiamento dos programas de redução de danos e/ou instituições que atuam segundo este enfoque no Brasil foi apontado, por muitos informantes, como um dos principais obstáculos à sua consolidação. A descontinuidade de projetos, ações e serviços constitui um dos efeitos mais negativos deste fato⁹³:

⁹¹Em seu depoimento, ele descreve um conjunto de iniciativas e projetos no campo da prevenção às drogas que foram engavetados entre as décadas de 1980 e 1990. A primeira referência foi o PRONAL - Programa Nacional de Atenção ao Álcool (1984-85): “O PRONAL foi uma belíssima proposta de acadêmicos de envergadura... mas que não foi implantado”. Depois, menciona o Programa denominado “Valorização da Vida”, patrocinado pelo Ministério da Cultura (89-90), que teve o mesmo destino do anterior: “quando o ministro cai, o trabalho cai também e ninguém nunca mais falou num belíssimo trabalho que está escrito”. Em seguida, ele se detém na experiência de elaboração do Plano Estadual de Prevenção ao Abuso de Substâncias Psicoativas – PEPASP (processo no qual o pesquisador participou, como já referido anteriormente). O Plano foi coordenado pelo CETAD, mas envolveu a Secretária de Saúde e Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Estado da Bahia. “A proposta que nós escrevemos durante dois anos é muito interessante, muito atual, não foi usada porque eu acho que o Conselho Estadual de Entorpecentes não foi capaz de efetivar uma política pública”. Por fim, ele ressalta que, no Governo Lula, o Ministério da Saúde retomou a questão do álcool e outras drogas e passou a reconhecer a Redução de Danos, especialmente no âmbito da coordenação do programa DST/ AIDS.

⁹²Tal como referido no capítulo de metodologia, o pesquisador acompanhou como pesquisador convidado, expositor ou participante de parte destes eventos, os quais integraram a “etnografia itinerante”. Assim sendo, em todos estes momentos adotou-se o registro sistemático em diário de campo de informações, impressões e descrições consideradas relevantes para a pesquisa em curso.

⁹³Vale lembrar que este fenômeno foi claramente evidenciado no estudo local em Salvador.

“Os projetos de redução de danos dependem de financiamento externo... eles têm uma verba para um projeto que dura, por exemplo dois anos, aí depois eles têm que pedir um novo financiamento então isso dá uma certa instabilidade no programa de redução de danos... inicialmente o Brasil tinha muito dinheiro, o Brasil obteve empréstimos do Banco Mundial para combater a AIDS e um pouco desse dinheiro foi usado no Redução de Danos. Foi uma época de boom no Redução de Danos. Isso foi até uns 4 anos atrás, não me lembro. Teve o Banco Mundial 1, Banco Mundial 2, daí a terceira fase do programa não previa mais esse repasse de verba” (entrevistado 12).

Outro informante, ao mesmo tempo em que destacou a importância do investimento inicial do nível federal para impulsionar as inovações nas políticas de drogas no Brasil, apontou a centralização da política de redução de danos no governo federal ou a baixa articulação com o conjunto da sociedade civil organizada como um ponto vulnerável no caminho da implantação da redução de danos no Brasil. Tais dificuldades repercutiram, posteriormente, no financiamento contínuo dos projetos:

“A política de Redução de Danos no Brasil foi constituída muito a partir do domínio central, a partir do Governo Federal, de algumas Universidades. Mas não era em termos de sociedade civil, nunca a redução de danos teve uma representação como a questão da AIDS entre pessoas homossexuais, por exemplo. (...) Na Redução de Danos as coisas não estavam organizadas assim. Como quase todos os projetos eram financiados pelo Governo Federal, então o eixo, o grande eixo era o próprio Governo. Quando o Governo sai de cena ele transfere para o município, e os municípios não estavam preparados para essa ação” (entrevistado 2).

Na mesma direção, outro entrevistado assinalou que “todas as iniciativas foram iniciadas de cima para baixo, de Brasília, enviando pessoas para abrir campo em outros lugares”. Vale notar que a verticalização ou concentração de poder decisório em organismos oficiais é claramente contrária às bases operacionais da Redução de Danos. Conforme Marlatt (1999:48), “a redução de danos surgiu principalmente como uma abordagem de ‘baixo para cima’, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política de ‘cima para baixo’, promovida pelos formuladores de políticas de drogas”. Uma peculiaridade observada na experiência brasileira tem sido a baixa adesão ou apoio dos gestores locais (municípios ou estados) em relação aos projetos de redução de

danos, constituindo-se, assim, um outro aspecto mencionado no rol dos desafios antes mencionados. Desconhecimento ou preconceito em relação às novas abordagens no âmbito da prevenção e assistência no campo das drogas e/ou dificuldade em reconhecer os serviços especializados nesta área como responsabilidade da saúde pública, são identificadas entre as razões que explicam o comportamento dos gestores locais. O reconhecimento deste fato tem produzido alguns interrogantes sobre os desdobramentos da decisão mais recente do ministério da saúde de investir na regionalização da política de drogas:

“(...) ultimamente tem havido uma política de regionalizar os programas de AIDS e drogas isso daí pode ter uma série de vantagens mas tem a desvantagem que deixa esses programas mais ousados nas mãos de políticos, de indicados por políticos que são mais afetados pelos preconceitos” (entrevistado 12).

São apontadas ainda diferenças na adesão e compreensão da política de redução de danos quando se comparam o contexto nacional e o local. Novamente, a excessiva centralização na esfera federal (Ministério da Saúde) do processo de implantação da política de drogas no Brasil é identificada como um dos fatores que contribuíram para este quadro:

“Há muita incompreensão, mas há um certo respaldo oficial. E hoje em dia então você tem o Programa Nacional sobre Drogas, a Política Nacional sobre drogas que endossa plenamente a noção da Redução de Danos, tem a lei nova que inclui a Redução de Danos. O que ocorre é que as idéias de Redução de Danos foram muito promovidas pela Coordenação Nacional de AIDS do Ministério da Saúde, então houve muito incentivo tanto econômico quanto político vindo do Ministério, vindo de cima, mas à nível local é onde você encontra maior incompreensão, porque em Brasília é onde você encontra pessoas em tempo integral que falam sobre AIDS então uma série de medidas que há um tempo eram vistas como escandalosa estão sendo desenvolvidas na campanha contra AIDS no Redução de Danos. Em nível local têm uma necessidade de responder as questões políticas imediatas e tende haver um maior atraso” (entrevistado 2).

Para ilustrar com dados concretos os problemas relatados, recupera-se aqui alguns relatos de representantes da Aliança para Redução de Danos, os quais remetem às idas e vindas nas negociações com os gestores locais para viabilizar o apoio financeiro aos

projetos de redução de danos em Salvador e a consequências da descontinuidade no financiamento dos mesmos:

“O 1º Projeto de trocas de seringas foi financiado pelo Governo do Estado, foi um projeto que nós apresentamos ao Governo do Estado, mas com recurso do Ministério. A partir daí nós começamos a apresentar projetos diretamente ao Ministério e mantivemos funcionando, durante muitos anos, dessa maneira (...) em 1999 nós começamos a fazer muitos movimentos para municipalizar as ações de Redução de Danos. Procuramos a prefeitura, inicialmente havia uma acolhida muito grande de parte da então secretária (...) mas, essa tentativa de aproximação foi muito ruim, foi muito sofrida para a Universidade porque não havia, de verdade, nenhuma vontade política (...) Felizmente, em 2006, com a nova gestão do município (...) nós conseguimos que o município sustentasse as ações da Redução de Danos na Bahia (...) se a Secretaria de Saúde do município não tivesse dado esse apoio, teria acabado a Redução de Danos no Brasil. Nós estaríamos parados porque não haveria recurso do Ministério” (entrevistado 2).

“(...) fica muito difícil porque falta financiamento (...) em 2009, se acaba o nosso financiamento, o que eu vou fazer? provavelmente o que aconteceu no ano passado [2007], fica aí 3 meses sem receber, demite todo mundo, paralisa tudo, desarticula toda a articulação em rede que a gente faz, que a gente trabalha em articulação com a associação de moradores, com projetos locais, então você desarticula tudo porque não tem dinheiro” (entrevistado 16).

O terceiro ponto de estrangulamento, a baixa inserção da estratégia de Redução de Danos no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, foi objeto de um evento específico realizado em setembro de 2007 em Brasília: o *Seminário Nacional sobre a Articulação das Ações de Redução de Danos no Âmbito do SUS*⁹⁴. O objetivo central do seminário foi descrito nos seguintes termos: “buscar formas de inserir no cotidiano do Sistema Único da Saúde, as ações de redução e o trabalho dos redutores, como se faz com qualquer outro procedimento na área da prevenção e da assistência”⁹⁵. A principal expectativa dos organizadores do evento era conseguir sensibilizar as diferentes esferas

⁹⁴ O seminário de Brasília foi conduzido por três programas do Ministério da Saúde - DST-Aids, Saúde Mental e Hepatites Virais. Participaram também representantes de ONGs e de programas estaduais e municipais, a Unodc (órgão das Nações Unidas para o controle das drogas) e a SENAD, que passou a ser denominada de Secretaria Nacional sobre Drogas, mas manteve a mesma sigla. Três entidades fundamentais no processo de gestão do SUS no Brasil estiveram no encontro: o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

⁹⁵ Texto extraído da programação do evento.

de gestão do SUS, federal, estadual e municipal, bem como entidades que atuam no âmbito da justiça e direitos humanos para a necessidade de viabilizar a manutenção dos programas de redução de danos existentes, fomentando o seu fortalecimento e ampliação. Foi reiterado, em diferentes discursos, a necessidade de lutar em defesa dos direitos humanos dos usuários e de dar visibilidade e reconhecimento ao trabalho dos redutores de danos. Destacou-se, ainda, a importância de investimentos na avaliação dos projetos e atividades em curso.

Dentre as vantagens referidas, caso se efetive a inserção da redução de danos no SUS, destacaram-se: a possibilidade de contratação formal dos redutores de danos⁹⁶ na categoria de agentes de saúde⁹⁷; a transferência de recursos para os municípios sob forma de remuneração de ação ou outra modalidade específica de financiamento das ações relacionadas com a estratégia de RD⁹⁸. Contudo, a tônica dominante nos dois dias de evento foi a preocupação com a sustentabilidade da política de redução de danos no Brasil tendo em vista os muitos obstáculos apontados (em consonância com o sentimento apreendido entre alguns dos entrevistados no estudo local). Dentre os depoimentos coletados, pode ser destacado o desabafo de um informante quando solicitado a fazer um balanço sobre o processo de implementação da política de redução de danos no Brasil:

“Houve um recuo muito grande na Redução de Danos no Brasil. Eu acho que de 2005, 2006, 2007 por conta dessa questão já colocada, a transferência para o município. (...) Então, esses quase 200 programas que funcionavam, evidentemente muitos funcionavam mal, mas nós tínhamos muitos programas funcionando bem, hoje eles estão reduzidos a um numero muito pequeno. E a sensação que se tem é que às vezes

⁹⁶A contratação dos redutores é um problema para muitos gestores porque os órgãos públicos exigem concursos e, para serem efetivos, é preciso demonstrar que o município comporta todos os encargos que a ampliação do quadro de estatutários acarreta. Alguns municípios tiveram de buscar brechas na lei para contratá-los: “os redutores de danos reclamam muito que eles não tem status profissional, é difícil registrar em carteira como redutores de danos, não há um plano de carreira para redutores de danos, não é uma carreira ser redutor de danos. Então isso dai torna uma atividade meio instável, eles dependem muito de verbas externas” (entrevistado 12).

⁹⁷Os agentes comunitários de saúde (ACS) constituem uma categoria profissional incorporada no SUS desde 1991, momento de implantação do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS). Posteriormente, a categoria se expandiu para outros serviços no âmbito do SUS.

⁹⁸No Brasil, desde que se efetivou o processo de descentralização da gestão do SUS, foi criado o Fundo Municipal de Saúde, uma conta destinada a receber, exclusivamente, recursos a serem destinados ao financiamento do SUS local.

olhando grande centros, onde a redução de danos tinha avançado muito, é como se eles estivessem recomeçando. Literalmente a sensação é essa”. (entrevistado 2).

Prosseguindo na sua análise, este entrevistado se mostrou um pouco mais otimista com as perspectivas para o futuro:

“Por outro lado, no final do ano passado [2008] em dezembro nós fomos convocados para uma reunião em que a coordenação de Saúde Mental⁹⁹(...) o Ministério da Saúde está preocupado em elaborar um programa de Redução de Danos para os próximos 4 anos no Brasil. Então, eu já recebi o rascunho dessa reunião, com todas as propostas colocadas, a própria reunião e o material que se produziu, me dá uma sensação muito confortável. Eu volto a ter esperanças de que nós podemos retomar e fortalecer essa política, agora trabalhando em cima dos percalços existentes, desenvolvendo mais setores dos Governos, nos diferentes níveis, mas sem sombra de dúvidas nós, nessa história, perdemos um pouco o bonde da história ao ter recuado durante esses 3 anos. Eu acho que o Ministério se descuidou um pouco dessas ações e talvez venha pagar um preço alto¹⁰⁰” (entrevistado 2).

Outro entrevistado agrega, entre os prejuízos da incorporação incipiente da redução de danos no setor público de saúde, o fato de que os projetos conduzidos pelos setores de serviço e assistência social são mais suscetíveis a distorções conceituais e operacionais. São referidas, entre suas preocupações, as distorções de caráter ideológico (viés religioso) ou relacionadas com o modelo assistencial adotado (ênfase na atenção hospitalar). Ele acrescenta, ainda, os limites decorrentes da delegação para o setor privado da gestão dos projetos de redução de danos, especialmente quando não existem mecanismos efetivos de regulação por parte do Estado. Ele baseia os seus argumentos na situação que observa no Rio de Janeiro¹⁰¹:

“No Rio de Janeiro, não se pode dizer que a redução de danos seja uma vertente hegemônica. Desde 1999 há no setor de assistência social (fora da saúde, portanto) o projeto Clínicas Populares, que inicialmente buscou a conciliação (talvez quimérica) entre o ponto de vista das comunidades terapêuticas e a clínica psicossocial. O fracasso desse projeto se

⁹⁹Sobre esta questão o entrevistado esclareceu “a saúde mental não tinha recurso, tem poucos recursos comparados com a coordenação DST/AIDS. Mas, ela avançou nesse campo de redução de danos, dando suporte em vários momentos”

¹⁰⁰Aqui o entrevistado faz um paralelo entre o processo de implantação da RD no Brasil e o enfrentamento da dengue no país: “tal como está acontecendo com a dengue, por exemplo agora. Eu acho que perdeu isso daí, mas está tentando se recuperar agora”.

¹⁰¹ Município onde atuava por ocasião da pesquisa como coordenador de um CAPSad local.

evidencia pela predatória invasão dos interesses privados na área pública, consubstanciada pela excessiva autonomia dada pelo Estado à gestão das três clínicas hoje existentes, comandadas por organizações religiosas protestantes (...) a implantação pelos municípios do sistema de saúde mental proposto pela lei da reforma psiquiátrica, ainda é tímida quando se refere à atenção ao dependente químico. Existem poucos CAPS ad no estado, e apenas dois (CAPS Mané Garrincha e CAPS Raul Seixas) na capital do Rio de Janeiro. Diria então que os modelos de intervenção hegemônicos no Rio de Janeiro são ainda hospitalocêntricos e puritanos, localizados fora do sistema público de saúde (o que inclui clínicas privadas, comunidades terapêuticas, etc.)” (entrevistado 15).

Dentre os diferentes fatores apontados como obstáculos no caminho da consolidação da estratégia de redução de danos no Brasil, ocupam lugar de destaque as tensões entre os setores governamentais da saúde, justiça e segurança pública¹⁰². Sobre esta questão, exploraram-se, com os entrevistados, aspectos relativos à racionalidade e ao processo de trabalho específico de cada instância, assim como as relações de poder entre elas e possíveis conflitos decorrentes da participação conjunta no processo de formulação e gestão da política de drogas no Brasil. A maioria das opiniões convergiu na avaliação de que as relações entre estas instâncias são conflitivas. Foram identificadas, como centrais a essa tensão, as diferenças na percepção sobre o fenômeno das drogas e, principalmente, na abordagem a ser adotada no enfrentamento dos aspectos considerados problemáticos. O relato abaixo ilustra bem esta percepção:

“Acho que hoje claramente existe no Brasil uma oposição, um conflito, uma tensão entre as práticas de saúde, com a criação dos CAPS para álcool e outras drogas, e a justiça, o judiciário. (...) a Saúde resolveu assumir o seu lugar de dizer não é a prisão, não é a lei que vai solucionar o problema das drogas (...) a Saúde reconhece que o consumo de substâncias psicoativas não leva necessariamente à doença e à morte, portanto tem que ser vista numa perspectiva sócio-cultural...” (entrevistado 1).

Outro informante destaca que a rivalidade entre as áreas da saúde e da justiça é histórica. Em seu relato, ele chama atenção para os conflitos e adverte acerca dos prejuízos da presença de militares, alguns deles vinculados a instituições que no

¹⁰²Na continuidade, serão discutidas as dificuldades específicas com a área de segurança pública, cujos conflitos são ainda mais contundentes.

passado, precisamente no período da ditadura, tiveram um papel destaque na repressão política:

“Hoje em dia o programa para bebidas alcoólicas elaborado pela coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde é explicitamente voltado para os princípios da redução de danos. E eles em nível de política nacional tem tido uma postura de vanguarda e houve uma grande rivalidade entre o Ministério da Saúde e a SENAD (...) cujo secretário, que tem status de ministro, é um general e ele além de cuidar dessa questão das drogas ele é também o superior hierárquico da ABIN, Agência Brasileira de Inteligência” (entrevistado 12).

Apenas um dos entrevistados relativizou esta idéia do conflito entre saúde e segurança pública. Contudo, em seu discurso, ele reafirmou as diferenças de percepção e de abordagens entre estes setores, diferenças essas assinaladas na maioria dos depoimentos. Em um primeiro momento, ele lembrou que as dificuldades de entendimento entre as duas instâncias governamentais remontavam à fase inicial de implantação da redução de danos no Brasil:

“As tensões e conflitos entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, justificadas pelas diferenças de abordagens e paradigmas no manejo do tema drogas, em particular no tocante às drogas ilegais, se evidenciaram de forma inequívoca por ocasião da primeira tentativa de implantação do programa de troca de seringas em Santos, 1989. Naquele momento a reação do Ministério da Justiça foi contundente, impedindo a execução do projeto de troca de seringas iniciado pela Secretaria de Municipal de Saúde de Santos” (entrevistado 15).

Na continuidade de seu depoimento, esse entrevistado coloca em evidência as diferenças mais acentuadas entre essas distintas esferas do poder público, embora faça menção à existência de um “conflito aparente” entre elas ao explicitar visões e modo de atuação específica de cada setor, as quais, quase sempre, contribuem para tensionar as relações interinstitucionais. Ao mesmo tempo, aponta limites na perspectiva adotada por ambos os setores:

“(…) os dois atores chaves seriam segurança pública e saúde pública. O embate entre esses atores apenas aparentemente é conflitante. Pode-se dizer que a segurança pública, como gestora de riscos, proíbe as drogas motivada, em primeiro lugar, pelos riscos sanitários (individuais e coletivos), em segundo lugar por respeito a uma legislação internacional a qual o Brasil é signatário. A saúde, por sua vez, admite que as drogas

nunca serão abolidas, especialmente porque desconfia – com razão – que nunca o desejo humano de transcender as limitações da consciência será extinto. No entanto, a Saúde, ao admitir não apenas os riscos do uso de drogas (...), mas também ao centrar sua atenção tão somente na assistência (em qualquer nível de prevenção), esquece que, para se promover saúde, deve-se atentar não apenas para a ausência de doença, mas principalmente para a construção co-responsável da qualidade de vida das pessoas. Se, para alcançar-se um quantum aceitável de qualidade de vida, as drogas devem ser toleradas ou não, isso é secundário diante do evidente desastre que representa em termos políticos, econômicos e sociais os resultados gerados pelo proibicionismo” (entrevistado 15).

Os reflexos das diferenças ideológicas, conceituais, culturais ou metodológicas entre saúde, Justiça e Segurança Pública tornam-se mais acirrados quando se focalizam as contradições entre o aspecto legal e a abordagem cotidiana por parte de representantes do Estado, em particular agentes policiais. As transformações mais recentes na legislação brasileira, as quais alteram significativamente o *status* do usuário de drogas ilícitas, se chocam, frontalmente, com uma “cultura” de segurança pública historicamente repressiva e norteadada pela lógica proibicionista que perdurou durante anos no país. Nesse sentido, persistem, de fato, as ameaças de prisão para redutores de danos que estejam entregando seringas e outros materiais preventivos aos usuários de drogas (Bastos, 2003).

Mais uma vez, ao discutir esta questão, emerge, entre os depoimentos, a alusão ao desconhecimento sobre o tema na sociedade brasileira: “você tem uma desinformação geral, tanto do usuário quanto da polícia”. Observa-se que ainda há muito temor quanto ao tratamento jurídico ou policial que será dado ao usuário de drogas ilícitas na nova conjuntura legal, como se apreende do relato abaixo:

“Eu acho que a coisa não está boa para o lado do usuário (...) porque ainda é um crime, ainda é contravenção, você tem que passar por uma série de constrangimentos por causa disso (...) o uso de drogas aqui no Brasil é muito delicado (...) é meio que um jogo de gato e rato, é perdas e ganho, porque, se de um lado você tem uma situação que o usuário vai ser despenalizado, ele não vai mais preso, você tem outras formas de coagir, se você for pego usando álcool e dirigindo, você vai preso. Isso foi uma estratégia, para pegar usuário de maconha, porque se você for pego dirigindo e usando maconha, você também é preso, ninguém sabe disso, só sabe quando for pego” (entrevistado 16).

Entre os obstáculos que podem dificultar a efetivação dos novos dispositivos legais relativos ao usuário de drogas no Brasil, foi mencionado o fato de que as percepções ou representações sobre o fenômeno da droga enraizadas no universo policial vão interferir no modo como este coletivo atua na abordagem do usuário. Ressaltou-se, sobretudo, que pelo fato das imagens sobre o consumo e o consumidor das drogas ilícitas serem negativas, o agente policial tenderá a driblar as novas regras impostas pela lei vigente:

“Se a polícia pensa que a maconha é uma coisa ruim, e eu vou usar uma expressão que ouvi durante anos dos policiais com quem trabalhei, ‘a maconha é coisa de safado’, o que é ligeiramente ideológico, porque a maconha é usada por tanta gente que não é dessa categoria dos safados, dos sujeitos que não tem vergonha na cara, dos sujeitos ruins, mas isso é o que circula. E se a polícia pensa assim e atualmente a lei diz que levar para uma delegacia não criminaliza mais, os policiais que pensam que é coisa de safado, não vai levar mais para a delegacia, vai fazer uma intervenção outra” (entrevistado 1).

