



UFRJ

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Escola de Serviço Social

**O uso abusivo de drogas e a rede de proteção aos usuários e familiares  
um estudo sobre São Joao Meriti**

Helena Martins

Abril de 2015

Monografia realizada como requisito parcial para conclusão de curso em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro

**O uso abusivo de drogas e a rede de proteção aos usuários e familiares  
um estudo sobre São João Meriti**

Helena Martins

Joana Garcia (orientadora)

Rio de Janeiro, abril de 2015

Apesar de não ser religiosa, acredito e agradeço primeiramente a Deus por ter sido minha fortaleza, minha fonte de fé e ter me concedido a vida.

Aos meus pais Roberto e Vania por terem me dado a educação necessária e o incentivo para chegar até aqui e me mostrar que apesar de pertencer a uma classe social desprivilegiada, sou capaz de ir cada vez mais longe.

Ao meu amado Ludwig por me acompanhar durante grande parte desta jornada, me dedicar o amor, atenção e compreensão que precisei durante este período árduo e importante da minha trajetória. Por sempre me dar força e me colocar para frente quando pensei em desistir.

A minha querida e amada filha Valentina por encher minha vida de luz, amor e carinho todos os dias. Por me fazer querer ser sempre uma pessoa melhor, responsável e determinada a ter um futuro brilhante por nós.

Aos amigos que fiz na ESS, em especial, Ludmila, Paula, Lorena, Camila e Bruna, que fizeram dessa jornada um período mais agradável e feliz através de nossas loucuras, festinhas e passeios na Claudio Coutinho.

A minha orientadora Joana Garcia a qual tenho grande carinho, por estar nessa reta final sempre ao meu lado, me dando puxões de orelhas carinhosos quando necessário. Por ter me compreendido, me orientado e incentivado quando precisei.

Aos professores da ESS que passaram seus conhecimentos a mim aos quais levarei para toda minha vida profissional, em especial à professora Rosana Morgado, uma pessoa linda.

A minha amiga e supervisora de campo Luana Coelho, por ter me mostrado como ser uma boa profissional e como amar a profissão.

Por fim, agradeço a meus irmãos, que tanto amo, e toda a família Martins por existirem e me divertirem com nossos karaokês e conversas que aliviaram a tensão nos dias cansativos.

## The Fool On The Hill

Day after day alone on the hill  
The man with the foolish grin is keeping perfectly still  
But nobody wants to know him  
They can see that he's just a fool  
And he never gives an answer  
But the fool on the hill  
Sees the sun going down  
And the eyes in his head  
See the world spinning around

Well on his way his head in a cloud  
The man of a thousand voices talking perfectly loud  
But nobody ever hears him  
Or the sound he appears to make  
And he never seems to notice  
But the fool on the hill  
Sees the sun going down  
And the eyes in his head  
See the world spinning around

And nobody seems to like him  
They can tell what he wants to do  
And he never shows his feelings  
But the fool on the hill  
Sees the sun going down  
And the eyes in his head  
See the world spinning around

Round and round and round  
He never listens to them  
He knows that they're the fools  
They don't like him  
But the fool on the hill  
Sees the sun going down  
And the eyes in his head  
See the world spinning around

(The Beatles)

## **Resumo**

O presente trabalho busca discutir o uso abusivo de drogas e as formas de enfrentamento pela rede de proteção aos usuários e familiares em São João de Meriti. Procura compreender o uso de drogas na vida social como uma forma presente em vários contextos e conjunturas distintas, bem como as motivações que levaram à implementação do proibicionismo no Brasil e em diversos países do mundo, caracterizando as estratégias de legitimação do proibicionismo e suas implicações. Outra ênfase deste estudo são as representações sociais dos usuários de drogas em nossa sociedade, bem como o endereçamento à família sobre a questão da contenção e proteção de seus membros. Finalmente discute as estratégias de redução de danos e ajuda mútua, muitas vezes almejadas por estes indivíduos. Como referencia empírica, o estudo apresenta considerações acerca da rede socioassistencial de São João de Meriti, como esta se consolida, bem como funciona as unidades estudadas, os entraves e a visão profissional sobre os espaços e o acompanhamento.

Palavras chave: drogas, rede de serviços, São João de Meriti

## Siglário

<b>ABORDA</b>	Associação Brasileira de Redução de Danos
<b>AIDS</b>	Em inglês, Acquired Immunodeficiency Syndrome. Em português, é conhecida também como SIDA.
<b>CAPS AD</b>	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
<b>CRAS</b>	Centro de Referência da Assistência Social
<b>CREAS</b>	Centro de referência Especializado de Assistência Social
<b>CentroPop</b>	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>HIV</b>	Em inglês, HumanImmunodeficiencyVirus. Em português, a sigla é VIH
<b>PNAD</b>	Política Nacional Antidrogas
<b>PNAS</b>	Política Nacional de Assistência Social
<b>PROMAD</b>	Programa Municipal de Ações Integrada contra as Drogas
<b>RD</b>	Redução de Danos
<b>SENAD</b>	Secretaria Nacional Antidrogas
<b>SGD</b>	Sistema de Garantia de Direitos
<b>SIDA</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>SISNAD</b>	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
<b>UFCSPA</b>	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
<b>VIH</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana

## Sumário

<b>1</b>	<b><u>APRESENTAÇÃO</u></b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b><u>UM OLHAR SÓCIO HISTÓRICO SOBRE AS DROGAS</u></b>	<b>13</b>
2.1	AS DROGAS COMO RECURSO MEDIADOR DAS RELAÇÕES SOCIAIS	13
2.2	A ESTRATÉGIA DO PROIBICIONISMO ÀS DROGAS.	18
2.3	O PROIBICIONISMO NO BRASIL E AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS.	22
2.4	A SUPOSTA “EPIDEMIA DO CRACK” NO BRASIL E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA OS USUÁRIOS..	28
<b>3</b>	<b><u>DROGAS E USUÁRIOS DE DROGAS – A QUEM COMBATER?</u></b>	<b>30</b>
3.1	A TIPIFICAÇÃO DOS “PSICOATIVOS”	31
3.2	O ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE DROGAS – QUEM PEGA A BATATA QUENTE?	34
3.3	A REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL: ENTRAVES E CONQUISTAS.	36
3.4	OS GRUPOS DE AJUDA MÚTUA	39
3.5	OS USUÁRIOS DE DROGAS E O CONTEXTO FAMILIAR	42
<b>4</b>	<b><u>A “TRANSVERSALIDADE” DAS DROGAS NAS POLITICAS SOCIAIS</u></b>	<b>45</b>
4.1	BREVE CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DE MERITI E SEU ENFRENTAMENTO A QUESTÃO DAS DROGAS.	45
4.2	A INTERSETORIALIDADE E O TRABALHO DA REDE SOCIOASSISTENCIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DE MERITI.	50
4.3	O PERFIL DOS USUÁRIOS E O ACOMPANHAMENTO NO CONTEXTO DA DROGADIÇÃO.	55
4.4	OS DESAFIOS ENCONTRADOS NO TRABALHO INSTITUCIONAL E AS CONQUISTAS, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DA REDE.	57
<b>5</b>	<b><u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u></b>	<b>62</b>
<b>6</b>	<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	<b>67</b>
<b>7</b>	<b><u>ANEXO 1: GLOSSÁRIO</u></b>	<b>69</b>
<b>8</b>	<b><u>ANEXO 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA</u></b>	<b>72</b>

## **Índice de quadros e gráficos**

QUADRO 1: GRUPOS DE DROGAS, DE ACORDO COM SEUS EFEITOS.	32
GRÁFICO 1: DANOS DECORRENTES DO USO ABUSIVO DE DROGAS	33
QUADRO 2: GRUPOS DE AJUDA MÚTUA EXISTENTES NO BRASIL	41
QUADRO 3: DADOS GERAIS SOBRE SÃO JOAO DE MERITI	45
GRÁFICO 2: DADOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SÃO JOÃO DE MERITI	46
GRÁFICO 3: LONGEVIDADE EM ANOS EM SÃO JOÃO DE MERITI	47
GRÁFICO 4: DADOS SOBRE RENDA EM SÃO JOÃO DE MERITI	47
QUADRO 4: ATENDIMENTOS VIVA VOZ REFERENTES A SÃO JOÃO DE MERITI- 2013	49



## **1 Apresentação**

Historicamente, o uso de drogas se mostra inerente à condição humana e, por um período, totalmente aceitável pelas diversas sociedades. Apesar disso, no Brasil e em diversos países, o tema das drogas ilícitas tem sido encarado como problema social e de saúde, que tende a por em risco toda a sociedade, a economia e “destruir” a vida de seus usuários. Esta interpretação das drogas ilícitas criminaliza os produtores, comerciantes e usuários, o que acarreta no número elevado de prisões, principalmente de pessoas negras, de classes sociais desprivilegiadas e moradoras de periferias.

O proibicionismo às drogas, instaurado pelos Estados Unidos no final do século XIX e início do século XX e depois disseminado para diversos países do globo, vem declarando “guerra às drogas”, o que tende a rebater diretamente nos produtores, comerciantes e usuários de drogas. Tal processo provoca altos índices de violência e mortes, já que o comércio de drogas é um negócio muito lucrativo e faz com que os “traficantes” disputem território e clientela. No que diz respeito ao aparato policial, este vem assassinando um número cada vez mais elevado de pobres e moradores de periferias com a justificativa de limpar as ruas dos “maus elementos”.

Minha aproximação com o tema se deveu justamente pela busca de apreender os motivos que geraram esta proibição e as manifestações violentas dela decorrentes. Além disso, o tratamento dos usuários de drogas que convivem com o uso abusivo e prejudicial foi uma questão a ser pensada a partir do momento em que iniciei pesquisa e estágio no município de São João de Meriti- RJ, em um CRAS, localizado ao lado de um CAPS ad. Neste espaço, pude perceber um pouco de como o equipamento funcionava e qual seria o trabalho desenvolvido nele. Sendo assim, muitas dúvidas foram surgindo sobre o trabalho em rede entre CRAS e CAPS e entre CAPS e outros equipamentos do município, bem como o perfil de seus usuários, como se dá o andamento do tratamento e as dificuldades encontradas pelos profissionais da rede.

Anterior aos estudos realizados para este trabalho, minha visão sobre o tema muitas vezes era alimentada por um paradoxo, pois de um lado, por ignorância, corroborava com o discurso moralista e conservador do proibicionismo. Já por outro lado, tendo contato com pessoas que faziam uso de algumas drogas ilícitas, sobretudo a maconha, não enxergava a questão como um problema tão arrasador. Atualmente, acredito que o uso abusivo de drogas traz riscos sociais e à saúde dos usuários e seus

familiares, porém, o proibicionismo é ainda mais danoso na medida em que dissemina uma visão moralista, discriminatória e exagerada das drogas e dos usuários. Com isto, o proibicionismo cria rótulos, representações sociais depreciativas, estigmas e preconceitos, sobretudo, no que diz respeito aos pobres.

O tema das drogas é bastante amplo e, como tal, o tempo disponível para este estudo proporcionou uma discussão exploratória sobre as questões aqui levantadas. As drogas têm sido cada vez mais pautadas nas políticas públicas e, por terem adquirido tal importância, se faz imperativa a necessidade de debates, reflexões e estudos sobre o tema para que, assim, sejam planejadas ações que venham a ser benéficas à população. Com isto, a problemática aqui exposta visa contribuir para reflexão acerca do aparato judiciário, médico e social do tema. Busca principalmente expor as condições a que estão condicionados os usuários e profissionais da rede socioassistencial do município de São João de Meriti. Deste modo, este estudo pretende contribuir para melhoria e reformulação das ações realizadas pelos aparelhos estatais do município e de outras localidades.

Nos campos acadêmico e reflexivo das Ciências Sociais, a quantidade de material existente sobre as drogas ainda se faz escasso se considerarmos a importância do tema. Sendo assim, o que impera na bibliografia existente são textos oriundos da psiquiatria e medicina. Isto dificulta a apreensão deste campo pelo saber social, com isto, julga-se necessário o incremento às produções que proporcionem a discussão e reflexão acerca das drogas, usuários e os contextos sociais em que eles estão inseridos. Portanto, este trabalho se apresenta como adicional à discussão pelo campo social e destaca a problemática existente nas instituições que oferecem tratamento às drogas, sobretudo, tratamentos terapêuticos pautados na abstinência.

Apesar do paradigma atual, em toda a história da humanidade é possível encontrar relatos sobre experiências com substâncias que proporcionam alteração na percepção mental dos indivíduos. Com isto, é legítimo afirmar que as drogas não são novos elementos sociais como o proibicionismo faz transparecer. As substâncias que proporcionam prazer e em algumas conjunturas alívio das mazelas da vida, foram por muito tempo toleradas, aceitas e até tidas como sinônimo de status social elevado. Drogas que atualmente são consideradas ilegais e danosas para a saúde como a maconha e a cocaína, por muito tempo eram comercializadas e usadas livremente. Em um dado

momento, por outro lado, drogas lícitas como o álcool foram proibidas e o panorama social e político que houve neste período foi bastante similar ao que temos atualmente.

No Brasil (mas não apenas nele) algumas medidas vêm sendo tomadas para amenizar as mazelas trazidas pelo abuso de drogas e pelo proibicionismo. Este trabalho discorre sobre a redução de danos, alternativa diferenciada da tradicional busca pela abstinência. Na RD o usuário tem a opção de parar ou não de utilizar determinada droga. Seu principal foco é a redução dos danos provocados pelo uso indiscriminado das drogas, este configurado pela obtenção de DST/AIDS através do compartilhamento de seringas ou por maneiras mais prejudiciais de consumir determinadas drogas. Outro ponto a ser tratado aqui é como as famílias dos usuários de drogas reagem a esta problemática e como estes usuários são tratados pela sociedade e pelas unidades de atenção a que frequentam.

Problematizaremos também sobre o tratamento dos usuários de drogas nas unidades de saúde e comunidades terapêuticas, sobre como é o processo de cuidado com o usuário, os principais entraves vividos pelos profissionais e os rebatimentos na vida dos usuários. Para finalizar, o foco desta parte do estudo se dará no CAPS ad, CREAS, CRAS, Conselho Tutelar e CentroPop, localizados no município de São João de Meriti, município importante da baixada fluminense, que vem enfrentando alguns problemas na rede socioassistencial, sobretudo, no que se refere aos meios de trabalho precarizados de seus funcionários e equipamentos mal estruturados que rebatem diretamente na qualidade de vida da população.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi entender como ocorreu (e se ocorreu) o tratamento dos usuários de drogas no município de São João de Meriti e como funcionou a rede de serviços que atendiam a este público bem como as instituições que a compunham. Além disso, foi imprescindível também, identificar o perfil destes usuários e sua adesão ao tratamento realizado no CAPS ad bem como o acompanhamento em outras unidades. Com isto, foi necessário estudo bibliográfico no decorrer do ano de 2014 sobre o tema e pesquisa empírica no município, realizada através de entrevistas com os profissionais atuantes no CAPS ad, CREAS, CRAS, Conselho Tutelar e CentroPop da cidade no mês de novembro de 2014 e observação participante do campo a ser estudado durante o mesmo ano.

Antes de iniciar a pesquisa empírica sobre os usuários da rede socioassistencial, uma das hipóteses existentes se concentrava na ideia de que os jovens se faziam presentes nos equipamentos de maneira expressiva, porém, após a pesquisa, esta hipótese não se sustentou, pois a realidade mostrou que os jovens compõem um número pequeno de usuários, havendo apenas a exceção do Conselho Tutelar, espaço destinado a garantia da proteção de crianças e adolescentes. Outro ponto importante foi o fato de partir do pressuposto de que encontraria além de usuários de álcool, cocaína e crack, usuários de tabaco realizando tratamento no CAPS AD. Quase que da mesma forma como a hipótese sobre os jovens, esta também foi desmistificada a partir do momento em que não foi constatada a presença destes usuários realizando tratamento no CAPS ad. Porém, estes sujeitos se fazem presente na unidade, mas o tabaco não é visto pelos profissionais como droga que pode gerar uso/abuso prejudicial. Sendo assim, por este motivo, há a ausência de atenção à substância. Outro ponto a ser analisado se estrutura na suposição de que o CAPS ad fazia interlocução com o CRAS, CREAS e CentroPop, porém, de acordo com as entrevistas realizadas, estes espaços não são identificados como pertencentes à rede intersetorial do CAPS ad.

Este trabalho é dividido em cinco capítulos, incluindo este, onde apresento a caracterização do objeto e os pressupostos que o informaram. No capítulo 2, é apresentado quadro sócio histórico das drogas através das diversas sociedades, além disso, apresenta os motivos que levaram à implantação do proibicionismo e suas conseqüências sociais. O capítulo 3 vem mostrando os diversos tipos de drogas e seus efeitos, analisa também os impactos da drogadição nos usuários e nas famílias e como estes enfrentam esta questão. Por fim, o capítulo 4 faz uma análise crítica acerca do funcionamento da rede socioassistencial do município de São João de Meriti e como esta mantém a atenção aos usuários de drogas.

## 2 Um olhar sócio histórico sobre as drogas

Neste capítulo será apresentado um panorama histórico social das drogas, com ênfase nas políticas antidrogas internacionais e brasileiras que entraram em vigor a partir do final do século XIX. Esta etapa terá ênfase no proibicionismo imposto pelos Estados Unidos, como este se disseminou por diversos países e foi instaurado no Brasil. Tratará também de questões acerca do tratamento de drogas e redução de danos no Brasil.

### 2.1 *As drogas como recurso mediador das relações sociais*

Para começar o debate sobre as drogas é imprescindível levarmos em consideração o caráter sócio histórico e cultural destas substâncias. Em outras palavras, para entendermos a problemática das drogas é imperativo conhecer seu papel na história das sociedades, nas diversas culturas da humanidade e como os indivíduos lidavam e lidam com esta temática.

Muitos estudiosos sustentam que o uso de drogas se assemelha a impulsos de satisfação das necessidades básicas do ser humano como a sede, fome, socialização, sexo, entre outras. Também segundo eles, desde a pré-história, as drogas tem feito parte de nossa essência sendo espalhadas com o passar do tempo por diversas partes da Terra.

Já em tempos remotos, datados dos primeiros séculos depois de Cristo, se encontram registros de orientações sobre o uso do álcool e ópio. Estes eram permitidos e tolerados, incluindo seus usos abusivos. Carneiro destaca a importância destas substâncias dizendo que

As drogas são os instrumentos mais eficientes para se obter prazer e para se combater a dor. Não apenas a dor física, para a qual analgésicos são bálsamos, como também a dor psíquica, para a qual as drogas são consoladoras supremas (CARNEIRO, 2005: 15).

Drogas como o ópio e a maconha até o século XIX eram totalmente aceitáveis e empregadas com diversas finalidades que incluíam principalmente o alívio da dor e cura das mazelas do corpo. O álcool também era aplicado como medicamento, além de ser muito apreciado durante as festividades. A própria Bíblia em seu Antigo Testamento faz menção ao uso de álcool (mais especificamente o vinho) em festividades. Já

substâncias como a coca, eram consumidas com muita frequência para o alívio da fome e ganho de energia.

Também há a presença de drogas em determinados rituais religiosos da antiguidade e da atualidade que seguem algumas regras sobre quem, quando e como fazer uso dessas substâncias. Exemplo disso é a Ayahuasca, chá alucinógeno composto basicamente de plantas da Amazônia (mariri e chacrona) utilizado em algumas religiões como o Santo Daime e, segundo os frequentadores dos ritos, se constitui em um meio de alcançar o mundo espiritual.

Até meados do século XIX, a ayahuasca foi citada apenas ocasionalmente por missionários e viajantes da Amazônia Ocidental. Ela foi identificada cientificamente somente em 1852, pelo botânico Richard Spruce. Este e outros exploradores localizaram inúmeras tribos indígenas que utilizavam esse chá. As dinâmicas econômicas e sociais que levaram ao desenvolvimento urbano na região amazônica também popularizaram o uso de ayahuasca nas regiões da periferia – fenômeno conhecido como vegetalismo (Torcato, 2013:119).

As drogas impulsionaram o comércio e as navegações que possibilitaram o descobrimento da América. Carneiro (2005) faz menção à Gaspar Barléu, apoiador da expansão comercial onde faz uma distinção entre as “drogas quentes” e as “drogas frias. Destacando a importância destas para a união entre as nações. Sendo assim,

As “drogas quentes” das Índias orientais, “temperadoras dos frios”, eram, entre outras, “a pimenta, o macís, a noz moscada, a canela, o cravo, o bórax, o benjoim, o almíscar, o estoraque, o sândalo, a conchonilha, o índigo, o benzoar, o sangue de drago, a goma-guta, o incenso, a mira, as cubebas, o ruibarbo, o açúcar, o salitre, a goma-laca, o gengibre (CARNEIRO, 2005: 12).

O gosto dos europeus pelas especiarias teve sua origem, segundo Vargas (2008), durante as cruzadas onde dentre outros “costumes”, adotaram o apreço por estas iguarias. Esta novidade se fez presente principalmente por aqueles que se interessavam por pratos bem temperados.

Neste período as drogas eram concebidas como especiarias ótimas para a vida, inclusive, proporcionavam a prorrogação dela, o que levou os europeus a procurarem por elas através de todo o globo. Porém, os indígenas possuíam o conhecimento dos usos e efeitos destas substâncias. A fim de adquirir o monopólio destas drogas, os colonizadores se utilizaram de meios opressores.

Plantas como a coca foram utilizadas a partir do mercantilismo por estes colonizadores como dinheiro para que os índios que a usavam em rituais religiosos e festivos trabalhassem na obtenção de ouro e prata do continente americano. Os espanhóis perceberam também que a coca fazia com que a força de trabalho explorada resistisse mais ao exercício dessa função tão exaustiva, se configurando assim, na moeda de troca ideal para aquele contexto.

Em diversos países, as drogas consideradas ilícitas eram comercializadas, transportadas e consumidas livremente, sem restrição de uso pela população, o que incluía até mesmo as “mulheres de bem”, da alta sociedade. Já o álcool tinha restrições que incluíam proibição do consumo, venda e produção. Essa bebida era tida como moralmente decadente. A relação daquela época com as drogas é totalmente diversa do que conhecemos atualmente.

Durante séculos, o ser humano pôde conviver com essas substâncias de forma bastante tranquila. Embora existam registros muito antigos sobre problemas relacionados ao abuso de bebidas alcoólicas, não há, efetivamente, menção a problemas relacionados, por exemplo, à degradação de caráter ou a sérios desvios comportamentais debitados ao uso de outras drogas, incluindo o ópio, de uso tão difundido na Antiguidade (MacRae, 2014: 32).

Segundo Vargas (2008), há casos na Europa, principalmente entre os pobres, do consumo de pães que possuíam em sua composição plantas alucinógenas ou entorpecentes que eram consideradas apaziguadoras do sofrimento de uma vida difícil.

No âmbito da medicina, a partir do século XV, a alquimia representava a prática que empregava elementos químicos no tratamento de enfermidades. A figura mais importante e vista como percussora deste momento foi Paracelso, Renascentista que defendia o uso de substâncias químicas e de substâncias naturais que, segundo ele, traziam resultados positivos ou negativos. A diferença de um ou de outro estava simplesmente na dose administrada. Além disso, como já foi citado anteriormente, até o século XIX o uso de substâncias derivadas de plantas frescas ou secas na medicina era livre, apesar de já existirem debates sobre o assunto e algumas tentativas de extinção de certas substâncias. Porém, apenas a partir do século XX houve de fato um controle que acompanhou a inserção da indústria farmacêutica que por sua vez, seguiu o desenvolvimento capitalista.

Já no contexto de drogas como álcool e ópio, apesar de haver no século XVIII por parte da medicina certa atenção sobre seus usos, esta questão só adquire visibilidade

no século XIX. Segundo Petuco (2006), algumas nomenclaturas como “doença” e “transtorno de vontade” iniciam emprego mais corriqueiro. Este cenário faz surgir a ideia de higienização onde empregava o conceito de abstinência, além da crença de que o uso de álcool e ópio era caracterizado por transtornos no sistema nervoso ou por “predisposição hereditária”.

O ópio durante o século XIX se tornou uma mercadoria tão importante para a economia que gerou duas batalhas entre Inglaterra e China. Ainda neste período, cientistas alcançaram a confecção de alguns fármacos que tinham como composto principal plantas alucinógenas. No século XIX, foram isolados a morfina (1806), a codeína (1832), a atropina (1833), a cafeína (1841), a cocaína (1860), a heroína (1883), a mesalina (1896) e os barbitúricos (1903). Desenvolveram-se ainda, os usos anestésicos do éter, do clorofórmio e do óxido nitroso (MacRae, 2014: 35).

A maioria das drogas ilícitas assim como os fármacos (que também são drogas) foi produzida em laboratórios com o intuito de ser utilizada na biomedicina. Com isto, as drogas se configuram como uma produção social (já que adquirem nova representação na sociedade) que possui uma relação ambígua onde de um lado está a repressão e do outro o incentivo ao uso.

No Brasil, assim como os europeus que aqui chegaram, os índios já faziam uso de bebidas alcoólicas. Estas, produzidas a partir de determinadas frutas, eram consumidas em rituais festivos que duravam dias e mantinham suas tradições vivas. Os índios mostraram o tabaco aos europeus que a princípio foi perseguido assim como o álcool e posteriormente foi propagado pelo mundo, chegando a se tornar peça importante na economia brasileira. O rapé (tabaco em pó) era muito utilizado para alívio de dores de dente, provocar espirros e descongestão nasal. Este alcançou o status de sofisticação burguesa durante o século XIX.

Os engenhos de açúcar do país facilitaram a produção de cachaça a partir do século XVI que também foi parte fundamental da economia brasileira e do comércio de escravos. Além da cachaça existia vasta variedade de licores artesanais que assim como ela, eram bastante apreciados pela burguesia. Entre os pobres a cachaça se fazia presente, pois além de inebriar, ela aliviava a fome e compensava a dieta deficiente de escravos.

Durante os séculos XIX e XX, o café se tornou a principal atividade econômica brasileira. Este fenômeno se justifica a partir do momento que passa a



atender as demandas europeias por substâncias que acelerassem as funções psíquicas através do advento da Revolução Industrial. O chá também fez parte desta necessidade e seus usos passaram a servir como objeto de socialização de mulheres das elites. Porém,

(...)é necessário também destacar outros psicoativos que tiveram importância no contexto brasileiro, porém sem ter a amplitude globalizada da revolução psicoativa. É o caso do guaraná que, quando descoberto, carregava “a crença que era um afrodisíaco e protegia contra vermes e malária”<sup>4</sup> (p. 149). Essa substância teve seu princípio ativo extraído em 1826 e, posteriormente, identificou-se que era o mesmo do café e do chá. O mate, outro estimulante, teve ampla difusão em todo o sul da América, incluindo o Brasil (Torcato, 2013:119).

Apesar da propriedade psicoativa da cannabis ter sido descoberta na Índia, o costume de consumir esta planta para fins inebriantes foi difundido pelos islâmicos. No Brasil, ela chega através dos europeus que no primeiro momento a emprega apenas na extração de fibra. Com isto, desde o século XVI, no território brasileiro, era comum escravos fumarem a planta durante os períodos ociosos. Posteriormente este hábito se expandiu para os índios e mestiços. Com o tempo, o leque de possibilidades de emprego da maconha foi sendo explorado. Outras drogas como cocaína, ópio e éter foram sendo introduzidas no Brasil para fins medicinais (assim como em outros países). Somente a partir do século XIX os usos destas substâncias deixaram de ser exclusivamente terapêuticos, passando a ser também recreativos.

A denominação de drogas por certas substâncias e sua proibição é um fato atual. Durante o século XX quase todos os países do mundo aderiram à proibição de determinadas drogas e à execução de políticas repressivas que visam o seu controle. Com isto, há forte diferenciação entre fármacos e drogas, sendo o problema enfrentado pela área jurídica e pela área da saúde pública.

A ilicitude das drogas no Brasil e no exterior foi justificada com o argumento de que gerava danos à saúde e perigo para a população e para a economia. Escondendo assim, seu caráter de intervenção no controle social, fator fundamental para o sucesso capitalista. O que acarretou no surgimento dos primeiros mercados ilegais das drogas proibidas. Sendo assim, as políticas de segurança pública e de saúde entram em cena para o enfrentamento desta questão. Atualmente o debate acerca do proibicionismo de várias drogas volta à cena, pois estudos têm comprovado que sua proibição vem trazendo mais prejuízos do que seus efeitos no organismo humano, já que as drogas têm

sido utilizadas como pretexto para a criminalização da pobreza e o aumento de encarcerados pobres.

## 2.2 *A estratégia do proibicionismo às drogas.*

As drogas auferem status de caso de polícia a partir do momento em que elas deixam de ser consumidas apenas por membros da elite e passam a ser usadas também por indivíduos das classes subalternas da sociedade. Constituindo assim, a disseminação do “mal” e a ameaça para as “pessoas de bem” e para a ordem social. Com isto,

Na Europa, Estados Unidos ou Brasil, essa massa amedrontadora era conformada por negros, imigrantes, migrantes rurais, socialistas, anarquistas, ladrões, prostitutas, operários, mulheres, homens e crianças de “hábitos exóticos e não-civilizados”; eram eles a antítese do progresso e das maravilhas do mundo moderno (Rodrigues, 2008:96).

As bases fundadoras do proibicionismo derivam de demandas moralizadoras antidrogas que tomaram força durante o século XIX e XX. Seu aparato legislativo foi impulsionado por grupos militantes antidrogas que disseminaram na sociedade a ideia de que as substâncias psicoativas eram o mal da sociedade. “O transito que levou o mercado de drogas da legalidade à ilegalidade foi relativamente rápido e violento, como exemplifica o movimento que vai das Guerras do Ópio, no século XIX à Lei Seca, de 1919” (Rodrigues, 2008: 91).

Neste período, o proibicionismo teve início nos Estados Unidos mediante a proibição ao comércio do álcool. Porém, a primeira Lei restritiva às drogas imposta pelos Estados Unidos, proibia o consumo e venda de ópio na região das Filipinas, território que na época era recém-empossado pelos americanos. Curioso é que durante a promulgação desta lei, no próprio território estadunidense não existia qualquer legislação que proibisse o consumo ou venda de drogas. Este marco estimulou a China a seguir a mesma linha de pensamento, culminando assim, no encontro de Xangai.

Ainda que o encontro de 1909 não tenha sido impositivo, ficando apenas no campo das recomendações genéricas à necessidade de reduzir o mercado de opiáceos, o texto final trazia a marca da experiência estadunidense nas Filipinas e que seria uma das características centrais do início do proibicionismo: a defesa do uso legal sob estrito controle para uso médico, e a ilegalidade para qualquer outra forma de uso (recreativo, hedonista, etc.) (Rodrigues, 2008: 93).

Além do encontro de Xangai, em 1912, houve o encontro de Haia na Holanda que combinado com o de Xangai estimulou os Estados Unidos junto dos Movimentos Sociais a adotar condutas repressoras de cunho moralizador. Estas medidas eram contra as drogas, jogos, prostituição e todos os espaços que proporcionassem esse tipo de diversão. Se utilizando da justificativa de que estes “hábitos” geravam mal à moral e valores puritanos da sociedade. Neste período, o álcool era o principal alvo das ações repressoras que culminaram, em 1919, na conhecida Lei Seca. Sendo assim, a partir daí aos poucos foram sendo proibidas outras drogas. Isto ressaltava como pontua Rodrigues, por um lado, a vitória das práticas puritanas e por outro, o enrijecimento do controle social norte-americano.

Os resultados dos primeiros passos do proibicionismo são bem parecidos com o quadro que vemos atualmente. A procura pelo álcool principalmente, não parou e o que se viu foi a criação da produção, comércio e consumo ilícitos da droga. Crescendo assim, o número de crimes e criminosos. Com o passar do tempo cada vez mais foi aumentando a lista de drogas proibidas ou restritas a uso médico e,

No final dos anos 1930, o álcool já retornara à legalidade, mas as estruturas de combate às drogas ilícitas potencializadas pelo seu combate, permaneceram dedicando tempo e esforços à erradicação de drogas novas ou há muito utilizadas, mas todas reduzidas ao denominador comum da proibição (Rodrigues, 2008:94).

Durante a proibição de álcool nos Estados Unidos, gangues de comerciantes desta substância entravam constantemente em confronto pelo monopólio do mercado. Atualmente, com a legalização do consumo e venda de bebidas alcoólicas, isto não ocorre. Porém, com as drogas ilícitas como maconha e cocaína, o que se vê é o mesmo cenário da proibição do álcool nos Estados Unidos. Sendo assim, fica claro que o grande causador da violência não são as drogas, mas sim sua proibição e a falta de controle e regulamentação do comércio e produção. “Estudos apontam que o aumento da repressão acaba por aumentar também a violência, especialmente homicídios. Sem dúvida, a “guerra às drogas” mata muito mais do que as drogas”(Karam, 2013).

A Organização das Nações Unidas (ONU) entra em cena para debater o “problema das drogas” a partir de 1945. Isto se justifica pela tentativa de padronização e reestruturação internacional (baseadas em padrões norte-americanos de intervenção) de medidas sobre drogas já existentes desde o Encontro de Xangai e outros encontros semelhantes. Em contrapartida, nos anos de 1960, o que se viu foi a intensificação do

uso de drogas ilícitas como o LSD, heroína, maconha e mescalina como forma de protesto e rebeldia de movimentos sociais da época que acarretaram muita preocupação por parte dos países proibicionista, principalmente os Estados Unidos.

Com isto, em 1970, o quadro de consumo e venda ilícitas de drogas seguiu crescente, gerando intensificação e reformulação das medidas repressoras. A partir desse momento, o então presidente dos Estados Unidos Richard Nixon declara ‘Guerra às drogas’. Esta se pautava em eliminar consumidores, produtores e o narcotráfico no país e no exterior.

O que o ex-presidente dos Estados Unidos Richard Nixon nomeou de "guerra às drogas", trata-se pontualmente de uma guerra aos "produtores, comerciantes e consumidores pobres, não brancos, marginalizados, desprovidos de poder" (Karam, 2013). Sendo assim, o proibicionismo se mostra uma política extremamente discriminatória, que fere os direitos humanos fundamentais. Ele traz consigo um Estado que criminaliza a pobreza e a miséria. Encarcera ou mata (através da polícia ou grupos rivais) pequenos e médios comerciantes de drogas ilícitas provenientes das “classes perigosas”. E não poupa os usuários que apesar de receberem “penas alternativas”, não deixam de ser reprimidos e penalizados por seus “costumes”.

Neste cenário, as favelas e regiões periféricas servem de refúgio para os comerciantes e usuários de drogas ilícitas, pois facilitam a venda, consumo e recepção das mercadorias. Os confrontos entre facções distintas são na verdade brigas por expansão de território, visto que estes “traficantes” acabam por ficar reclusos nestes espaços já que fora deles viram alvo fácil da polícia ou de “inimigos”. Estes atores são descartáveis no contexto do tráfico e corriqueiramente morrem pouco depois de alcançar o patamar de “chefes” de determinada região.

O proibicionismo possui duas funções principais. A primeira, diz respeito ao controle sobre as práticas médicas que regulam posições éticas profissionais e a medicalização dos indivíduos. Já a segunda, se apresenta como forma de patrulhar certa parcela da sociedade tida como “perigosa” que deve ser controlada, punida e isolada. Sendo assim, o proibicionismo é uma das maneiras de punição voltada para as “classes perigosas”.

Desde a instauração do proibicionismo para solucionar o "problema" das drogas ilícitas o que se tem visto são medidas geridas pelo sistema penal punitivo, estritamente vinculadas à criminalização dos indivíduos. Os EUA exercem uma forte influência sobre as legislações restritivas antidrogas internacional. A partir deste marco, assim como os Estados Unidos, o Brasil tem aumentado significativamente o número de encarcerados. Apesar desse aumento, nos últimos anos os Estados Unidos tem diminuindo o número de prisões enquanto que no Brasil este número continua crescendo.

A média mundial (em maio de 2011) é de 146 por cem mil habitantes... Em 1992, eram 74 presos por cem mil habitantes; em 2004, 183 por cem mil habitantes; em junho de 2011, 269 por cem mil habitantes. Acusados e condenados por “tráfico” que, em dezembro de 2005 (a partir de quando começaram a ser fornecidos dados relacionando o número de presos com as espécies de crimes), eram 9,1% do total dos presos brasileiros, em dezembro de 2012, chegavam a 26,9% (Karam, 2013: 2).

A distinção entre drogas ilícitas e drogas lícitas traz consigo diferenças do tratamento dado aos produtores, comerciantes e consumidores de uma e de outra. Os protagonistas da primeira são vistos como “inimigos”, criminosos que devem ser punidos. Já os protagonistas da segunda são livres para exercer suas funções. Isto fere diretamente o princípio da isonomia que é próprio do Estado Democrático de Direitos e da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Já que as drogas classificadas como lícitas muitas vezes causam mais danos do que as consideradas ilícitas, Karam pontua:

Certamente, não há qualquer peculiaridade ou qualquer diferença relevante entre as arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas e as demais drogas que permanecem lícitas. Todas são substâncias que provocam alterações no psiquismo, podendo gerar dependência e causar doenças físicas e mentais. Todas são potencialmente perigosas e viciantes. Todas são drogas. Seus efeitos mais ou menos danosos dependem, muito mais, da forma como quem as usa se relaciona com elas do que de sua própria composição (Karam, 2013: 5).

Durante todos esses anos de proibição, o saldo que se pode tirar é apenas o de violência, mortes e prisões arbitrárias. Os efeitos da repressão são totalmente contrários a seus objetivos, pois o comércio e consumo das drogas tornadas ilícitas só faz aumentar acompanhando a diversidade, facilidade de acesso e baixa de preços se compararmos com o período em que elas não eram proibidas. Muitas vezes alguns sucessos do aparato repressor acabam por incentivar o comércio e produção das substâncias psicoativas proibidas, pois explicitam o grande lucro econômico gerado por sua venda.