Deve-se ressaltar, contudo, que algumas evidências coletadas indicam que a conduta policial frente ao usuário pode variar. Para alguns, a classe social pode ser um fator determinante nesta distinção de tratamento:

“Eu tenho percebido que a figura do usuário em algumas situações, quando a gente fala de algumas classes sociais, como a classe média, tem sido poupada. Mas, isso muda muito quando você fala de população de rua. A priori, nenhum policial tem direito de chegar batendo no cidadão sem antes saber o que ele está fazendo, mas é o que acontece com a população de rua” (entrevistado 16).

Uma situação que expressa claramente a ambiguidade que marca a atuação policial com relação ao tratamento dado aos usuários de drogas ilegais no Brasil foi relatada por um representante da segurança pública do Estado¹⁰³. A situação narrada por um agente de um órgão de segurança pública, conforme registro extraído do diário de campo, traz à tona o procedimento de um policial ao efetivar dois flagrantes de jovens consumindo drogas ilegais:

“Segundo relatou um policial militar para o informante, o primeiro flagrante ocorreu em um show de reggae, dentro um grande espaço de

¹⁰³ Esta é uma das situações que foram propiciadas graças à inserção profissional do pesquisador, cuja atividade insere-se na interface dos setores governamentais da justiça e da segurança pública.

eventos musicais da cidade. Ao realizar uma ronda pela área verde do espaço, o agente flagrou um jovem com um “papelote” de cocaína. Após confiscar a droga, liberou o usuário. Considerando as características do local, do grupo que se apresentava, do custo do evento, provavelmente o usuário era de classe média. Naquele mesmo dia, o agente participou de outra ronda, dessa vez em um pequeno bairro que já foi uma “invasão”, com topografia de encosta e índices de violência acima da média. Logo no início da ronda, os agentes se depararam com um rapaz fumando um “baseado” (maconha). Segundo o informante, ali mesmo o jovem passou por uma sessão de espancamentos. Em seguida, ele foi levado para a viatura e espancado durante o trajeto. Já dentro da viatura, sofreu outra sessão de espancamento e depois foi deixado no centro da cidade, a uns 4 km de sua casa” (diário de campo, maio de 2009).

As ambiguidades que cercam a conduta policial frente ao usuário de drogas no Brasil, após as mudanças mais recentes na legislação brasileira, se enquadram perfeitamente no cenário descrito por Becker em *Outsiders* (2009). Em realidade, suas reflexões não se referem especificamente aos agentes policiais. Ele ressalta que a sociedade está integrada por muitos grupos, os quais são portadores de um conjunto específico de regras. Além disso, as pessoas pertencem a muitos grupos simultaneamente. O autor destaca, particularmente, o contexto das sociedades modernas, marcado por um elevado grau de diferenciação interna associado com dimensões sócio-econômicas, étnicas, ocupacionais e culturais. Um cenário que torna ainda mais difícil a produção de consensos acerca das regras sociais e sua aplicação.

A pluralidade de visões e interesses presentes na contemporaneidade contribui, como enfatiza Becker (op. cit.), para gerar situações ambíguas no momento em que seja necessário decidir que normas devem ser tomadas como padrão para medir ou julgar se um comportamento é desviado ou não. A seu ver, presumir que quem viola as normas constitui uma categoria homogênea, pois cometeu o mesmo ato desviante, é ignorar o feito central: o desvio é uma construção da sociedade. Vejamos seus argumentos:

“La desviación nos es simplemente una cualidad presente en determinados tipos de comportamientos y ausente en otros, sino que es más bien el producto de un proceso que involucra la respuesta de los otros. El mismo comportamiento puede constituir en un determinado momento una infracción a la norma y en otro momento no, puede ser una infracción se es cometido por determinada persona y por otra no, y algunas normas pueden ser violadas con impunidad y en otra no. En resumidas cuentas, el hecho de que un acto sea desviado o no depende

en parte de la naturaleza del acto en si (vale decir si viola o no una norma) y en parte de la respuestas de los demás” (Becker, 2009:33).

Cabe acrescentar que as dificuldades do trabalho daqueles que atuam em programas e serviços de redução de danos não se restringem aos conflitos com representantes do judiciário ou da segurança pública. Devem ser acrescentados, aqui, outros aspectos apontados como desafios importantes no dia a dia do trabalho deste coletivo. Referindo-se, especificamente, às atividades na esfera comunitária, um dos informantes, cujo trabalho incluía a supervisão de redutores de danos, enfatizou que o trabalho de campo em áreas socialmente vulneráveis (majoritária na ação da redução de danos no Brasil) coloca as equipes, frequentemente, em um fogo cruzado entre a polícia e membros do tráfico de drogas. Em sua análise, além de destacar as dificuldades de diálogo com os agentes da segurança pública, ela ressalta que, frente às peculiaridades do trabalho realizado nestes territórios, a melhor alternativa é procurar estabelecer uma convivência pacífica com os representantes do tráfico na área e, principalmente, fortalecer os laços e a parceria com a comunidade, quase sempre abandonada pelo Estado:

“(...) a gente fica numa situação meio delicada, porque a gente tem que agir em parceria com a polícia, porque a gente é Estado também e eles estão ali para fazer a segurança (...) mas se a gente entra muito na parceria com a policia, a gente perde a parceria com os traficantes que é muito mais viável, muito mais rentável para a gente, da muito mais pano para manga, com questão de trabalho pratico mesmo com a comunidade, porque a comunidade não aceita a intervenção da policia, então atualmente o que a gente tem procurado mesmo, eu particularmente como supervisora da minha equipe, é procurado estreitar minha relação com os traficantes, porque através deles que eu estou conseguindo fazer os eventos na comunidade, fazer fóruns de saúde, conselho de saúde, é através dos traficantes, porque os policia não estão muito querendo saber dessa população entendeu? Eles chegam, batem, espancam e vai embora. Então se a gente tem qualquer dialogo, assim, com eles é muito dificil, porque eles não estão dispostos a ouvir, isso seria uma coisa assim, de convocar a secretaria de segurança publica, e falar: _ Vocês vão ter que ouvir, vocês tem que respeitar os usuários de drogas. Teria que ser alguém maior que a gente, porque a gente não consegue essa comunicação, porque eles já tem uma idéia muito engessada” (entrevistado 16).

Outro aspecto identificado de modo consensual no universo pesquisado diz respeito às resistências às ações e abordagem da redução de Danos por parte de diferentes

setores da sociedade brasileira. Por um lado, se reconhece que a estratégia da RD perdeu o caráter marginal dos primeiros anos e ganhou maior legitimidade social, conquistando inclusive o status de estratégia formalmente inserida na política de saúde pública no campo das drogas no Brasil. Mas, ao mesmo tempo, são destacados muitos indícios que apontam a persistência de rejeição aos postulados da RD no país. A desinformação e a ideologia conservadora de parte considerável da sociedade brasileira são apontadas como os principais motivos para este comportamento¹⁰⁴.

Dois episódios, relativamente recentes, ocorridos em 2007, ilustram bem a situação apontada acima. Em junho de 2007, a mídia reagiu com veemência ao fato de que na Parada Gay realizada em São Paulo¹⁰⁵ tivesse ocorrido a distribuição de um panfleto ensinando como usar o ‘canudo’ de forma correta para cheirar cocaína. O folheto orientava para usar um canudo próprio, não compartilhar com outros e nem usar cédulas de dinheiro¹⁰⁶. O fato foi criticado na mídia (especialmente televisiva) sob o argumento de que o referido folheto incentivava o uso de drogas. A distribuição foi cancelada ainda no decorrer do evento.

O segundo episódio indica que os órgãos de fomento à pesquisa no Brasil também são reticentes a algumas das iniciativas sintonizadas com a proposta da Redução de Danos. No segundo semestre de 2007, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) suspendeu o financiamento de uma pesquisa-intervenção conduzida por duas renomadas pesquisadoras, cujo objetivo era avaliar os benefícios da redução de riscos no consumo de ecstasy nas danceterias de São Paulo¹⁰⁷. A direção da

¹⁰⁴ Em 2007, com a resistência e as pressões contra a incorporação da redução de danos, diversas entidades assinaram um manifesto em defesa da redução de danos no Brasil (cópia em anexo 5).

¹⁰⁵ Evento que ocorre anualmente em São Paulo e que vem atraindo, nos últimos anos, milhares de pessoas, entre grupos locais e turistas estrangeiros. Existe algo similar em outras capitais, mas que não tem a mesma afluência de público

¹⁰⁶ Qualquer infectologista diria que esses cuidados são importantes para se evitar a transmissão de hepatites, HIV e DSTs.

¹⁰⁷ O projeto apresentava características semelhantes ao *Balance*, projeto desenvolvido pelo CETAD. Ao refletir sobre o fato de que o projeto da Bahia não tenha sofrido repressão, uma informante argumentou: “na Bahia as coisas acontecem de uma outra forma mesmo, porque a questão da Balada Boa, eu conheço a história, a gente é parceiro, só existia o Balance e a Balada Boa. Agora, a Balada Boa não existe mais, só existe o Balance. Então assim, na Bahia eu acho que a intervenção da policia ela é muito mais tranqüila do que em cidades como São Paulo. A Balada Boa fazia muito menos que a gente faz. Se a gente atuasse em São Paulo com certeza a gente já teria sido pego, porque a gente faz bio-teste de pureza de substância, faz acompanhamento terapêutico com usuário, enquanto que o Balada Boa só circulava

FAPESP, que já financiava a pesquisa há um ano, suspendeu o apoio a partir da repercussão que a notícia a respeito do método utilizado na pesquisa obteve na mídia. Além disso, as pesquisadoras responsáveis pelo estudo tiveram que responder a processo judicial. O alvo privilegiado da polêmica foi um folheto informativo distribuído perto de algumas universidades, cujo título era “Balada boa”, e que foi considerado pela mídia como uma “apologia ao uso de drogas”. Vale registrar que esta foi a primeira vez que a fundação suspendeu o financiamento de um estudo por critérios morais.

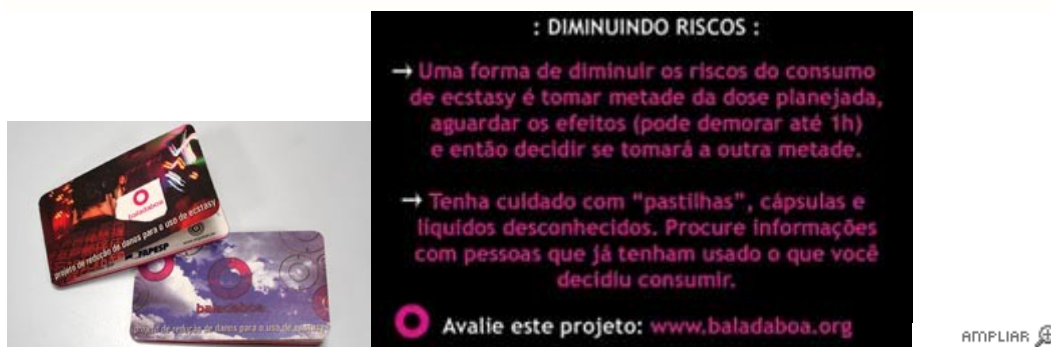


FOTO 16

Imagens da Cartilha do Baladaboa. Fonte: Jornal eletrônico GloboNews.

Nos dois casos, o Ministério da Saúde veio a público lembrar que a Redução de Danos é uma política de saúde pública reconhecida e protegida por legislação. Mas a virulência da mídia e a tímida reação oficial acenderam as luzes de alarme dos sanitaristas e movimentos que trabalham com redução de danos. Na ocasião, os episódios da Parada Gay e da censura na Fapesp mostraram que se trata de uma política pública de saúde que ainda precisa de muita informação e convencimento¹⁰⁸ para que seja devidamente efetivada.

informação”. Continuando na sua reflexão sobre este fato, a entrevistada comentou que já havia indagado ao diretor do CETAD sobre este fato: “ele falou uma coisa que eu achei até engraçada: ‘porque aqui, se você fala Balance e se você fala CETAD, você pode ter certeza que metade da policia vai conhecer o que é o CETAD’. A ação do CETAD aqui é muito forte, se você vincula a ação do Balance ao nome de Antonio Nery, a Secretaria de Segurança Pública vai saber do que esta se tratando, de quem é que você esta falando. Em São Paulo, eu acho que você não tem essa articulação que o Nery procurou fazer quando ele começou a trabalhar com redução de danos, que é uma articulação política com várias esferas, com Secretaria de Segurança Pública, com Secretaria de Saúde.”

¹⁰⁸ Conforme destacou Paulo Teixeira, consultor internacional e criador do primeiro programa de DST-Aids no Brasil: “Precisamos de mais dados, mais estudos, que se faça um marketing dessa estratégia de saúde e que o conceito de Redução de Danos seja divulgado junto à população” (Jornal on Line).

Ainda merece menção um terceiro episódio, este mais recente, ocorrido em Salvador. Por dois anos consecutivos, 2007 e 2008, foi proibida a realização, na capital baiana, da “Marcha da Maconha”¹⁰⁹. Na segunda tentativa, a polêmica foi mais acirrada e as repercussões mais graves para os organizadores da marcha. Conforme esclareceu um informante: “o Ministério Público ameaçou indiciar quem quis organizar a marcha alegando que isto é apologia ao uso de drogas”. Vale destacar que a denominada “apologia ao uso de drogas” foi mencionada nos episódios anteriores para justificar, grosso modo, a reação da mídia, do “grande público” e do judiciário. Atendo-se, especialmente, na atuação deste último, um informante sinalizou que este argumento tem sido acionado frequentemente para justificar processos judiciais, apontando para a existência de brechas na constituição brasileira que favorecem tais ocorrências:

“Algumas coisas mudaram com essa nova lei, eles estão pegando muito mais na apologia do que no uso (...) está tendo muito mais casos de pessoas que estão sendo processadas por este motivo (...) Você sabe, numa mesma constituição, você tem fala da redução de danos, mas você tem um artigo que é sobre apologia ao crime, se você for ler o que é apologia ao crime (...) ninguém sabe muito bem o que é, e aí se eu fizer um seminário sobre maconha, eu posso ser apologista?”(entrevistado 16).

Em outro depoimento, encontramos um discurso que apresenta uma visão alternativa aos significados e implicações da proposição e posterior proibição da Marcha da maconha. São identificadas as diferentes matrizes ideológicas subjacentes à reação jurídica ou social ao evento, bem como ao poder conferido a representantes da esfera legal para atuar em situações que julguem “abusivas”:

“Há 10 anos a marcha pela legalização era algo que nem eu pensava. Hoje, longe do CETAD, fora das instâncias acadêmicas, circula pelo mundo, circula pelo Brasil, circula em Salvador, a notícia de uma marcha pela legalização. Por outro lado, autorizar essa marcha quer dizer autorizar que o ‘demônio’ desfilasse nas ruas de Salvador. Ai a gente tem que compreender que a bancada religiosa foi contra, que os católicos foram contra, que muitos pais e mães de família que têm na maconha o monstro devorador de seus filhos, nenhum desses vão apoiar (...) o próprio promotor, a pessoa que suspendeu a marcha, faz um discurso dizendo “Esta marcha vai se caracterizar por pessoas fumando em nossas caras.” Quer dizer, isso é o que ele pensa. Mas ele tem a força da lei, eu

¹⁰⁹ Evento organizado pela ANANDA e outras entidades ativistas que defende a legalidade da maconha no Brasil.

não tenho essa força, você não tem essa força (...) Isso ainda está fortemente marcado por essa ideologia” (entrevistado 1).

E prossegue, vislumbrando, para os próximos anos, perspectivas mais favoráveis a um evento desta natureza:

“Eu acho que a próxima tentativa será mais exitosa do que a anterior e nos próximos 5 anos nós teremos uma marcha inelutavelmente em Salvador (...) daqui uns 5-10 anos os juristas atuais serão substituídos por outros que talvez já tenham sido tocados por uma compreensão sócio-antropológica das substâncias, em particular a maconha, que eu não tenho a menor dúvida que daqui uns cinco anos ela seja legalizada” (entrevistado 1).

Observa-se um grande contraste em termos de tolerância social e jurídica no Brasil quando se trata do uso abusivo de drogas legais, notadamente o álcool. Isto ocorre apesar do fato de que o consumo excessivo de álcool seja apontado como a principal causa de pelo menos 50% das mortes no trânsito e 30% dos homicídios. Neste contexto, não são registradas manifestações contrárias a campanhas que adotam slogans ou recomendações como: “se beber, não dirija”, ou “se beber, vá de táxi”, ou “eleja um amigo da vez que não beberá para dirigir na volta”. Tampouco há, aqui, a alusão à apologia ao uso do álcool. Referindo-se, especificamente, ao comportamento da mídia brasileira frente à questão do consumo abusivo de álcool, um dos informantes destacou o peso dos interesses econômicos neste processo. Foi descrita uma situação que revela certa subordinação das instituições no âmbito da saúde pública a tais interesses:

“(…) a tolerância em relação às bebidas alcoólicas é muito grande no Brasil. Há muito dinheiro envolvido. Eu já conversei com o chefe do setor de doenças mentais no ministério, falando, discutindo o assunto e ele estava me contando sobre as tentativas que estão tendo de colocar mais controle sobre as propagandas de bebidas alcoólicas. E estiveram reunidos no gabinete dele representantes dos canais de televisão dizendo '- A gente vai discutir isso. Mas, se for além disso, nós vamos fazer uma campanha contra vocês.' E isso era uma coisa que ele não tinha força política para ir contra, entrar numa guerra dessas contra as emissoras de televisão” (entrevistado 12).

Curiosamente, encontramos uma situação inversa na trajetória da psiquiatria brasileira. Neste caso, o alvo privilegiado de suas preocupações e intervenções foi, precisamente, o consumo abusivo de álcool. Outras drogas ou substâncias psicoativas, a

exemplo da maconha, foram relegadas a um segundo plano. Este fato foi claramente expresso no discurso de outro informante:

“(...) a psiquiatria se apropriou sempre do alcoolismo, menos ainda do tabagismo e fazia seu percurso ali na dor, a psiquiatria dos usuários de álcool e se interessava pouco pelos usuários de maconha e de cocaína, exatamente porque a psiquiatria embarcou nesse discurso ideológico de que maconha era coisa de bandido e, portanto, não era da prática médico-psiquiatra” (entrevistado 1).

Na atualidade, além da indústria do álcool, e provavelmente até mais influente do que esta se encontra a indústria farmacêutica. Entre os indicadores da força da indústria farmacêutica e de sua política de ocupação de espaços estratégicos, pode ser citado o fato de o Congresso da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas¹¹⁰ (ABRAMD), que ocorreu em junho de 2008 em um dos mais importantes hotéis São Paulo, ter sido patrocinado por laboratórios farmacêuticos. Neste sentido, não pode ser considerada uma coincidência a forte penetração, durante toda a programação do evento, de anúncios de medicamentos para deixar de fumar, outros que substituiriam a cocaína, além de produtos para detectar o uso de drogas em adolescentes e no trabalho¹¹¹.

“(...) o tema das drogas era muito mal tratado devido à hipocrisia, de uma forma análoga a como se tratava a sexualidade, fazendo de conta que não existia (...) mas, hoje em dia têm grandes discussões em nível nacional sobre o redução de danos. É um tema que muitos centros que trabalham com usuários de drogas se colocam contra essa abordagem do redução de danos, mas estão discutindo para falar mal. É uma idéia que está no ar cada vez mais” (entrevistado 12).

Completando o rol dos desafios que marcam o panorama atual da redução de danos no Brasil, encontram-se as dificuldades de atuar diante da escalada do consumo do crack em todo o país, um fato referido pela maioria dos integrantes do estudo.

¹¹⁰Fundada em 2005, a ABRAMD reúne profissionais de diversas áreas, como psiquiatras, psicólogos, farmacêuticos, advogados, biólogos, antropólogos, sociólogos, educadores e assistentes sociais, tendo como objetivo ser um fórum de discussão e intercâmbio científico dentro de uma visão ampla e multidisciplinar.

¹¹¹Como participante do evento, pude constatar este fato. Cabe acrescentar o relato de uma situação quase anedótica. Após a participação neste evento, os laboratórios começaram a enviar *e-mails* para o pesquisador com publicidade de seus produtos. Foi remetida também uma mensagem de fim de ano com os dizeres: “Feliz natal sem drogas”.

Inicialmente, o consumo do crack era identificado entre populações marginais das grandes cidades brasileiras. Hoje, o seu uso freqüente penetrou em todas as classes sociais, atingindo as áreas rurais do país. O depoimento de um dos entrevistados, que atua como gestor de uma das instituições investigadas, coloca em manifesto a lacuna existente no enfrentamento do problema pelo campo da saúde no Brasil. Ao mesmo, tempo, o informante menciona a tentativa de implantação, em São Paulo, de um tratamento para usuários de crack, o qual consistia em substituir o consumo de crack por maconha, considerado menos problemático. Mas, conclui, informando que a experiência foi interrompida graças à interferência do Estado:

“Nós não sabemos o que fazer com os usuários de crack, não temos medicamento para os usuários de crack, nós não tínhamos instituições adaptadas para usuários de crack, aí um colega de São Paulo verifica que quando um usuário de crack usa maconha, se intoxica com THC (tetrahydrocannabinol), eles reduzem o uso de crack, diminuem a demanda, diminuem a ansiedade, reduz a quantidade consumida e o número de vezes e às vezes as pessoas se tornam mais viáveis a uma abordagem (...) O poder público (...) suspendeu essa experiência com o argumento de que não era possível tratar uma prática ilícita com outra prática ilícita; o que não pôde ser atribuído à troca de seringas porque na troca de seringas, o objeto seringa não é um objeto ilícito (...) mas quando utilizo maconha para tratar crack, eu estou ofertando às pessoas um produto ilícito e isso o poder público não aceitou no Brasil” (entrevistado 1).

E continuando em sua análise acerca do episódio, o entrevistado trouxe à tona, mais uma vez, as dificuldades de adesão por parte da sociedade brasileira a práticas preconizadas pelo modelo da Redução de Danos:

“(...) essa que é a nossa grande dificuldade (...) porque nós, no ponto de vista da saúde, reconhecíamos largamente que há um enorme benefício de tudo que for possível fazer para diminuir os danos e abrir possibilidades de aproximação, eu até ousaria dizer, de ajuda do ponto de vista médico-psicológico ao usuário de qualquer substância psicoativa deveria ser permitido, autorizado. Mais aí a gente tem que fazer um salto da saúde para a cultura, quer dizer, a sociedade brasileira suporta muito mal” (entrevistado 1).