O comércio e a produção das drogas ilícitas apenas migram de um lugar para outro. O crack, por exemplo, apareceu a partir da proibição da cocaína. Os “traficantes” criaram estratégias que se materializaram no crack. O ópio assim como a cocaína passou por substituição, dando lugar à heroína. Não podemos esquecer-nos que como os dois anteriores, durante a lei seca nos Estados Unidos, a cerveja e o vinho deram lugar a bebidas alcoólicas mais fortes e mais perigosas.

O proibicionismo se legitima pelo argumento dos danos à saúde causados pelas drogas ilícitas, porém, alcançam o efeito inverso, pois o teor tóxico e de pureza das drogas terminam nas mãos dos “traficantes” que decidem sua produção, comércio e preço sem qualquer controle de qualidade. Esta falta de equilíbrio tóxico gera muitas overdoses. Exemplo disso é o caso da adolescente britânica de 15 anos que morreu de parada cardíaca após ingerir uma pequena quantidade de ecstasy em julho de 2013.

As drogas tornadas ilícitas são consideradas um mal que destrói a vida de seus usuários. Sendo assim, são utilizadas propagandas aterrorizadoras nada esclarecedoras para advertir os jovens, dificultando assim, a troca de informações entre eles, seus familiares e outros atores de seus círculos sociais. Disseminando o que Garcia (2003) denominou de “pedagogia do medo”. A falta de diálogo dos adolescentes com a família e educadores acarreta o abuso das drogas permitidas (já que seus usos são legitimados e tolerados) e também a procura pelo proibido e o possível status que a marginalização possa trazer para estes jovens.

Assim como Karam, Rodrigues aponta que apesar do crescimento constante do proibicionismo ao longo dos anos, as medidas adotadas não passam de um “fracasso”, já que desde seu início, não exterminou as drogas. Ao contrário, gerou e tem gerado apenas criminalização, violência e clama por reformulação de sua legislação, idealização e práticas.

### *2.3 O proibicionismo no Brasil e as políticas sobre drogas.*

Assim como em outros países, no Brasil, o proibicionismo foi justificado inicialmente para conter os problemas de saúde causados pelo uso excessivo de fármacos e de álcool, sobretudo pela população pobre que acarretava degeneração da sociedade. As ações proibicionistas estavam vinculadas à ideia de negatividade que a miscigenação brasileira trazia para o país, buscando assim, medidas eugênicas de

embranquecimento da população e alcance de padrões de vida europeus. No fim do século XIX, médicos e psiquiatras defendiam a necessidade de controlar o comércio destas substâncias. Surgindo assim, os conceitos de toxicomania e problema público, principalmente no Rio de Janeiro, que na época, era o centro da civilização brasileira. Contudo, até 1921 pouco se sabe a respeito das ações de controle das drogas no Brasil e as discussões se limitam ao campo médico.

Em São Paulo, em 1911 já se encontrava relatos de problemas que envolviam entorpecentes e estes, por sua vez, eram tratados através de medidas sanitárias vinculadas ao projeto societário paulista. Sendo assim, depois de algumas tentativas fracassadas de controle na venda de drogas, o estado de São Paulo, em 1917, inicia o “combate” às drogas através da força policial fechando e multando estabelecimentos que não cumprissem as normas de proibição.

No Rio Grande do Sul, apenas a partir de 1928 houve o início da proibição e controle da venda de drogas para fins que não fossem exclusivamente medicinais. Com isto, a intensificação do uso da força policial esteve presente e a classe médica da época aplaudiu a decisão do poder público. A diferença nas ações dos estados citados se justifica pela existência de diversas organizações sanitárias daquele tempo. Vale salientar que as restrições se pautavam no contexto medicinal e controle farmacêutico.

MacRae(2014) menciona que todas as medidas de controles das “substâncias venenosas” diziam respeito apenas aos “vícios elegantes” voltados à população das classes altas da sociedade brasileira. Esses “vícios” se referiam ao consumo de álcool, ópio, cocaína e morfina que os jovens brancos destes seguimentos sociais se utilizavam em bordéis e bares boêmios. Já a maconha, que era tida como “vício” dos negros não interessava às autoridades da época, pois os possíveis danos à saúde desta população não lhes causava alarde. Apenas a saúde das classes altas era motivo de preocupação para os médicos e governantes. Apenas em 1932 esta droga é tornada ilícita pelo governo de Getúlio Vargas.

Criou-se, então, um aparato legal, que tomava a maconha como objeto privilegiado. Em decorrência, foram desenvolvidas ações de repressão, voltadas aos locais de ajuntamento, trabalho e divertimento popular, afetando principalmente a população negra e mestiça das regiões Norte e Nordeste (MacRae, 2014: 38).

No Brasil, a primeira Lei proibicionista data da década de 1920 (Lei nº 4.229 de 14 de julho de 1921) e proibia a venda de drogas como o ópio e seus derivados e a cocaína e seus derivados, prevendo a prisão de quem as traficasse. Já sobre o álcool, esta Lei prescrevia apenas medidas de controle. O primeiro indivíduo preso por venda de drogas foi Diomero de Oliveira, em 1929, no Estado de São Paulo. Este foi detido por policiais enquanto vendia maconha a outro senhor. Todavia, foi considerado inocente após afirmar que a erva era para fins medicinais.

Contudo, a repressão a partir de Leis a tudo que está relacionado às drogas ilícitas (saindo assim do estrito campo médico) teve início no Brasil no período da Ditadura Militar com a criação em 1976 da Lei nº 6.368/76 que ainda gere o enfrentamento a esta questão e entende de maneira equivocada o uso de drogas como algo individual, sem considerar o contexto social que a pessoa está inserida. Esta lei não distinguia os diversos tipos de drogas muito menos fazia distinção entre usuários e traficantes. Ela teve como foco principal o controle dos jovens de classe média que assim como os pobres e negros, passam a ser encarados como inimigos.

Este movimento acompanhou a organização dos países membros das nações unidas numa Conferência realizada também no ano de 1990 que tinha por finalidade discutir acerca das medidas de enfrentamento do problema mundial das drogas, sendo o tráfico de drogas ilícitas o ponto central. A partir desta Conferência foi criado o SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas) com o intuito de eliminar do Brasil o problema das drogas. Neste mesmo período, foi aprovada no Brasil a Lei nº 8.072/90 de Crimes hediondos onde o tráfico de drogas se iguala à práticas como tortura e terrorismo. Logo após essa Lei, foi posto em prática o Sivam (Sistema de Vigilância Amazônica) com a finalidade de combater o narcotráfico por meio de monitoramento da região amazônica através da força aérea brasileira.

Essas medidas comprovam o compromisso brasileiro com a “guerra às drogas” e a intolerância com o uso, comércio e produção de drogas ilícitas no país. Interessante é que apesar do Brasil ter passado por períodos de governos totalmente distintos (democrático e militar), com relação às drogas o trato se manteve o mesmo. Existindo até um movimento de continuidade. Com isto:

A Convenção Única da ONU, por exemplo, tratado que estabeleceu as bases do atual regime internacional de drogas, foi assinada pelo governo Jânio Quadros, em 1961, mas ratificada apenas em 1964, após o golpe de Estado. A própria distinção



entre “usuário” e “traficante” – saudada por muitos reformistas hoje em dia – apareceu na legislação brasileira na Lei de Tóxicos (Lei nº 6.368), editada em 1976, durante a ditadura. Essa diferenciação fixou o consumidor de drogas como “doente” propenso a praticar crimes para manter seu “vício”, enquanto elevou as penas para os negociantes ilegais (Rodrigues, matéria de revista eletrônica).

Em 1996, foi fundada a Secretaria Nacional Antidrogas, a Senad, vinculada às forças militares, com a finalidade de coordenar medidas antidrogas no Brasil. Porém, por problemas relacionados ao combate às drogas frente à Polícia Federal, a secretaria acabou limitada a um espaço de formulação de debates e campanhas sobre drogas. Contudo, seu gerenciamento foi direcionado ao general Paulo Roberto Y. M. Uchôa, o que reforça seu caráter militar.

A Senad organizou dois seminários onde reuniu alguns segmentos políticos a fim de discutir o enfrentamento às drogas. Destes encontros surgiu o texto da Política Nacional Antidrogas (PNAD) que prevê medidas de redução de danos, mas não rompe com o conceito e com as ações repressivas. Diante deste novo quadro, são organizados mais dois seminários de nível estadual no Rio de Janeiro para discussão e divulgação das decisões tomadas em âmbito nacional para os profissionais da saúde e da educação.

O objetivo principal da PNAD é uma sociedade sem drogas, como se as drogas no passado e ainda hoje em alguns países, não existissem nem fossem permitidas, seja para consumo recreativo ou medicinal. Em contrapartida, a PNAD traz muitos avanços para o enfrentamento das drogas. Ela considera a redução de danos uma ação experimental que deve ser exercida sem discriminação para que evite possíveis transmissões de doenças. Ela também distingue os tipos de uso, a importância do respeito aos direitos humanos. Prevê um projeto onde todos participem e partilhem esse compromisso de agir sobre as drogas. Além de potencializar ações educativas preventivas no âmbito do trabalho.

Até 1998, a única lei que regia as drogas ilícitas no Brasil era a Lei nº 6.368/76. As condutas repressivas e vigilantes desta lei foram incorporadas pelos educadores, excluindo assim de seu cotidiano o caráter educativo e orientador acerca das drogas. Falta a busca de uma solução pedagógica, o que gera a omissão em relação às drogas lícitas como o álcool e seus usos exacerbados que muitas vezes causam consequências piores que as drogas ditas ilícitas e o fortalecimento da natureza punitiva do enfrentamento às drogas.

Segundo Rodrigues, a partir dos anos 2000, com a chegada de Lula ao poder, muitos antiproibicionistas se encheram de esperanças com relação à reavaliação da legislação sobre drogas vigente até aquele momento. De fato a Lei nº 11.343 que já estava no Congresso para ser discutida há anos finalmente foi aprovada no ano de 2006. Porém, apesar da distinção entre usuários e traficantes, o que foi visto com bons olhos, os primeiros no que prescreve a lei seriam concebidos como caso de “saúde pública”, recebendo assim, penas alternativas, tratamento e orientação. Já os segundos, continuariam sendo vistos como criminosos e entendidos como problema de “segurança pública”. É possível notar também que apesar desta distinção, os usuários ainda assim recebem “penas”, o que remete imediatamente ao caráter judiciário e punitivo ao qual são tratados os usuários de drogas ilícitas.

A nova lei apresentava avanços, como o tratamento diferenciado a ser dispensado a usuários e traficante, eliminando a pena de prisão para os primeiros e aumentando o rigor punitivo contra os últimos. Na prática, ela acabou, todavia, por ter como efeito o fortalecimento de uma verdadeira guerra – às vezes, considerada de extermínio – contra os pobres, geralmente jovens rapazes negros, acusados de serem traficantes. Esses jovens agora mantêm o sistema carcerário permanentemente superlotado, enquanto os grandes mandantes e financiadores do tráfico têm ficado livres, assim como os criminosos de “colarinho branco”, em geral (MacRae, 2014: 40).

A nova lei, como MacRae (2014) pontua, não especifica a quantidade de drogas que configura o indivíduo como usuário ou traficante, deixando aos delegados a função de fazer esta distinção. Isto tem trazido como resultado o crescimento ainda maior de presos por tráfico de drogas no país. Isto permite a seletividade no sistema penal e o reforço da criminalização da pobreza e dos negros. Alguns termos no texto da lei conjuntamente com as modificações citadas, foram modificados apenas abrandando seu caráter opressor, pois as condutas proibicionista continuam no rumo da “guerra às drogas”. Rodrigues aponta outras ações proibicionista durante os anos de 2000:

Em 2004, a “Lei do Abate” (Decreto nº 5.144) regulamentou a possibilidade de que aeronaves fossem derrubadas caso entrassem no espaço aéreo brasileiro sem autorização. E, em 2010, a Lei Complementar nº 136 registrou duas importantes decisões: a autorização às Forças Armadas para revistar veículos e pessoas nas fronteiras nacionais – o chamado “poder de polícia”, antes exclusivo da PF –, e a regulamentação do emprego das Forças Armadas em questões de segurança pública –

dispositivo constitucional denominado “garantia da lei e ordem”(Rodrigues, matéria de revista eletrônica).

O governo Dilma continua as ações deixadas por Lula, como por exemplo, o Plano Emergencial de Ampliação ao Acesso a Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas de 2009 e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas de 2010. Estes planos visam o acolhimento dos usuários de drogas, principalmente as pessoas em situação de rua e a redução de danos por meio de ações dos “redutores” para possivelmente retirá-los das ruas para tratamento com enfoque na “saúde pública”.

O crack tem sido considerado uma epidemia e por isto, o que se tem presenciado é o “aprisionamento” de usuários desta substância com a justificativa de que estes não possuem condições de pensar sobre sua situação de vida e acabam por arriscar sua saúde. Sendo assim, o recolhimento compulsório destes indivíduos segue com as ações conjuntas da polícia e assistência social em bairros conhecidos como “cracolândias”. Estas são medidas higienistas e de embelezamento destes bairros já que por traz deste recolhimento dos chamados “crackeiros” está a especulação imobiliária destas áreas.

Esses bairros estão em regiões centrais de metrópoles como São Paulo, Rio de Janeiro ou Salvador que são alvos de projetos de revitalização. Parte crucial desses projetos de especulação imobiliária passa pela remoção de edifícios reduzidos a escombros e dessas pessoas transformadas em andrajos ambulantes pela miséria e pelo uso de uma droga que despotencializa a vida (surgida nos EUA, no final dos anos 1980, como uma segmentação do mercado ilegal diante do preço mais elevado da cocaína em pó)(Rodrigues, matéria de revista eletrônica).

A “guerra às drogas” proporciona ao Brasil (e outros países) patrocínio econômico por parte dos Estados Unidos e a militarização das medidas de enfrentamento ao narcotráfico. Com isto, o Brasil cada vez mais militariza o enfrentamento às drogas. Todavia, não obtém êxitos, pois não tem conseguido conter a expansão do tráfico de drogas ilícitas.

Como consequência, o proibicionismo trouxe para o país o quadro descrito anteriormente: criminalização dos usuários e comerciantes (pobres, favelados, negros e

migrantes); novos crimes e criminosos; repressão policial; Conversão das drogas em problema de saúde pública e segurança.

A droga é encarada como um problema em si, não se contextualiza as causas de seu uso ou abuso. O indivíduo é considerado um doente e o principal objetivo é a abstinência. Este conceito não considera as particularidades dos sujeitos. No que diz respeito ao judiciário, os processos são interrompidos por um tempo apenas se o indivíduo for diagnosticado como dependente e entrar num processo de tratamento e abstinência que é monitorada através de exames periódicos a fim de constatar a ausência do uso de substâncias proibidas.

A expansão capitalista no Brasil tem trazido um quadro de exclusão dos jovens pobres. Isto acarreta a facilidade de sua entrada no tráfico de drogas, já que este é o único meio destes jovens alcançarem certo patamar de status social. Porém, eles passam a ser encarados como inerentemente violentos e desonestos, criando na sociedade a necessidade de combater o narcotráfico. Isto descontextualiza o caráter socioeconômico do problema e não considera a responsabilidade estatal que não investe em educação, saúde e segurança. Neste momento, independente do aumento no consumo de drogas, os jovens de classe média deixam de serem considerados ameaças sociais.

#### *2.4 A suposta “epidemia do crack” no Brasil e suas consequências para os usuários*

Atualmente, o crack tem sido o alvo preferencial no que se refere às políticas e ações de coibição e enfrentamento aos problemas sociais contemporâneos. Por esta razão, também tem sido um dos focos de intervenções nas áreas da saúde e segurança pública. Frequentemente esta droga é tratada de forma sensacionalista pela mídia, de tal maneira a proferirem a ela personificação, como se ela possuísse vida própria e seu objetivo principal fosse ruína do usuário e da sociedade.

A disseminação desta questão por intermédio dos meios de comunicação traz consigo o entendimento de que o uso do crack e outras drogas são os causadores do aumento da criminalidade e da violência. Nesta concepção, o usuário é tido como “vítima” da droga e referido a ambientes insalubres e decadentes. Desta forma, como destaca Medeiros (2014), os noticiários trazem quase que automaticamente as tragédias,

crimes, delinquência e violência como resultados da ação dos usuários de drogas, principalmente do crack.

De acordo com alguns estudos, esta maneira de interpretar este fenômeno social anula o contexto econômico e social em que o usuário e a droga estão inseridos, é carente de fontes científicas seguras e promove o desvio da atenção de outros problemas sociais, gerando assim, a culpabilização do indivíduo e a demonização da droga, o que acarreta o apoio aos estigmas sociais e o desvio da atenção aos problemas conjunturais que está envolvida a sociedade.

O baixo custo do crack faz com que seus usuários geralmente sejam indivíduos oriundos das periferias e regiões marginalizadas e que não possuem poder aquisitivo para adquirir outras drogas mais caras como a cocaína. Com isto, os usuários de crack são associados à transgressão, sofrem discriminação, são sempre suspeitos e geram medo nas “pessoas de bem”.

Esses fatores são expressos em uma sucessão de rituais cotidianos de identificação e humilhação e são apresentados de forma descomunal pelos veículos de comunicação de massa, provocando impactos eficazes nas imagens estereotipadas e nas representações negativas apresentadas à população em geral. Em decorrência disso, as medidas de intervenção, as respostas institucionais nos campos jurídico, médico, religioso e as reações da sociedade são articuladas de maneira coerente com essas representações sociais (Medeiros, 2014: 4).

Não podemos negar que o crack traz consigo malefícios aos usuários, principalmente aos membros das classes mais desprovidas socialmente, porém este segmento não é exclusivo no que se refere ao uso do crack. Medeiros (2014) chama atenção para uma pesquisa realizada por Saporì e Medeiros (2011), em Belo Horizonte, onde foi possível identificar além de usuários negros, pobres, jovens e com baixa escolaridade, usuários brancos, de classes média e alta, com idades entre 50 e 85 anos e com alta escolaridade. Sendo assim, fica claro que além dos fatores social e econômico, outros condicionantes e situações de vulnerabilidade estão presentes entre os usuários de crack.

Uma dissertação de mestrado desenvolvida por Romanini e Roso (2013) mostrou que os usuários de drogas sofrem constante discriminação, são “indesejáveis”, “incomodam” e geram medo nas “pessoas de bem” que estão ao seu redor. Com isto,

estes indivíduos são frequentemente excluídos e tratados como “coisas descartáveis” que devem ficar à margem, longe dos centros comerciais e das vistas da sociedade.

Assim como acontece com o lixo que produzimos todos os dias, que deve ser transportado para um "lixão" ou aterro sanitário longe da nossa visão, longe do centro da cidade, também pessoas são tratadas como refugos humanos (Bauman, 2005). Essas pessoas, redundantes, "indesejáveis", atrapalham os negócios/comércio local. É preferível que elas permaneçam em outros espaços, afastados do centro, ou, melhor ainda, internados para tratamento (Romanini e Roso, 2013: 6).

Nesta dissertação, os usuários de crack foram ouvidos e foi possível verificar que eles consideram a droga algo que causa desgraça e devasta os indivíduos. Eles relatam muitas perdas por conta do uso do crack e, segundo eles, a pessoa “viciada” vive em função da droga, vive para sentir o prazer que seus efeitos provocam, que apesar de curtos, são muito fortes e a pessoa sempre quer mais. Este processo é denominado de “consumo às avessas”, pois se entende que é a droga que consome o usuário e não o usuário que consome a droga. Romanini e Roso (2013) salientam que estes usuários acabam sendo definidos por aquilo que consomem. Sendo assim, com a colaboração da mídia, os usuários de crack são denominados “crackeiros” ou “cracudos” e passam a carregar os estigmas oriundos desta classificação.

### **3 Drogas e usuários de drogas – a quem combater?**

Neste capítulo estão contidas discussões acerca dos diversos tipos de drogas e suas tipificações. Discorre sobre as famílias dos usuários de drogas que convivem com o abuso destas substâncias e como enfrentam esta realidade. Há também as estratégias de redução de danos e participação em grupos de ajuda mútua, utilizadas pelos usuários, para lidarem com as possíveis mazelas inerentes do uso abusivo de drogas. Salienta ainda, como estes indivíduos são vistos pela sociedade, considerando o contexto social descrito no capítulo anterior, sobretudo, no que diz respeito aos usuários de crack.

### 3.1 A tipificação dos “psicoativos”<sup>1</sup>

A palavra droga, como já foi dito anteriormente, adquire vários significados e usos ao longo do tempo. É muito comum pessoas usarem esta palavra para designarem algo ruim e também para caracterizar as drogas ilícitas que, segundo o pensamento moralizador do proibicionismo, modificam a percepção humana de tal forma a trazer prejuízos para o indivíduo e a sociedade. Porém, na medicina este termo remete a medicamento, ou seja, algo positivo que proporciona cura ou alívio de doenças. Para a medicina, droga é toda substância que tem o poder de modificar de alguma maneira as funções biológicas do corpo humano. Trataremos aqui das drogas psicotrópicas (nomenclatura utilizada pela medicina) que modificam de formas diversas o estado mental dos indivíduos. Neste contexto, há drogas naturais que se derivam de componentes da natureza e drogas sintéticas, produzidas em laboratório.

Além de naturais e sintéticas, existem grupos distintos de drogas que geram efeitos diversos no cérebro. Há as drogas psicotrópicas que agem de forma depressora do sistema nervoso central onde as ações e percepções dos indivíduos são mais lentas. Outro grupo diz respeito às drogas responsáveis por estimularem as funções do sistema nervoso central de modo a proporcionar ao indivíduo sensação de alerta e agitação. Um último segmento de drogas psicotrópicas é composto por substâncias que perturbam as atividades cerebrais. Sendo assim, elas não aumentam nem diminuem as atividades do cérebro, mas modificam as percepções humanas de tal modo que as pessoas podem se sentir perturbadas, com o cérebro funcionando de maneira não convencional. Abaixo há uma tabela dispondo os grupos e as drogas correspondentes a eles.

---

<sup>1</sup> O termo psicoativo é muito utilizado pela literatura médica e pela psiquiatria. Este termo foi adotado devido a utilização cuidadosa de textos originários das referidas áreas do conhecimento. Este fato se explica pela pouca produção literária no campo social acerca deste tema.

Quadro 1: Grupos de drogas, de acordo com seus efeitos.

Depressoras	Estimulantes	Perturbadoras
Bebidas alcoólicas	Anfetaminas	Maconha
Solventes e inalantes	Cocaína	LSD-25
Tranquilizantes ou ansiolíticos	Tabaco	Êxtase
Calmantes e sedativos	-----	Anticolinérgicos
Ópio e morfina	-----	-----
Xaropes e gotas para tosse com codeína	-----	-----

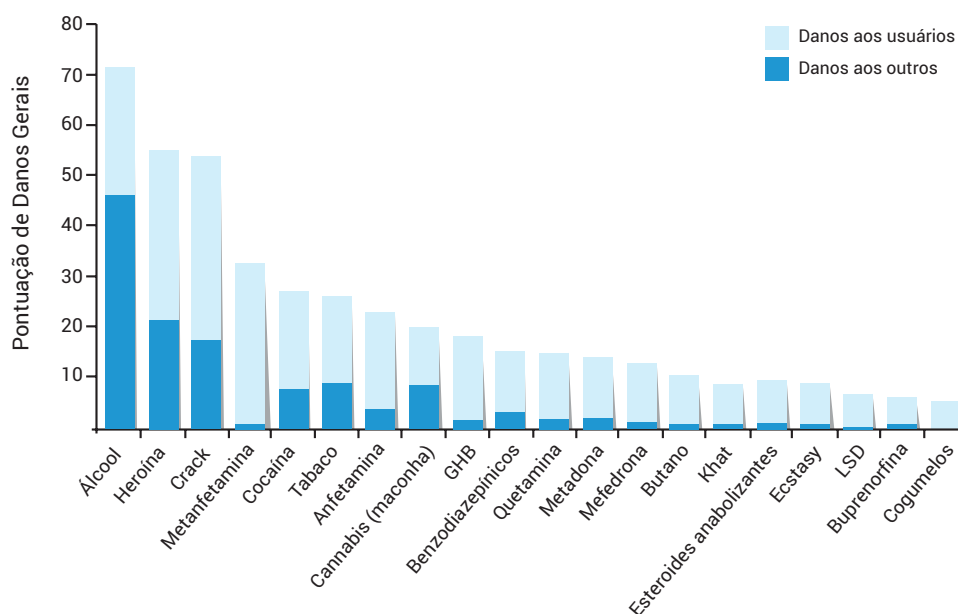
Fonte: CEBRID, 2003.

Cada droga atua de forma diferente no organismo e seu grau de efeito depende da quantidade consumida e das características biológicas e psicológicas do indivíduo. Outros fatores que influenciam nos efeitos produzidos pelas drogas são as expectativas que o usuário tem sobre elas, o ambiente social, relacional e pessoal no momento do uso.

Existem alguns mitos acerca das drogas. Um deles diz respeito à distinção entre drogas leves e drogas pesadas. Esta diferenciação pode ser considerado equivoco, já que para certos estudiosos (Silveira e Silveira), pois o que melhor as diferencia são usos leves ou pesados. Sendo assim, os efeitos serão pesados ou não dependendo do indivíduo e da quantidade da droga administrada. Outro mito é a relação que se faz entre drogas ilícitas e perigo. As drogas ilícitas constantemente são associadas ao alto grau de risco, porém, o que diferencia as drogas lícitas das ilícitas é apenas a legislação adotada para uma e para outra. Com isto, uma droga lícita pode ser tão perigosa quanto uma ilícita, tudo dependerá do grau de uso ou dependência química. A seguir, há um gráfico explicitando alguns tipos de drogas e seus respectivos graus de perigo para o usuário e para terceiros.



Gráfico 1: Danos decorrentes do uso abusivo de drogas



Fonte: Extraído de Silveira e Silveira, NUTE-UFSC. 2014

O gráfico representa o que Delgado (2014) discute acerca das medidas proibicionistas que, segundo ele, priorizaram a questão das drogas ilícitas e deixaram, em segundo plano, questões referentes às drogas lícitas como o álcool e o tabaco. Em comparação com o álcool, o tabaco obteve mais atenção nas últimas décadas no que diz respeito às iniciativas de prevenção aos seus danos. Ainda assim, segundo o autor, há uma incapacidade da saúde pública em lidar com os problemas relacionados ao álcool. Com isto, o grande percentual de prejuízos causados por esta droga se justifica pela falta de atenção adequada a esta questão. É importante ressaltar que nenhuma droga é mais danosa ou isenta de riscos do que outra, o grande diferencial é a forma como os usos, abusos e possíveis danos são tratados e priorizados.

Um fator importante que pode gerar riscos é o grau de pureza das drogas. Com a proibição, como já foi sinalizado, as drogas ilícitas acabam sendo adulteradas através da introdução de diversos produtos químicos danosos à saúde dos usuários. Mesmo com esta realidade, o perigo das drogas lícitas não se faz ausente, como no caso do álcool que, ao ser consumido irresponsavelmente, pode causar acidentes e doenças graves. Os riscos das drogas também variam com suas formas de uso. Sendo assim, uma mesma droga pode ser menos nociva, dependendo da maneira que é utilizada. Exemplo disso é a cocaína que pode ser mascarada (masca-se a folha da coca), aspirada (pó), fumada

(crack) ou injetada. Entre estes modos de uso, o ato de mascar a folha da coca proporciona a liberação da substância responsável pelo efeito psicoativo sem que necessariamente cause dependência ou outro problema. Já o crack se traduz na forma mais agressiva de consumo da cocaína, pois libera diversas outras substâncias prejudiciais à saúde do usuário.

### 3.2 *O atendimento aos usuários de drogas – quem pega a batata quente?*

O uso abusivo de drogas no Brasil vem sendo encarado pelas áreas da saúde e da psiquiatria como doença, onde o usuário é “viciado” e precisa se livrar deste mal em sua vida. Sendo assim, atualmente no Brasil, as instituições responsáveis pelo tratamento do uso abusivo de drogas são, em geral, os CAPS ad (pertencentes à área da saúde mental), hospitais e comunidades terapêuticas. Essas instituições

Em geral, utilizam os parâmetros terapêuticos baseados nos seguintes modelos: modelo médico, que trabalha com a lógica da centralidade no estudo de caso e na medicalização, por meio de internamento para desintoxicação, da permanência dia e ambulatorial; o modelo religioso, que defende o afastamento do usuário de seu cotidiano, geralmente pelo prazo de nove meses, e prioriza a religiosidade e o trabalho; e o modelo jurídico, que atua com a lógica do delito e da penalização. Todos esses modelos enfocam o indivíduo e a substância utilizada por ele e desconsidera seu contexto social, seu estilo de vida, a significação e a ritualização do uso da droga (Medeiros, 2014: 5).

Frequentemente, as equipes que atuam nestes espaços são compostas por profissionais da área médica em sua maioria e por raros profissionais da área das ciências sociais. O tratamento dos usuários nestas instituições se baseia no modelo pautado na abstinência. No caso dos usuários de crack, muitas vezes estes são tratados, segundo Medeiros (2014), baseados nos estereótipos já citados no capítulo 3, item 3.4. Sendo assim, nesta concepção, estes sujeitos necessitam de ações que os controle, já que são tidos como indivíduos “imprevisíveis” e “endemoniados”.

Outro problema existente nestes espaços consiste no fato de que, apesar do discurso sobre planejamento e ações se focar no tratamento das drogas, na prática as ações e planejamento são conduzidas a partir de interesses políticos e individuais. Com isto, os equipamentos de saúde são implantados em espaços precarizados e sem estrutura adequada para atendimento digno à população. Além disso, os profissionais não recebem capacitação ou informações sobre sua área de atuação, levando à limitação

das ações em meros protocolos e metas fixas impostas pelos gestores, o que acarreta na restrição criativa, propositiva e estratégica do trabalho profissional.

Como alternativa, alguns profissionais tomam iniciativas individuais e onerosas para buscar supervisão ou cursos de atualização; outros lançam mão de um saber espontâneo e de intuição; enquanto outros se acomodam e se limitam a tarefas automatizadas e irrefletidas. Isso resulta na imprecisão de conceitos, de diagnóstico, de prognóstico, nos equivocados encaminhamentos e no enfrentamento de situações delicadas e súbitas que ocorrem no cotidiano dessas instituições e, sem dúvida, na eficácia terapêutica. Esses fatores interferem diretamente nas frustrantes tentativas dos técnicos e no exercício do profissional, que, em seu cotidiano, tem que suportar a dureza da jornada de trabalho e lidar com a angústia, padecimento e desvario diante dos usuários (Medeiros, 2014: 6).

O resultado deste cenário é que os profissionais se limitam ao fazer institucional, não acionam a rede de serviços voltada a atender as demandas dos usuários, limitando assim, o sucesso no tratamento destes. Isto gera constante insucesso do tratamento ofertado pelas unidades de saúde que tratam a questão do uso nocivo de drogas. Portanto, o contexto social bem como as estratégias de lidar com as drogas vividos pelos usuários não são analisados em sua essência, provocando assim, recaídas e busca constante por outras drogas que os ajudem a lidar com seus medos e angústias. Ainda, o uso de drogas, principalmente do crack, é visto como desvio de conduta e anormalidade. Sendo assim, o sujeito nestas condições deve ser ajustado e corrigido através de meios medicamentosos, onde a relação médico-paciente se sustenta por uma condição de subordinação social pela medicina.

No caso dos pacientes de crack, a estratégia de disciplina não é eficaz, pois eles abandonam o tratamento, renunciam às prescrições da equipe terapêutica e retornam aos serviços quando necessário, e novamente são atendidos. Dessa forma, cria-se um círculo vicioso: a busca compulsiva pela substância, por tratamentos nas unidades de saúde, o abandono do tratamento, as recidivas e os fracassos terapêuticos (Medeiros, 2014: 7).

As instituições de saúde, por outro lado, se fazem útil para os usuários de drogas, pois, muitas vezes, servem como refúgio, como lugar para recorrer no momento em que estes adquirem problemas com a justiça, polícia ou família já que a “doença” é utilizada como argumento em processos criminais e para apaziguar problemas familiares já que os comportamentos agressivos e infratores devem ser solucionados por meio de intervenção terapêutica, ou seja, o “doente” deve ser tratado e não criminalizado, ele na condição de drogadição, não responde pelos seus atos.

Além de todo o panorama exposto, outro desafio encontrado por aqueles que atuam em espaços de tratamento de usuários de drogas, consiste em lidar com a reincidência, fuga ou desistência do tratamento. Principalmente no que diz respeito ao crack, são poucos os sujeitos que levam os cuidados terapêuticos até o final. Sendo assim, geralmente a motivação por parte dos usuários para alcançar a abstinência e as instituições de tratamento surge apenas quando há sofrimento psicológico, social ou físico, ou seja, quando o uso de drogas se torna um problema insustentável e quando o indivíduo já sofreu perdas significativas. Com isto, ele espera encontrar apoio para lidar com este desafio e iniciar o tratamento.

### *3.3 A Redução de Danos no Brasil: entraves e conquistas.*

A partir da década de 1980, observa-se a chegada da AIDS como epidemia que repercutiu em todo o globo. Na época acreditava-se que determinados grupos como os homossexuais, hemofílicos e usuários de heroína eram responsáveis pela disseminação do vírus HIV e que a principal estratégia de controle seria o isolamento social destes indivíduos. Com isto, entram em cena diversos movimentos sociais em defesa destes grupos para o combate ao estigma que os afetava. O passar do tempo revelou que não havia grupos de riscos pontuais e que todos estavam sujeitos a adquirir a doença. Sendo assim, muda-se a ideia de grupo de risco para comportamento de risco e a incorporação de diversas estratégias de prevenção e redução de riscos.

Nesta conjuntura, a Redução de Danos (RD) no Brasil tem início em 1989, na cidade de Santos, em São Paulo como alternativa à prevenção de HIV entre os usuários de drogas injetáveis. Com o decorrer dos anos, ela foi vista como uma proposta relevante que iria além da ideia de abstinência existente até o momento. Sendo assim, a RD passa a ser concebida como opção para usuários de álcool e outras drogas, indo além da prevenção apenas de DST/AIDS.

Porém, a RD criou um paradigma entre a política de saúde e a política antidrogas brasileira. No primeiro momento, ela era vista pela justiça como incentivadora do uso de drogas. Desde então, a RD vem sofrendo com a arbitrariedade imposta pelo proibicionismo no Brasil, o que acaba por fragilizar o exercício da democracia no país. Ela tem sofrido diversas retaliações advindas do direito penal que vem gerindo a questão das drogas até o momento. Esses entraves vão além do campo jurídico chegando ao da saúde, principalmente no que tange a psiquiatria.

(...) pode-se dizer que a RD coloca em questão as relações de força mobilizadas sócio-historicamente para a criminalização e a patologização do usuário de drogas, já que coloca em cena uma diversidade de possibilidades de uso de drogas sem que os usuários de drogas sejam identificados aos estereótipos de criminoso e doente: pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento, pessoas que não querem parar de usar drogas e não querem ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas (Passos e Souza, 2011:6).

A Redução de Danos tem como um de seus princípios a supressão dos dispositivos disciplinadores que geralmente levam à prisão ou ao manicômio. Há também as comunidades terapêuticas e fazendas terapêuticas que, de acordo com Passos e Souza (2011), possuem forte viés moralizador e religioso, que conjuntamente com a lógica judicial e psiquiátrica, possuem a abstinência como objetivo único. Neste contexto, o que diferencia umas das outras é o fato de as praticas religiosas estarem ligadas à concepção de prazer vinculado ao mal e que este mal deve ser abolido da vida dos indivíduos. Já as praticas judiciais e psiquiátricas estão associadas à noção de criminalidade. Sendo assim, a religião se atém aos “desvios da carne” e a justiça associada à psiquiatria se detém à “cura”.

A RD vem para abrir possibilidades a estes caminhos já existentes. Sendo assim, os embates que ela vem enfrentando vão além do campo jurídico, passando por enfrentamentos políticos, morais e religiosos.

Com o aumento de casos de AIDS no Brasil durante meados dos anos de 1990, a RD deixou de ser pontual em São Paulo e ampliou-se para outras regiões do país. Com isto, em 1994, foi criado o Projeto Drogas do Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) que buscava parcerias com diversas entidades governamentais visando implantar em vários programas e secretarias a RD como possibilidade nos âmbitos estadual e municipal, culminando na criação do Programa de Redução de Danos (PRDs). Em muitos casos, seguindo o modelo holandês, os próprios usuários de drogas eram responsáveis pela fundação, gestão e atenção, sendo chamados de redutores de danos.

A inserção da RD na esfera federal trouxe consigo tensões e articulações que levaram a tona um novo paradigma. Sendo assim,

A RD tornou-se uma política de governo com pretensão de vir a ser política de Estado, encontrando forte tensionamento com outros setores da máquina posicionados a favor de uma política antidrogas.

Apesar dos embates no âmbito federal, foi na esfera municipal, no plano concreto das ações que a RD sofreu as maiores restrições. Dessa forma, mesclavam-se um plano de articulação federal e um plano municipal (Passos e Souza, 2011:8).

Neste cenário, em 1997 é constituída a ABORDA (Associação Brasileira de Redução de Danos) que busca promover a saúde dos usuários de drogas a partir da redução de danos, prevenindo assim, doenças como a AIDS através da distribuição de seringas e preservativos entre os usuários de drogas. A ABORDA mobilizou politicamente usuários e redutores, o que culminou na fundação de diversas ONGs pelo Brasil.

A ABORDA se mostrou uma entidade que caminhava em direção aos interesses e necessidades dos usuários e redutores, pois permitia maior liberdade no que dizia respeito às ações de RD, o que não se fazia possível nos PRDs. Por serem aparelhos estatais, os PRDs criavam algumas barreiras à militância dos usuários e redutores. Sendo assim, a ABORDA vem como uma alternativa dos usuários de drogas de quebrarem o estigma de doentes e criminosos, pois ela e as ONGs buscavam a inclusão das minorias.