Foi referido também o fato de que os abusos policiais são mais comuns quando se trata da abordagem de determinados usuários de crack e maconha:

“Ninguém pode ser preso por causa de 2 cigarros de maconha, como é que uma pessoa que vive uma situação de vulnerabilidade social, vive na rua, ele vai ter noção disso, ele não tem noção disso, e não tem como ter noção, se você não tem um sistema de informação” (entrevistado 16).

Ao concluir este capítulo, é importante salientar que, tanto na revisão bibliográfica, quanto nos discursos apreendidos nas entrevistas, encontra-se a percepção de que, a despeito dos desafios e dificuldades a serem superadas, muitos avanços devem ser contabilizados. Dois depoimentos chamam especial atenção por estabelecerem um paralelo entre o período inicial de penetração da RD no Brasil e o momento atual. O primeiro deles é de um antropólogo que milita, simultaneamente, no âmbito da academia e no da política de drogas. Em sua fala, são ressaltadas as dificuldades e avanços no que se refere à produção de acumulações teóricas e técnicas na abordagem da RD, bem como os desafios inerentes à legitimação de seus princípios nos meios mais conservadores, destacando-se aqui o universo da medicina:

“Naquela época [década de 1980], ninguém sabia nada sobre usuários de drogas injetáveis, era uma população desconhecida, nunca vista (...) o Centro de Terapia para AIDS de São Paulo convocou um grupo de experts para ir discutir com eles a questão dos usuários de drogas injetáveis (...) ninguém tinha muita idéia por onde começar e a gente se referia a alguns textos americanos que eram muito escassos. E eu já nessa época propus uma pesquisa etnográfica e uma aplicação de questionário bastante aberto, mais exploratório para se ter idéia dessa população. Mas eu me lembro que as minhas propostas tiveram uma completa incompreensão por parte dos médicos do Centro de AIDS, que simplesmente não tinham a menor familiaridade com métodos qualitativos e etnográficos menos ainda. Eu chamo atenção para isso porque com o passar dos tempos as coisas foram mudando. Hoje em dia, a forma como os médicos usam esses métodos da sociologia, da antropologia, de fato de eles já de fato já estão bem mais familiarizados (...) os avanços são fruto também de pressões internacionais (...) Há duas associações internacionais a que os redutores de danos são associados e que servem para trazer idéias novas, encorajar, coisas assim”(entrevistado 12).

O segundo depoimento é de um coordenador de um centro de referência em drogas do Brasil e liderança indiscutível no plano das políticas de drogas no país. Seu discurso enfatiza, particularmente, os avanços em termos do debate público sobre descriminalização das drogas no Brasil, uma questão tida como tabu no país durante

muitos anos. Em sua fala, ele acrescenta uma análise sobre os limites e avanços da atual legislação brasileira de drogas:

“25 anos depois a gente está começando a dizer pra valer: _“Olha, é preciso descriminalizar”. Hoje diversos seguimentos sociais começam a ouvir isso. Em 90 quando eu comecei a falar mais claramente da legalização, as pessoas nem ouviam. Elas não respondiam, porque elas nem ouviam. Quer dizer elas negavam ouvir isso. A legalização era uma monstruosidade (...) Hoje eu penso que as pessoas estão ouvindo, começando a ouvir. Não discutem ainda o suficiente, mas já ouvem” (entrevistado 1).

(...) a lei descriminalizou o uso, mas não descriminalizou o tráfico, não descriminalizou. (...) Então, eu acho que isso caberia uma reflexão mais detalhada. (...) Mas, de qualquer sorte os usuários das substâncias ilegais, particularmente a maconha, não são mais considerados criminosos. Na lei de 76 era crime. A palavra crime desaparece agora na nova lei de 2006, o que há é uma transgressão passível de punição social, prestação de serviço (...) o tráfico continua sendo um crime hediondo e não existe fiança etc.” (entrevistado 1).

Podem ser apontados alguns indícios que corroboram essa visão que vislumbra, na conjuntura atual, perspectivas mais favoráveis para a redução de danos no Brasil. O panorama discursivo do II congresso da ABRAMD (2009), cujo tema foi “Drogas, Diversidade e Integração”, bem como o perfil dos participantes¹¹², refletem bem este novo momento. No folder da programação do evento constava um texto, que se transcreve abaixo, o qual expressa uma clara sintonia com os princípios da RD, além de defender uma perspectiva interdisciplinar e cooperativa no campo das drogas no país:

“(...) Embora existam muitas pessoas que usam substâncias psicoativas sem nunca desenvolverem problemas com este uso, no Brasil existe amplo debate sobre a necessidade de desenvolvimento de ações dirigidas para a redução dos problemas relacionados ao uso de drogas. As questões relativas ao uso destas substâncias envolvem grande complexidade e possuem múltiplas dimensões. No Brasil, hoje, muitas pessoas preocupadas com os problemas relacionados ao uso de drogas, profissionais e instituições desenvolvem atividades e produzem conhecimento sem a necessária integração e intercâmbio. Isto resulta em um enorme desperdício de esforços e recursos, constituindo um contínuo

¹¹² Estiveram presentes o primeiro “escalão” da SENAD e destacados defensores da Redução de Danos do Brasil e exterior como Francisco Bastos, Mônica Gorgulho, Edward MacRae, Tarcisio Andrade, Ethan Nadelmann e Oriol Romani.

“re-inventar da roda” nos mais diversos locais do país. Por estes motivos, é fundamental que se favoreça o debate e intercâmbio e que este inclua saberes e práticas das mais amplas origens, de modo a refletir sua diversidade e ao mesmo tempo, buscar caminhos de integração multidisciplinar”.

Vale notar, que diferentemente do congresso de 2008, antes mencionado, neste encontro observou-se um maior destaque para os Grupos de Trabalho dedicados aos programas de redução de danos em território brasileiro. Sobretudo, os debates sobre os desafios epistemológicos, técnicos e políticos inerentes ao processo de implementação da redução de danos no Brasil ganharam mais espaço na programação e maior consistência expositiva. Dentre os temas debatidos, podem ser destacados os seguintes pontos: reflexões em torno dos grupos vulneráveis, cujo contexto sócio-cultural em que estão inseridos contribui para tornar problemático o uso de drogas; as relações entre violência e criminalização da pobreza, apontados como determinantes da vulnerabilidade social antes referida; o panorama da política de drogas no Brasil, contemplando as esferas da prevenção e assistência, considerando ideológicas, tecnológicas e operacionais; a preocupação com o fato de que o país possui apenas 200 CAPSad, distribuídos em 165 municípios¹¹³ e que grande parte dos municípios desconhece a necessidade de implantação da redução de danos (RD) ou não estão sensibilizados; a constatação de que a prática da rede de serviços especializados em RD ainda está muito associada à troca de seringas; a dificuldade de integração entre os diversos atores e setores da sociedade na produção de políticas e práticas eficazes no campo das drogas no Brasil; a persistência de resistência a RD por parte de muitos setores da sociedade; as repercussões do alarme social em torno do incremento do consumo de crack em todo o país.

Concluindo este segmento, chama-se atenção para o fato de que os dados apresentados confirmam a segunda hipótese deste estudo, referida na introdução. Qual seja: a de que existe hoje no campo das drogas no Brasil – integrando políticas e práticas de prevenção e assistência - uma tensão, ou mesmo ambigüidade, entre o modelo orientado pela lógica proibicionista ou moral e o modelo da Redução de Danos, cujos princípios paradigmáticos divergem radicalmente do primeiro. Uma tensão que se expressa pelo ritmo irregular e tortuoso que apresenta a trajetória da RD no Brasil,

¹¹³ O Brasil tem mais de 5.000 municípios.

marcada por idas e vindas, retrocessos e avanços. Na opinião de Bastos (2003), vive-se, no Brasil, um período de transição entre uma visão simplificada de redução de danos e uma compreensão mais arrojada, a qual compreende a redução de danos como um movimento social. O autor enfatiza, neste processo, o papel da Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA), que consiste em apontar inadequações da política de "guerra às drogas", trazendo, ao mesmo tempo e necessariamente, contribuições que a substituam vantajosamente. É precisamente em torno da discussão sobre alternativas que contribuam para superar as limitações de ordem epistemológica e operacional apontadas no âmbito das políticas e práticas no campo das drogas no Brasil que trata o próximo (e último) capítulo.

CAPITULO VII

ALTERNATIVAS NA CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA LÓGICA ASSISTENCIAL NO CAMPO DAS DROGAS NO BRASIL

É possível, por exemplo, argumentar que nada pode dar certo se a crítica social e política é sempre incompleta, pois só leva em consideração um lado da questão. (...) No fundo, a proposta é somar as receitas do mundo público com o estudo crítico das relações pessoais. Pois só somando (e não subtraindo, como sempre tendemos a fazer) a casa, a rua e o outro mundo, ganhamos uma perspectiva adequada para compreender e mudar o Brasil. (72,2004)

Roberto da Matta (2004)

Neste último capítulo as discussões passam a ser guiada pelas seguintes questões: é possível construir um novo modelo de atenção às drogas no Brasil? Quais seriam as bases deste modelo? Iniciaremos esta reflexão tomando como ponto de partida algumas das proposições apresentadas por Romaní, as quais apontam perspectivas concretas de contribuição da antropologia no âmbito da pesquisa e intervenção em drogas. São destacados também, entre os princípios que podem nortear o modelo assistencial no campo das drogas no Brasil, dois fundamentos preconizados tanto por Romaní (2007; 2002) como por autores nacionais: a pertinência de estimular e valorizar o autocontrole e os controles informais como estratégias potentes no bojo de um modelo de atenção em drogas; o imperativo de se investir no processo de formulação e gestão participativa no âmbito das políticas e práticas dirigidas ao fenômeno do uso de drogas.

7.1. Contribuições do enfoque antropológico

Romaní elenca quatro âmbitos no espectro da intervenção em drogas para os quais a antropologia pode trazer contribuições valiosas. A saber: a investigação; a avaliação; a formação de profissionais; a educação sócio-sanitária. Ele destaca que a etnografia (apoiada por um rol de técnicas qualitativas como a observação direta, entrevistas em

profundidade, grupos focais, etc.), constitui a ferramenta mais fértil que a antropologia oferece para atuar nestes diferentes domínios.

O eixo da investigação é justificado de imediato pelo entendimento de que *“será através dela que necesitamos saber lo que pasa realmente ahí y, por lo tanto, ver si hay que intervenir y como”* (Romaní, 2007:130). O autor ressalta que, diante da complexidade do fenômeno das drogas, seria importante elaborar um estudo sistemático das drogas, abordando temas concretos. A partir dos dados e conhecimentos gerados no processo de pesquisa, será possível construir teoricamente o problema. Além disso, ao adotar uma abordagem etnográfica, como ele recomenda, será possível identificar elementos que permitam uma intervenção social sintonizada com *“la visión de mundo de la población asistida”*. Convergente com esta visão, Bastos (2003) sugere que um ponto de partida para a implantação de projetos orientados pelo paradigma da Redução de Danos é a realização do diagnóstico do contexto onde as atividades serão desenvolvidas, considerando pontos de vistas de diferentes envolvidos e suas necessidades.

Romaní adverte que os critérios de rigor na execução desta tarefa exigem uma postura crítica em relação ao planejamento das ações de prevenção e percepção da demanda que predominam atualmente no campo das drogas e, mais uma vez, explicita a concepção que deve nortear o modelo assistencial em drogas:

“(...) la construcción de un modelo sociocultural de percepción de las drogas debe analizar el campo al que se refiere el objeto “droga” no como un ente normativo (modelo penal) o patológico (modelo médico), sino como un campo de relaciones entre sustancias, sujetos y contextos (el conocido triángulo de Zinberg, 1984)” (Romaní, 2007:123).

Ao definir as finalidades principais do eixo da avaliação, orientadas pelo aporte antropológico, Romaní (op. cit.) reafirma a aposta na abordagem participativa. Ele destaca que a produção dos dados primários de avaliação dos serviços devem ocorrer a partir de *“procesos analizados por el conjunto de los participantes en los mismos, detectar el estado de una comunidad en la que se quiere instalar un dispositivo”*. Esta proposta corresponde ao que denominamos, na experiência do planejamento brasileiro,

como estratégia de territorialização, a qual pode ser brevemente definida como a identificação e enfrentamento de problemas em um dado território, considerando suas características históricas, políticas e socioculturais, a partir da visão do conjunto dos atores sociais que o integram. Este tipo de enfoque é especialmente útil para vencer as resistências às propostas inovadoras na abordagem das drogas, as quais, geralmente, são alvo de desconfiança por parte dos segmentos mais conservadores da sociedade.

É imprescindível, portanto, investir na negociação permanente em torno de metas, objetivos e instrumentos relativos aos projetos e programas de drogas junto às diferentes instâncias sociais: lideranças e instituições na área da saúde, justiça, educação etc.; lideranças políticas, comunitárias e religiosas; usuários de drogas, seus amigos e familiares (Bastos, 2003). Convém destacar que os aportes na esfera avaliativa são especialmente úteis no caso brasileiro, tendo em vista o dado de que a ausência de monitoramento e avaliação de práticas e políticas de drogas no Brasil é apontada como um fator restritivo ao avanço neste campo.

No tocante à formação dos profissionais, Romaní esclarece que esta deve aliar abordagens teóricas mais gerais com estratégias que propiciem aos trabalhadores uma via permanente de reflexão acerca de suas vivências e percepções sobre o trabalho que desenvolvem. Este enfoque permite integrar dimensões subjetivas e operacionais presentes no contexto profissional dos que atuam com drogas.

Complementando as recomendações deste autor, salienta-se que, além de identificar as visões e perspectivas dos profissionais que atuam nas atividades de prevenção ou assistência, é importante problematizar os processos interativos que entrelaçam este coletivo com usuários de drogas, familiares, comunidade, gestores públicos, formuladores de políticas etc. Neste sentido, entre algumas das competências a serem desenvolvidas entre equipes de saúde ou trabalhadores sociais, destacamos a habilidade para atuar com o enfoque familiar e comunitário, considerando, especialmente, cenários e experiências de grupos marginalizados, socialmente vulneráveis etc. Considera-se que será através da aproximação com a vida cotidiana dos usuários e de sua rede social que os técnicos de projetos preventivos ou assistenciais da área de drogas poderão

desmitificar alguns dos estereótipos que os serviços reproduzem sobre o fenômeno da adição às drogas.

Outro desafio importante no processo de capacitação no campo das drogas é produzir, através de abordagens inovadoras, uma ruptura com práticas autoritárias e normativas, orientadas por relações assimétricas e formais. Características que inibem o posicionamento crítico e pró-ativo dos sujeitos. Por fim, no trabalho com a família, segundo esse enfoque alternativo, a construção de equipes interdisciplinares de mediadores não é suficiente dispor de “uma equipe técnica”; é necessário ter “uma equipe de trabalho convergente para uma mesma intencionalidade” (Takashima, 2004:89).

O último âmbito referido por Romaní (op.cit.) é o da educação sócio-sanitária. Inserem-se, aqui, o processo ampliado de negociação social em torno das intervenções pretendidas. Vale destacar que a educação em saúde, como é denominada no Brasil, é um dos principais pilares do modelo de promoção da saúde que vem sendo preconizado pelo campo da saúde coletiva brasileira. Este âmbito deve contemplar as distintas populações e grupos sociais que guardam relação com os objetivos e ações a serem implementadas, de modo a garantir a viabilidade ou factibilidade das intervenções. A referência recorrente aos processos dialógicos e participativos das proposições de Romaní (op. cit.), onde a polifonia é claramente realçada, é apontada pelo autor como uma condição especialmente oportuna no contexto das sociedades contemporâneas marcadas por uma grande heterogeneidade sociocultural.

Para favorecer uma maior interação entre os diferentes atores sociais que produzem sentidos e/ou práticas associadas com o fenômeno das drogas, Zaluar (2003) sugere o investimento na discussão livre e aberta em vários fóruns entre usuários e não-usuários. Da mesma forma, entre pesquisadores das ciências biológicas e das humanas a respeito dos efeitos farmacológicos das drogas, assim como sobre a personalidade e a saúde mental do usuário e o contexto social do uso da droga. Tal parece ser a saída para os impasses e desafios de uma nova conceituação das substâncias classificadas hoje como “drogas”. Nos termos da autora, esta abordagem tem o mérito de aproveitar a

experiência dos próprios usuários e o seu saber adquirido sobre o uso e os problemas do abuso.

7.2. A valorização dos controles informais

Neste ponto deslocamos o foco do debate para a discussão em torno da valorização dos controles informais e do autocontrole como elementos integrantes de um modelo sociocultural em drogas. Sobre este tema, Romaní chama atenção que:

“No estamos hablando sólo de la renovación de prácticas y culturas profesionales (aunque las incluye), sino también de la oportunidad de contribuir al debate ideológico y político acerca de qué tipo de control social queremos impulsar: (...) si decidimos aprovechar la ocasión e intervenir en esta transformación de las estrategias de control social para orientarlo hacia otro tipo de mundo un poco más vivible para todos sus habitantes” (Romaní, 2003: 448).

Parte-se do pressuposto de que em todas as sociedades existem controles culturais do uso de drogas e de que “tais controles são muito mais efetivos quando partem da experiência dos próprios usuários, e muito menos efetivos quando impostos de fora por alguma ‘autoridade competente’, sem nenhum entendimento do mundo cognitivo do consumidor” (Henman e Pessoa Jr., 1986:11). Tal como aponta Bastos (2003), não é tarefa fácil resgatar o papel propositivo de comunidades de usuários de drogas.

Dentre os fatores que dificultam esta empreitada, são destacados pelos autores: o caráter marginal e estigmatizado das práticas em questão; os aspectos criminalizantes da legislação; os possíveis danos decorrentes do próprio consumo sobre o psiquismo, e à saúde de um modo geral; a interação social dos usuários de drogas. Apesar das dificuldades assinaladas, eles recordam que são muitos os exemplos de sucesso deste tipo de abordagem em diferentes contextos¹¹⁴. É destacado, aqui, o fato de que as associações de usuários holandeses foram os pioneiros na implantação de programas de

¹¹⁴ Entre os exemplos exitosos, são referidas as experiências que vem sendo empreendidas em populações afetadas pelo HIV/aids, mais especificamente, as diferentes iniciativas das comunidades gays de países desenvolvidos e de alguns países em desenvolvimento que, efetivamente, mudaram o curso da epidemia (controlando-a ou minimizando-a substancialmente) em inúmeras comunidades.

troca de seringa, constituindo uma referência para os programas de saúde pública implantados posteriormente.

É precisamente no marco de referência das propostas orientadas pela redução de danos, a exemplo da experiência holandesa acima referida, que identificamos uma maior valorização do autocontrole e de outras formas de controles informais. O respeito às idiossincrasias e necessidades dos usuários, principalmente a sua autonomia frente às decisões que dizem respeito a seu corpo e ao modo de conduzir a vida, figuram entre os fundamentos do modelo de Redução de Danos. Neste sentido, qualquer modelo assistencial no campo das drogas orientado por este paradigma deve apresentar entre suas características, necessariamente, a diversidade de alternativas terapêuticas e a flexibilidade em termos de programação de atividades, rotinas e fluxos. Sobretudo, deve-se abrir mão do estabelecimento da abstinência como requisito para a inserção e/ou continuidade em programas e atividades.

Conforme pontua Marlatt (1999), a redução de danos promove acesso a serviços de baixa exigência¹¹⁵ como uma alternativa para abordagens tradicionais (de alta exigência). Neste enfoque, a abstinência não é um pré-requisito para receber o tratamento para dependência ou outro tipo de assistência, o que, via de regra, favorece a adesão dos usuários às ações ou recomendações propostas. Entre os mecanismos adotados pelos programas de baixa exigência para lidar com os usuários de drogas e suas redes, o autor destaca: o estabelecimento de parcerias e cooperação com a população-alvo no desenvolvimento de novos programas e serviços; o investimento em estratégias que ajudem a reduzir o estigma social associado aos usuários de drogas, incluindo aqueles que buscam ajuda; o oferecimento de um enfoque integrador ou mais adaptado (às suas condições ou modo de vida) do uso de substâncias e práticas sexuais de alto risco. O autor chama atenção para o fato de que aqueles que pretendem trabalhar com redução de danos devem estar dispostos a assumir uma condição *si ne qua non*:

“Os defensores da abordagem de baixa exigência estão dispostos a encontrar o indivíduo em seus próprios termos – “encontrá-lo onde você estiver”, em vez de ‘onde deveria estar’. Informações de membros da

¹¹⁵ Inserem-se nesta modalidade, como lembra o autor, os programas comunitários de rua.

população-alvo são bem-vindas e estimuladas, na tentativa de forjar uma parceria ou uma aliança entre os que fornecem os serviços e os que os recebem (mesmo quando ambos os grupos consistem de usuários de drogas ativos)” (Marlatt, 1999:50).

Uma das terapeutas que atuam com redução de danos entrevistada na pesquisa trouxe uma posição claramente convergente com a visão acima. Referindo-se à atuação dos redutores de danos, destacou a importância de que estes cheguem muito próximos da “roda dos que usam drogas, da sua rede, nos guetos onde os agentes de saúde não conseguem chegar”. Outra informante, uma técnica que também atua com redução de danos, foi mais enfática em sua entrevista na defesa de uma abordagem que respeite o usuário como cidadão e não pretenda impor qualquer tipo de conduta. Em seu discurso, se explicita uma oposição radical a qualquer abordagem de tipo prescritiva ou moralista. A meta é fomentar a capacidade de reflexão e atuação do usuário, muitas vezes visto como um enfermo ou incapaz:

“(…) Eu acho que se você chega a campo, principalmente em campo de uso de drogas, de compra, venda, de tráfico, estendendo a mãozinha de cara limpa, dizendo: ‘- Não uso drogas. Por favor, você seja também cara limpa e não use drogas’. Você não consegue se comunicar. Entendeu? As pessoas não conseguem lhe entender, nem te ouvem, e não estão preocupadas em te ouvir. (...) o grande lance da redução de danos é que ela trata o usuário não como um agente passivo, mas como um sujeito, um agente que se empodera¹¹⁶ da sua vida, e que deve pensar sobre sua saúde (...) A gente, profissional de saúde, está aqui para pensar com ele e não para impor qualquer coisa. Eu acho que por isso que dá certo, pela abordagem, que não é incisiva, não é violenta, que nem toda essa abordagem de prevenção, de tratamento, que procura isolar o sujeito (...) tem a idéia de usuário de drogas como doente” (entrevistado 16).

A informante reproduziu, na sequência, um diálogo que teve com um usuário no qual ele expressa sua opinião sobre a redução de danos, aprovando o tipo de abordagem defendida em seu depoimento:

“(…) Eu ‘tava’ conversando com o usuário (...) eu perguntei para ele, o que você acha da redução de danos, por que você está tão confiante na redução de danos? Ele é usuário de crack há 20 anos. Aí ele falou uma coisa muito interessante: -|A redução de danos me deu a possibilidade...

¹¹⁶ O termo mais difundido na literatura é *empowerment*. Alguns autores brasileiros utilizam a tradução empoderamento, outros preferem manter o termo em inglês.

não chegou com a resposta, ela chegou com a pergunta, entendeu?” (entrevistado 16).

Por fim, a técnica complementou sua argumentação chamando a atenção para a importância do perfil de profissional que atua com redução de danos, cuja trajetória facilita a aproximação e comunicação no universo dos usuários:

“(…) você tem uma galera que já chega de uma outra forma. Particularmente, a redução de danos que a gente faz, a maioria dos redutores são ex-usuários. Então, eles sabem do que estão falando, eles podem não ter uma universidade, mas eles passaram por um processo de uso compulsivo, e saíram disso, e a redução de danos os ajudou. Então, eles são as pessoas mais capacitadas para estar falando com os usuários de drogas, que é possível, numa linguagem que seja compreensível e não numa linguagem médica” (entrevistado 16).

Pode-se dizer que houve um discurso recorrente entre os entrevistados que atuam diretamente com redução de danos: “deve-se estender a mão, mas deixar que o usuário decida como lidar de uma forma mais saudável com o uso de drogas, dentro da condição de vida dele”, “fazer com que ele seja um gestor deste processo”. Uma visão que coincide com os princípios da redução de danos difundidos na literatura nacional¹¹⁷ e internacional. Convém lembrar que, ao reconhecer o usuário como sujeito e cidadão responsável pela suas escolhas, torna-se imperativo assumir que a experiência de cada usuário e seu grupo de referência é singular e indica diferentes possibilidades no cuidado à saúde, pois os riscos enfrentados adquirem contornos e significados diversos em cada grupo. Seria importante, portanto, resistir à tentação de produzir uma imagem homogeneizante dos usuários de drogas, ainda quando se tenta particularizar o perfil de consumidor segundo a substância (crack, maconha, ecstasy ou cocaína). Becker (2009) ao referir-se à conduta de grupos desviantes adverte:

“Estos grupos no necesariamente comparten siempre las mismas reglas, de hecho no lo hacen. Los problemas que enfrentan al tratar con su entorno, la historia y las tradiciones que traen con ellos, son todos

¹¹⁷ Embora este ponto não seja inteiramente consensual entre os especialistas brasileiros. Zaluar (1999) problematiza este princípio, ao advertir para os limites de programas de redução de riscos fortemente centrados na ideologia da liberdade individual, o que poderia limitar a intervenção estatal nos problemas associados do uso de drogas. Ela cita como exemplo o caso de países que adotaram sistemas de distribuição gratuita de drogas ilícitas e de seringas e que dependem da iniciativa espontânea de usuários que desejem ajuda, seja para livrar-se de uma dependência ou para diminuir os riscos de infecção. Ao mesmo tempo, a autora reconhece a importância de se respeitar a subjetividade do usuário, mas questiona a ausência de estratégias sociais mais amplas que possam impactar na produção de imagens e representações sociais acerca das drogas, dos problemas e dos usuários.

factores que conducen al desarrollo de diferentes conjuntos de reglas. En tanto las normas de los diversos grupos entren en conflicto y se contradigan, habrá desacuerdo acerca del tipo de comportamiento adecuado para cada clase de situación” (2009: 34).

No estudo etnográfico, foram destacadas diferenças marcantes entre usuários, segundo, por exemplo, o tipo de droga consumida. De forma mais específica, um dos informantes estabeleceu um paralelo entre consumidores de drogas sintéticas, identificados como “frequentadores das festas *raves*” (referindo-se, em sua fala, a um evento recente no qual realizara atividades ligadas à redução de danos), e usuários de crack. Sua comparação ressalta diferenças no perfil sócio-econômico, mas também o papel que ocupa a droga em cada caso. Referindo-se inicialmente ao primeiro grupo, comenta:

“Eu trabalho com população usuária de drogas sintéticas, álcool e cocaína também. É uma população de poder aquisitivo muito alto. Agora a gente tá indo para um festival no final do ano, que a gente vai atuar durante dez dias nesse festival, com estratégia de redução de danos, então o perfil básico de uma figura que vai para o Universo Paralelo [nome do festival], tem que ter no mínimo R\$ 1.(...) então é uma pessoa que tem acesso a informação sobre droga (...) ele não vai tomar cinco gotas, porque ele sabe o que acontece (...) é uma população mais informada, tem mais acesso à informação sobre drogas do que a população que eu trabalho na área usuária de crack (...) a população de usuários de sintéticos tem uma série de facilidades, eu acho que a substância ela não ocupa tanto espaço, é um uso recreativo, não ocupa um espaço problemático da vida e tão pouco é um problema para o trabalho, para as relações familiares, o que a gente percebe é que ocupa o espaço dos finais de semana e de férias mesmo, não interfere tanto na vida” (entrevistado 16).

Em seguida, seu depoimento marca as características de usuários de crack que são moradores de rua, colocando no centro da sua reflexão a questão da motivação para o consumo desta droga, claramente associado a processos de exclusão social. Seu discurso enfatiza, ainda, a responsabilidade do Estado na produção do quadro social descrito:

“(...) a outra população é completamente diferente, são moradores de rua. O crack, por exemplo, nessa galera, ele ocupa uma função fundamental, pelas entrevistas que eu faço com eles. Eu estava conversando com um cara que entrevisto, ele usa crack há 15 anos: ‘- Venha cá, por que você usa crack?’ Uma pergunta bem básica, e ele falou: ‘- Quando eu fumo

crack, eu não consigo dormir de noite. Se eu dormir de noite, se você mora na rua e você dorme de noite, tudo pode acontecer, você pode acordar queimado. Como já aconteceu com interlocutores de pesquisas que já morreram nesse processo, de um ano para cá, no meio da noite. “Então, eu uso crack porque eu quero ficar acordado”, “eu uso crack porque eu não tenho dinheiro para me alimentar” (...) Desculpas ou explicações que cada usuário dá, mas, o fato é que quando você tem uma situação de um sujeito que vive numa total ausência de assistência do Estado, um sujeito que não tem uma família, não frequentou uma escola - a maioria foi expulsa de casa, não tem uma assistência médica (...) e sofre preconceito mesmo, mora na rua e é usuário de crack. Ele sofre todos os estigmas do mundo, então eu acho que o uso de drogas entra dentro de um sistema de contravenção que para ele é interessante. Ele já é um excluído, está à margem (...) o uso do crack ocupa esse espaço na vida dele” (entrevistado 16).

No bojo desta reflexão sobre a importância de se considerar os diferentes perfis de usuários no processo de construção de políticas e serviços de drogas, convém destacar alguns princípios e/ou estratégias que poderiam integrar programas de prevenção propostos por Romaní (2008:307-8) dirigidos, particularmente, a jovens usuários de drogas:

- a) *El reconocimiento de que la gente joven se ve atraída por las drogas y va a experimentar con ellas pese a la prohibición. Los adultos consumen drogas más ligadas a la cultura hegemónica, pero en los jóvenes hay un tipo de consumo asociado precisamente a la contra-identificación con los adultos, por lo que ciertos consumos les atraen mucho más al estar prohibidos.*
- b) *Hacer circular y discutir la información objetiva tanto sobre los efectos deseados como no deseados de las sustancias. Efectivamente un joven puede ir a buscar en la sustancia determinadas efectos, pero en el camino se encuentra con otros que no esperaba.*
- c) *Fomentar el conocimiento de los distintos aspectos relacionados con las drogas, tanto en el individuo como en su entorno. Hablo de aquellos datos mas contrastados empíricamente provenientes de distintos ámbitos, desde el laboratorio y la clínica, hasta los tan variados de tipo comunitario, doméstico, callejero, etc. de todos los cuales obtendremos conocimiento de los distintos aspectos, tanto positivos como negativos, de los usos de drogas. No acostumbra a ser suficiente, pero sí es absolutamente necesaria.*
- d) *Aplicar las medidas técnicas, teniendo en cuenta que sólo funcionan cuando realmente se ubican en el mundo de los grupos correspondientes, y que son necesarias en efectos como el pánico, las nauseas, la sobredosis y, en definitiva, en distintos momentos de los procesos adictivos.*

- e) *La prevención en el campo de las drogas seguramente será mucho más útil si se centra en la capacidad de lograr que la gente maneje los usos sin llegar a lo que conocemos como adicción, que no si pretende utópicas abstenciones totales como norma general.*

7.3. A integração da família

Completando o elenco de características a serem incorporadas ou potencializadas em um processo de (re) estruturação do modelo assistencial no campo das drogas no Brasil, se destaca a questão da integração da família. Neste ponto deve ser vislumbrada tanto a ampliação de estratégias para estreitar as relações entre os serviços especializados e as famílias de usuários (ou não) de drogas, quanto o aperfeiçoamento de modelos teóricos e metodológicos que darão suporte à abordagem familiar.

Em outro trabalho (Trad, 2010) já se destacou o conjunto de evidências que apontam o papel da família na produção de significados e práticas associadas com o fenômeno das drogas. Bastos (2003) salienta que existem diversas modalidades de estratégias preventivas e/ou terapêuticas desenvolvidas com as famílias dos usuários de drogas, e que tais estratégias são de importância fundamental. Ele ressalta, entretanto, que no âmbito dos programas de redução de danos tais estratégias não têm sido muito exploradas e recomenda, fortemente, o engajamento ativo das famílias em quaisquer atividades de prevenção. O suporte e tratamento de pessoas às voltas com danos decorrentes do consumo de drogas é central a qualquer proposta séria de redução de danos e promoção da saúde e da cidadania. Conforme assinalou um dos entrevistados, que exerce função de coordenação de uma das instituições investigadas:

“Não é possível atender um usuário de uma substância psicoativa sem atender a caixa de ressonância do ambiente do usuário que é a própria família. Às vezes ela produz o consumo e sofre com isso e às vezes ela não produz mas sofre com isso. Então eu sempre achei que a família é uma caixa de ressonância de sofrimento, então era preciso... Então nós inauguramos desde o início, desde o primeiro dia um dispositivo dizendo “nós atendemos a família”. Mais tarde, eu pude compreender que isso foi interessante porque muitos usuários resistem até hoje ao tratamento, a ser levado pelo serviço, e eu sempre achei que se você começar pela família facilita a vinda do usuário porque ele reconhece que não é ele só, que não

é ele o bode expiatório a no ser convertido, a ser tratado e que a família começa por ela, e isso abre portas como pouca gente pode imaginar” (entrevistado 1).

Na abordagem com a família, é imprescindível romper com visões universalistas, ainda presas ao ideal da família nuclear burguesa. Já é consenso, na literatura especializada em família e parentesco, o declínio progressivo do modelo tradicional da família nuclear e a pluralidade de formatos e dinâmicas familiares que emergem na sociedade contemporânea (Singly 2005; Augé 2003; Segalen 2002; Meunier 2002). Este cenário deve ser necessariamente considerado no bojo do processo de políticas públicas de saúde dirigidas à família (Trad 2009; Bastos e Trad 1998).

Referindo-se especificamente à abordagem da família no campo das drogas, Francisco Bastos corrobora com esta posição e assinala a pertinência de se considerar a família numa acepção o mais livre possível de preconceitos, incorporando, por exemplo, aos programas de atenção às famílias, uniões entre pessoas do mesmo sexo, famílias estendidas ou de recorte pouco preciso frente aos padrões tradicionais (ainda que unidas antes por laços de amizade e afeto do que de parentesco e consanguinidade), etc. O autor ressalta a importância de se conseguir o apoio das pessoas mais próximas ao usuário de drogas, o que será facilitado à medida que se considerem e respeitem os valores éticos e culturais das famílias e comunidades. É destacado, ainda, que um dos principais ganhos da integração familiar em processos preventivos/assistenciais no campo das drogas é evitar a ruptura de laços familiares e sociais, apontado como “um dos mais profundos e complexos danos que o consumo abusivo de drogas e a inserção do usuário no circuito do tráfico e da repressão podem determinar” (Bastos, 2003:30).

Em efeito, as referências à família enquanto elemento chave no cotidiano do trabalho com usuários de drogas foram frequentes. Entre os relatos, merece destaque mais uma vez o depoimento da técnica, antes mencionada, que atua com redução de danos, seja pela referência explícita ao conceito de família que ela adota ou pelas várias situações narradas em que a família é representada como ator destacado em seus desfechos:

“Eu trabalho com o conceito de família extensiva, que não é uma família nuclear, não é pai, mãe e filho; é a família que você constrói no seu cotidiano, é um amigo, é aquela figura que tem o papel do seu marido, aquele cara que você chama de irmão, aquele núcleo duro que lhe dá uma base, que o sujeito chama de família, e aí existe um trabalho, não dá para trabalhar com o conceito de família tradicional, porque eles não têm, geralmente, é um conflito nas entrevistas quando você fala de pai e mãe, você tem pai? Você tem mãe? A maioria das pessoas teve problemas sérios, porque eu acho interessante, a maioria dos usuários teve problemas por causa da droga. O pai identificou o uso de crack, e expulsou de casa, e o uso do crack passa a ser um fator determinante na história de vida do sujeito, porque é quem tira ele de casa, é quem joga ele para rua, é muito delicado você falar em família nuclear aí. É muito delicado você falar de pai, mãe e filho, primos... Porque eles não tem essa estrutura, eles acabam constituindo família nesse modo de solidariedade que eles vivem em rua, na rua você não pode viver sozinho, você tem que ter um grupo, porque aí você tá dormindo, mas tem um cara ali que está acordado fumando, fazendo não sei o quê, mas está acordado, porque a convivência é muito de troca, entendeu? Então a gente na fala, na rua, é um outro conceito de família” (entrevistado 16).

Em consonância com as idéias apresentadas até aqui, deve ser enfatizado que em uma proposta que pretenda romper com abordagens tradicionais adotada por alguns serviços de apoio a família, necessitará adotar “uma metodologia dialógica, aberta e não determinada por um arsenal de instrumentos técnicos (...) uma coordenação entre os sujeitos sociais e a participação das famílias numa relação de horizontalidade.” (Takashima 2004:87).

O desafio maior consiste em resistir à tentação de modelos moralistas, doutrinários e rígidos. Existe sempre um risco, ao oferecermos alternativas assistenciais e preventivas ou, em um sentido amplo, alternativas de promoção da saúde e da cidadania, a uma população sabidamente marginalizada, estigmatizada e empobrecida, de resvalarmos no assistencialismo. No campo específico das drogas, Bastos (2003) identifica um tipo de assistencialismo que se configura como uma troca abortada, ou seja, uma relação unilateral de oferecer algo "atrelado" (ainda que subliminarmente) a um estímulo/reforço da sua condição de indivíduo inferiorizado sob algum aspecto (por ter piores condições de saúde ou menor status socioeconômico, por exemplo).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pero llegaría un momento en que el libro estaría escrito, estaría detrás de mí (...). Quizá un día, pensando precisamente en esta hora, en esta hora lúgubre que espero, agobiado, que llegue el momento de subir al tren, quizá sienta que el corazón me late más rápidamente, y que me diga: fue aquel día, aquella hora cuando comenzó todo.

Jean Paul Sartre (2002)

Para encerrar este trabalho, retomo a primeira pessoa e lanço um olhar que se estende, simultaneamente, sobre o trajeto percorrido na produção da pesquisa, e sobre os resultados derivados desta. No primeiro caso, gostaria de remarcar que assumi o risco de fazer da oportunidade, o principal critério na condução metodológica do estudo. A variação discursiva e de enquadre que caracterizam os três capítulos de resultados é um reflexo desta decisão. Ora, me enveredando por uma pesquisa mais bem documental, ora tentando me encaixar no papel de etnógrafo, mas sem a pretensão de realizar uma imersão profunda e, por fim, procurando cruzar diálogos com a literatura com outros advindos da interação com o campo e os informantes. Não sei se fiz a leitura correta, mas me sentia autorizado pelas orientações emanadas da denominada antropologia pós-moderna ou reflexiva.

Penso que esta via, pouco ortodoxa, foi compensadora pela riqueza de informações e dados que propiciou e, principalmente, por ter permitido agregar recursos variados que cada técnica oferecia. É importante confessar também que me senti, na maior parte do percurso investigativo, muito à vontade para lidar com um objeto que me era familiar desde distintas perspectivas. Seja no plano pessoal, posto que o consumo de drogas não me é alheio. Seja no plano profissional, uma vez que me incluo entre os muitos sujeitos que integram o campo de atuação em drogas. Por um lado, isto permitiu me mover entre

pesquisadores, técnicos ou usuários com certa desenvoltura. Mas, por outro, tornava mais difícil lograr o distanciamento necessário para reconstruir o objeto do lugar de pesquisador.

O esforço consistiu então em procurar tornar estranho ou familiar e, embora a observação não fosse tão participante, na etnografia das três instituições, no campo itinerante o meu envolvimento com as situações observadas foi bastante intenso. Em muitos momentos, reconheço, que salta aos olhos uma posição implicada. Neste ponto, como em muitos outros, foi fundamental a figura do diretor de tese. Uma terceira pessoa, nesta relação entre o pesquisador e tudo que se encontra circunscrito nisto a que se denomina *tese*.

O processo de pesquisa representou também uma oportunidade de confirmar o papel estratégico da antropologia no manejo do tema das drogas. Embora este ponto já tenha sido explicitado no último capítulo, enfatizo aqui algumas considerações sobre este aspecto. A primeira delas, diz respeito ao fato de que o emaranhado de enunciados e visões retratados no texto reafirma o pressuposto de que o campo das drogas é eminentemente polifônico. Deste modo, concorda-se com Romaní (2007:131) que *“las herramientas de la antropología en el campo de la salud en general, y de los problemas de drogas más específicamente” nos ayuda a “transitar entre (sub)culturas específicas (parciales... o no tanto): las de los diferentes profesionales, gestores y, sobre todo, pacientes y/o clientes, familiares y vecinos, cada vez más heterogéneos.*

Um segundo aspecto, sobre o qual já existe um maior reconhecimento entre especialistas no tema, é que o enfoque antropológico é particularmente adequado para compreender o contexto sócio-cultural em que se desenvolve o fenômeno das drogas. Detendo-se especificamente no contexto no caso brasileiro, fenômenos como pobreza, violência e drogas estão bastante imbricados. E é imprescindível desenvolver uma análise mais refinada em torno dos vários discursos produzidos em torno da interrelação destes três elementos de modo a compreender as dimensões ideológicas, políticas, econômicas e culturais.

Considero que os resultados encontrados confirmam as duas hipóteses formuladas em uma etapa preliminar da investigação. Com relação a primeira, o capítulo de contextualização da trajetória histórica da construção do problema das drogas no Brasil, que resgata as representações sociais sobre o fenômeno e a resposta do Estado durante o século XX, coloca em manifesto que o processo de controle e a regulação do uso de drogas no Brasil esteve claramente vinculado ao projeto iniciado desde o início do período republicano de modernizar o país, também nomeado de projeto civilizatório.

Quanto à segunda hipótese, central na presente tese, aponta para uma clara tensão na atual política de drogas no Brasil. Do ponto de vista da abordagem a ser adotada nas práticas dos serviços especializados: o ideal da abstinência absoluta convive com a incorporação progressiva do modelo da redução de danos. Por detrás desta tensão encontra-se de fato uma disputa entre aqueles que defendem uma política repressiva alinhada com a luta anti-narcotráfico e outros, quiçá mais numerosos a cada dia, que defendem uma abordagem mais humanizada e culturalmente sensível do fenômeno das drogas.

A partir dos dados apresentados sobre as políticas em curso no país, e fazendo uma análise retrospectiva, não restam dúvidas de que a realidade brasileira atual é mais favorável ao paradigma da Redução de Danos do que em outros períodos da história brasileira. Entretanto, a atuação do Estado é no mínimo *sui generis*. Pressionado pelos setores públicos sanitários, as novas regras restringem cada vez mais o uso de drogas legais como o tabaco e o álcool, ao tempo em que o governo reafirma o seu papel no processo de regulação neste campo. Ao mesmo tempo, sensibilizado pelas propostas de programas mais tolerantes e humanistas, o Estado tem criado dispositivos de defesa dos controles informais e dos direitos dos usuários de drogas, como a exclusão do regime fechado no tratamento de alcoólicos e o abrandamento das sanções aplicadas aos usuários de drogas ilegais.

A consolidação dessa nova via apresenta, contudo, desafios no plano legal e ideológico. Vale lembrar que, via de regra, o Estado delega seu poder regulador a determinados especialistas em problemas sociais, tais como médicos e policiais, cuja

competência para lidar com a complexidade inerente ao fenômeno das drogas é questionável. Embora possam ter legitimidade, a ação destes agentes é pontual e restrita a certas situações, enquanto que os controles societários exercem sua influência cotidianamente, através das redes de sociabilidade (Castel e Coppel, 1991).

As contradições da legislação brasileira dificultam a aceitação e expansão de programas que não pregam a abstinência. O Brasil é hoje, então, uma economia de mercado onde os controles morais são fracos, a ética não se enraizou no comportamento cotidiano, especialmente dos políticos e dos empresários e onde a lei não é vista pela população como justa e equânime. E é exatamente essa confusão entre valores pós-modernos e individualistas que não se baseiam nas “liberdades negativas” definidas legalmente, e as crenças tradicionais e hierárquicas, despidas de sua força moral, que faz reaparecer no imaginário social a idéia de um mal absoluto (Zaluar, 2006:48)

No plano ideológico e, certamente, cultural um dos grandes obstáculos, provém da dificuldade de conviver com a idéia do consumo de drogas como algo que se inscreve entre as práticas culturais milenares. Nesse sentido, constitui uma condição permanente a necessidade de romper com preconceitos e resistências que se consolidaram historicamente em torno deste fenômeno. Resistências que podem advir de dentro da própria equipe de trabalho, das famílias, de setores mais conservadores da sociedade civil organizada. Entre os usuários de drogas, um desafio importante, a ser superado, é a dicotomia legalidade e ilegalidade das substâncias, que, sem dúvidas, acarreta em ruídos no processo de comunicação da prevenção ao uso de drogas.

A produção de um discurso aterrador sobre as drogas ilegais, empunhado na publicidade de prevenção ou em outros contextos não tem surtido o efeito esperado de erradicar o consumo. Campanhas impositivas que pregam a abstinência absoluta, com base a slogans do tipo "diga não às drogas" ou "drogas matam" podem agradar a grande parte da sociedade, mas carecem de confiabilidade junto aos usuários (Karam 2003; Trad, 2004). Entre as conseqüências mais nefastas deste tipo de discurso, está a perda de credibilidade, que pode conduzir à desconsideração de quaisquer recomendações ou advertências, seriamente feitas sobre alguns riscos e danos à saúde, que, eventual, mas

realmente, podem advir de um consumo excessivo ou descuidado não só das drogas qualificadas de ilícitas, como de todas as substâncias psicoativas.