Junto com as ONGs, a ABORDA formou uma rede nacional de redutores de danos que ia além da prevenção de DST/AIDS, passando assim a fazer movimentos de mobilização e articulação, a fim de alcançar uma nova política de drogas que, reconhecesse os direitos dos redutores e lutasse contra a discriminação sofrida pelos usuários.

Podemos dizer que as associações de redução de danos são como nós de uma rede que consolidou um movimento social de grupos minoritários, dando passagem para uma gestão do comum baseada na diferença, articulando com outros movimentos sociais: luta antiproibicionista, luta dos portadores de HIV, luta dos *gays*, travestis e profissionais do sexo e luta antimanicomial. A RD se coloca como uma luta que comunica e, sobretudo, cria um plano de comunicação entre lutas (Passos e Souza, 2011: 10).

A RD trabalha com um modelo de gestão onde os usuários se sentem acolhidos e tem a oportunidade de participar ativamente de todas as ações, o que vai desde a

gestão até a execução das atividades. Isto apresenta saldos positivos já que foram constatados casos de diminuição e até abandono do uso de drogas, pois o uso abusivo muitas vezes pode atrapalhar a execução das tarefas coletivas da RD. Sendo assim, os próprios usuários optam por largar ou diminuir o uso de drogas.

Apesar de possuir suas próprias regras, a RD não impõe a abstinência como condição para que o usuário participe das ações coletivas. Ela trabalha de forma a promover a saúde do usuário no contexto do cuidado de si, “a própria abstinência pode ser uma meta pactuada, e não de uma regra imposta por uma instituição” (Passos e Souza, 2011). O cuidado de si em algum momento pode se transformar no cuidado do outro, o que reforça a ideia de coletividade, porém, isto depende dos métodos adotados pelos usuários e de seu protagonismo na RD.

A partir de 2006, muitas instituições de RD foram fechadas ou paralisadas por falta de financiamento do PN-DST/AIDS, o que trouxe o caráter de descontinuidade e instabilidade das ações de RD. Além disso, tem havido, principalmente a partir de 2003, uma pulverização da rede de RD. Com a nova Política do Ministério da Saúde para usuários de álcool e outras drogas, a RD também foi incorporada como prática nos CAPS/AD, porém, por falta de adesão significativa, ela não alcançou uma nova institucionalização.

### *3.4 Os grupos de ajuda mútua*

Para iniciar o debate acerca dos Grupos de Ajuda Mútua, é necessário ter em mente o conceito de empoderamento, já ele é a base destes grupos. Sendo assim, empoderamento ou empowerment, remete à autonomia, fortalecimento. Vasconcelos (apud Reis, 2012) faz uma conceituação acerca deste termo dizendo que empoderamento é:

Aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social (Vasconcelos, 2003: 20 apud Reis, 2012: 192).

Apesar de existirem diferentes perspectivas ideológicas e resultados acerca do empoderamento, iremos nos ater à perspectiva de autonomização que busca como resultado o fortalecimento individual e/ou grupal. Sendo assim, os grupos de ajuda mútua aparecem com o papel de autoempoderamento grupal e individual já que são

geridos pelos próprios membros através de relações horizontais de total igualdade e mutualidade.

Reis (2012) salienta que, segundo sua concepção, o fato de vivermos em uma sociedade marcadamente paternalista, que incentiva a dependência dos indivíduos frente ao Estado e à sociedade, os grupos de ajuda mútua são iniciados como meio de romper parcialmente com esta lógica. Sua marca principal é a dificuldade em comum de seus membros bem como o objetivo de colaborar com a superação da situação problema.

(...) apesar de não haver muitos estudos estatísticos sobre a efetividade desses grupos, existem alguns benefícios que podem ser considerados, como: melhor relacionamento dos membros com os outros; maior responsabilidade; melhor vínculo com os companheiros dos grupos; mais assertividade; capacidade para tomar suas próprias decisões; estilo de vida mais independente; melhor capacidade em escutar; melhora na solução de problemas; aumento da autoestima; mais esperança no futuro; e uma sensação de bem estar (Weingarten, 2001 apud Reis, 2012: 198).

O grupo mais significativo e base para surgimentos de outros é o Alcoólicos Anônimos (AA). Fundado em 1935, por duas pessoas que sofriam de problemas relacionados ao abuso de álcool e que buscavam através da troca de experiências, soluções para lidar com a situação. Este grupo tem como base o anonimato, horizontalidade e a valorização das experiências de seus membros, fortalecendo suas potencialidades e buscando estratégias de enfrentamento ao “vício do álcool”. Não é aceita qualquer doação externa, sendo assim, o AA é mantido e geridos pelos próprios membros.

O AA é um grupo bastante flexível e acolhe a todos que buscam ajuda para superar o alcoolismo, independente de classe social, cor ou escolaridade. Ele possui diversos horários de reuniões em várias partes dos países, estados e municípios. Apesar desta flexibilização, geralmente as pessoas procuram grupos onde se sintam mais a vontade. Normalmente isso se expressa na escolha de grupos onde os membros possuem poder aquisitivo semelhante, proximidade com a residência, entre outros fatores.

Os grupos de ajuda mútua oferecem, muitas vezes, apoio para realização de tarefas mais simples do cotidiano do indivíduo até problemas mais complexos enfrentados por eles. Muitos destes grupos também desenvolvem trabalho no campo da defesa de direitos, seja com ações de conscientização, seja com formulações de projetos e serviços que visam o fim da opressão e da discriminação. Muitos indivíduos que



frequentam os grupos de ajuda mútua não dispensam tratamento com outros profissionais. Além disso, como no caso do AA, os grupos formam parcerias com profissionais e entidades psiquiátricas, da área da saúde e social a fim de proporcionar mais eficácia nas ações e reuniões. A seguir, há um quadro com alguns grupos instaurados no Brasil e uma breve caracterização de cada um deles<sup>2</sup>. Vale mencionar que estes grupos se formam a partir de representações e identificações dos próprios indivíduos que os frequentam. As denominações destes se constituem a partir de como seus membros enxergam a si e a seus problemas individuais e sociais.

Quadro 2: Grupos de ajuda mútua existentes no Brasil.<sup>3</sup>

<b>Codependentes Anônimos (CODA)</b>	<b>Programa que visa a superação da codependência e “escravidão” das relações do indivíduos com a sociedade.</b>
<b>Comedores Compulsivos Anônimos (C.C.A.)</b>	Grupo voltado para pessoas que não conseguem controlar o desejo por comida.
<b>Dependentes de Amor e Sexo Anônimos (Dasa)</b>	Grupo formado por pessoas de ambos os sexos e diversas orientações sexuais que possuem comportamento obsessivo/ compulsivo por sexo ou por outras pessoas.
<b>Devedores Anônimos (D.A.)</b>	Auxilia as pessoas que se encontram endividadas a tomar o controle de seus gastos.
<b>Fumantes Anônimos (F.A.)</b>	Grupo que colabora com o indivíduo que deseja para de fumar.
<b>Jogadores Anônimos (J.A.)</b>	Irmandade fundada para pessoas que possuem o “vício” em qualquer tipo de jogo.
<b>Mulheres que Amam Demais Anônimas (Mada)</b>	Grupo formado por mulheres que desejam se libertar da dependência por relacionamentos problemáticos com seus parceiros ou outras pessoas da família.
<b>Narcóticos Anônimos (N.A.)</b>	Grupo bastante semelhante ao AA, é destinado a pessoas que adquiriram problemas com drogas ilícitas.
<b>Neuróticos Anônimos (N.A.)</b>	Irmandade destinada à pessoas que se encontram com problemas emocionais e se consideram “neuróticas”.
<b>Sobreviventes de Incesto Anônimos (SAI)</b>	Grupo formado por pessoas de ambos os sexos que sofreram abuso sexual na infância.

Fonte: Reis. 2012.

<sup>2</sup> Este quadro serve apenas ilustrar a diversidade de Grupos de Ajuda Mútua existentes no Brasil. O AA não entra neste quadro pois já foi caracterizado anteriormente.

<sup>3</sup> Para saber mais sobre os grupos citados acesse:

[www.jogadoresanonimos.org](http://www.jogadoresanonimos.org)[www.devedoresanonimos.rj.cjb.net](http://www.devedoresanonimos.rj.cjb.net)[www.fumantesanonimos.org](http://www.fumantesanonimos.org)[www.grupomada.com.br](http://www.grupomada.com.br)[www.codependentes.freeyellow.com](http://www.codependentes.freeyellow.com)[www.slaa.org.br](http://www.slaa.org.br)

Os grupos de ajuda mútua podem representar importantes instrumentos para lidar com problemas relacionados às drogas ou a transtornos sociais, porém, além das possibilidades, também existem limites a serem considerados. Um destes limites, segundo Reis, é o fato de esses grupos serem pautados no indivíduo. Esta perspectiva individual, onde a pessoa é responsável pelo fracasso ou sucesso da sua recuperação retira os aspectos políticos, sociais e econômicos onde a pessoa está inserida e traz consigo a culpabilização moral de seus membros.

### *3.5 Os usuários de drogas e o contexto familiar*

Atualmente, a família é entendida como meio no qual os sujeitos se desenvolvem tanto culturalmente quanto economicamente e afetivamente (Costa, 2014). A família é responsável pelo desenvolvimento, proteção e sobrevivência dos filhos. Com todas estas atribuições, a família muitas vezes acaba sendo responsabilizada pelo envolvimento de seus membros com drogas. A presença de um usuário abusivo de drogas na família gera desgaste físico e psicológico, agrava conflitos já existentes e produz uma sobrecarga nas pessoas que a compõe.

A questão do abuso de drogas não afeta apenas o usuário, mas reflete direta ou indiretamente também em todos os que o rodeia. Sendo assim, o uso abusivo de drogas prejudica principalmente o usuário e seus familiares, tanto em questões de saúde física, quanto em questões ligadas à saúde mental e social. A mídia constantemente divulga notícias e entrevistas que associam a chamada “dissolução familiar”, à desordem, à delinquência, ao aviltamento social e aos problemas na juventude com o uso de drogas ilícitas.

A noção de família dissolvida ou desestruturada traz consigo o modelo de família burguesa oitocentista, e tudo o que foge desse padrão é considerado em desordem, a família em desordem, como denominou Roudinesco (2003). Reside, portanto, nessas formas simbólicas veiculadas pelas mídias, um discurso institucional que responsabiliza a dissolução da família pela situação de degradação social que vivemos, como se a crise social contemporânea não tivesse nenhuma relação com a degradação dos espaços públicos e de políticas sociais destinadas às camadas mais pobres da população (Romanini e Roso, 2013: 9).

As famílias que convivem com usuários de drogas tendem a almejar o modelo familiar tipicamente burguês, onde todos os seus membros seriam “normais”, felizes e

coabitariam em um espaço familiar harmonioso. Com isto, a “desestruturação familiar” não existiria e o sofrimento não alcançaria seus membros. O “fracasso” da conquista deste objetivo acarreta nos pais de usuários, sensação de impotência e derrota na tarefa de educar seus filhos.

As famílias modernas vêm reproduzindo o ideal de família burguesa: nuclear, patriarcal. Quando a família não corresponde aos ideais modernos, ela é considerada desestruturada e, portanto, culpada pelo uso de drogas dos filhos. Esse fato é dado como natural, verdadeiro e inquestionável. Em relação ao Estado, as políticas públicas, como a educação, não tem acessado essa população. A exclusão social que sofrem começa, desde muito cedo, nas escolas, discussão que simplesmente inexistente nas rodas de conversa (Romanini e Roso, 2013:13).

Muitas vezes, os usuários de drogas buscam amenizar o sentimento de culpa pelo sofrimento familiar com o discurso de que atualmente, toda família está suscetível a passar por problemas relacionados às drogas. Sendo assim, a família compartilha o sofrimento com o usuário e um problema que aparentemente é apenas do usuário, torna-se o problema de todos.

No contexto das drogas, a família passa por alguns estágios de impacto. Costa (2014) pontua 4 estágios enfrentados pelas famílias de usuários de drogas. No primeiro estágio denominado de negação, as pessoas escondem seus sentimentos e opiniões, deixando de falar sobre o problema. Isto geralmente causa desentendimentos e tensões. No segundo estágio a família se preocupa com o uso abusivo de drogas, porém, não fala sobre o assunto e há um clima de cumplicidade, pois o problema não é enfrentado e se apresenta como algo invisível, como se não existisse. Na terceira etapa a família passa por certa desorganização e inversão de papéis. Seus membros assumem a culpa por atitudes que não são suas, o que retira do usuário a responsabilidade por seus atos. O último estágio é marcado por rupturas familiares causadas por exaustão física e emocional de seus membros que pode vir a se transformar em doenças físicas e psicológicas.

Vale lembrar, como salienta Costa (2014), que estes estágios não são inerentes a todas as famílias que enfrentam o problema das drogas. Sendo assim, estes estágios podem se apresentar ou não. Porém, é indiscutível que este segmento social enfrenta dificuldades para lidar com estas questões e, muitas vezes, seus membros sentem

vergonha e culpa por terem um usuário de drogas na família, o que contribui para a demora em procurar ajuda.

#### 4 A “transversalidade” das drogas nas políticas sociais

Este capítulo se configura como uma sequência do que foi problematizado no capítulo 3. Aqui é apresentada a discussão sobre rede intersetorial, bem como os meios considerados adequados para ela se consolidar, bem como e as principais dificuldades para sua concretização. Tem como foco principal a caracterização dos espaços do CAPS ad, CREAS, CRAS, Conselho Tutelar e CentroPop do município de São João de Meriti, bem como a articulação destes na garantia do atendimento e acompanhamento dos usuários de drogas e suas famílias. Além disso, pontua as dificuldades existentes no trabalho institucional e a visão dos profissionais das instituições acerca dos usuários, do espaço, das conquistas e do trabalho realizado por eles.

##### 4.1 Breve caracterização do município de São João de Meriti e seu enfrentamento a questão das drogas.

O município de São João de Meriti situa-se na baixada fluminense e sua principal atividade econômica é o comércio e serviços. É conhecido como o “formigueiro das Américas” por conter um grande número de habitantes por km<sup>2</sup>. No passado, seu território fazia parte da região da Vila de Maxabomba, atual Nova Iguaçu. Em 1943, com a emancipação do município de Caxias, a região passou a ser o 2º Distrito do mesmo. Apenas em 1947, através do Projeto nº 132/47, e por meio da Lei nº6, a região adquire a emancipação e se torna cidade. Durante esses anos o município passou por diversas modificações além de momentos de queda e crescimento. Possui em sua história até o momento 31 administradores aos quais incluem prefeitos nomeados, prefeitos eleitos e interventores. Abaixo segue um quadro atual com dados relevantes acerca das características do território.

Quadro 3: Dados gerais sobre São João de Meriti

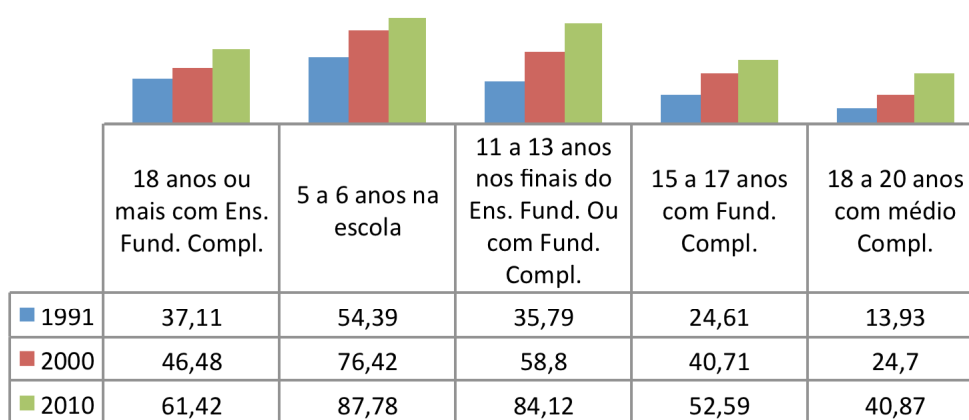
Área 35,15 km <sup>2</sup>	IDHM 2010 0,719	Faixa do IDHM Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799)	População (Censo 2010) 458673 hab.
Densidade demográfica 13068,45 hab/km <sup>2</sup>	Ano de instalação 1947	Microrregião Rio de Janeiro	Mesorregião Metropolitana do Rio de Janeiro

Fonte: Atlas Brasil.

No final do ano de 2014 o município possuía 12 secretarias, compondo o quadro da gestão municipal<sup>4</sup>. De acordo com dados do Atlas Brasil, de 1991 a 2010 houve o crescimento da longevidade, renda e educação no município, dados que compõem o Índice de Desenvolvimento Humano que até o momento é considerado alto. O IDH teve crescimento de 39,88%, que o deixa abaixo da média nacional e acima da média estadual.

Os gráficos abaixo apresentam os índices que compõem o IDH da cidade. Um deles, que representa a educação na cidade, mostra que a porcentagem de crianças e jovens inseridos na escola vem aumentando ao longo dos anos, porém, ainda é baixo o percentual de jovens entre 18 a 20 anos com ensino médio completo, sendo assim, o município ainda necessita avançar mais.

Gráfico 2: Dados sobre Educação em São João de Meriti

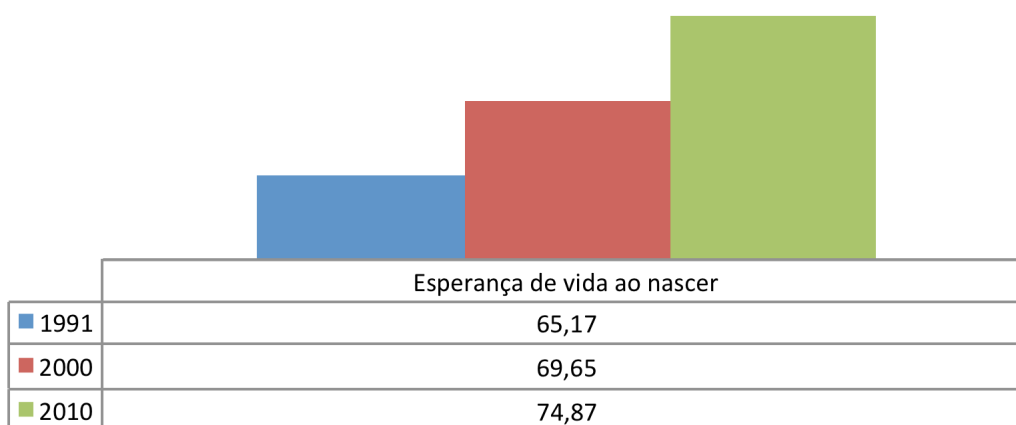


Fonte: Atlas Brasil

<sup>4</sup>11 secretarias foram extintas no mês de outubro de 2014 pelo então prefeito Sandro Matos com a justificativa de corte de gastos desnecessários. Com isto, algumas das secretarias extintas foram incorporadas a outras enquanto algumas de fato deixaram de existir. Este novo panorama municipal tem gerado grande insatisfação por parte dos funcionários da cidade, pois muitos deles, (estima-se que aproximadamente 3.000 funcionários) foram demitidos. Sendo assim, os funcionários que permaneceram tem reclamado do atrasado no pagamento dos salários e no esvaziamento dos equipamentos que compõem a rede socioassistencial, o que tem rebatido diretamente na qualidade dos serviços prestados e na vida dos usuários.