As falsas imagens produzidas pelo sistema em que se desenvolve esta política criminalizadora de condutas relacionadas a algumas dentre as inúmeras substâncias psicoativas conhecidas, impedem que se perceba que a proteção da saúde pública, que estaria a fundamentar a criminalização, contraditoriamente, acaba por ser afetada por esta mesma criminalização, trazendo a proibição maiores riscos e danos à integridade física e mental dos consumidores das substâncias proibidas (Karam, op. cit.). Os efeitos são avaliados, principalmente, em termos de serem prejudiciais ou favoráveis ao usuário de drogas e à sociedade como um todo, e não pelo comportamento ser considerado, em si, moralmente certo ou errado (Marlatt, 1999).

Paradoxalmente, este é um dos fatores que tem propiciado uma abertura para novas políticas e práticas no campo das drogas no Brasil. Parece ser que a inconsistência dos argumentos utilizados pelos defensores da proibição radical do consumo de drogas, baseada quase sempre em generalizações, vem se tornando evidente não apenas entre usuários, cujas experiências contrariam frontalmente as informações veiculadas sobre motivações, efeitos etc. Paulatinamente, diferentes grupos e setores da sociedade brasileira vem expressando a sua descrença frente ao modelo proibicionista.

Por outro lado, persistem as dificuldades de desenvolver uma ação mais integrada, que articule os diferentes atores sociais que militam ou atuam no campo das drogas. Na esfera estatal, foram apontados diversos indícios das dificuldades de construção de projetos conjuntos e articulados entre setores como Saúde, Segurança Pública e Justiça. Na maioria das propostas predomina a unilateralidade e a parcialidade, freqüentemente vinculadas a uma única perspectiva, “sem que exista uma abertura para pontos de vista distintos, de natureza complementar ou crítica” (Bastos, 2003:16).

Falando de um lugar e de uma trajetória que alia a prática da pesquisa com o campo mais aplicado da educação ou políticas públicas, chamo atenção ainda para outra lacuna em termos de uma prática mais integrada. Uma questão descrita em termos bastante

precisos por Bastos (2003). O autor pontua que no Brasil, como alhures, não se conseguiu uma integração efetiva entre pesquisa e intervenção. A ausência desta integração tem trazidos prejuízos para ambos os lados. No contexto da produção científica, o distanciamento da realidade de instituições que operam na formulação de políticas ou serviços de prevenção e assistência. No sentido inverso, encontramos intervenções que carecem de maior consistência ou que se ressentem da ausência de mecanismos eficazes de avaliação, fazendo com que os seus resultados sejam, basicamente, coincidentes com as opiniões a priori dos seus formuladores.

Concorda-se com Bastos sobre a importância de conferir consistência teórica e ética as propostas vinculadas à Redução de Danos. Esta seria uma das vias para construir uma percepção da Redução de Danos não como uma ameaça, mas como uma aliada do Estado na produção de uma política que conduza a um maior bem-estar da população, incluindo os usuários de drogas. Este processo pressupõe também a co-responsabilidade dos movimentos sociais, da sociedade civil. Através da inclusão destes outros atores, cria-se uma nova legitimidade para a intervenção do Estado (Zaluar, 1999).

Sobretudo, se retifica a máxima de que uma política de drogas não pode limitar-se a uma ação centralizada nos binômios enfermidade-delinquência, usuário-substância, legalidade-ilegalidade. Sua efetividade passa, necessariamente, pela identificação dos riscos psicossociais que vulnerabilizam indivíduos e grupos sociais, pelo investimento na melhoria da qualidade de vida da população, pelo entendimento do sentido cultural que permeia o consumo de drogas, pela inclusão dos sujeitos e/ou redes de consumidores, de suas famílias e comunidade no debate e intervenção vinculados ao fenômeno das drogas. A complexidade inerente ao fenômeno na contemporaneidade exige um profundo processo de resignificação de seus sentidos e representações. Se para alguns, o consumo de drogas responde a uma falta, convém lembrar como ressalta Zaluar (1998: 317), que a “privação é material e simbólica a um só tempo, é de justiça, é institucional”.

VIII - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ACSERALD, Gilberta. (1993) “A comunidade e a prevenção”. In ENEM, Clara Lucia & ACSERALD, Gilberta (orgs.), *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago.
- ACSELRAD, Gilberta. (2000) “A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas”. In ACSELRAD, Gilberta (org.) *Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 182-212.
- ADYALA, Julio. (1986) *Crime e castigo*. Rio de Janeiro: Fundação Rui Barbosa.
- ALMEIDA, Alba R. (2008) *Os avatares Institucionais no campo da drogadição e suas Incidências na construção de práticas terapêuticas alternativas*. Tese de Doutorado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 187 p.
- ALMEIDA, Stella; SILVA, Maria Teresa (2003) “Ecstasy (MDMA): effects and patterns of use reported by users in São Paulo”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, (1): pp.11-17.
- ALVES, Vânia. (2009) *Modelo de Atenção à Saúde de Usuários de Álcool e outras drogas no Contexto do Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad)*. [tese] Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva, 365 p.
- ANDRADE, Arthur et al. (1997). “Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do estado de São Paulo”. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria - APAL* 19(4): pp.117-126.
- ANDRADE, Tarcisio. (2004) “Redução de danos: um novo paradigma?”. In TAVARES, Luis A. B.; ALMEIDA, A. R.; NERY FILHO, A. et al. (orgs.), *Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo*. Salvador: EDUFBA/ CETAD/UFBA.
- ANDRADE, Tarcisio M.; ESPINHEIRA, Carlos Geraldo D'Andrea (Gey). (2008) *A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira*. www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/.../326817.pdf.
- ARAUJO, Ludgleydson et al. (2006) “Estudo das representações sociais da maconha entre agentes comunitários de saúde”. *Ciência e saúde coletiva*, 11(3): pp.827-836.
- AUGÉ, Marc. (2003) *Os domínios do parentesco*. Lisboa: Edições 70.

BALTIERI, Antonio; STRAEN, Eric; DIAS, João *et al.* (2004) “Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil.” *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4): pp.259-269.

BARATTA, Alessandro. (1992) “Fundamentos Ideológicos da Atual Política Criminal sobre Drogas”. In BASTOS, F. I. & GONÇALVES, O. (orgs.), *Só socialmente*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

BARROS, José. (2004) *O campo da História: especialidades e abordagens*. Petrópolis: Vozes.

BASTOS, A. C. de S. ; TRAD, L. A. B. (1998) “A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação em saúde”. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, ano 3, vol. 1, pp. 06-115.

BATISTA, Nilo (1985) “A penalização do Prazer”. In MARIA SABINA (orgs.), *Maconha em debate*. São Paulo: Brasiliense.

BASTOS, Ana Cecília; TRAD, Leny. (1998) “A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a Investigação em saúde”. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 1(3): pp. 06-115.

BASTOS, Francisco Inácio (1996). *Ruína e reconstrução: Aids e drogas Injetáveis na cena contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. pp.182.

BASTOS, Francisco Inácio; KARAM, Lúcia; MARTINS, Samir. (2003) “Redução de danos, ética e lei: os danos das políticas proibicionistas e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo”. In SAMPAIO, C.; CAMPOS, M. (orgs.), *Drogas, Dignidade & Inclusão Social – a lei e a prática da redução de danos*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA).

BECKER, Howard. (1977) *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar.

_____ (2009). *Outsiders:hacia una sociologia de la desviación*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

BELIER, I. (2004) “Du lointain au proche. Réflexions sur le passage d’un terrain exotique au terrain des institutions politiques”. In GHASARIAN, C. (ed.) *De l’ethnographie à l’anthropologie réflexive*. Paris: Armand Colin.

BONI, Raquel; PECHANESKY, Flávio. (2002) “Age and gender as risk factors for the transmission of HIV En a sample of drug users of Porto Alegre, Brazil”. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24(3): pp.137-140.

- BORENI, Paulo; GUIMARÃES, Romeu AND BORENI; Sabrina. (2004) “Possible hepatotoxicity of chronic marijuana usage”. *São Paulo Medical Journal*, 122(3): pp.110-116.
- BOURDIEU, Pierre. (1994) “O campo científico”. In Ortiz, R. (org.) *Sociologia*. São Paulo: Ática, pp. 122-155.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2004) Portaria nº 816. Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2002) Portaria 336/GM.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (1999) Minuta portaria NAPS/CAPS. Versão 02/012/99, Brasília. DF.
- BUCHER, Richard. (1996). *Drogas em tempos de AIDS*. São Paulo.
- BURKE, Peter (1992). “Abertura: a nova história, seu passado e seu futuro”. In BURKE, Peter (org.), *A Escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: editora UNESP.
- CALDEIRA, Zélia. (1999) *Drogas, Indivíduo e família: um estudo de relações singulares*. [Dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- CANOLETTI, Bianca & SOARES, Cássia. (2005) Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Revista Interface* (Botucatu-SP), 9 (16): pp.115-129.
- CARDOSO, Antonio. (1994) *A ideologia do combate à maconha: um estudo dos contextos de produção e do desenvolvimento da ideologia de combate ao consumo de maconha no Brasil*. Salvador: dissertação de Mestrado, UFBA/FFCH).
- CARDOSO, Maria Helena; GOMES, Romeu. (2000) “Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva”. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (2) Rio de Janeiro.
- CARLINI, Elisaldo Luiz. (1986) “Maconha (Cannabis Sativa): mito e realidade, fatos e fantasia”. In HENMAN, Anthony & PESSOA JR, Oswaldo. (Orgs.), *Diamba sarabamba: coletânea de textos brasileiros sobre maconha*. São Paulo: Ground.
- CARLINI-COTRIM, Beatriz. (1995) “Movimentos e discursos contra as drogas: o caso da sociedade americana”. *Revista ABP*, 17 (3): pp. 93-101.

CARLINI-COTRIM, Beatriz; ROSEMBERG, Fúlvia. (1991) “Os livros didáticos e o ensino para a saúde: o caso das drogas psicotrópicas”. *Revista de Saúde Pública*, 25(4): pp.299-305.

CARLINI-COTRIM, Beatriz; CARLINI Elisaldo Luiz; SILVA-FILHO Armando; BARBOSA M. T. (1989) “O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987”. *Ministério da Saúde (BR). Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987*. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde, (Série C: Estudos e Projetos 5); pp. 9-84.

CARLINI Elisaldo Luiz, CARLINI-COTRIM, Beatriz; SILVA-FILHO, Armando; BARBOSA M. T. S. (1990) *II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de primeiro e segundo graus, 1989*. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina.

CARNEIRO, Beatriz Helena. (1993) *A vertigem dos venenos elegantes*. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

CARNEIRO, Henrique. (2003) “Bebidas alcoólicas e outras drogas na época moderna: História da alimentação”. *Revista Historiador Eletrônico*.

<http://www.historiadoreletronico.com.br/faces/03120801.htm>.

_____ (1994) *Filtros, Mezinhas e Triacas: As drogas no Mundo Moderno*. São Paulo: Xamã Editora.

CARVALHO, Vera; CARLINI-COTRIM, Beatriz. (1992) “Atividades curriculares e prevenção ao abuso de drogas: uma questão polêmica”. *Revista Saúde Pública*, 26(3): pp.145-149.

CASTEL, Robert & COPPEL, Anne. (1991) “Os controles da toxicomania”. In EHRENBERG, A. (org.) *Individus Sous Enfluence*. Paris: Eds Spirit.

CASTEL Robert. (1978) *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Editora Graal.

CASTRO, Lúcia et al. . (2005) *Mostrando a real: um retrato da juventude pobre no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Faperj/Nau.

CERCLÉ, Alain. (2001) *El acoholismo*. México: Sigloveintiuno Editores.

- CHARLES, M. (2005) “El papel de la cultura en el control del consumo de drogas”.
- ROMANÍ, Oriol A. (org.), *Uso de drogas y drogodependencias, Revista Humanitas monografía* (5): pp. 163- 171. <http://www.fundacionmhm.org>.
- CHARTIER, Roger (1990) *A História Cultural. Entre Práticas e Representações*. Lisboa: Difel.
- _____ (1991) “O mundo como representação”. *Revista Estudos Avançados*, v. 5(11), pp. 1505-1515, São Paulo.
- _____ (1997) “*The Edge of the Cliff*”. In *History, Language and Practices*. Baltimore/London: The Johns HopkEns University Press.
- CLIFFORD, James (2003) “*Sobre la autoridad etnográfica*”. In REYNOSO, Carlos. (org.), *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona: Gedisa. p. 141-170.
- COMAS, D.; ROMANÍ, O. A. (2004) “*El control social. Reflexiones en torno a controles sociales y control social*”. In VV.AA. *Consumo y control de drogas: reflexiones desde la ética*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud
- COMELLES, Josep Maria. (1985) “*Sociedad, salud y enfermedad*” in *Antropología de la Medicina* (655).
- COSTA, Yvone Freire. (2003) *Polícia e sociedade no Brasil: o caso de Salvador*. [Tese de Doutorado] Lisboa, Instituto de Economia do Estado/Univ. Técnica de Lisboa.
- COSTA, Jurandyr Freire. (1980) *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Campus.
- COURTWRIGHT, David T. (2002, orig. 2001) *Las drogas y la formación del mundo moderno. Breve historia de las sustancias adictivas*. Barcelona, Paidós,
- COUTINHO, Maria; ARAUJO, Ludgleydson; GONTIES, Bernard. (2004) “*Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários*”. *Psicologia e Estudos*, 9(3): pp.469-477.
- COY, Ernesto; MARTINEZ, Maria (1988) *Desviación social: una aproximación a la teoría y la Intervención*. Murcia: Universidad de Murcia - Secretaria de Publicaciones.
- CRIPPA, José Alexandre; LACERDA, Acioly; AMARO, Edson; FILHO, Busatto; ZUARDI, Antonio Waldo; BRESSAN, Rodrigo (2005) “*Efeitos cerebrais da maconha - resultados dos estudos de neuroimagem*”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), SP.
- CUNHA, Ana Luiza (2007) *A nova lei de drogas e o tratamento processual dispensado ao usuário*. Disponível em: <http://www.blogdofg.com.br> 19julho.

- DALGALARRONDO, Paulo et al. (2004) “Religião e uso de drogas por adolescentes”. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26(2): pp.82-90.
- DAVENPORT-HINES, Richard. (2003) *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas 1500-2000*. Madrid: Turner Fondo Cultura Económica.
- DELBON, Fabiana; DAROS, Vera; FERREIRA, Elza Maria. (2006) “Avaliação da disponibilização de Kits de redução de danos”. *Saúde e Sociedade*, 15(1): pp. 37-48.
- DESLANDES, Suely; MENDONCA, Eduardo; CAIAFFA, Waleska et al. (2002) “As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas Injetáveis.” *Caderno de Saúde Pública*, 18(1): pp.141-151.
- DÓRIA, Rodrigues (1986) “Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício.” Em: HENMAN, A.; PESSOA JR, O. (Org.), *Diamba Sarabamba: coletânea de textos brasileiros sobre maconha*. São Paulo: Ground.
- DUVICQ, Carmem Gloria; PEREIRA, Náyade Riquelme; CARVALHO, Ana Maria. (2004) “Consumo de drogas lícitas e ilícitas en escolares y factores de protección y riesgo”. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, (12): pp. 345-51.
- ELIAS, Norbert. (1994) *O processo civilizador*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar.
- ELIAS, Norbert; SCOTSON, John E.. (2000) *Os estabelecidos e os outsiders*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.
- ENGEL, Magali (1999) “As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social”. *História, Ciências, Saúde*, V(3): pp.547-63.
- ESCOHOTADO, Antonio. (1992) *Historia de las drogas*, vol. 1. Madrid: Alianza Editorial.
- _____ (1995) *Historia de las drogas*, vol. 2. Madrid: Alianza Editorial.
- _____ (1995a) *Aprendiendo de las drogas*. Barcelona: Anagrama Editorial.
- ESPINHEIRA, Carlos Gey. (1999) “Salvador: cidade das desigualdades”. *Cadernos do CEAS*. Salvador: Centro de Estudos e Ação Social, (184): pp. 62-79.
- FAORO, Raimundo. (2001) *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. São Paulo: Ed. Globo.
- FARIAS Francisca Lucélia, FUREGATO Antonia Regina (2005) “O dito e o não dito pelos usuários de drogas, obtidos mediante as vivências da técnica projetiva”. *Revista Latino-americana de Enfermagem*., 13(5): pp.700-7.

FERNANDES, Ana; GOMES, Marco Aurélio (1993) “Idealizações urbanas e a construção de Salvador moderna: 1850 – 1920”. In FERNANDES, A. et al. (orgs.), *Cidade e História. Modernização das cidades brasileiras nos séculos XIX e XX*. Salvador: Edufba.

FERNANDES, Rosali. (2004) “Processos recentes de urbanização / segregação em Salvador: o miolo, região popular e estratégica da cidade”. *Revista Bibliográfica de Geografia Y Ciencias Sociales (Serie documental de Geo Crítica)*, nº 523. Barcelona: Universidad de Barcelona.

FERREIRA, Pedro Eugenio; MARTINI, Rodrigo. (2001) “Cocaína: lendas, história e abuso”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2): pp.96-99. Porto Alegre.

FIGLIE, Neliana; FONTES, Andrezza; MORAES, Edilaine. (2004) “Filhos de Dependentes Químicos Com Fatores De Risco Bio-Psicossociais: Necessitam de um Olhar Especial?”. *Revista de Psiquiatria clínica*, 31(2): pp.53-62.

FIORE, Mauricio. (2005) “A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates Institucionais e jurídicos”. In Carneiro, H. & Venâncio, R. PP. (orgs), *Álcool e drogas na História do Brasil*. São Paulo: Editora Alameda.

FIORENI, João et al. (2003) “Use of licit and illicit drugs at the University of Alfenas”. *Revista Hospital das Clinicas*, 58(4): pp.199-206.

FONSECA, Guido. (1994) *O submundo dos tóxicos em São Paulo*. São Paulo: Editora Resenha Tributária.

FOUCAULT, M. (1999) *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.

FRANCO, Maria Laura (2004) “Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência”. *Cadernos de Pesquisa*, 34(121). São Paulo.

FREIRE, Gilberto. (1985) *Nordeste*. Rio de Janeiro: Ed. José Olímpio.

FREITAS, Maria do Carmo (2003) *Agonia da fome*. Salvador: EDUFBA; FIOCRUZ.

GALDURÓZ, José Carlos; NOTO, Ana Regina; NAPPO, Solange Aparecida; CARLINI, Elisaldo Luiz. (2002) *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo - 1999*. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina.

GAMELLA, Juan. (2003) “*Drogas y control social. Una excursión etnohistórica*”

Universidad de Granada". *Drogas, Sociedad y Ley*. Deusto: Editado L. Pantoja e edit. por L. Pantoja e J.A, Universidad de Deusto, pp.77-119.

_____ (2002) *Drugs and Alcohol in the Pacific. The make of New Consumption Trends and Its Consequences*. Aldershot (Ingl.): Ashgate Publishing.

_____ (2001) "Mareas y Tormentas: ciclos de policonsumo de drogas en España (1959-2000)". *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, (1): pp. 7-18.

GAMELLA, Juan; MARTIM, Elisa. (1992) "Las rentas de anfiòn: el monopolio español del opio en Filipinas y su rechazo por la administración norteamericana (1844-1898)". *Revista de Índias*, (194): pp. 61-106.

GARCIA MORENO. (1986) "Aspectos do maconhismo em Sergipe". In HENMAN, Anthony; PESSOA JR, Oswaldo. (org.), *Diamba sarabamba: coletânea de textos brasileiros sobre maconha*. São Paulo: Ground.

GEERTZ, Clifford. (1973) *A interpretação das Culturas*. Rio de janeiro: Editora LTC livros técnicos e científicos.

GENNARI, Emilio. (2008) *Em busca da liberdade: traços das lutas escravas no Brasil*. São Paulo: Edit. Expressão Popular.

GHASARIAN, Christian. (2004) "Sur les chemins de l'ethnographie réflexive". In GHASARIAN, C. (org.) *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive*. Paris: Armand Colin. pp. 5-34.

GODELIER, Maurice. (2004) *Briser le miroir du soi*. In: GHASARIAN, Christian. (dir.) *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive*. Paris: Armand Colin. p.193-212.

GIUMBELLI, Emerson (2003) "O 'baixo espiritismo' e a história dos cultos mediúnicos". *Horizontes antropológicos*. Porto Alegre, 9 (19).

GONÇALVES, Hebe (2005) "Juventude brasileira, entre a tradição e a modernidade Tempo Social". *Revista de Sociologia da USP*, 17(2): pp. 207-219.

GONÇALVES, A. L.; VENÂNCIO, R. P.. (2005) "Aguardente e sedição em Ouro Preto, 1831-1833". In CARNEIRO, Henrique; VENÂNCIO, R. P. (orgs), *Álcool e drogas na História do Brasil*. São Paulo: Editora Alameda.

GONDRA, José. (2004) *Artes de civilizar: Medicina, Higiene e Educação Escolar na Corte Imperial*. Rio de Janeiro: Ed.UERJ.

GORDILHO-SOUZA, Ângela (2000) *Limites do habitar: segregação e exclusão na configuração na contemporânea de Salvador e perspectivas no século XX*. Salvador: Edufba.

GRINSPOON, Lester; BAKALAR, James B. (1975) *La cocaína: una droga y su evolución social*. Barcelona: Ed. Hacer.

GUERREIRO, Goli Almerinda (2005) “A cidade imaginada - Salvador sob o olhar do Turismo”. *Revista Gestão e Planejamento*, 1(11).

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. (1994) *Etnografía: métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.

HENMAN, Anthony; PESSOA JR, Osvaldo. “Introdução” in HENMAN, Anthony; PESSOA JR, Osvaldo (Orgs.), *Diamba Sarabamba: coletânea de textos brasileiros sobre maconha*. São Paulo: Ground.

HERZLICH, Claudine. (1991) “A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença” in *Revista Physis*, 1:22-36.

IGLESIAS, Francisco de Assis. (1986) “Sobre o vício da diamba”. In HENMAN, A. & PESSOA JR, O. (Orgs.), *Diamba sarabamba: coletânea de textos brasileiros sobre maconha*. São Paulo: Ground.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População jovem no Brasil: a dimensão demográfica. IBGE. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 20 set. 2009.

KARAM, Maria. Lucia. (2003) “Redução de danos, ética e lei: os danos das políticas proibicionistas e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo”. In SAMPAIO, C.; CAMPOS, M. (orgs.) *Drogas, Dignidade & Inclusão Social – a lei e a prática da redução de danos*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA).

KERR-CORREA, Florence et al. (1999) “Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1,21(2): pp.95-100.

KESSLER, Felix et al. (2003) “Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas”. *Revista de Psiquiatria (RS)*, 25, supl.1, pp.33-41.

KLEINMAN, A. (1980) *Patients and Healers, in the Context of Culture*. Berkeley, California University Press.

- KORMAM, V. (1995) *Antes de la droga, que? Una introducción a la teoría psicoanalítica de la estructuración del sujeto*. Barcelona: GRUP IGIA.
- LAPLANTINE, François. (2005) *La description ethnographique*. Paris: Armand Colin.
- LARANJEIRA, Ronaldo. (2007) *Legalização de drogas no Brasil: Em busca da racionalidade perdida*. Acesso em 20-03-2009.
www.sobresites.com/dependencia/pdf/LegalizacaoXRacionalidade.pdf
- LARANJO, Thais Helena; SOARES, Cássia. (2006) “Moradia universitária: processos de socialização e consumo de drogas”. *Revista de Saúde Pública*, 40(6): pp.1027-1034.
- LEVIN, L. (1983) “Self-Care in Health”. *Annual Review of Public Health*, 4, pp181-201.
- LEWIN, L. (1970) *Phantastica*. Paris, Payot.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. (2003) *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. (1962) A crise moderna da antropologia. *Revista de Antropologia*, vol.10, n. 1 e 2.
- LOPES, Claudia e COUTINHO, Evandro (1999) “Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controle”. *Revista de Saúde Pública*, 33(5): pp.477-486.
- LOPES, Miriam Bahia; LIMA, Eduardo de Sousa. (2005) “A falsificação de vinho na cidade de Ouro Preto no século XIX”. In CARNEIRO, Henrique; VENÂNCIO, R. P. (orgs.) *Álcool e drogas na História do Brasil*. São Paulo: Editora Alameda.
- MACIEL, Luis Carlos. (1985) “Cultura e estados de consciência”. In SABINA, Maria (org.) *Maconha em debate*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- MACHADO, Eduardo Paes; NORONHA, Ceci Vilar. (2008) “A legitimidade ambivalente da violência oficial”. In TAPARELLI, Gino e NORONHA, Ceci Vilar Noronha (orgs.), *Vidas em risco: quando a violência e o crime ameaçam o mundo público e o privado*. Salvador: Editora Arcádia.
- MACRAE, Edward. (2004) “Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos”. In TAVARES, Luiz Alberto et al. (orgs.) *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: Edufba, pp. 27-48.

_____ (2003) *A subcultura da droga e prevenção*. Texto apresentado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador.

_____ (1999) “A importância dos fatores socioculturais na determinação da política oficial sobre o uso ritual de ayahuasca”. In ZALUAR, Alba. (org.). *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Editora Brasiliense.

MACRAE, E.; SIMÕES, Julio. A. (2000) *Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias urbanas*. Salvador: Edufba, CETAD/UFBA.

MAGGIE, Yvonne. “Ocidente, Maconha e misticismo”. In SABINA, Maria (org.), *Maconha em debate*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

MARCUS, George e.; CUSHMAN, Dick E. (2003) Las etnografias como textos. In REYNOSO, Carlos. (org.), *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona: Gedisa, p. 171-213

MARLATT, G. Alan (1999) “Princípios básicos e estratégias de Redução de Danos”. In *Redução de Danos: Estratégias práticas para lidar com comportamento de alto risco*.

MARLATT, G. A.; TAPERT, S.F. (1993) “*Harm reduction: reducing the risks of addictive behaviors*”. In BAERS, J.S.; MARLAT, G. A.; McMahon, R. J. (orgs.), *Addictive behaviors across de lifespan*. Newbury Park (EUA): Sage.

MARINHO, Monica (2005) “O demônio nos "paraísos artificiais: considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas”. *Revista Interface (Botucatu)*, 9(17): pp.343-354.

MARQUES, Ana Cecília; CRUZ, Marcelo (2000) “O adolescente e o uso de drogas”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Suplemento II): 32-36.

MARQUES, Fernando & DONEDA, Denise. “A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: Diretrizes e seus Desdobramentos nos Estados e Municípios”. *O Mundo da Saúde*, v. 23, n.1, p.10-191, 1999.

MARTÍ, O. (1996) “Pensar la dependencia y no la droga”. In X.Arana e R. del Olmo (orgs.) *Normas y Culturas en la construcción de la “Cuestión Droga”*. Barcelona, Ed. Hacer: 15-52.

MARTINS, Maira; SANTOS, Manoel Antonio; PILLON, Sandra Cristina. (2008) “Percepções de famílias de baixa renda sobre o uso de drogas por um de seus membros”. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(2): pp. 293-298.

- MASSARD, E. da F.; RIBEIRO, J. M.; BERTONI, N. & BASTOS, F.I. (2006) Programas de troca de seringas no Brasil: avaliação preliminar de 45 programas. *Cadernos de Saúde Pública* v.22 n.4. Rio de Janeiro.
- MELONI, José Nino e LARANJEIRA, Ronaldo. (2004) “Custo social e de saúde do consumo do álcool.” *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26 supl.1, pp.7-10.
- MENENDEZ, Eduardo. (2004) *Prefacio: Las drogas, sueños y razones*. Barcelona: Editorial Ariel.
- MEUNIER, C.. (2002) *La Place des Hommes*. Paris: Presses Universitaires de France.
- MICELI. (2001) “Norbert Elias e a questão do determinismo”. In WAIZBORT, Leopoldo (org.), *Dossiê Norbert Elias*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- MINAYO, Maria Cecília (2006) *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. (Coleção Temas em Saúde)
- MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, Suely (1998) “A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência”. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1): pp.35-42.
- MIRANDA, Angélica; GADELHA, Ângela Maria; SZWARCOWALD, Célia. (2005) “Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002”. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1): pp.207-216.
- MITSUKO, Aparecida M. A. (1998) *A Psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição*. São Paulo: Unimarco Editora.
- MORAES, Maristela (2008) “O modelo de atenção Integral à saúde para o tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepção de usuários acompanhantes e profissionais”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(1): pp. 121-133.
- MOREIRA, Fernanda. G.; SILVEIRA, Dartiu Xavier; ANDREOLI, Sergio B. (2006a) “Redução de danos do uso Indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3): pp.807-816.
- _____ (2006b) “Situações relacionadas ao uso Indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo”. *Revista de Saúde Pública*, 40(5): pp.810-817.
- MOTT, Luis (1986) “A história da maconha no Brasil”. In HENMAN, Anthony; PESSOA JR, Osvaldo (Org.), *Diamba Sarabamba: coletânea de textos brasileiros sobre maconha*. São Paulo: Ground.

- MUSUMECI, Bárbara. (1999) “O consumo de álcool no País”. In ZALUAR, Alba. (org.) *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense.
- NEIBURG, Federico. (2001) “O naciocentrismo das ciências sociais e as formas de conceituar a violência política e os processos de politização da vida social”. In WAIZBORT, Leopoldo (org.), *Dossiê Norbert Elias*. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo.
- NOTTO, Ana Regina; GALDUROZ, José Carlos. (1999) “O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil”. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, no.1. Rio de Janeiro.
- NOWLIS, H. (1977) *A verdade sobre as drogas*. Rio de Janeiro: IBCC/UERJ.
- O’HARE, Peter. (1995) “Apuntes sobre el concepto de reducción de daños”. In O’HARE, P. et al. (orgs.), *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: GRUP IGIA.
- OLIVENSTEIN, C. (1989) *Os Cuidados aos Toxicômanos. Uma Ética para uma Psicoterapia Perversa*. UERJ (Tradução por: Ana Sachetti - mimeo).
- OLMO, Rosa Del. (1990) *A face oculta da droga*. Rio de Janeiro: Revan.
- PAIM, Jairnilson; SILVA, Ligia Maria; COSTA, Maria da Conceição et al. (1996) “Condições de vida e saúde da população da cidade de Salvador”. Relatório parcial do Projeto *Análise da situação de saúde do Município de Salvador, segundo condições de vida*. Salvador: ISC/UFBA Inédito.
- PAIXÃO, 2003. “Problemas sociais, políticas públicas”. In ZALUAR, Alba. (org.) *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense.
- PECHANSKY, Flavio (2001) “Modelo teórico de exposição a risco para transmissão do vírus HIV em usuários de drogas”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1): pp.41-47.
- PECHANSKY, Flavio et al. (2000) “Estudo sobre as características de usuários de drogas Injetáveis que buscam atendimento em Porto Alegre, RS”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(4): pp.164-171.
- PEIRANO, Mariza. (1997) “Onde está a antropologia? ”. *Mana* v.3 n.2, p. 67-102. 1997
- PEIRANO, Mariza. (1992) *Uma antropologia no plural: três experiências contemporâneas*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília.
- PICCOLO, Fernanda; KNAUTH, Daniela (2002) “Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos”. *Horizontes antropológicos*, 8(17): pp.127-145.

- PILLON, Sandra Cristina., LUIS, Margarita Antonia; LARANJEIRA, Ronaldo. (2003) “Nurses' training on dealing with alcohol and drug abuse: a question of necessity”. *Revista Hospital da Clinicas*, 58(2): pp.119-124.
- PIMENTEL, Adriana. (2009) Práticas culturais dos jovens: um novo olhar sobre os jovens no campo da saúde. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 263 pp.
- PORZIO, Laura. (2008) *Cos, Biografia i Cultures Juvenils: Els estudis de cas dels skinheads i dels latins kings & Queens à Catalunya*. [Monografia de Doutorado] Tarragona:Universitat Rovira i Virgili.
- PRICE, Richard. (2004)\Meditação em torno dos usos da narrativa na antropologia contemporânea. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, v. 10, n. 21, p. 293-312.
- RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo Cesar; SOUZA, Iara Maria. (1999) *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- RÊGO, Rita de Cássia Franco, BARRETO, Maurício L. e KILLINGER, Cristina Larrea. (2002) O que é lixo afinal? Como pensam mulheres residentes na periferia de um grande centro urbano. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.18, no.6, p.1583-1591.
- REIS, Rosana; GARCIA, Maria Lúcia. (2008) “A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(6): pp. 1965-1974.
- REYNOSO, Carlos. (2003) “Introducción”. In REYNOSO, Carlos. (org.), *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona: Gedisa.
- RIBEIRO, Tatiana, PERGHER, Nicolau e TOROSSIAN, Sandra. (1998) “Drogas e adolescência: uma análise da ideologia presente na mídia escrita destinada ao grande público”. *Psicologia e Reflexão Crítica*, 11(3): pp.421-430.
- ROMANI, Oriol A. (2010) “La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos, sujetos y sustancias”. In Menendez et al. (ors.), *La epidemiología sociocultural*. Buenos Aires, Lugar Eds.
- _____ (2008) “Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño”. *Revista de Salud Colectiva*, Buenos Aires, 4(3): pp. 301-318.
- _____ (2007) “De las utilidades de la antropología social para la Intervención en el campo de las drogas”. In Esteban, Mari Luz (org.), *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Bilbao, OSALDE: pp.117-134.

- _____ (2003) “Prohibicionismo y drogas: ¿un modelo de gestión social agotado?”. In Bergalli, R. (org.), *Sistema penal y problemas sociales*, pp. 429-450. Valencia: Editora Tirant lo Blanch.
- _____ (2002) “Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas”. Hopenhayn, M. (Comp.), CEPAL- ECLAC (Naciones Unidas), pp.9-14. Santiago do Chile.
- _____ (1999). *Las drogas, sueños y razones*. Barcelona: Editorial Ariel.
- ROMANÍ, Oriol A.; ZINO, Julio; TERRILE, Soledad. (2003) “Drogas y gestión del conflicto social en el cambio de siglo: ¿Nuevos sujetos, nuevos espacios de riesgo?”. In Da Agra, C. et al. (orgs.) *La seguridad en la sociedad del riesgo: un debate abierto*. Barcelona: Atelier, pp. 227-243.
- ROMO, Nuria. (2005) “Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres”. ROMANÍ, Oriol A. (org.), *Monografías Humanitas: Uso de drogas y dependencia*. (5) 69-84. <http://www.fundacionmhm.org/Mono5/edicion.html> acesso: 20-10-2006.
- ROSELLI Ana Cecília; CRUZ, Marcelo. (2000) “O adolescente e o uso de drogas”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Suplemento 2):pp32-6.
- SALLAS, Ana Luiza. (2001) “Resenha: Os estabelecidos e os outsiders”. *Revista de Antropologia Social* (v.1), UFPR. <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/Endex.php/campos/article/viewPDFEnterstital/1561/19> Acesso: 20-11- 2008.
- SAMPAIO, SANCHEZ, Z. V. DER M., OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. (2004) “Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade”. *Ciências e Saúde Coletiva*, 9(1): pp.43-55.
- SANTOS, José Eduardo Ferreira. (2007) “Homicídios entre jovens de uma periferia de Salvador, Bahia: um relato de experiência sobre a violência e o desenvolvimento humano”. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, 17(3):72-83.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. (2005) “Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência”. *Ciências e Saúde Coletiva*, 10(3): pp.707-717.
- SCHENKER, M. e MINAYO, M. C. S. (2004) “Tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura”. *Cadernos de Saúde Pública* 20(3). Rio de Janeiro.
- SCHIVELBUSCH, Wolfgang. (1995, original 1985) *História de los estimulantes*. Barcelona: Editora Anagrama.

- SCHWARCZ, Lilia. (1994) “Espetáculo da miscigenação”. *Revista Estudos Avançados*. São Paulo, 8(20).
- SCIVOLETTO, Sandra; TSUJI, Robinson K.; ABDO, Carmina H. N.; et al. (1999) “Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2): pp.87-94.
- SEGALEN, M. (2002) *Sociologie de la famille*. Paris: Armand Colin.
- SEPULVEDA, Mauricio et al. (2008) *No en la puerta de mi casa: Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*. Barcelona: Grup Igia.
- SEVCENKO, Nicolau. (1998) “Introdução. O prelúdio republicano, astúcias da ordem e ilusões do progresso”. In SEVCENKO, Nicolau (org.) *História da vida privada no Brasil – República: da Belle Époque à era do rádio*, v. 3. São Paulo: Companhia das Letras.
- SILVA, Iêda Zilmara; TRAD, Leny A. B.. (2005) “O trabalho em equipe no PSF: Investigando a articulação técnica e a Interação entre os profissionais”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16): pp. 25-38.
- SILVA JÚNIOR, Nelson; ANDRADE, Ângela. (2007) “É melhor pra você!: normatização social da Infância e da família no Brasil”. *Revista do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense*, 19 (2): pp. 423-438.
- SILVEIRA, Dartiu Xavier et al.(2001) “Fatores associados a perfusão cerebral anormal em dependentes de cocaína”. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 23(1): pp.9-14.
- SILVEIRA, Dartiu Xavier; JORGE, Miguel Roberto (1999) “Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares”. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 21(3): pp.145-151.
- SIMÕES, José Luiz I. S.. (2008) *Processo Civilizador, Interdisciplinaridade e Controle da Violência*. Universidade Metodista de Piracicaba/CNPQ. <http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sites/anais/7/Trabalhos/Processo%20Civilizador%20Controle%20da%20Violencia.pdf>
- SINGLY, F. (2005) *Le soi, le couple et la famille*. Paris: Armand Colin.
- SOARES, Cássia; JACOBI, Pedro Roberto. (2000) “Adolescentes, drogas e AIDS: avaliação de um programa de prevenção escolar”. *Cadernos de Pesquisa*, (109): pp.213-237.

- SOUZA, Jacqueline; KANTORSKI, Luciane; MIELKE, Fernanda. (2006) “Vínculos e redes sociais de Indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD”. *SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas* (Ed. port.), 2(1).
- SOUZA, Delma Perpétua Oliveira de; MARTINS, Domingos Tabajara de Oliveira. (1998) O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.14, no.2, pp.391-400.
- STEMPLIUK, Vladimir et al. (2005) “Comparative study of drug use among undergraduate students at the University of São Paulo: São Paulo campus 1996 and 2001”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(3): pp.185-193.
- SZASZ (1992) *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- TAKASHIMA, Geney M. Karazawa. (2005) “O desafio da política de atendimento à família”. In KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (org.) *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: editor Cortez; Brasília, DF:UNICEF, pp. 77-92.
- TAVARES, Beatriz; BERIA, Jorge Umberto; LIMA, Maurício. (2001) “Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes”. *Revista de Saúde Pública*, 35(2): pp.150-158.
- TEIXEIRA, Carmem (2001) *O Futuro da prevenção*. Salvador: Casa da Qualidade Editora.
- TELLES, Paulo Roberto; VARNIER-ALMEIDA, Renan; BASTOS, Francisco Inácio. (1998) “Infecção pelo HIV entre usuários de drogas Injetáveis: análise dos fatores de risco no Município do Rio de Janeiro, Brasil”. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1(3): pp.245-255.
- TELLES, Vera da Silva; HIRATA, Daniel Veloso. (2009) “Brasil: el rostro menudo de la droga. *Revista Radiografía del Narcotráfico*. Santiago, Editorial Aun creemos en los sueños, Chile.
- TERRA, Mauro; FIGUEIRA, Ivan; ATHAYDE, Luciana. (2003) “Fobia social e transtorno de pânico: relação temporal com dependência de substâncias psicoativas”. Porto Alegre: *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(3): pp.436-443.1.
- TOUSSAINT-SAMSON, Adèle. (2003) *Uma parisiense no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Capivara.

TRAD, Sergio do Nascimento Silva. (2010) “Princípios e Desafios para a Integração da Família nas Políticas de Drogas. In TRAD, Leny A. (org.) *Família Contemporânea e Saúde: significados e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

_____ (2009) “Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais”. In NERY FILHO, Antonio et al. (orgs.), *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA/CETAD-UFBA.

_____ (2004) “A publicidade de drogas na TV: o contraste entre o discurso da prevenção e da publicidade comercial”. In TAVARES, L. A. et al. (orgs.) *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA/CETAD-UFBA.

_____ (2002) *Drogas e Mídia: o paradoxo da prevenção na sociedade de consumo*. [Dissertação de mestrado] Salvador: Faculdade de Comunicação/Universidade Federal da Bahia.

_____ (1998) *Cultura das drogas na escola e Modelos de Prevenção*. [Monografia de Graduação]. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia.

VARGAS, Heber; NUNES, Sandra. (1993) *Prevenção geral das drogas*. São Paulo: Ícone.

VELHO, Gilberto. (1999a) ”A dimensão cultural e política dos mundos das drogas”. In ZALUAR, Alba. (org.) *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense.

VELHO, Gilberto. (1999b) “O estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social”. In VELHO, Gilberto (org.). *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Zahar.

_____ (1998). *Nobres e anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

_____ (1981) “Duas Categorias de Acusação na Cultura Brasileira”. In VELHO, Gilberto (org.), *Individualismo e Cultura*. Rio de Janeiro: Zahar.

VELHO, Gilberto et al.. (1990) “Uma entrevista com Howard S. Becker”. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, 3(5): pp.114-136.

- VELLOSO, Mônica. (1990) “As tias baianas tomam conta do pedaço: Espaço e identidade cultural no Rio de Janeiro”. *Estudos Históricos*, 3(6): pp.207-228. Rio de Janeiro.
- VIEIRA, Denise; RIBEIRO, Marcelo; ROMANO, Marcos. (2007) “Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais”. *Revista de Saúde Pública*, 41(3): pp.396-403.
- WACQUANT, Loïc. (2008) “Descivilização e demonização”. In *As duas faces do gueto*. São Paulo, Boitempo.
- _____ (2001) “Rumo a uma ditadura sobre os pobres”. In *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- WENDEL, Travis; CURTIS, Ric (2002) “Tolerância zero – A má interpretação dos resultados”. *Horizontes antropológicos*, 8 (18), Porto Alegre.
- WILBERT, Johannes. (1994) “*The Cultural Significance of Tobacco Use En South America*”. In SEAMAN, Gary e DAY, Jane S. (orgs.), *Ancient Traditions: Shamanism in Central Asia and the Americas*. Denver: University Press of Colorado & Denver Museum of Natural History.
- WISSENBACH, Maria Cristina Cortez. (1998) “Da escravidão à liberdade: dimensões de uma privacidade possível”. In SEVCENKO, Nicolau (org.) *História da vida privada no Brasil – República: da Belle Époque à era do rádio*, v. 3. São Paulo: Companhia das Letras.
- ZALESKIL, Marcos et al. (2004) “Aspectos neurofarmacológicos do uso crônico e da Síndrome de Abstinência do Álcool”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (suplemento 1), pp.40-42.
- ZALUAR, Alba. (2006) “Pesquisa domiciliar de vitimização a cidade do Rio de Janeiro 2005-2006”. *Relatório final*. NUPEVI/IMS/UERJ/CRISP/UFMG. Apoio: CNPq PRONEX Instituto Pereira Passos IPP.
- _____ (2003) “Crime organizado e crise institucional”. Acesso: <File:///C:/Arti9gos/Natal2002.htm>(4 of 12) [04/08/2003 13:43:51]
- _____ (1999a) "A criminalização das drogas e o reencantamento do mal". In ZALUAR, Alba. (org.) *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense.

_____ (1999b) “Introdução”. In ZALUAR, Alba (org.), *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense, pp 7-21.

_____ (1998) “Para não dizer que não falei do samba: os enigmas da violência no Brasil” . In Lilia Moritz Schwarcz, *História da vida privada no Brasil – Contrastes da intimidade contemporânea*, v. 4. São Paulo: Companhia das Letras.

ZINBERG, Norman (1984) *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Havens - London: Yale University Press.

IX – ANEXOS

ANEXO 1

Universitat Rovira i Virgili

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball

Termo de Consentimento para participação na pesquisa

Declaro que fui esclarecido (a) e concordo em participar voluntária e gratuitamente da pesquisa *A trajetória da prevenção ao uso de drogas no Brasil: do modelo médico-jurídico à redução de danos* e compreendo que:

- a) A presente pesquisa visa reconstruir a trajetória da prevenção às drogas no Brasil analisando as suas repercussões para o modelo assistencial em nível local.
- b) Para coleta das informações necessárias para esta pesquisa serão realizadas entrevistas e observações em três instituições. Nestas ocasiões, poderão ser utilizados aparelhos para gravação áudio - visual e as informações coletadas serão utilizadas eticamente para fins de pesquisa, sendo, portanto, garantido o sigilo quanto as informações coletadas e autorizada sua análise e a divulgação pública dos resultados pelo grupo de pesquisa responsável.
- c) Poderei desistir de participar da pesquisa e revogar este consentimento a qualquer momento, sem que haja qualquer sanção ou pena por minha desistência.

Salvador, de de 2009

Participante RG

Sergio do Nascimento Silva Trad RG 06543152-99

Pesquisador – RG

ANEXO 2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 014-09 / CEP-ISC

Registro CEP: 017-09/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: "A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do modelo médico-jurídico à Redução de Danos."