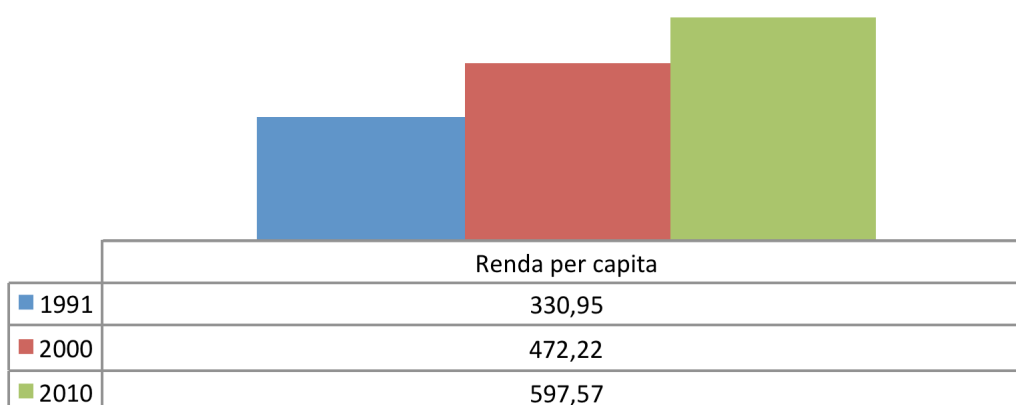
Já o gráfico de longevidade vem ilustrar que a expectativa de vida no município tem crescido ao longo dos anos e tem índice maior do que de municípios como Nova Iguaçu, onde a expectativa de vida é de 74,01 anos em 2010.

Gráfico 3: Longevidade em anos em São João de Meriti



Fonte: Atlas Brasil

Gráfico 4: Dados sobre Renda em São João de Meriti



Fonte: Atlas Brasil

O município de 1991 a 2010 mantém dados positivos se comparado com outros municípios do Estado do Rio de Janeiro no que diz respeito à renda, Educação, trabalho, habitação, mortalidade infantil e vulnerabilidades sociais.

O município de São João de Meriti, atualmente tem gerido a questão das drogas através da Secretaria de Direitos Humanos e Igualdade Racial. Além da atuação desta secretaria, foi possível observar na cidade a presença de coerção policial e enfrentamento constante desta com o tráfico da região. Há outras atividades que englobam a política de saúde como a atuação do consultório na rua e o programa “Crack, é possível vencer”. Além disso, há em vigor no município, o PROMAD (Programa Municipal de Ações Integradas Contra as Drogas), que supostamente,

é um programa municipal criado por Lei Nº 1829, de 27 de março de 2012, que tem como objetivo construir uma política municipal efetiva e integrada com todas as esferas do poder municipal, estadual e judiciário. O programa é baseado em três eixos: Cuidado, Prevenção e Controle Social. Além disso, o município aderiu no ano de 2013 ao Programa Federal Crack, é Possível Vencer! Que amplia a capacidade dos diversos equipamentos na área da saúde, assistência, segurança e, ainda capacitará os profissionais da educação no que tange a prevenção no município (relatório PROMAD, sem data).

O PROMAD está vinculado à Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Igualdade Racial e conta com a participação de diversas secretarias do município, além de entes do Poder Judiciário. O programa além de realizar atendimentos, organiza palestras em distintos espaços e capacitações aos seus profissionais na procura de atender melhor aos usuários. Apesar de seu discurso positivo, na prática, pouco se vê em relação às atividades deste programa.

Através desse estudo, pode-se perceber o esvaziamento de informações acerca dos usuários de drogas tanto no município quanto no Brasil. Porém, a partir do Programa VivaVoz<sup>5</sup> (Ligue 132), foi possível coletar alguns dados sobre as ligações recebidas por este serviço. O VivaVoz é um serviço telefônico 24 horas, criado a partir da parceria entre a SENAD e a UFCSPA que busca orientar todos que procuram informações e aconselhamentos de forma anônima acerca do uso de drogas. Abaixo

---

<sup>5</sup> Este programa é novo e apresenta alguns problemas que acredito ser justamente pela recente inauguração. Apesar da boa vontade do coordenador em ceder os danos que foram solicitados, os atendentes são ainda despreparados para lidar com o público, o que gerou três ligações consecutivas até que alguém me atendesse com paciência e disposto a me dar as informações que precisava.



segue quadro com as informações pertinentes a São João de Meriti no ano de 2013. É importante frisar que de acordo com os números obtidos neste serviço, é possível constatar que em um único atendimento houve orientação acerca de mais de um tipo de droga.

Quadro 4: atendimentos Viva Voz referentes a São João de Meriti- 2013

Tipo de droga	Número de atendimentos
Álcool	13
Cocaína	22
Maconha	7
Tabaco	15
Número total de atendimentos: 34	

Fonte: Viva Voz

Como em diversas regiões brasileiras, São João de Meriti concentra focos de tráfico de drogas em seu território, sendo assim, são constantes as intervenções policiais a fim de diminuir o avanço territorial do tráfico e coibir o comércio de drogas no município. Além disso, as manchetes de jornais mostram que também há frequentes confrontos entre os diferentes grupos de traficantes, o que acompanhado das ações policiais, acarretam em consideráveis índices de violência e homicídios, majoritariamente, no que se refere aos jovens da região. De acordo com o relatório do PROMAD, a maior concentração de usuários de drogas se encontra nos bairros de Éden, centro de São João de Meriti, Vila Rosali, Vilar dos teles e Jardim Meriti, além da população em situação de rua.

O programa “Crack, é possível vencer” tem sido uma das alternativas municipais para dar respostas à questão das drogas na cidade. Este programa foi lançado em 2011 e tem por objetivo implantar ações que sejam eficazes no enfrentamento do crack e outras drogas. O programa prevê que estas ações estejam em consonância com a sociedade civil e que ela, participe ativamente do programa. Suas ações são pautadas na prevenção do uso de drogas e na assistência médica e psicossocial dos usuários de drogas e seus familiares.

O PROMAD foi instituído em 2012 e é um programa que visa propor e implementar ações que sejam eficazes na mudança de vida dos usuários de drogas

(conhecidos também como dependentes químicos) e seus familiares. Junto com ele, foi criado o fundo municipal de políticas sobre drogas que tem por objetivo destinar no mínimo 1% da receita líquida do município para o programa e para outras medidas que estejam vinculadas ao enfrentamento das drogas.

Nos últimos anos, a cidade tem contado com a participação dos profissionais da rede de serviços públicos na realização de encontros, debates e eventos culturais que englobam a questão das drogas, para que assim, seja possível traçar estratégias de prevenção ao uso, principalmente, no que diz respeito aos alunos de escolas públicas da região.

Na cidade está implantado um CAPS ad que trata de usuários de drogas que se encontram em sofrimento por conta do uso abusivo de álcool e outras drogas (este será tratado mais a frente). Além disso, há no município grupos de ajuda mútua como os Narcóticos Anônimos e Alcoólicos Anônimos. O primeiro tem seu espaço localizado no centro da cidade e busca ajudar os usuários de diversas drogas a alcançarem a abstinência e a se manterem “limpos”. Já o segundo, possui 12 filiais espalhadas pelo território e seu público alvo se concentra nos indivíduos com problemas relacionados ao abuso do álcool. Vale ressaltar que apesar do A.A contar com membros que apresentam problemas com álcool, podemos encontrar neste espaço, sujeitos que adquiriram problemas com outras drogas além do álcool.

Apesar de existir as medidas citadas acima, que priorizam as drogas no município de São João de Meriti, pouco se encontra sobre o assunto, inclusive nos planos municipais como o de saúde, por exemplo, que trata de diversas questões da população, praticamente nada cita sobre as questões dos usuários de drogas deste território. Sendo assim, há uma falta de prioridade neste campo por parte dos órgãos gestores do município.

#### *4.2 A intersetorialidade e o trabalho da rede socioassistencial do Município de São João de Meriti.*

Para iniciar o debate acerca da rede de serviços do município de São João de Meriti, partiremos do entendimento que esta rede é composta por equipamentos da política de assistência social, da educação, da saúde e de entes do Poder Judiciário, Sociedade Civil, ONGs, grupos de ajuda mútua, entre outros, que podem vir a ser fundamentais para a garantia de direitos dos usuários de drogas e de suas famílias. Para

tal, foram conduzidas entrevistas com assistentes sociais, psicólogo e conselheira tutelar de alguns espaços do município, entre eles: CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, CentroPop e CAPS AD.

Atualmente, o trabalho em rede se configura como um grande desafio para gestores e executores das políticas públicas. Com o avanço do capitalismo, o fenômeno da exclusão social vem afetando um número cada vez mais elevado de indivíduos que endereçam demandas às diferentes políticas para manutenção de suas vidas. Isto posto, a garantia de direitos encontra-se fragilizada e repleta de impedimentos na sua concretude. Sendo assim, a chamada “inclusão social”, embora se coloque como uma meta, torna-se cada vez mais difícil de ser alcançada.

As políticas sociais que fazem parte da seguridade social brasileira, apesar de contarem – na sua estruturação – comum a rede intersetorial de serviços públicos, atuam de forma desarticulada umas das outras, o que acarreta na ausência ou precarização da resposta às demandas. Estas políticas também possuem suas próprias redes de serviços e redes institucionais que, na maioria das vezes, são as únicas acionadas pelos equipamentos públicos, atuando como se estas diversas políticas trabalhassem independentes umas das outras.

Esta forma de gestão da política pública gera fragmentação da atenção às necessidades sociais; paralelismo de ações; centralização das decisões, informações e recursos; rigidez quanto às normas, regras, critérios e desenvolvimento dos programas sociais; divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, unidade, instituição ou serviço participante da rede; fortalecimento de hierarquias e poderes políticos/decisórios e fragilização do usuário – sujeito do conjunto das atenções na área social (Bourguignon, 2001).

Com isto, citando Guará (1998), Bourguignon (2001) explicita que a gestão pública necessita de permanente processo de renovação, bem como modelos flexíveis que favoreçam a participação da sociedade civil organizada nas ações e decisões no que diz respeito às políticas públicas. Para alcançar este objetivo, é imprescindível ter como prerrogativa a intersetorialidade. Esta, segundo (2001), caracteriza-se pela “articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal”. Uchôa (2014) formula uma definição mais precisa para intersetorialidade, dizendo que

Intersetorialidade é a intervenção coordenada de diversas instituições socioassistenciais e econômicas no desenvolvimento de ações de atenção integral para tratar de problemas de saúde, bem-estar e qualidade de vida da população.

A partir das entrevistas, ficou evidente a fragmentação e fragilidade da rede de serviços socioassistenciais no município, problematizadas por Bourguignon, inclusive este fato se fez claro nas declarações dos profissionais da rede que a classificaram como ineficaz e de péssima qualidade. Através das falas dos profissionais envolvidos, foi possível constatar a falta de diálogo entre as diversas instituições e muitas vezes a ineficácia dos encaminhamentos realizados pelos espaços públicos municipais. Cabe ressaltar que a rede é muito marcada por relacionamentos interpessoais, ou seja, uma intervenção ou encaminhamento tem grande eficácia quando o profissional de determinado equipamento tem boa relação pessoal com o profissional de outro espaço.

Além disso, profissionais como assistentes sociais, psicólogo e conselheiro tutelar dos CRAS, CAPS AD e Conselho Tutelar, durante as entrevistas, não souberam identificar os equipamentos pertencentes à rede de serviços do município de São João de Meriti, existindo até mesmo, profissionais que declaram a inexistência da rede. Há aqueles que classificam a rede como sendo composta por entidades do judiciário, outros já declaram que a rede é composta por instituições religiosas, grupos de ajuda mútua e pessoas físicas (havia clareza de que estes grupos apareceriam nas entrevistas, mas não se espera que seriam tidos como os principais componentes da rede, sobretudo, no que diz respeito ao CAPS AD). Outros profissionais apontaram espaços como o CRAS, CREAS, CentroPop, Conselho Tutelar, Fundação Leão XIII, postos de saúde, entre outros, como as principais instituições pertencentes à rede socioassistencial de São João de Meriti.

Usando como exemplo a política de saúde, para garantir a integralidade de seus objetivos, é necessário que haja articulação entre ela e as demais políticas públicas, já que o processo saúde/doença perpassa as várias instâncias da vida dos indivíduos, envolvendo questões de moradia, saneamento, educação, trabalho e alimentação por exemplo. Sendo assim, na área da saúde (e não só nela) é imprescindível a intersetorialidade nas políticas sociais e econômicas, visando sempre a preservação da autonomia dos setores envolvidos.

A intersectorialidade pressupõe a existência de serviços que trabalhem de forma organizada e tenham em comum, objetivos e interesses. A rede deve ser pensada de forma a levar em consideração o contexto social e cultural ao qual irá atuar. Ela evita que as ações de garantia de direitos sejam repetidas, o que colabora com diminuição de gastos desnecessários de recursos públicos. As ações intersectoriais demandam articulação de saberes e experiências, disseminação de informações e participação social. A capacitação dos atores envolvidos nas políticas públicas também se faz imprescindível para a execução destas.

Durante a experiência de estágio, percebeu-se uma forte parceria entre os espaços da assistência social e da educação. Há grande diálogo entre estas duas políticas no município, sobretudo em relação aos jovens. Isto se faz concreto através de organizações entre colégios e CRAS da região para planejar ações que tenham os jovens como público alvo. Essas ações giram em torno do preparo dos jovens, sobretudo estudantes, para o mercado de trabalho, inclusive com parceiros externos como o CIEE (Centro de Integração Empresa-Escola), além da busca pela retirada de adolescentes da possível entrada para o tráfico de drogas. Além disso, em muitas ocasiões onde ocorre a falta de materiais para o trabalho institucional, a secretaria de educação e as escolas se mobilizam para suprir este tipo de necessidade, principalmente do Conselho Tutelar.

Em relação ao trabalho da rede com os usuários de drogas, a instituição apontada como sendo a mais importante no acompanhamento destes sujeitos é o CAPS AD. As famílias e outras demandas destes usuários geralmente são acompanhadas, além do CAPS AD pelos CRAS e CREAS que, havendo necessidade, realizam encaminhamentos para postos de saúde, instituições de viabilização de documentos, entre outros provimentos. Tanto CRAS quanto CREAS possuem dinâmicas de atendimento organizadas pelos próprios profissionais. Estas organizações ocorrem no sentido de separar as demandas e coloca-las com um profissional de referência. Para exemplificar esta organização, no caso dos usuários de drogas, um profissional se encarrega de atender este tipo de demanda, sendo assim, toda vez que há usuários com esta demanda, ele será encaminhado para acompanhamento com aquele profissional específico. Contudo, todo profissional faz atendimento de demanda espontânea para depois encaminhar para o profissional de referência.

Vale ressaltar que no município além das instituições citadas acima, há também ações do Consultório na rua, medida que visa levar atendimento básico de saúde à população em situação de rua através de unidade itinerante em parceria com profissionais das unidades de saúde do município onde as equipes podem ser formadas por vários profissionais de especialidades distintas, entre eles, enfermeiro; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; médico; agente social; técnico ou auxiliar de enfermagem; técnico em saúde bucal.

Outras ações importantes estão relacionadas ao PROMAD, que realiza atendimento e acolhidas aos usuários de drogas e suas famílias de forma a visar a intersetorialidade como fundamental na garantia dos direitos dos usuários de drogas, porém, sua maior articulação é com o CAPS AD, Defensoria Pública e PAM. Após a acolhida, os profissionais do programa identificam as demandas daquele usuário para assim encaminhar ao serviço adequado. O tratamento não é a primeira opção para o usuário. Ele pode ou não acontecer, tudo depende da vontade do indivíduo.

Porém, observamos que alguns subsídios oferecidos na integração com a rede, não se encontram apropriados para os atendimentos, pois os Conselhos do Serviço Social e Psicologia preconizam de forma clara que o atendimento psicossocial deve ser realizado com total sigilo. Outro fator é a presença de policiais circulando no prédio, onde se encontra a Promotoria da Infância e Juventude, o que possivelmente pode afastar os usuários do serviço. Além disto, o local é de difícil visibilidade e divulgação do Programa (relatório PROMAD, sem data).

Como no município não há instituições de permanência dos usuários, muitas vezes os profissionais recorrem a espaços pertencentes a outros municípios para que estes indivíduos recebam o atendimento adequado. Este procedimento é realizado principalmente pelo CAPS AD e pelo CentroPop que atende a pessoas em situação de rua.

A história brasileira revela que o país é marcado por desigualdades no que diz respeito à distribuição da riqueza socialmente produzida, pelo tratamento das políticas sociais como secundárias às políticas econômicas e por interesses econômicos privados perpassarem a elaboração de políticas públicas sociais. Este cenário interfere diretamente na intersetorialidade, que se transforma em um verdadeiro desafio nas políticas sociais. Contudo, este desafio deve ser assumido por todos os atores envolvidos com a gestão, elaboração e execução das políticas sociais a fim de garantir

direitos e melhorar a situação de vida de todos os cidadãos. Por fim, “a intersectorialidade nas políticas públicas é tarefa urgente, necessária e de todos: governantes, gestores, profissionais, usuários, lideranças, conselheiros e instituições de ensino” (Uchôa, 2014).

#### *4.3 O perfil dos usuários e o acompanhamento no contexto da drogadição.*

Apesar de haver certo consenso entre os profissionais do município acerca do problema das drogas ser passível de afetar a todos os sujeitos sem distinção de classe, cor ou sexo, foi possível traçar um “perfil” dos usuários de álcool e outras drogas que são atendidos pela rede. Em todas as unidades que foram realizadas as entrevistas, o número de homens que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas se faz maior que o de mulheres. No que diz respeito ao CAPS AD, o profissional não soube precisar a faixa etária de maior incidência no espaço, porém, explicitou que entre os adolescentes atendidos no local, a maior incidência é de maconha. Já entre os adultos considerados mais jovens a cocaína é a droga mais utilizada, enquanto que entre os adultos mais velhos, o uso abusivo de álcool é o mais presente. Interessante ressaltar que o crack, segundo as informações colhidas, pouco aparece no CAPS AD como um problema a ser resolvido. Apesar da grande divulgação da mídia sobre esta droga, no espaço do CAPS AD sua presença é residual.

No que se refere ao CentroPop, os usuários de drogas que se apresentam neste espaço são em sua maioria homens, com problemas principalmente relacionados ao álcool, acima de 18 anos, com maior incidência de indivíduos com idades entre 35 e 50 anos e cerca de 80% alfabetizados. Já o Conselho Tutelar lida na maioria com adolescentes do sexo masculino, de todas as classes sociais (segundo a conselheira entrevistada) e que apresentam uso em primeiro lugar de maconha, depois cocaína e crack (esta última um pouco questionável já que no CAPS AD não há presença relevante de usuários desta droga e foi possível perceber a falta de firmeza na afirmação do profissional do Conselho Tutelar). CREAS e CRAS seguem o mesmo padrão de perfil das outras unidades e geralmente, seguem o acompanhamento de forma complementar aos outros equipamentos da rede.