Pesquisador Responsável: Sérgio do Nascimento Silva Trad
Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 26 de maio de 2009, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 27 de maio de 2009.

Leny Alves Bomfim Trad
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

ANEXO 3

Decreto-Lei - 891-1938

Capítulo I Das Substâncias Entorpecentes em Geral

Art. 1º - São consideradas entorpecentes, para os fins desta lei e outras aplicáveis, as seguintes substâncias:

Primeiro grupo:

I - O ópio bruto, o ópio medicinal, e suas preparações, exceto o elixir paregórico e o pó de Dover.

II - A morfina, seus sais e preparações.

III - A diacetilmorfina, diamorfina (Heroína), seus sais e preparações.

IV - A dihidromorfina, seus sais (Dilaudide) e preparações.

V - A dihidrocodeinona, seus sais (Dicodide) e preparações.

VI - A dihidro-oxicodeinona, seus sais (Eucodal) e preparações.

VII - A tebaína, seus sais e preparações.

VIII - A acetilo-dimetilo-dihidrotebaína, seus sais (Acedicona) e preparações.

IX - A benzilmorfina, seus sais (peronina) e preparações.

X - A dihidromorfina, seus sais (Paramorfan) e preparações.

XI - A N-orimorfina (Genomorfina) e preparações.

XII - Os compostos N-osimorfinicos, assim como outros compostos morfínicos de azoto pentavalente e preparações.

XIII - As folhas de coca e preparações.

XIV - A cocaína, seus sais e preparações.

XV - A ecgonina, seus sais e preparações.

XVI - O cânhamo cannabis sativa e variedade índica (Maconha, meconha, diamba, liamba e outras denominações vulgares).

XVII - As preparações com um equivalente em morfina superior a 0g,20 por cento, ou em cocaína superior a 0g,10 por cento.

Segundo grupo:

I - A etilmorfina e seus sais (Dionina).

II - A metilmorfina (Codeína) e seus sais.

Capítulo II

Da Produção, do Tráfico e do Consumo

Art. 2º - São proibidos no território nacional o plantio, a cultura, a colheita e a exploração, por particulares, da Dormideira *Papaver somniferum* e a sua variedade *Album* (*Papaveraceae*), da coca *Erythroxylum coca* e suas variedades (*Erythroxilaceae*) do cânhamo *Cannabis sativa* e sua variedade "índica" (*Moraceae*) (*Cânhamo da Índia*, *Maconha*, *Meconha*, *Diamba Liamba* e outras denominações vulgares) e demais plantas de que se possam extrair as substâncias entorpecentes mencionadas no Art. 1º desta lei e seus parágrafos.

§ 1º As plantas dessa natureza, nativas ou cultivadas, existentes no território nacional, serão destruídas pelas autoridades policiais, sob a direção técnica de representantes do Ministério da Agricultura, cumprindo a essas autoridades dar conhecimento imediato do fato à Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes.

§ 2º Em se tornando necessário, para fins terapêuticos, fará a União a cultura das plantas dessa natureza, explorando-as e extraíndo-lhes os princípios ativos, desde que haja parecer favorável da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes.

Art. 3º - Para extrair, produzir, fabricar, transformar, preparar, possuir, importar, exportar, reexportar, expedir, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou ter para um desses fins, sob qualquer forma, alguma das substâncias discriminadas no Art. 1º, é indispensável licença da autoridade sanitária, com o visto da autoridade policial competente, em conformidade com os dispositivos desta lei

Art. 4º - A Seção de Fiscalização do Exercício Profissional do Departamento Nacional de Saúde é a única repartição autorizada a conceder certificados e autorizações de importação, exportação e reexportação de substâncias entorpecentes a drogarias, laboratórios, farmácias e estabelecimentos fabris quites dos impostos respectivos, que depositarem, na Caixa Econômica Federal, a importância que lhes for arbitrada com caução de Cr\$ 30.000,00 a Cr\$ 50.000,00 para responder por eventuais multas e custas processuais, bem como por outras cominações. (Alterado pelo DL-008.646-1946)

§ 1º Não será concedido certificado de importação de entorpecente a quem haja sofrido condenação em qualquer processo que tiver por causa a infração prevista nesta lei, nem à sociedade comercial de que faça parte. (Alterado pelo DL-003.114-1946)

§ 2º Os importadores que, na data da publicação da presente lei, tiverem caução inferior à quantia mínima estabelecida neste artigo, terão o prazo de três meses para elevá-la ao que for arbitrado pela autoridade sanitária; findo este prazo, sem satisfazer tal determinação, cessarão os seus direitos como importadores de entorpecentes.

Art. 5º - Da recusa ou cassação do certificado ou da autorização de importação cabe recurso, dentro de 30 dias, para a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, cuja decisão é irrecorrível.

Art. 6º - Nos pedidos de certificados de importação dirigidos à Seção de Fiscalização do Exercício Profissional, serão discriminadas a natureza, a proveniência e a quantidade de cada um dos produtos a importar, durante o ano, a que se referir o pedido, assim como o nome da firma exportadora.

Parágrafo único. Os requerimentos para a obtenção de certificados de importação de entorpecentes para o ano seguinte deverão ser apresentados até o dia 31 de dezembro.

Art. 7º - Deferido o pedido, será fornecido ao requerente, pela Seção de Fiscalização do Exercício Profissional, o certificado de importação, intransferível, em 4 vias, de acordo com o modelo que for aprovado pela Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes. Dessas vias a primeira e a segunda ficarão arquivadas respectivamente naquela Seção e no estabelecimento importador, sendo a terceira remetida ao exportador e a quarta à autoridade encarregada da fiscalização de entorpecentes no país onde se fizer a importação. Do certificado constarão os nomes do importador e exportador, o prazo de importação, a natureza e a quantidade das drogas entorpecentes que, a critério da autoridade sanitária, poderão ser importadas durante o ano mencionado.

Parágrafo único. Este certificado só terá valor durante o ano para o qual foi concedido.

Art. 8º - Para a importação parcial ou total das substâncias entorpecentes constantes do respectivo certificado de importação, deverá o interessado requerer licença à Seção de Fiscalização do Exercício Profissional, que lhe fornecerá para tal fim a autorização de importação, em quatro vias, que terão destino igual às do certificado de importação. Esta autorização de importação será visada pela autoridade policial competente.

Parágrafo único. Nesta autorização serão discriminados os nomes do importador e do exportador, com os respectivos endereços, país de procedência, prazo da importação, natureza e quantidade dos entorpecentes a importar, bem como as respectivas embalagens

Art. 11 - Os destinatários das substâncias referidas no Art. 1º e seus parágrafos deverão, dentro do prazo de três meses da entrada da mercadoria na Alfândega, apresentar a licença necessária para retirá-las ou reexportá-las, sem o que serão elas apreendidas e incorporadas ao stock do Estado.

§ 1º Não é permitida a retirada de amostras dessas substâncias, salvo para exames oficiais de laboratório ou para classificação do produto, mediante solicitação feita à Seção de Fiscalização do Exercício Profissional.

§ 2º As partidas de diacetilmorfina (Heroína) que se encontrarem nas condições deste artigo serão inutilizadas ou transformadas em morfina ou codeína, a critério da autoridade competente, e incorporadas ao stock do Estado, caso convenha o respectivo aproveitamento.

Art. 12 - A Alfândega do Rio de Janeiro não permitirá a retirada de substâncias entorpecentes em quantidades excedentes às fixadas nas Guias para Retirar Entorpecentes da Alfândega do Rio de Janeiro.

Parágrafo único. Se a quantidade importada exceder a indicada na Guia para Retirar Entorpecentes da Alfândega do Rio de Janeiro, o importador não poderá retirar o excesso e será obrigado a reexportá-lo, dentro do prazo de 30 dias, findo o qual será o mesmo apreendido e incorporado ao stock do Estado, sem prejuízo das penalidades previstas na presente lei.

Art. 13 - As substâncias entorpecentes, destinadas a quem não possuir certificado de importação, serão consideradas contrabando e, como tal, apreendidas e incorporadas ao stock do Estado, ficando, os responsáveis, sujeitos às penalidades previstas nesta lei, e prevalecendo, em relação às substâncias por esse motivo apreendidas, o estabelecido no § 2º do Art. 11.

Art. 14 - Em livro próprio na Seção de Fiscalização do Exercício Profissional, serão abertos títulos com os nomes dos importadores, em que serão lançados os certificados de importação expedidos e as autorizações de importação respectivas, a fim de se verificar a observância da limitação anual constante dos certificados.

§ 1º Em caso de necessidade, plenamente justificada e reconhecida, pela Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, a Seção de Fiscalização do Exercício Profissional poderá fornecer ao importador um certificado de importação suplementar.

§ 2º A escrituração do livro referido, compreendendo a expedição dos certificados de importação e das autorizações de importação, deverá ser trimestralmente conferida e visada pela autoridade sanitária competente, que remeterá, obrigatoriamente, o balanço à Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes.

Art. 15 - Todo estabelecimento químico ou farmacêutico, que pretenda fabricar por via sintética ou extrativa, transformar ou purificar, substâncias entorpecentes, necessita licença especial da Seção de Fiscalização do Exercício Profissional, ouvida a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes.

Art. 16 - As vendas das substâncias referidas no Art. 1º, às drogarias, estabelecimentos farmacêuticos, hospitalares, de pesquisas, ensino e congêneres, assim como serviços médicos, só poderão ser feitas quando estes estabelecimentos estiverem regularmente licenciados, e mediante requisição em três vias, assinadas, datadas e autenticadas pelos respectivos responsáveis, visadas pela autoridade sanitária local competente, obedecendo ao que for determinado nas Instruções baixadas pelo Departamento Nacional de Saúde.

Art. 17 - As drogarias e estabelecimentos farmacêuticos, hospitalares, de pesquisas, ensino e congêneres, assim como os serviços médicos que comprarem, venderem ou consumirem as substâncias arroladas no Art. 1º, possuirão livro especial, autenticado pela autoridade sanitária competente, destinado ao registro do movimento daquelas substâncias.

obs.dji.grau.1: Art. 1º, Substâncias Entorpecentes em Geral - LFE

§ 1º Esses livros, de modelo adotado pelo Departamento Nacional de Saúde, serão escritos pelos responsáveis ou seus auxiliares sob sua imediata responsabilidade, devendo neles ser fielmente registrados, logo após cada entrada ou saída de entorpecentes, com todos os detalhes, quantidade, proveniência ou destino, nome do vendedor ou comprador, sede do estabelecimento vendedor ou comprador ou residências do consumidor, nome do signatário do documento que autorize a saída ou consumo e qualquer outro esclarecimento útil ou necessário.

§ 2º Esses livros, que deverão ser escriturados com correção, sem rasuras ou emendas, assim como os comprovantes de legalidade, de entradas e saídas, mapas e balanços de entorpecentes do estabelecimento serão examinados pelas autoridades sanitárias competentes, em suas inspeções regulares ou para atender a requisições da Polícia ou da Justiça, inclusive o Ministério Público, independentemente de qualquer procedimento judicial, sendo facultada a assistência da autoridade requisitante.

§ 3º Nos exames acima referidos, serão consideradas as perdas próprias da manipulação farmacêutica.

§ 4º Nos casos de falência ou de liquidação judicial de estabelecimento farmacêutico, hospitalar ou de qualquer outro em que existam substâncias entorpecentes, cumpre ao Ministério Público, ou "ex officio" ao Juízo por onde correr o feito oficial às autoridades sanitárias competentes, para que promovam, desde logo, medidas necessárias ao recebimento em depósito das substâncias arrecadadas ou arroladas ao acervo da liquidação.

§ 5º Os leilões judiciais e administrativos, para venda das substâncias a que se refere o § 4º e das especialidades farmacêuticas que as contenham, só poderão ser realizados no Distrito Federal, com a presença de um representante da Seção de Fiscalização do Exercício Profissional, e nos Estados com a da autoridade sanitária competente, só podendo licitar profissionais que previamente demonstrem sua regular habilitação.

Art. 18 - Os estabelecimentos citados no Art. 16, oficiais ou não, devem manter arquivados os documentos comprobatórios da aquisição e destino das substâncias entorpecentes de que trata a presente lei.

Parágrafo único. Os estabelecimentos hospitalares e de pesquisa são obrigados a comunicar à autoridade sanitária competente, dentro dos dez primeiros dias de cada mês, a quantidade de entorpecentes aplicada no mês anterior e o stock restante.

Art. 19 - São documentos comprobatórios de legitimidade de procedência dos stocks:

- a) as certidões ou quartas vias de despachos fornecidos pela Alfândega do Rio de Janeiro;
- b) as terceiras vias das Guias para Retirar Entorpecentes da Alfândega do Rio de Janeiro;
- c) as requisições expedidas e visadas pela autoridade sanitária competente, quando se tratar de transações realizadas no País.

Art. 20 - Ressalvadas as quantidades mínimas de entorpecentes que, de acordo com as tabelas organizadas pelas autoridades sanitárias, deverão existir nos estabelecimentos farmacêuticos, estes não poderão possuir em stock as substâncias enumeradas no Art. 1 em quantidades superiores às suas necessidades durante seis meses. Em casos excepcionais, a critério da autoridade sanitária competente, tal stock poderá atingir, no máximo, às necessidades de um ano, cientificada a autoridade policial competente.

Art. 21 - As substâncias entorpecentes, existentes nos estabelecimentos devidamente autorizados, serão, obrigatoriamente, guardadas sob chave, em local exclusivamente destinado a esse fim.

Art. 22 - Nos estabelecimentos farmacêuticos, hospitalares, de pesquisas, de ensino e congêneres, oficiais ou não, serão observadas rigorosamente as determinações desta lei.

Art. 23 - O comércio interestadual de substâncias entorpecentes depende do preenchimento das condições prescritas nesta lei e das "Instruções" que forem baixadas, como ainda da apresentação de requisições devidamente visadas pelas autoridades sanitárias locais.

§ 1º As requisições de entorpecentes, procedentes dos Estados para o Distrito Federal e de uns para outros Estados, deverão ser feitas em quatro vias, que devem satisfazer às exigências estabelecidas no Art. 16 e seus parágrafos.

§ 2º Essas requisições serão apresentadas ao serviço sanitário estadual, que visará as quatro vias, arquivando a primeira. As três restantes serão remetidas pelo interessado ao estabelecimento fornecedor, que as apresentará para o "Visto" no Distrito Federal, à Seção de Fiscalização do Exercício Profissional e, nos Estados, à autoridade sanitária competente, que arquivará a segunda via. A terceira ficará arquivada no estabelecimento fornecedor, sendo aposta na quarta via um carimbo com os dizeres Guia de trânsito de entorpecentes para acompanhar a mercadoria e satisfazer às exigências das autoridades policiais e fiscais.

§ 3º A autoridade sanitária, que modificar uma requisição já visada pela autoridade sanitária de outro Estado, deverá comunicar a esta a modificação feita e as razões que a determinaram.

§ 4º Mensalmente, as autoridades sanitárias do Distrito Federal ou do Estado que reter substâncias entorpecentes a outros Estados, enviarão às autoridades sanitárias destes uma relação da mercadoria enviada no mês anterior, com discriminação das substâncias remetidas, suas quantidades e embalagens, nomes e endereços dos destinatários, assim como indicação da autoridade sanitária que tiver visado em primeiro lugar cada requisição.

§ 5º No caso de devolução de qualquer substância entorpecente constante dessas requisições, ficará o comprador obrigado a comunicar o fato à autoridade sanitária local que, além de cientificar à autoridade sanitária de onde proceder a mercadoria, lhe fornecerá uma guia de trânsito. Fica também obrigado o vendedor, ao receber as substâncias devolvidas, a dar ciência da ocorrência à autoridade sanitária local.

Art. 24 - A Seção de Fiscalização do Exercício Profissional apresentará à Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, para que sejam enviados ao Comitê Central Permanente do Ópio da Liga das Nações, dentro dos prazos fixados pelas Convenções Internacionais, estatísticas trimestrais ou anuais referentes à importação, transformação, consumo e stock das substâncias entorpecentes em todo o País, bem como a avaliação das quantidades dessas substâncias, necessárias ao consumo do Brasil para o ano seguinte.

§ 1º As autoridades sanitárias estaduais e do Território do Acre organizarão, por trimestres a terminar no último dia de março, junho, setembro e dezembro, balanços da entrada, transformação, consumo e stock das substâncias entorpecentes em todo o território sob sua jurisdição, de acordo com o modelo e as instruções adotadas, enviando os à Seção de Fiscalização do Exercício Profissional até o décimo dia útil de maio, agosto, novembro, fevereiro, respectivamente.

§ 2º No Distrito Federal, os balanços trimestrais serão organizados pela Seção de Fiscalização do Exercício Profissional.

§ 3º De qualquer desses balanços e mapas serão remetidas cópias à autoridade policial competente, sempre que esta o solicitar.

Art. 25 - Os membros da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes fornecerão ao respectivo presidente, até 31 de janeiro de cada ano, os dados necessários à elaboração do relatório anual a ser enviado ao Comitê Permanente do Ópio da Liga das Nações, para efeito do cumprimento das Convenções Internacionais.

Parágrafo único. As autoridades policiais dos Estados e do Território do Acre ficarão também obrigadas a fornecer ao Presidente da referida Comissão dados completos sobre as ocorrências relativas a entorpecentes.

Art. 26 - A venda ao público de qualquer das substâncias compreendidas no Art. 1º desta lei e seus parágrafos só é permitida às farmácias e mediante receita de facultativo com diploma registrado no Departamento Nacional de Saúde e no Serviço Sanitário local. Tais receitas serão feitas, quando necessário, de acordo com as instruções baixadas sobre o uso de entorpecentes, em papel oficial, fornecido pela autoridade sanitária competente, acompanhadas da justificação do emprego do medicamento, devendo ser escritas em caracteres legíveis, com indicação precisa dos nomes, sobrenomes e residências do médico e do doente e data da prescrição.

§ 1º Tais receitas não serão, em caso algum, restituídas, mas, ato contínuo registradas, com o respectivo número de ordem, em livro especialmente destinado a esse fim, aberto, rubricado e encerrado pela autoridade sanitária competente, ficando arquivadas na farmácia.

§ 2º Onde não houver autoridade sanitária pertencente ao quadro do funcionalismo público, a abertura, rubrica e encerramento dos livros, nesta lei previstos, compete ao juiz togado de primeira instância, mais antigo na Comarca ou Termo.

§ 3º. Do rótulo comercial farmacêutico, que deverá ser sempre aposto aos frascos ou caixas que contenham medicamento entorpecente entregue ao consumidor, constarão as indicações da receita sobre o modo de usar o medicamento assim como os nomes do doente e do médico que o prescreveu e o número de ordem a que se refere o § 1º.

§ 4º O papel oficial para o receituário de entorpecentes obedecerá o modelo que for aprovado em "Instruções" especiais, sendo um dos segmentos destinado à justificação do emprego da medicação, que deverá ser feita pelo médico perante a autoridade sanitária.

§ 5º O papel oficial para o receituário de entorpecentes será fornecido gratuitamente pela repartição sanitária local aos médicos, cirurgiões-dentistas e veterinários que estiverem regularmente autorizados ao exercício da profissão, cumprindo à autoridade sanitária local providenciar, desde logo, sobre o seu suprimento.

§ 6º As receitas, que contenham substâncias entorpecentes, constantes do Art. 1, serão sujeitas a fiscalização das autoridades sanitárias, de acordo com a legislação vigente e Instruções baixadas pelo Departamento Nacional de Saúde e Serviços Sanitários Estaduais.

Capítulo III

Da Internação e da Interdição Civil

Art. 27 - A toxicomania ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Art. 28 - Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio.

Art. 29 - Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não.

§ 1º A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública.

Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial.

§ 2º A internação obrigatória por determinação do Juiz se dará ainda nos seguintes casos:

- a) condenação por embriaguez habitual;
- b) impronúncia ou absolvição, em virtude de dirimente do Art. 27, § 4º, da Consolidação das Leis Penais, fundada em doença ou estado mental resultante do abuso de qualquer das substâncias enumeradas nos artigos 1º e 29 desta lei.

§ 3º A internação facultativa se dará quando provada a conveniência de tratamento hospitalar, a requerimento do interessado, de seus representantes legais, cônjuge ou parente até o 4º grau colateral inclusive.

§ 4º Nos casos urgentes poderá ser feita pela polícia a prévia e imediata internação fundada no laudo do exame, embora sumário, efetuado por dois médicos idôneos, instaurando-se, a seguir, o processo judicial, na forma do § 1º deste artigo, dentro do prazo máximo de cinco dias, contados a partir da internação.

§ 5º A internação prévia poderá também ser ordenada pelo juiz competente, quando os peritos, por ele nomeados, a considerarem necessária à observação médico-legal.

A internação se fará em hospital oficial para psicopatas ou estabelecimento hospitalar submetido à fiscalização oficial.

§ 7º O diretor de estabelecimentos, que receba toxicômanos para tratamento, é obrigado a comunicar às autoridades sanitárias competentes, no prazo máximo de cinco dias, a internação do doente e a quantidade de droga inicialmente ministrada, informando quinzenalmente qual a diminuição feita na toxi-privação progressiva, bem como qualquer outra ocorrência que julgar conveniente participar.

§ 8º Em qualquer caso de internação de toxicômanos em estabelecimentos públicos ou particulares, a autoridade sanitária comunicará o fato à autoridade policial competente e bem assim ao representante do Ministério Público.

§ 9º O toxicômano ficará submetido ao regulamento do estabelecimento em que for internado, e do qual não poderá sair sem que o médico encarregado do tratamento ateste a sua cura. Caso o toxicômano ou pessoa interessada reclame a sua retirada antes de completada a toxi-privação o diretor do estabelecimento particular comunicará essa ocorrência às autoridades sanitárias competentes, que imediatamente providenciarão a transferência do doente para outro estabelecimento. Essa transferência se fará mediante guia, em que serão consignadas todas as informações relativas ao tratamento e à permanência do enfermo no estabelecimento de onde se retirou.

§ 10. A autoridade sanitária competente deverá ser sempre cientificada da concessão de alta ao toxicômano e, por sua vez, comunicará o fato, reservadamente, à autoridade policial competente, para efeito de vigilância.

§ 11. A autoridade sanitária competente poderá, a qualquer momento, solicitar do diretor do estabelecimento público ou particular as informações que julgar necessárias e tomar medidas que considerar úteis à fiscalização e tratamento do internado.

§ 12. Todo o estabelecimento público ou particular terá um livro de registro especial para toxicômanos, em que serão consignados os informes relativos à história clínica e ao tratamento.

§ 13. O toxicômano, que se julgar curado e não houver obtido alta, poderá, por si, ou por intermédio de terceira pessoa, reclamar da autoridade judiciária competente a realização de exame médico, por profissionais especializados.