De acordo com o relatório realizado pelo PROMAD, acerca dos usuários atendidos pelo Programa, apesar da massiva presença de homens com problemas relacionados à drogas, 59% das pessoas que procuram o serviço são mulheres (isto se

explica pelo fato das mulheres serem as principais na busca de atendimento para seus filhos, companheiros ou outros membros da família), a faixa etária com maior frequência é de 30 a 39 anos, apesar disso, o índice de jovens entre 18 e 29 anos é considerável (22%). A cocaína é a droga mais utilizada entre os usuários do Programa (36%), seguida de crack (18%) e maconha (15%). Destes usuários, 50% não concluíram o Ensino Fundamental, o que se revela um dado preocupante, exigindo ações voltadas à educação que sejam mais eficazes e mudem essa realidade.

Em relação ao acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas e suas famílias, CRAS, CREAS, CentroPop e Conselho Tutelar adotam procedimentos semelhantes. Em um primeiro momento, há o acolhimento daquele indivíduo, em seguida o estudo das possibilidades de intervenção que possam atender melhor as suas demandas e posteriormente o encaminhamento ao CAPS AD, CRAS e CREAS. Depois de encaminhar ao CAPS AD para o tratamento do usuário, ainda prosseguem o acompanhamento do sujeito e sua família. Quando à quebra de vínculo familiar, há a tentativa de restauração deste. Como a drogadição afeta diversos meandros da vida dos indivíduos, é imprescindível que, eles além do CAPS AD, os usuários frequentem os equipamentos da assistência social para que, assim, possam superar a situação de vulnerabilidade e violação de direitos ao qual está vivenciando. O CentroPop trabalha, inicialmente, com demanda espontânea e usuários encaminhados por outros órgãos do Poder Judiciário e da rede socioassistencial para iniciar o acolhimento e tomar as medidas cabíveis para estes indivíduos terem acesso aos seus direitos. Além disso, há o movimento de ir até os usuários de drogas que estão nas ruas do município. Uma vez feita a abordagem (que é realizada junto à secretaria de segurança pública<sup>6</sup>), estes sujeitos são convidados a conhecer o equipamento e os serviços oferecidos.

Dos equipamentos estudados, o espaço que há grande diferença de procedimento no acompanhamento e “tratamento” do usuário é o CAPS AD. Apesar de lidar de certa forma com todas as situações de vulnerabilidade apresentadas pelos sujeitos, seu foco principal são as drogas e a abstinência. Com isto, primeiramente há o acolhimento, em seguida a formulação de um plano de tratamento para aquele indivíduo

---

<sup>6</sup> Esta abordagem muitas vezes é mal vista pelos usuários que se encontram em situação de rua, pois gera desconfiança e medo, já que membros da secretaria de segurança remetem a opressão e punição policial.



e posteriormente o tratamento em si, que é baseado em medicação, psicoterapia individual e em grupo, oficinas e grupo de famílias.

#### 4.4 *Os desafios encontrados no trabalho institucional e as conquistas, segundo os profissionais da rede.*

As dificuldades dos equipamentos que compõem a rede de serviços socioassistenciais do Município de São João de Meriti são basicamente as mesmas para todos os equipamentos. Há falta de materiais básicos para manutenção dos espaços, as equipes de trabalho na maioria estão incompletas, as instalações são precárias e, no caso dos espaços pertencentes à Política de Assistência Social, são incompatíveis com o descrito na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009) que trataremos mais a frente.

No que diz respeito ao CAPS AD, além das carências descritas acima, o profissional entrevistado destaca a frustração em muitas vezes, de elaborar um projeto de intervenção e não poder levar à frente por falta de recursos ou espaço para tal. Outro problema encontrado no CAPS AD do município é o fato de não funcionar 24 horas, o que pode gerar uma quebra na abstinência do usuário, pois em algumas ocasiões, ele pode vir a precisar de acolhimento institucional no meio da noite para vencer a vontade de usar drogas e não há um espaço para esta demanda. Segundo o profissional entrevistado, *“o cara trabalha. A hora que ele sai do trabalho, né, no crepúsculo, por exemplo, ai dá aquela deprê e ai o cara não tem pra onde ir. Ou já sai na fissura de usar droga e não tem como você socorrer. Então, o CAPS poderia ta aqui de portas abertas até 10 horas da noite ou até de madrugada recebendo alguém. Eu acho isso uma das falhas do sistema”*. O CAPS AD passa também por carência de medicamentos necessários para o tratamento dos usuários e por falta de alimentos que, na maioria das vezes, é o que atrai o usuário ao equipamento. Muitos usuários não levam o tratamento à frente por escassez de recursos para financiar as passagens de ônibus até o local. Segundo o profissional, o passe-livre ou ônibus providenciado pela Prefeitura<sup>7</sup>, resolveria parte dos problemas destes usuários. Ainda, de acordo com o profissional, não é possível obter êxito no tratamento compulsório ou no tratamento como pena judiciária.

---

<sup>7</sup> Por um período chegou a existir um ônibus concedido pela secretaria de segurança do município para este público, porém, não houve continuidade no serviço, pois a experiência não obteve êxito.

Acerca das conquistas obtidas no CAPS AD, o profissional salienta que a drogadição não tem cura, o que há é o afastamento do usuário da droga que ele possui “vício”. Com isto, pode ocorrer a chamada “recaída” do usuário após anos de afastamento. Sendo assim, a maior conquista no trabalho institucional, segundo o profissional entrevistado, está relacionada a um grupo de convivência composto por usuários que estão afastados do uso de drogas, alguns por anos e que até o momento conseguem “seguir com suas vidas”. O grupo é caracterizado pelo profissional como “*Grupo bundalelé*”, onde não há rotina, metodologia ou discussão acadêmica. Segundo ele, o grupo funciona na “base do amor” e assim, caminha de forma a “se auto gerir”, neste contexto ele atua apenas como facilitador. Essa denominação do grupo é utilizada pelo profissional para explicar que o grupo é livre, todos são bem recebidos e não há qualquer tipo de censura. No momento em que participa do grupo, o usuário se sente livre para se expressar da maneira que julgar pertinente, sem nenhuma espécie de julgamento moral de sua conduta.

Sobre o CentroPop, outras dificuldades apontadas pelos profissionais entrevistados giram em torno da falta de comunicação com a rede e, assim como o profissional do CAPS AD, eles concordam que a falta de um espaço que funcionasse 24 horas atrapalha o tratamento dos usuários, pois não há continuidade no tratamento. A morosidade processual e a burocracia muitas vezes são impasses no atendimento adequado aos usuários de drogas, especialmente no que diz respeito aos indivíduos em situação de rua. Como o CentroPop trabalha também com busca ativa (como citado anteriormente), a falta de transporte para os funcionários na realização desta função e a escassez de elementos simples como crachás de identificação, além de dificultar e dar legitimidade ao trabalho, expõem os profissionais a situações de violência iminente.

Durante o período que pude observar a dinâmica do espaço, foi possível constatar que o sigilo profissional muitas vezes é ameaçado, pois não há divisão adequada dos espaços de atendimento aos usuários, as “salas” são separadas por divisórias que não chegam ao teto e ficam localizadas praticamente na entrada do equipamento. Outro entrave durante a observação foi a distinção entre o que seria demanda do CentroPop e o que seria demanda da Secretaria Municipal de Promoção Social (SEMPROS) já que as instituições se localizam no mesmo espaço físico. Contudo, o respeito e bom relacionamento dos funcionários com os usuários foi um traço marcante não apenas no CentroPop, mas também no CREAS, CRAS e CAPS AD.

Os profissionais do CentroPop classificam as conquistas de maneira a ser um trabalho conjunto, onde o usuário se faz responsável pelo seu tratamento, segundo eles, há situações que não dependem apenas da atuação profissional, depende da vontade do indivíduo assistido. Sendo assim, se entre 10 usuários, 1 obter êxito, para estes profissionais já é um bom resultado.

Sobre o CRAS e o CREAS a realidade é quase a mesma, além das dificuldades descritas no início deste tópico, as dependências físicas estão muito aquém dos padrões descritos na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009), onde, sobre o serviço de proteção básica que neste caso específico é o CRAS se lê:

**PROVISÕES:**

**AMBIENTE FÍSICO:** Sala(s) de atendimento individualizado, sala(s) de atividades coletivas e comunitárias e instalações sanitárias, com adequada iluminação, ventilação, conservação, privacidade, salubridade, limpeza e acessibilidade em todos seus ambientes de acordo com as normas da ABNT. O ambiente físico ainda poderá possuir outras características de acordo com a regulação específica do serviço.

**RECURSOS MATERIAIS:** Materiais permanentes e de consumo necessários ao desenvolvimento do serviço, tais como: mobiliário, computadores, entre outros.

**MATERIAIS SOCIOEDUCATIVOS:** artigos pedagógicos, culturais e esportivos; banco de dados de usuários(as) de benefícios e serviços socioassistenciais; banco de dados dos serviços socioassistenciais; Cadastro Único dos Programas Sociais; Cadastro de Beneficiários do BPC.

De todas as provisões esperadas pela Tipificação descritas acima, as únicas presentes no espaço do CRAS são alguns dos materiais socioeducativos, pois muitos dos recursos materiais se encontram constantemente em falta e o ambiente físico tanto do CRAS quanto do CREAS não condizem com as exigências acima. Outra dificuldade constante no CRAS se refere à falta de repasse das cestas básicas destinadas aos usuários mais empobrecidos. Estas quando chegam ao espaço, já se encontram com produtos fora da data de validade, em péssimo estado e sem conduções de consumo. Durante três períodos de estágio e observação participante, apenas três remessas de cestas chegaram ao CRAS. Número totalmente incompatível com a realidade dos usuários deste equipamento. Apesar dos problemas citados e os poucos recursos, os serviços sociais essenciais previstos pela Tipificação ao espaço são realizados de forma responsável pelos profissionais.

O CREAS no que diz respeito ao conforto dos profissionais e usuários, está um pouco melhor que o CRAS já que ele possui ar condicionado e, apesar de pequeno, possui ambiente mais limpo e agradável, sem tantos problemas estruturais no que diz respeito às dependências físicas, porém, o sigilo e a privacidade dos usuários é ameaçada como no CentroPop já que as salas são separadas por uma divisória e muito próximas à sala de espera. Além disso, está sendo construída próxima ao CAPS AD, a nova dependência do CREAS que será mais ampla e permitirá suprir algumas (espero que todas) carências do espaço.

Não foi possível perceber a dinâmica do espaço, pois ao chegar até ele, a porta se encontrava trancada e apenas uma profissional estava trabalhando. Cheguei a pensar que o equipamento estava fechado, mas para minha surpresa a profissional trancava a porta por não se sentir segura sozinha dentro da unidade. No tempo que permaneci no CREAS, nenhum usuário compareceu e houve apenas um atendimento rápido por telefone. Durante minha saída, chegou outra funcionária que estava em horário de almoço. O ato de trancar a porta do CREAS me parece algo rotineiro para os profissionais do local, pois em outras ocasiões que voltei (todas sem sucesso já que a profissional que me foi referenciada marcou e não compareceu nos dias em que estive no equipamento), a mesma situação se apresentou. Os profissionais se mostram bastante dedicados ao seu trabalho e comprometidos com as demandas dos usuários.

Há (segundo informações dos próprios profissionais) certa divisão de tarefas entre os profissionais do CREAS. Deste modo os profissionais se dividem em quem atende demandas de usuários de drogas e quem atende demandas de medidas socioeducativas, por exemplo. Porém, todos atendem as demandas emergenciais e a primeiros atendimentos. Esta é apenas uma forma de se organizar, de modo a ter um ou mais profissionais de referencia acerca de tal público ou demanda. Sobre os impasses do trabalho institucional, uma profissional do CREAS se diz insatisfeita principalmente com os questionários encaminhados pelo governo federal já que, segundo ela, os padrões de respostas não coadunam com as demandas apresentadas pelos usuários. Com isto, muitas demandas recebidas pelo CREAS não são documentadas, o que as impede de entrar nas estatísticas, gerando desconhecimento e medidas que venham a resolver este tipo de demanda.

No que se refere ao Conselho Tutelar, pude observar que a instituição é pequena, porém as salas são bem posicionadas e garantem o sigilo e a privacidade, contudo, o atendimento muitas vezes é feito a portas abertas, o que permite aos sujeitos presentes na sala de espera ouvirem parte ou tudo do que é dito durante o atendimento; alguns profissionais tem o hábito de explicitar, na frente de outros indivíduos, os casos atendidos e sobre o que se referem. Julgo este fato como algo grave que deve ser combatido, os usuários confiam nos serviços prestados pelo equipamento e não devem ter sua vida e suas situações que muitas vezes é de grave violação de direitos expostas desta maneira.

Acerca das dificuldades do trabalho, a profissional entrevistada salienta que as carências materiais e físicas do equipamento causam grande desgaste para todos os profissionais envolvidos, porém, não se pode focar nas dificuldades e o trabalho deve sempre continuar. Também explicita que, apesar das dificuldades, as conquistas superam os entraves da instituição. Este último, é um ponto em comum para todos os equipamentos da rede socioassistencial estudados. Todos os profissionais entrevistados declararam alcançar mais conquistas que insucessos no trabalho institucional.

## 5 Considerações finais

Como vimos, as drogas sempre estiveram presentes na história da humanidade. Há estudos ainda mais antigos do que os utilizados neste trabalho sobre o uso de substâncias entorpecente por diversas civilizações. Além do uso recreativo, muitas drogas eram utilizadas no alívio da dor e do sofrimento, seja ele físico provocado por enfermidades, mental provocado por uma vida difícil. Além dos usos citados, outra prática que existia e ainda é desempenhada atualmente, é o emprego de chás alucinógenos em rituais religiosos.

Após as grandes navegações, impulsionadas pelas drogas, os colonizadores passaram a utilizar a coca como moeda de troca com os índios para que estes fossem explorados na obtenção de ouro e prata. Esta planta se mostrou eficaz neste momento, pois os índios a consumiam em rituais religiosos e de forma recreativa. Este foi o primeiro indício de uso de drogas com interesses capitalistas.

Até boa parte do século XIX, as drogas ditas hoje como ilícitas, eram consumidas livremente, principalmente por pessoas da alta sociedade. A partir deste mesmo século, muitas drogas atualmente ilícitas e as lícitas, como a morfina e a cocaína, que são utilizadas ainda hoje, foram criadas neste período. Já a partir do século XX, as drogas que são proibidas até os dias de hoje passam a ser diferenciadas dos fármacos, muitos deles, atualmente, com venda controlada.

Esta distinção entre proibidas e não proibidas foi justificada através de argumentos que levavam a sociedade acreditar que as drogas geravam mal para a sociedade e para a economia. Porém, as drogas adquirem status de caso de polícia a partir do momento que os pobres iniciam seu uso. Sendo assim, o proibicionismo está intrinsecamente ligado a movimentos moralizadores da época de sua implantação nos Estados Unidos. Movimentos estes que tiveram início no século XIX, mas tomam força apenas a partir do início do século XX.

O proibicionismo teve início com a proibição da venda e consumo do álcool nos Estados Unidos. O veto desta droga gerou à época, quadro bastante semelhante ao que presenciamos atualmente, ou seja, gerou violência, mortes, tráfico, surgimento de gangues na venda e produção da droga e o mais importante, não extinguiu o uso e o comércio da droga. O que aconteceu foi o surgimento de bebidas cada vez mais fortes

que apenas agravaram o problema. Isto ainda ocorre atualmente, podemos perceber este fenômeno a partir da proibição da cocaína que acarretou o surgimento do crack, droga que causa maior dependência e danos a saúde do usuário.

Com a intensificação do uso de drogas ilícitas como a cocaína e o LSD, no período de 1960 e 1970, os Estados Unidos declara “Guerra as Drogas”. Esta “guerra” adotada por diversos países, incluindo o Brasil, em um pacto econômico com os Estados Unidos, fere diretamente os direitos humanos fundamentais e criminaliza a pobreza, sobretudo, o pobre negro. O proibicionismo faz a distinção entre produtores, consumidos e comerciantes de drogas ilícitas e de drogas lícitas. Esta distinção acarreta a criminalização e opressão de um e a liberdade e legitimação do outro. Esta distinção não leva em conta os prejuízos que drogas lícitas como o álcool e o tabaco podem trazer aos usuários e à sociedade. É certo que drogas como o álcool podem, em algumas situações, causar mais danos do que drogas ilícitas como a maconha, droga ilícita que atualmente vem sendo utilizada na fabricação de medicamentos e já foi muito utilizada na extração de fibra.

O proibicionismo no Brasil aparece vinculado à idéia e de que a miscigenação acompanhada de pobres consumidos degenerava a sociedade e que a saída seria a eugenia. Desde a instauração do proibicionismo no Brasil, no que diz respeito à atenção aos usuários de drogas em sofrimento, pouco se fez. As medidas adotadas são quase que exclusivamente repressivas, violentas e gestadas pelo sistema punitivo e militar que vem aumentando o número de encarcerados pobres.

A mídia assume um papel importante neste contexto, pois infelizmente, auxilia nesta histeria acerca das drogas. Ela legitima os discursos conservadores e repressores de criminalização dos usuários, sobretudo, atualmente, no que diz respeito ao crack. Isto faz com que haja a vinculação das drogas ilícitas com casos de violência e tragédias. Tirando assim do Estado e do capitalismo, a culpa pela conjuntura de desmonte de direitos, corrupção e má administração pública que vivemos. Neste contexto, o usuário é marginalizado, indesejável e provocador de medo às “pessoas de bem”.

Com isto, no Brasil e em diversos países do mundo, o proibicionismo tem se mostrado ineficaz no combate às drogas. As autoridades conjuntamente com a sociedade civil necessitam rever as Leis e valores que gerem esta questão. É fato que a

proibição as drogas vai além da preocupação com a saúde e o bem comum. Ela está vinculada diretamente a valores morais e interesses embutidos na sociedade pelo capitalismo ao longo dos anos.

O objetivo do proibicionismo é a extinção das drogas e já esta mais que provado seu fracasso. O que ele vem gerando, como dito anteriormente, são saldos cada vez maiores de violência e prisões, sobretudo, no que diz respeito a população pobre. É rotineiro ouvir notícias acerca de prisões e mortes de indivíduos pobres, moradores de favelas e periferias por tráfico ou uso de drogas. Muitas vezes, esses indivíduos são inocentes e os verdadeiros “culpados”, continuam imunes a qualquer repressão. Isto se faz concreto na medida em que o helicóptero de um político importante é encontrado carregado de cocaína e nenhuma medida é tomada.