§ 14. O estabelecimento particular que não cumprir as determinações estatuídas nesta lei para internação e tratamento dos toxicômanos será passível de multa de um conto de réis a cinco contos.

§ 15. Serão passíveis das penalidades previstas no Art. 3º desta lei os estabelecimentos particulares que, não sendo sujeitos à fiscalização oficial, receberem toxicômanos para tratamento.

Art. 30 - A simples internação para tratamento bem como interdição plena ou limitada serão decretadas por decisão judicial, pelo tempo que os peritos julgarem conveniente, segundo o estado mental do internado.

§ 1º Será decretada em procedimento judicial e secreto a simples internação para tratamento, se o exame pericial não demonstrar necessidade de limitação de capacidade civil do internado.

§ 2º Em casos de internação prévia, a autoridade que a houver ordenado promoverá, pelos meios convenientes, a custódia imediata e provisória dos bens do internado.

§ 3º Decretada a simples internação para tratamento, o juiz nomeará pessoa idônea para acautelar os interesses do internado. A essa pessoa, cuja indicação é facultada ao internado, ficam apenas conferidos os poderes de administração, salvo a outorga de poderes expressos nos casos e na forma do Art. 1.295 do Código Civil, quando o juiz a autorize, de acordo com o laudo médico.

§ 4º A alta do internado só poderá ser autorizada pelo juízo que houver decretado a internado e mediante novo exame pericial, que a justifique.

§ 5º A internação limitada importa na equiparação do interdito aos relativamente incapazes, assim como a interdição plena o equipara aos absolutamente incapazes, respectivamente na forma dos artigos 6º e 5º do Código Civil.

Art. 31 - A interdição limitada não acarretará a perda de cargo público, mas, obrigatoriamente, o licenciamento temporário, para tratamento de saúde, de acordo com as leis em vigor.

Art. 32 - O processo de internação é sumário e da competência do Juízo de Órfãos, que nomeará, para esse fim, um perito, de preferência especializado em psiquiatria, cabendo a nomeação de outro perito ao representante do Ministério Público.

§ 1º No processo funcionará um curador à lide, sempre que o internado ou interditado, seus representantes legais, cônjuge ou parente até o quarto grau inclusive, não hajam constituído advogado para defendê-lo.

§ 2º No caso de divergência de laudo, será permitido ao advogado do internado ou ao curador à lide indicar terceiro perito, também especializado, que falará nos autos, no prazo de cinco dias, a contar da data de sua citação.

§ 3º Em todos os termos do processo será ouvido o representante do Ministério Público, sob pena de nulidade.

Capítulo IV **Das Infrações e suas Penas**

Art. 33 - Facilitar, instigar por atos ou por palavras, a aquisição, uso, emprego ou aplicação de qualquer substância entorpecente, ou, sem as formalidades prescritas nesta lei, vender, ministrar, dar, deter, guardar, transportar, enviar, trocar, sonegar, consumir substâncias compreendidas no Art. 1º ou plantar, cultivar, colher as plantas mencionadas no Art. 2, ou de qualquer modo proporcionar a aquisição, uso ou aplicação dessas substâncias - penas: um a cinco anos de prisão celular e multa de 1:000\$000 a 5:000\$000.

§ 1º Se o infrator exercer profissão ou arte, que tenha servido para praticar a infração ou que tenha facilitado - penas: além das supra indicadas, suspensão do exercício da arte ou profissão, de seis meses a dois anos.

§ 2º Sendo farmacêutico o infrator - penas: dois a cinco anos de prisão celular, multa de 2:000\$000 a 6:000\$000 - além da suspensão do exercício da profissão por período de três a sete anos.

§ 3º Sendo médico, cirurgião-dentista ou veterinário o infrator - penas: de três a dez anos de prisão celular, multa de 3:000\$000 a 10:000\$000 - além da suspensão do exercício profissional de quatro a dez anos.

Art. 34 - Sugerir ou procurar satisfação de prazeres sexuais, nos crimes de que trata esta lei, constituirá circunstância agravante.

Art. 35 - Ter consigo qualquer substância compreendida no Art. 1º e seus parágrafos sem expressa prescrição de médico ou cirurgião-dentista, ou possuir em seus estabelecimentos, sem observância das prescrições legais ou regulamentares qualquer das referidas substâncias entorpecentes - penas: um a quatro anos de prisão celular e multa de 1:000\$000 a 5:000\$000.

Art. 36 - Aproveitar ou consentir que outrem se aproveite, por qualquer motivo ou para qualquer fim, de estabelecimento, edifício ou local, de que tenha propriedade, direção, guarda ou administração, para aí facultar a alguém o uso ou guarda de qualquer substância entorpecente, sem as formalidades desta lei - penas: as do Art. 35, com aumento da terça parte.

Parágrafo único. O estabelecimento no qual se verifique, em reincidência, algum dos fatos previstos nos dispositivos supra, será fechado definitivamente pela polícia, à requisição da autoridade sanitária, provadas a autoria, coautoria ou cumplicidade dos seus dirigentes.

Art. 37 - O médico cirurgião-dentista ou veterinário que, sem causa plenamente justificada prescrever continuamente ou em doses exageradas as substâncias a que aludem o Art. 1º e seus parágrafos desta lei, será declarado suspeito pela Seção de Fiscalização do Exercício Profissional, ou pela autoridade sanitária local ficando o seu receituário sujeito à fiscalização especial e rigorosa. Verificadas, em inquérito administrativo, irregularidades no seu receituário, ser-lhe-á cassada a faculdade de prescrição das mesmas substâncias sem prévia autorização sanitária, ficando as farmácias proibidas de aviar suas receitas sem o "Visto" da autoridade sanitária local.

Art. 38 - Importar entorpecentes por via aérea, postal ou com inobservância de qualquer das formalidades da presente lei - penas: quatro anos de prisão celular, além das penas fiscais (Art. 59, § 4º, da Consolidação das Leis Penais). (Suspensa pelo DL-002.375-1940)

Parágrafo único. Os funcionários ou empregados de empresas de transporte que auxiliarem ou facilitarem a importação ou despacho de entorpecentes contra os dispositivos desta lei, ou neles consentirem, serão punidos como coautores da infração. (Suspensa pelo DL-002.375-1940)

Art. 39 - Ao responsável à firma proprietária ou a qualquer pessoa que infringir qualquer dos artigos da presente lei ou das "Instruções" baixadas em virtude dela, excetuados aqueles com pena já prevista, será aplicada a multa de 100\$000 a 2:000\$000 e o dobro nas reincidências.

Art. 40 - As multas previstas nesta lei serão impostas pelas autoridades sanitárias competentes, de acordo com as respectivas legislações em vigor.

Art. 41 - Não satisfeitas as multas, nos prazos legais ou regulamentares, serão as mesmas cobradas executivamente, independentemente de inscrição no Tesouro Nacional, no Distrito Federal, e nas Delegacias Fiscais, nos Estados.

Parágrafo único. A cobrança executiva será efetuada pelos Procuradores da República, seus adjuntos ajudantes, servindo de título hábil o auto de infração.

Art. 42 - Em todos os casos desta lei, se o infrator exercer função pública será suspenso por tempo indeterminado, com perda de todos os vencimentos, logo que denunciado; se definitivamente condenado, além da pena correspondente à infração cometida, perderá a função e se esta for em serviço ou repartição sanitária, a pena será majorada de uma sexta parte.

Art. 43 - Nos crimes previstos nesta lei, não terá lugar a suspensão de execução da pena nem o livramento condicional.

Capítulo V

Disposições Gerais

Art. 44 - A Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, criada pelo Decreto nº 780, de 28 de abril de 1936, que fica mantido com as modificações nele introduzidas, terá a seu cargo o estudo e a fixação de normas gerais, de ação fiscalizadora sobre o cultivo, extração, produção, fabricação, posse, oferta, venda, compra, troca, cessão, transformação, preparo, importação, exportação, reexportação, bem como repressão do tráfico e uso ilícito de drogas entorpecentes, incumbindo-lhe todas as atribuições decorrentes dos objetivos gerais, visados pelo referido decreto, bem como zelar pelo fiel e cabal cumprimento da presente lei.

§ 1º O Ministério das Relações Exteriores baixará o regulamento referente à organização, atribuições e funcionamento da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes.

§ 2º Correrá por conta do orçamento do Ministério das Relações Exteriores a verba anual de 40:000\$000 (quarenta contos de réis) para atender às despesas gerais da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes. (Alterado pelo DL-003.114-1941)

Art. 45 - Nos Estados e no Território do Acre serão organizadas Comissões estaduais nos moldes da Comissão Nacional com jurisdição nos respectivos territórios, as quais se entenderão diretamente com a Comissão Nacional a que ficam subordinadas e, excepcionalmente nos casos de urgência, com as dos Estados vizinhos.

Parágrafo único. Das Comissões estaduais farão obrigatoriamente parte o Diretor do Serviço Sanitário Estadual, o Chefe da Segurança Pública, um representante do Departamento Nacional de Saúde, designado pelo respectivo Diretor, o Procurador seccional da República e um representante da classe médica da Capital do Estado, escolhido em lista tríplice apresentada pelo Serviço Sanitário Estadual, à Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes.

Art. 46 - A Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes e as Comissões Estaduais gozarão, no território da República, de franquia postal telegráfica e radiotelegráfica, para tratarem de assunto urgente e atinente às suas funções e atividades.

Art. 47 - As autoridades sanitárias competentes poderão estabelecer, ouvida a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, a limitação do stock nos estabelecimentos devidamente autorizados, de qualquer das substâncias entorpecentes de que trata a presente lei.

Art. 48 - À Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes cabe coordenar todos os dados estatísticos e informativos colhidos no País, relativos às operações comerciais e às infrações aos dispositivos da presente lei, para fins de comunicação e permuta com as instituições estrangeiras e internacionais.

Art. 49 - A indústria, o comércio e o consumo das substâncias entorpecentes e congêneres, em qualquer de suas modalidades, ficam rigorosamente sujeitos às disposições constantes das Convenções internacionais relativas à matéria em que o Brasil seja Parte contratante, bem como as previstas na presente lei e nas instruções aprovadas pela Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes.

Art. 50 - Os responsáveis pelos estabelecimentos farmacêuticos de qualquer natureza são obrigados a apresentar à autoridade sanitária competente, até o 5º dia útil de cada mês, uma relação das vendas de entorpecentes efetuadas no mês anterior a outros estabelecimentos farmacêuticos, hospitalares, de pesquisas, ensino ou congêneres, assim como aos serviços médicos.

Art. 51 - Os responsáveis por estabelecimentos farmacêuticos de qualquer natureza são obrigados a apresentar à autoridade sanitária competente, até o 5º dia útil dos meses de janeiro,

abril, junho e outubro, um balanço geral, correspondente ao trimestre anterior, relativo a substâncias entorpecentes e a especialidades farmacêuticas que as contiverem com as respectivas doses.

§ 1º Além do balanço trimestral, os responsáveis por estabelecimentos farmacêuticos, de qualquer natureza, ficam obrigados a apresentar à autoridade competente, até o dia 10 de janeiro de cada ano, improrrogavelmente, um balanço geral do movimento dos produtos entorpecentes, durante o ano anterior, com todos os esclarecimentos necessários.

§ 2º A falta de remessa, nos prazos estipulados, dos mapas, relações e balanços referidos neste e nos artigos anteriores, acarretará além das penalidades previstas no Art. 39, a juízo da autoridade sanitária, e enquanto não for feita a remessa, a suspensão do "Visto" nas requisições de entorpecentes em que figure como comprador ou vendedor o estabelecimento faltoso.

Art. 52 - Os estabelecimentos farmacêuticos de qualquer natureza, situados fora do Distrito Federal, devem remeter os seus balanços em duplicata, dentro do prazo estipulado nesta lei, às autoridades sanitárias estaduais competentes que, após a correção das irregularidades porventura neles existentes, arquivarão uma das vias, encaminhando a outra à Seção de Fiscalização do Exercício Profissional, quando isso for solicitado.

Art. 53 - Os responsáveis pelo estabelecimento em que se fabriquem produtos ou especialidades farmacêuticas, em cuja composição figurem entorpecentes, ficam obrigados a especificar nos balanços que apresentarem as quantidades de drogas ou matérias-primas estupefacientes adquiridas, vendidas ou utilizadas, e as quantidades e o destino dos produtos manufaturados com essas drogas ou matérias primas.

Art. 54 - Os balanços e relações de venda referidos nos artigos anteriores, que deverão ser perfeitamente exatos e fiéis, serão apresentados em mapas de modelos aprovados pela autoridade competente, datados e assinados pelo respectivo responsável e pela firma proprietária do estabelecimento.

Art. 55 - Os dispositivos desta lei, referentes a balanços, relações de venda, mapas e estatísticas sobre entorpecentes, devem ser rigorosamente observados pelos estabelecimentos farmacêuticos e hospitalares oficiais (federais, estaduais e municipais), civis ou militares, bem como pelos estabelecimentos de ensino, de pesquisas e congêneres, devendo esses documentos ser remetidos à autoridade sanitária competente nos prazos previstos nesta lei.

Art. 56 - Às altas autoridades sanitárias do Exército e da Marinha competirá a execução dos dispositivos aplicáveis da presente lei às forças armadas sob sua alçada, enviando anualmente à Seção de Fiscalização do Exercício Profissional um balanço geral de entrada, consumo e stock de entorpecentes em mapa de modelo aprovado pela Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes.

Art. 57 - As autoridades sanitárias, policiais ou alfandegárias, organizarão estatísticas, registros e demais informes inerentes às suas atividades, com as observações e sugestões que julgarem pertinentes à elaboração do relatório que a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes enviará, anualmente, ao Comitê de Ópio de Genebra.

Parágrafo único. Os dados referidos neste artigo serão apresentados àquela Comissão, até 31 de janeiro.

Art. 58 - Toda a substância entorpecente apreendida por infração de qualquer dos dispositivos desta lei será obrigatoriamente remetida pela autoridade que houver feito a apreensão à Seção de Fiscalização do Exercício Profissional, cabendo a esta providenciar sobre o seu arrolamento e incorporação ao stock do Estado.

Art. 59 - As máquinas e demais utensílios, que servirem para o preparo, comércio e uso clandestino de substâncias entorpecentes, serão igualmente apreendidas, e remetidas à Seção de Fiscalização do Exercício Profissional, que providenciará sobre o seu destino.

Art. 60 - Os laboratórios ou fabricantes de produtos, preparações ou especialidades farmacêuticas, que contenham substâncias consignadas nas tabelas das "Instruções sobre o uso e comércio de entorpecentes", ficam obrigados a fazer registrar nos rótulos e bulas o respectivo teor de entorpecentes e a padronizar as embalagens das especialidades farmacêuticas que as contiverem, de acordo com o que estabelecer a Seção de Fiscalização do Exercício Profissional.

Art. 61 - É proibido, sob qualquer forma ou pretexto, distribuir amostras para propaganda de produtos ou especialidades farmacêuticas entorpecentes, só se permitindo anúncio dos mesmos em jornais científicos ou publicações técnicas.

Art. 62 - Os preparados oficiais e as especialidades farmacêuticas, sujeitos à fiscalização especial, pela sua natureza entorpecente, só poderão ser fabricados em laboratórios químico-farmacêuticos, providos de licença especial, anualmente renovada, concedida pela autoridade sanitária competente.

Parágrafo único. Tais estabelecimentos estão sujeitos às disposições constantes das Convenções internacionais relativas à matéria, em que o Brasil seja parte contratante, bem como às previstas na presente lei e nas "Instruções", que forem aprovadas pela Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, ficando ainda obrigados a apresentar balanços especiais, dentro dos prazos previstos nesta lei.

Art. 63 - As autoridades sanitárias e policiais prestarão auxílio recíproco nas diligências que se tornarem necessárias ao bom cumprimento dos dispositivos desta lei, atendendo prontamente às solicitações que nesse sentido forem feitas.

Parágrafo único. As investigações procedidas por essas autoridades serão feitas sob sigilo até o encerramento das diligências e remessa dos autos a juízo, não podendo até então ser divulgada qualquer notícia a respeito.

Art. 64 - Não caberá ao infrator dos dispositivos da presente lei direito algum de reclamar indenização da Fazenda Nacional pela aplicação e execução do que determinam os seus artigos e parágrafos.

Art. 65 - Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 25 de novembro de 1938, 117º da Independência e 50º da República.

GETULIO VARGAS

Oswaldo Aranha	Gustavo Capanema
Francisco Campos	Henrique A. Guilhem
Eurico Gaspar Dutra	Fernando Costa
João de Mendonça Lima	Waldemar Falcão
Arthur de Souza Costa	

DOU 31/12/38

ANEXO 4

NOTA SOBRE AS RECENTES EXECUÇÕES SUMÁRIAS E A POLÍTICA DE SEGURANÇA PÚBLICA NA BAHIA.

A *Justiça Global*, Movimento Sem Teto da Bahia (MSTB), Movimento Negro Unificado da Bahia (MNU-BA), Campanha Reaja ou será Mort@, Fórum Direitos Humanos, Comissão de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia-03 (BA/SE), Comissão de Justiça e Paz da Arquidiocese de Salvador (CJP) Escola Picolino de Artes do Circo, Centro de Estudos e Ação Social (CEAS) vêm através desta nota denunciar a atuação de grupos de extermínio na Bahia com indícios de ativa participação de agentes públicos (policiais militares e civis) nos recentes casos de execução sumária dos jovens Ricardo Matos dos Santos, 21 anos; Robson de Souza Pinho, 19 anos; Lucas Hungria, 16 anos; Djair Santana de Jesus, 16 anos; Alexandre Macedo Fraga, 17 anos e Douglas Santos do Nascimento, 16 anos.

É importante ressaltar que todos os jovens vitimados nas recentes ações de extermínio são negros, pobres e moradores da periferia da cidade. O que demonstra que essa população é a vítima preferencial desses grupos. O Mapa da Violência 2008 aponta que houve um aumento de aproximadamente 82% nos homicídios da população jovem em Salvador no período de 2002-2006.

Esses fatos foram dramaticamente explicitados com os assassinatos do artista circense Ricardo Matos dos Santos e Robson Pinho, no dia 22 de janeiro deste ano. Ricardo dos Santos foi alvejado quando jogava futebol com Robson Pinho, também assassinado. O ataque do grupo de extermínio a estes jovens demonstra o nítido caráter de limpeza social e racial desses crimes – executar sumariamente supostos criminosos, subvertendo um dos pilares do Estado democrático de Direito, que é o respeito ao princípio do devido processo legal, regido pelo contraditório e ampla defesa.

As organizações que assinam esta nota exigem do Governador do Estado da Bahia, Jaques Wagner; da Secretária de Justiça e Direitos Humanos, Marília Murici; do novo Secretário de Segurança Pública, César Nunes e do Ministério Público a adoção imediata de ações para dismantlar os grupos de extermínio, além da investigação rigorosa e imparcial sobre a participação agentes públicos em ação de extermínio.

Ao mesmo tempo, exigimos a total proteção das testemunhas dos crimes, para que não se repita o episódio dos assassinatos de Aurina Rodrigues Santana, Paulo Rodrigo Rodrigues e Rodson da Silva Rodrigues, em 14 de agosto de 2007, mortos em consequência da denúncia feita por Aurina, liderança do Movimento Sem Teto de Salvador (MSTB) das torturas sofridas por seus filhos, cometidas por policiais militares. Assim como nos casos dos assassinatos de Clodoaldo Souza (Mc Blul), 22 anos; Edvandro Pereira, 19 anos e Antonio Conceição Reis (Antônio Nativo), 44 anos que continuam sem resposta.

As organizações que assinam esta nota esperam uma pronta e rápida resposta das autoridades públicas baianas e federais acerca destes crimes e pedem a realização de uma audiência pública no Estado da Bahia para debater a política de segurança pública.

Salvador, 22 de fevereiro de 2008.

**Movimento Sem Teto da Bahia (MSTB); Movimento Negro Unificado (MNU-BA)
Campanha Reaja ou será Mort@.; Comissão de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia-03 (BA/SE); Comissão de Justiça e Paz da Arquidiocese de Salvador (CJP); Fórum de Direitos Humanos ; *Justiça Global* ; Centro de Estudos e Ação Social (CEAS); Escola Picolino de Artes do Circo; Centro da Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA-BA).**

ANEXO 5

Manifesto em Defesa da Redução de Danos

A perspectiva da Redução de Danos da qual falamos, está em consonância com princípios fundamentais da promoção da saúde e da cidadania, pautadas em consensos do campo dos Direitos Humanos, especialmente do direito à Saúde, presente na Constituição Federal do Brasil e nos fundamentos e diretrizes do nosso Sistema Único de Saúde – SUS.

A perspectiva da Redução de Danos da qual falamos, tem possibilitado avanços significativos na redução da infecção pelo HIV e hepatites virais; na adoção de estratégias de prevenção, cuidado e auto-cuidado, comprometidas com as pessoas enquanto cidadãos; na possibilidade de tratamento digno e respeitoso, que leve em consideração as pessoas e sua autonomia, também no processo de busca por cuidados à saúde, como tem nos ensinado os processos de reforma sanitária e psiquiátrica.

A perspectiva de Redução de Danos da qual falamos, nos coloca diante do fracasso das concepções e intervenções polarizantes, que simplificam demais a existência humana, evidenciando que a questão não é apenas de ser contra ou a favor das drogas, mas sobretudo é necessário acolher e aceitar as pessoas que usam. Adotar a Redução de Danos não é incentivar o uso, nem deixar as pessoas usarem – pensávamos que esse era um debate superado. É incentivar o Cuidado, a Saúde e a Cidadania, em suas formas mais poéticas e nas suas formas mais plenas de Direitos.

Como reafirmado em Carta recente da ABORDA – Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos, não é admissível o reforço aos “discursos reacionários que consideram à Redução de Danos como uma estratégia duvidosa, e não a política oficial do Estado Brasileiro para o tratamento de questões relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas, além de suas inestimáveis contribuições ao combate da epidemia de Aids e hepatites entre pessoas que usam drogas e suas redes sociais”.

Os recentes incidentes e questionamentos acerca da legitimidade, efetividade e eficácia da Redução de Danos, acompanhados a partir da proibição dos folhetos na Parada do Orgulho GLBT de São Paulo e na suspensão de apoio da Fapesp ao Projeto Baladaboa, voltados ao consumo de ecstasy, são inadmissíveis e configuram-se como um retrocesso sem igual.

Assinamos esse Manifesto em defesa da Redução de Danos, da saúde e da cidadania das pessoas que usam drogas, das políticas públicas justas e humanizadas que temos no nosso país, da nova lei sobre drogas, dos decretos e leis municipais que regulamentam a Redução de Danos, da Política de Atenção Integral à saúde de usuários de álcool e outras drogas, enfim, de toda nossa história de construção de uma sociedade digna e democrática.

Brasil, junho de 2007.