Nosso país passa por problemas estruturais que afetam, sobretudo, os mais pobres. O desmonte das políticas sociais inerente à reestruturação do capital vem gerando saldos cada dia mais alarmantes para quem depende de serviços de saúde pública, assistência social, educação e previdência. Neste contexto, as drogas tomam status de mal contemporâneo. A união juntamente com a sociedade civil, deve retirar este foco negativo das drogas e focar nestas questões que realmente são imprescindíveis para a população. Não podemos colocar na conta das drogas todos os problemas estruturais de nosso país, a violência, por exemplo, não é puramente resultado do tráfico de drogas. A falta de investimentos em educação e lazer faz com que nossos jovens, muitas vezes, recorram a formas ilícitas de conseguir bens materiais para sua subsistência e para alcançar o status que a cultura do consumo capitalista impõe a eles.

A partir da exposição realizada neste trabalho acerca do tema, acredito que o proibicionismo deve ser extinto e o que deve imperar são medidas de orientação e prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Este é um grande caminho a percorrer. A descriminalização e legalização de drogas como a maconha e a cocaína devem ser pensadas com cautela. Este deve ser um caminho traçado gradativamente já que nossa sociedade aderiu ao pensamento contido no proibicionismo. O Brasil é um país imbuído de corrupção e de um sistema Judiciário frágil, onde os “poderosos” possuem imunidade à lei, enquanto os pobres pagam a conta. Sendo assim, acredito que a revisão das leis antidrogas ainda não ocorreu porque não é interessante para os



“colarinhos brancos” que lucram com o tráfico de drogas já que a extinção do proibicionismo amenizaria, senão, acabaria com o tráfico de drogas.

Nosso país deveria seguir o exemplo de alguns países que já legalizaram algumas drogas. O documentário “Quebrando o tabu” explicita grande parte do que mostramos até aqui sobre o proibicionismo. Nele, encontramos também exemplos de países que legalizaram algumas drogas, sobretudo, a maconha e obtiveram resultados positivos. Tão positivos que em alguns lugares, o uso de drogas e a violência diminuíram significativamente, inclusive entre os jovens. Este é um bom exemplo a ser seguido pelo nosso país.

No que diz respeito ao tratamento dos usuários de drogas, este é pautado na abstinência. Este modelo deve ser repensado e medidas de redução de danos merecem maior atenção. A redução de danos é encarada pela justiça como incentivadora do uso de drogas, e ao contrário disto, ela é uma alternativa, um caminho novo além da abstinência. Ela promove a participação dos usuários, fazendo com que eles se sintam ativos, sujeitos particulares que podem tomar suas próprias decisões. Muitos pensam que a redução de danos se limita a fazer o usuário migrar de uma droga forte para uma fraca, ou a aderir a determinados costumes que façam os danos das drogas serem menores. Ela vai além disso, ela permite que o usuário escolha deixar ou não de utilizar determinada droga.

Em relação ao município de São João de Meriti, as medidas adotadas para enfrentar o problema das drogas são ainda ineficazes e, apesar de algumas medidas preventivas, estas ainda são residuais e não estão alcançando resultados satisfatórios. Já em relação à rede socioassistencial, a desarticulação e falta de diálogo entre os equipamentos prejudicam o atendimento e acompanhamento dos usuários de drogas. Muitos profissionais se encontram pouco capacitados para o trabalho intersetorial. O município necessita investir em cursos de capacitação para seus profissionais. Os poucos cursos oferecidos vez ou outra são voltados não para toda a rede, mas para alguns profissionais selecionados que atuam nela. Os equipamentos devem ser melhor estruturados para que o trabalho interdisciplinar e intersetorial de fato seja realizado como prevê a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.

Outro ponto importante a ser pensado diz respeito as equipes multiprofissionais de diversos equipamentos se encontrarem incompletas. Este problema gera desgaste aos

profissionais que atuam nos equipamentos, já que estes acabam sobrecarregados de tarefas que muitas vezes não fazem parte de suas competências. Este fato gera problema maior no CAPS AD que não possui todos os profissionais necessários para realização de oficinas, grupos de convivência e até mesmo o tratamento individual do usuário.

Ainda há muito que avançar na questão do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. O sistema de atenção a estes indivíduos deve enxergá-los não como vítimas de um mal, incapazes de tomar decisões e fazer escolhas sobre suas vidas. Ao contrário, estes indivíduos devem ser tratados de modo a exaltar suas potencialidades e respeitar suas decisões como sujeitos autônomos. A idéia de doente apenas retira do usuário a responsabilidade por seus atos e reforça a concepção de indivíduo que não responde por seus atos e que deve ter a tutela assegurada pela família. Com isto, toda carga de responsabilidade recai sobre a família e o usuário se vê isento de culpa por atos danosos que possa vir a cometer.

Como indicado ao longo deste estudo, o tema das drogas não é de fácil enfrentamento. Por esta razão, este estudo não pretende ser conclusivo, mas representa uma contribuição ao debate, uma declaração de respeito incondicional aos usuários de drogas e seus familiares, assim como um convite à reflexão crítica que redunde em uma prática transformadora.

## 6 Referências bibliográficas

ACSELARAD, G.. Políticas de drogas e cultura de resistência in Sociedade e Políticas: novos debates entre ONG's e Universidades. Rio de Janeiro. Ed. Revan, 2003.

Atlas Brasil. Município de São João de Meriti. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/sao-joao-de-meriti\\_rj](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/sao-joao-de-meriti_rj) Acesso em: 04/08/2014

BOURGUIGNON. J.A. Concepção de rede intersetorial. 2001. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm> Acesso em 03/10/2014.

UCHÔA, Roberta. Intersetorialidade nas políticas públicas: compromisso de todos in Curso de prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6. ed. Brasília, DF. NUTE-UFSC, 2014.

CARNEIRO, Henrique. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENANCIO, R. P e CARNEIRO, H (Orgs). Álcool e drogas na história do Brasil. MG, Ed. PUC, 2005.

CEBRID. Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas. Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina. 2003.

CNAS. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Novembro de 2009.

COSTA. I.I. O sujeito, os contextos e a abordagem psicossocial no uso de drogas in Curso de prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6. ed. Brasília, DF. NUTE-UFSC, 2014.

COTRIM. Beatriz C. Drogas. Estranhando o óbvio in Juventude em Debate. São Paulo. Cortez. 2000

KARAM. M.L. Proibição às drogas e violação a direitos fundamentais. Revista Brasileira de estudos constitucionais. Belo Horizonte. 2013. Disponível em: [http://www.leapbrasil.com.br/media/uploads/texto/72\\_Proibi%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0s%20drogas%20e%20viola%C3%A7%C3%A3o%20a%20direitos%20fundamentais%20-%20Piau%C3%AD.pdf?1376532185](http://www.leapbrasil.com.br/media/uploads/texto/72_Proibi%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0s%20drogas%20e%20viola%C3%A7%C3%A3o%20a%20direitos%20fundamentais%20-%20Piau%C3%AD.pdf?1376532185). Acesso em 08/11/2014.

MACRAE. Eduardo. A história e os contextos socioculturais do uso de drogas in Curso de prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6. ed. Brasília, DF. NUTE-UFSC, 2014.

MEDEIROS. Regina. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. Saude soc. vol.23. no. 1. São Paulo. Jan./Mar. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000100105&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100105&lang=pt) Acesso em: 03/08/2014.

- PASSOS, E. H. SOUZA, T.P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicol. Soc.* Vol. 23 no. 1. Florianópolis. Jan. / Abril 2011. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lang=pt) Acesso em: 12/09/2014.
- PETUCO, D. R. S. Drogas e Cidadania: Uma análise comparada da implementação das políticas de Redução de Danos nas cidades de Porto Alegre e Santos. Porto Alegre. 2006 (trabalho para cadeira de Política Comparada).
- Portal da saúde. Consultório na rua. Disponível em:  
[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_consultorio\\_rua.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_rua.php) Acesso em 24 de março de 2015.
- Prefeitura de São João de Meriti. Governo. Disponível em:  
<http://meriti.rj.gov.br/sjm/governo>. Acesso em 11 de junho de 2014. Acesso em 11 de junho de 2014.
- PROMAD. Relatório de atendimento aos usuários de drogas do município de São João de Meriti.
- REIS, T.R. Empoderamento e Grupos de Mútua Ajuda in Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ. 2012.
- RODRIGUES, T. Guerra às drogas, ainda e sempre? Disponível em:  
<http://enecos.org/guerra-as-drogas-ainda-e-sempre/> Acesso em 04/08/2014.( matéria de revista eletrônica)
- RODRIGUES, T. Tráfico, Guerra, Proibição. In Drogas e cultura: novas perspectivas. Edufba. Salvador. 2008.
- ROMANINI, Moisés e ROSO, Adriane. Mídia, ideologia e cocaína (Crack): produzindo "refugo humano". *Psico-USF*. Vol. 18. Nº 3. Itatiba. 2013. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712013000300004&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000300004&lang=pt) Acesso em: 03/08/2014
- SILVEIRA, D.X.; SILVEIRA, E. D. Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos in Curso de prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6. ed. Brasília, DF. NUTE-UFSC, 2014.
- TORCATO, C. E. M. O uso de drogas e a instauração do proibicionismo no Brasil in Saúde e Transformações sociais. Florianópolis. UFSC. 2013. Disponível em:  
[www.neip.info](http://www.neip.info). Acesso em: 03/09/2014.
- VARGAS, E. V.. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas in Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador. Ed. UFBA/MINC, 2008.

## 7 Anexo 1: Glossário<sup>8</sup>

<b>Abstinência</b>	<b>Ato de manter-se afastado de algo. No caso das drogas, os usuários que se abstém de usá-las, quando dependentes, passam diversos transtornos físicos e mentais que geram sofrimento e caracterizam a síndrome de abstinência.</b>
<b>Anfetaminas</b>	São drogas estimulantes que deixam a pessoa mais alerta e em atividade. Recebem outros nomes como “rebites” e “bolas” e são muito utilizadas por motoristas e estudantes que necessitam permanecer acordados por muitas horas. Também causam tolerância e dependência. No Brasil, o consumo desta droga é tão elevado que chegou a alarmar a Organização das Nações Unidas que vem tentando alertar as autoridades brasileiras sobre esta questão
<b>Anticolinérgicos</b>	São substâncias alucinógenas derivadas de plantas como datura, trombeta, saia-branca e trombeteira ou advindas de medicamentos. O medicamento mais famoso é o Artane (usado contra o mal de Parkinson) O Artane é muito utilizado principalmente no Nordeste brasileiro por meninos em situação de rua, chegando a ser a terceira droga mais consumida por eles (ficando atrás apenas dos solventes e da maconha).
<b>Bebidas alcoólicas</b>	São bebidas que modificam o estado mental dos indivíduos. Causam dependência e diversos problemas de saúde e sociais. Esta droga é totalmente aceitável na sociedade. Por parte das autoridades, tem tratamento diferenciado das outras drogas, não estando assim, como uma das drogas classificadas como ilícitas pelo proibicionismo.
<b>Calmantes e sedativos</b>	São remédios que agem no cérebro diminuindo sua atividade. São divididos em analgésicos, hipnóticos e ansióticos. No Brasil, assim como os tranquilizantes e ansiolíticos, os calmantes são regulados por lei e alguns tipos deixaram de ser comercializados.
<b>Cenas de uso</b>	Lugares onde usuários de drogas se reúnem para o consumo destas. Geralmente são associados aos usuários de crack. Estes ambientes são conhecidos popularmente como cracolândias e os indivíduos que os frequentam são chamados de “crackeiros”.
<b>Cocaína</b>	A cocaína é uma substância natural, extraída de uma planta conhecida como coca, que é encontrada exclusivamente na América do Sul. A cocaína é comercializada em forma de sal (cloridrato de cocaína), também conhecido como “pó”, “farinha” ou “branquinha” que pode ser aspirado ou dissolvido em água para aplicação intravenosa. É uma droga ilegal no Brasil e em outros países. Outros tipos de cocaína são o crack, a merla e a pasta de coca que são consumidos através do fumo e possuem alto teor tóxico e nocivo pois acarretam dependência mais rapidamente e contém diversas

<sup>8</sup> A grande parte dos termos listados neste glossário refere-se a uma abordagem biologista sobre drogas. Sua indicação neste estudo se justifica pelo uso frequente dos termos na literatura e no jargão profissional. Vale considerar, contudo, que a ênfase deste estudo não é orientada por esta abordagem.

	<p>substâncias tóxicas em suas composições. Atualmente, o crack tem grande destaque nas políticas sobre drogas no Brasil e seu uso vem sendo encarado como uma “epidemia”.</p>
<b>Cogumelos e plantas alucinógenas</b>	<p>São vegetais que proporcionam alucinações e sensação de expansão da mente. No Brasil, há cogumelos e plantas muito conhecidos e utilizados pelos índios. Destes cogumelos é extraída uma substância chamada psilocibina que contém poder alucinógeno. Outra planta brasileira é a jurema, consumida na forma de um vinho e muito utilizada nos rituais de candomblé. Existe ainda um cacto que não é encontrado no Brasil chamado de mescal ou peyot de onde é extraída a mescalina. Por último, há duas plantas alucinógenas chamadas caapi e chacrona que combinadas formam o chá Ayahuasca, muito utilizado em religiões como o Santo Daime e o Culto da União Vegetal. A caapi e a chacrona liberam a mesma substância que a jurema, a DMT. Recentemente o chá Ayahuasca foi liberado, sob algumas regras, para uso apenas com fins religiosos.</p>
<b>Dependência química</b>	<p>Condição que acomete o indivíduo usuário de drogas não permitindo que se mantenha fisicamente ou psicologicamente sem o uso desta. De acordo com a CID-10, a dependência se caracteriza pelo conjunto de sintomas físicos, comportamentais e psíquicos que deixam em evidência o uso de drogas por indivíduos que, mesmo adquirindo sérios problemas gerados por elas, não conseguem suspender o uso.</p>
<b>Drogas psicotrópicas ou psicoativas</b>	<p>São substâncias capazes de alterar as funções cerebrais dos sujeitos de tal modo a promover mudanças no comportamento, no humor, na cognição e na percepção de realidade dos indivíduos.</p>
<b>Eugenia</b>	<p>Conceito que busca o aprimoramento da humanidade principalmente através do embranquecimento da população.</p>
<b>Êxtase</b>	<p>Êxtase é uma droga inicialmente sintetizada para atuar como medicamento inibidor de apetite, mas que no final dos anos de 1970, nos Estados Unidos, teve início o uso recreativo desta substância. É consumido majoritariamente na forma de comprimidos, mas ainda pode ser encontrado em capsulas ou em pó. É uma droga ilícita e geralmente é usado em raves e danceterias, pois estes lugares proporcionam ambientes com iluminação e músicas convenientes para os usuários.</p>
<b>Fármacos</b>	<p>Medicamentos produzidos em laboratórios.</p>
<b>LSD-25</b>	<p>O LSD-25 é uma droga alucinógena sintética muito poderosa, talvez seja a mais forte de todas as substâncias alucinógenas naturais e produzidas em laboratório. Também conhecido como “ácido”, seu uso frequente causa tolerância, mas se o usuário interrompe o uso, este sintoma desaparece. Dificilmente provoca dependência e por isso, mesmo que uma pessoa consuma muito, não apresenta síndrome de abstinência. É uma droga ilícita e seu perigo está na possibilidade da pessoa querer fugir da vida real e aprisionar-se em uma alienação da realidade.</p>
<b>Maconha</b>	<p>Maconha é o nome dado a uma planta chamada cientificamente de cannabis sativa. Foi e tem sido usada na medicina e também para fins</p>

---

	de divertimento através do fumo, já que esta planta proporciona efeitos psicotrópicos. É uma droga ilícita que pode causar alguns problemas de saúde em seus usuários.
<b>Miscigenação</b>	Misturas de várias etnias ou raças. Pode ser entendido também como mestiçagem.
<b>Ópio e morfina</b>	O ópio é um suco extraído da papoula, uma planta que tem função depressora no cérebro. Do ópio pode-se extrair a morfina e a heroína que geram o mesmo efeito. Se utilizadas em doses elevadas podem levar ao coma e à morte. Além disso, pelo uso dessas substâncias ser geralmente através de injeções, o usuário pode contrair doenças como hepatite e AIDS.
<b>Predisposição hereditária</b>	É entendida como condição que o indivíduo tem em seu organismo a uma tendência inerentemente genética, alheia a sua vontade de ter ou não determinados costumes, "vícios" ou doenças que são passadas de geração para geração.
<b>Psicoativos</b>	Substâncias que promovem alterações mentais e físicas diversas. Mas diferentes dos psicotrópicos, podem ou não proporcionar alucinações.
<b>Puritanos</b>	São indivíduos que obedecem rigidamente as normas morais e religiosas principalmente no que se refere às práticas sexuais.
<b>Solventes e inalantes</b>	São substâncias que possuem fácil evaporação e algumas, o poder de combustão. São preparadas a partir da combinação de diversas substâncias químicas de simples inalação e dependência. São inaladas pelos usuários e causam muitos problemas de saúde.
<b>Tabaco</b>	O tabaco é uma planta de onde é extraída uma substância chamada nicotina. Ele pode ser fumado na forma de cigarro, charuto ou cachimbo. Ainda existe o rapé (tabaco em pó) que deve ser aspirado. É uma droga lícita que provoca diversas doenças e infecções respiratórias em seus usuários e nas pessoas que estiverem por perto (fumantes passivos), sobretudo em crianças que convivem com fumantes.
<b>Tolerância</b>	A tolerância ocorre quando o indivíduo consome determinada droga que através do uso frequente, gera necessidade de quantidades cada vez maiores para alcançar o mesmo efeito que proporcionou na primeira vez de uso. Para simplificar, é como se o organismo da pessoa se acostumassem com a droga e ela não fizesse o mesmo efeito que produziu anteriormente.
<b>Toxicomania</b>	É entendida como dependência de drogas.
<b>Tranquilizantes ou ansiolíticos</b>	São medicamentos que tranquilizam e eliminam a ansiedade dos usuários estressados, ansiosos e tensos. Eles estão entre os mais vendidos no Brasil e causam dependência se usados por muito tempo. Particularmente no Brasil, há legislação própria para o comércio e consumo destes medicamentos.
<b>Vício</b>	Pode ser entendido como costume, mania ou como dependência de determinadas substâncias ou prática.
<b>Xaropes e gotas para tosse com codeína</b>	Os xaropes com codeína são soluções ricas em açúcar que possuem aparência e textura viscosas. Já as gotas para tosse são solutos aquosos que também possuem codeína como princípio ativo. Ambas são muito eficazes no tratamento da tosse. Porém, se tomados em excesso, causam tolerância e dependência.

---

## **8 Anexo 2: Roteiro de entrevista**

1. Como se estabelece a rede de atenção aos usuários de drogas no município?
2. A quais instituições são realizados os encaminhamentos?
3. Como os usuários chegam ao CAPS (demanda espontânea ou encaminhados de outros serviços)?
4. Como é conduzido o tratamento?
5. Qual a importância da documentação no trabalho do profissional?
6. O trabalho desenvolvido no CAPS tem mostrado Êxito no que diz respeito ao abuso de drogas?
7. Há iniciativas de redução de danos? Se sim, como funciona?
8. Quais são as principais dificuldades no tratamento dos usuários?
9. Você considera que há mais conquistas ou entraves?
10. Quais as principais dificuldades no cotidiano profissional?